# STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET

NR.13. SOMMER 2009

# Thors saga

I den bedste af alle verdener ville alle gravide leve et sundt liv uden alkohol, tobak, nerve-sovemedicin og illegale stoffer. Virkeligheden er, at kvinder med afhængighedsproblemer bliver gravide omtrent lige så hyppigt som andre kvinder. I dette temanummer af STOF tager vi hul på nogle af de mange svære spørgsmål, der melder sig i den forbindelse.

Skal vi intervenere under graviditeten? Skal vi intervenere efter fødslen? I hvilke tilfælde, med hvilke mål og med hvilke midler? Disse spørgsmål rummer store udfordringer for behandlingssystemet. Ingen facitliste gives. Der er stor forskel på, hvordan det er fat og hver sag må vurderes for sig.

Afklaringen bør ske i tæt samarbejde med moderen, så beslutningerne opleves som rimelige af alle parter. At dette nok ikke altid praktiseres blev aktualiseret i sommer, hvor en nyfødt kom en tur til Tjekkiet skarpt forfulgt af politi og medier.

Den fremherskende version lyder: To narkomaner bortfører lille Thor fra en hospitalsafdeling, hvor babyen behandles for abstinenser. Den nyfødte skal efter endt behandling placeres hos en plejefamilie. Bortførelsen bringer angiveligt babyen i livsfare. Med forbryderbilleder i medierne efterlyses kidnapperne, så myndighederne kan afvende denne grumme skæbne.

En anden version af samme forløb kunne lyde: To forældre vælger i afmagt over for systemets afgørelser at tage sagen i egen hånd. Deres nyfødte skal tvangsfjernes, fordi de er stofbrugere. For ikke at miste ham tager de Thor med til udlandet. De mener de sig fuldt ud i stand til at passe på deres baby.

I den første version er forældrene skurkene, og systemet varetager barnets tarv. I den anden version er rollerne vendt om. Formodentlig er tingene i virkeligheden ikke helt så simple. Meget afhænger som bekendt af øjnene, der ser, men man kunne undre sig over at begrebet '*kidnapning*' anvendes i Thors saga, hvor barnet er forældrenes eget. Noget må være gået helt galt. Ellers gør forældre vel ikke sådan noget?

Om børn skal fjernes og anbringes i pleje, eller om barnet er bedst tjent med at blive hos sine stofbrugende biologiske forældre må altid bero på en grundig og fordomsfri vurdering af forældreevnen. På den ene side er der ingen tvivl om, at nogle stofbrugende mødre ikke magter udfordringen. De lever kaotisk under graviditeten og efter fødslen og kan ikke levere den omsorg, som børn har brug for. Tvangsfjernelse kan da være nødvendig af hensyn til barnets tarv.

På den anden side viser undersøgelser, at det ikke går tvangsfjernede børn specielt godt. De heldige havner i holdbare plejer hos gode mennesker, men mange tvangsfjernede børn skal igennem serielle familieplejer eller en stribe institutionsanbringelser. Læg hertil, at det med Finnegans ord er '*ødelæggende for kvinder, når børnene tages fra dem*'. Moderen vil også barnets bedste og et '*mulighedsvindue*' åbnes, hvor forældreevnen kan udvikles til et bæredygtigt niveau. At hjælpe barnet ved vedholdende at hjælpe moderen vanskeliggøres med et ensidigt fokus på barnets tarv.

Nogle ser brugen af tvang som påkrævet i de alvorligste tilfælde. Men Mads Uffe Pedersen gør i sin artikel opmærksom på, at dét, man ville kunne opnå ved at bruge tvang i de få påtænkte tilfælde, skal afvejes mod de forudsigelige, negative følgevirkninger, som indførelsen af tvang vil kunne medføre i forhold til den langt større gruppe af stof- og alkoholbrugende gravide, som ikke er kandidater til tvangsbehandling.

Et spørgsmål om proportioner trænger sig på. Alkohol er langt det farligste stof for fostret på grund risikoen for alvorlige irreversible skader forbundet med føtalt alkohol syndrom (FAS). Andre stoffer indebærer forhøjede risici - for behandlingskrævende abstinenser, lav fødselsvægt og for tidlig fødsel - som dog adskiller sig fra FAS ved, at det oftest er muligt at afhjælpe tilstanden med passende behandling. Befordrer denne viden om alkohols særegne farlighed øget fokus på alkoholbrugende gravide? Eller forbliver fokus rettet mod '*the usual suspects*', fordi udsatte stofbrugere er mere synlige, mere marginaliserede - og måske mindre tilbøjelige til at søge juridisk bistand?

Stoffrihed contra substitutionsbehandling under graviditeten er også en vanskelig sag. I følge kapaciteten Loretta Finnegan er stabilisering af opiatafhængige kvinder med passende doser metadon anbefalelsesværdigt i de fleste tilfælde, fordi stabilitet - også i kemisk forstand - er umådelig vigtig for fostrets udvikling. Finnegan gør tvivlere opmærksom på, at et ønske om stoffrihed fra behandler og/eller klient skal afvejes mod det faktum, at tilbagefald er det almindeligste udfald af stoffrihedsorienteret behandling - med markant forhøjede risici for fostret til følge.

Som ovenstående vil vise, befinder vi os i en arena, hvor ikke kun medicinske og social-psykologiske rationaler gælder. Kvinder, børn og afhængighed udgør et moralsk ladet minefelt: Børn født uden for ægteskab blev for blot 50 år siden kaldt '*uægte børn*' eller '*horeunger*', og kvinder kunne nægtes smertelindring under fødslen med det lidet medicinske rationale, at de måtte føle konsekvenserne af deres umoralske levned. Faldgruberne er mange, viser historien.

I skrivende stund er begge Thors forældre fængslet. Barnet er efter 14 dage tilbage i myndighedernes varetægt – angiveligt i overraskende god tilstand. Thor skal nu placeres hos en plejefamilie. Hvordan fremtiden vil se på lignende sager må tiden vise, men mon ikke diskussionerne vil bølge over sagaer som Thors?

M.J.

# STOF 13

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET · NR 13 · SOMMER 2009


## AFHÆNGIGE MØDRE

**KVINDER, BØRN OG AFHÆNGIGHED** 4
*Interview med Loretta Finnegan, der i en menneskealder har arbejdet med gravide, stof-afhængige kvinder og deres børn.*
AF MICHAEL JOURDAN

**HVAD NU HVIS DE IKKE VIL I BEHANDLING?** 13
*Barriererne i forhold til behandling er flere. Den største er frygten for at blive frataget sit barn.*
AF DORTE HECKSHER & HELLE DAHL

**LOVGIVNING OG PRAKSIS** 20
*Indsatsen skal ske efter den gravides egne ønsker og behov.*
AF JANNE SCHACKE

**GRAVID PÅ TVÆRS – ERFARINGSUDVEKSLING** 21
*Hvordan sikres et godt graviditetsforløb for kvinder med stofmisbrug?*
AF LOUISE ØSTERGAARD

**SÅRBARE KVINDER** 25
*Den bedste løsning for den gravide stofmisbruger og andre sårbare kvinder findes med hjælp fra behandlingssystemet.*
AF BIRGITTE LUND PEDERSEN & HANNE LARSEN

**FAMILIER MED MISBRUGSPROBLEMER** 28
*Der er økonomi i at lave et intensivt og kvalitativt stykke behandlingsarbejde for udsatte børn og deres forældre.*
AF RITA KNUDSEN

**GRAVIDE MISBRUGERE OG TVANG** 32
*Skal vi lovgive om tvangsbehandling? Hvor mange drejer det sig om? Hvordan finder man dem? Er der alternativer til tvang?*
AF MADS UFFE PEDERSEN

## PROSTITUTION

**OM STOFMISBRUG OG PROSTITUTION** 36
*'Tænk på fædrelandet, og hold ud min pige', sagde bedstemor, da jeg kom i kærestealderen. Men tænker en prostitueret på pengene og holder ud, så er hun prostitutionsskadet.*
AF LIESE RECKE

## PÅRØRENDE

**STØTTE TIL BØRN I FAMILIER MED ALKOHOLPROBLEMER** 45
*Børn fra misbrugsfamilier har brug for at blive set og hørt.*
AF ELSE CHRISTENSEN

**UNGE FRA FAMILIER MED ALKOHOLPROBLEMER** 50
*Pårørendebehandling skåret ud i pap.*
AF THOMAS MACKRILL

## DRUK

**'PASSIV DRIKNING'** 57
*Ny strategi i alkoholforebyggelsen fokuserer på hvordan alkoholadfærd har konsekvenser for andre.*
AF HELENE GOLDBERG

## UDDANNELSE

**EFTERUDDANNELSE AF SAGSBEHANDLERE** 61
*300 kursuspladser var ikke nok. Nye kurser er på vej.*
AF METTE LYKKE LAURIDSEN & METTE KRONBÆK

**EUROPÆISK MASTER** 64
*Ny international uddannelse på misbrugsområdet.*
AF TORSTEN KOLIND

## UNGE

**PREMIEREDAG FOR UNGEBEHANDLERNETVÆRKET** 66
*Stor interesse for første møde i det nye Ungebehandlernetværk.*
AF MARIANNE BÆKBØL

## KOKAIN

**AKUTTE KOKAINPSYKOSER** 69
*Kokain har overtaget stofscenen på Vesterbro. På Mændenes Hjem opleves dagligt personer i en psykotisk tilstand.*
AF ROBERT OLSEN

## BEHANDLING

**HVAD ER DET GRUPPEBEHANDLING KAN?** 73
*Fra distraktion og small-talk til sammenligning, anerkendelse og identifikation. Gruppebehandling rummer det hele.*
AF SIDSEL THORSEN

## DOBBELTDIAGNOSE

**DEN TERAPEUTISKE RELATION** 77
*Hvordan oplever patienter og behandlere deres indbyrdes roller og hvordan påvirkes behandlingsproces og behandlingsresultat heraf?*
AF BIRGITTE THYLSTRUP

**DOBBELT DIAGNOSE – DOBBELT BEHANDLING** 80
*Beskrivelser og analyser af behandlingstilbuddet fra KASA præsenteres i en afsluttende antologi.*
AF KATRINE SCHEPELERN

## BOGANMELDELSE:

**HVERDAGSPRAKSIS I SOCIALT ARBEJDE** 82
AF BIRGITTE THYLSTRUP

**Disse kvinder roses og værdsættes ikke af nogen. De er ikke blevet elsket. De er blevet misbrugt. Hvordan har de overlevet? Nogle gange har jeg spurgt mig selv: Kunne jeg have overlevet?'**

# Loretta Finnegan

Den amerikanske professor i pædiatri og psykiatri, Loretta Finnegan, er anerkendt som verdens førende faglige kapacitet inden for feltet: rusmidler og spædbørns udvikling, afhængighed, kvinders sundhed og graviditet.

Finnegan grundlagde for knap fyrre år siden det banebrydende Family Center ved Thomas Jefferson University Hospital i Philadelphia og ledede det gennem 20 år. Her udviklede hun the Finnegan Neonatal Abstinence Score – et diagnostisk instrument der bruges verden over i forbindelse med behandlingen af nyfødte med abstinenser. Gennem sin omfattende forskning har hun blandt andet påvist: At opiumsdråber er andre midler overlegent i forbindelse med opiatbetingede abstinenser hos nyfødte og at man kan nedsætte dødelighed og sygelighed blandt spædbørn ved stabilisering af mødrene med brug af substitutionsbehandling. Sammen med sine kolleger har hun udviklet tværfaglige interventionsprogrammer, som udgør de internationalt anbefalede evidensbaserede guidelines for behandling af gravide rusmiddelafhængige og deres nyfødte børn. Family Center danner model for Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet.

Efter især at have arbejdet lokalt var der bud efter Loretta Finnegan på nationalt plan. Hun har de efterfølgende 20 år arbejdet for den føderale regering og haft ledende stillinger i the National Institute on Drug Abuse (NIDA) og the National Institute of Health (NIH), hvor hun bl.a. stod i spidsen for the Womens Health Initiative – et forskningsprogram med deltagelse af 165.000 kvinder. Efter sin pensionering har hun grundlagt Finnegan Consulting, der beskæftiger sig med uddannelse, forskning og behandling i forhold til spørgsmål, der angår kvinders sundhed, fødsel og afhængighed.

Finnegan er forfatter eller medforfatter til mere end 160 videnskabelige publikationer. Hun er en efterspurgt foredragsholder - mere end 900 foredrag i 21 lande er det blevet til.

Finnegan er mor til 5 børn og har 15 børnebørn.

*Loretta Finnegan blev interviewet d. 17.4. 2009 af Michael Jourdan og Birgitte Jensen i forbindelse med en gæsteforelæsning på Rigshospitalet som led i åbningen af Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn.*

*Tak til overlæge May Olofsson for hjælp til at gøre dette muligt.*

# Kvinder, børn og afhængighed

Den amerikanske børnelæge Loretta Finnegan, har i en menneskealder arbejdet med stofafhængige gravide kvinder og deres nyfødte børn. I dette interview fortæller hun engageret om sine synspunkter og erfaringer fra et langt livs arbejde med disse mødre og deres babyer.

**AF MICHAEL JOURDAN**

*Hvordan startede det? Hvordan blev du interesseret i mødre og afhængighed?*
Min vej ind i det her begyndte i Philadelphia i 1969. Jeg var startet som leder af en intensiv afdeling for nyfødte. Mange forskellige lidelser hos nyfødte kan kræve medicinsk behandling. Mit speciale fra starten var luftvejssygdomme – ikke afhængighed.

Nu og da blev nyfødte bragt ind, som rystede. En professor på Pennsylvanias Universitet, der var en ekspert på området, gjorde mig opmærksom på, at dette symptom kunne hænge sammen med, at moderen var heroinafhængig. Det kunne være en god ide at gå ud til moderen og kigge på hendes arme for at se, om der var nålemærker. Det kunne forklare babyens tilstand.

En dag fik jeg en meget syg baby bragt ind på afdelingen. Jeg begyndte at give behandling, men babyen blev bare ved med at ryste. Så tænkte jeg - 'Ah, jeg skal ud og se moderen'. Jeg gik så ned på barselsgangen for at tale med hende og se hendes arme. Men sygeplejersken sagde: *'Hun er skredet!'*. Jeg fattede ikke en brik. Denne kvinde havde født for bare to timer siden. Hvordan kunne hun være gået? Sygeplejersken forklarede mig lettere overbærende: *'Hun er ude for at få et fix'*.

Den oplysning var chokerende for mig. Jeg var 32 år gammel og havde selv 5 børn. Jeg kunne simpelthen ikke forestille mig, hvordan man kunne forlade hospitalet i en tilstand, hvor man stadig har brug for at komme sig efter fødslen. I det moment gik det op for mig, hvor stærk den afhængiges stofsøgende adfærd er: En kvinde kan gå ud efter stof umiddelbart efter at have født!

Under medicinstudiet lærte de os ikke synderligt meget om stofafhængighed. Jeg var så naiv dengang, så hvad jeg gjorde var at tilkalde alle sygeplejersker på fødselsafdelingen. Jeg bad dem om straks at give mig besked, hvis kvinden kom tilbage, så jeg kunne komme til at tale med hende. Babyen var født før tiden, så jeg skulle have babyen indlagt en tid alligevel.

6 uger senere kom moderen tilbage. Jeg tog moderen ind på mit kontor og sagde til hende: *'Jeg er meget bekymret for din baby, fordi den har været udsat for den heroin, som du har taget, og jeg vil gerne råde dig til at lade være med at tage disse stoffer. De er ikke gode for dig'*. Det, jeg i virkeligheden sagde, var det velkendte: Tag dig sammen. Hold op. Bare sig nej. Moderen kiggede på mig og sagde: *'Du har ret doktor. Jeg tager ikke den slags mere'*. Moderens svar var lige, hvad jeg ønskede at høre.

Jeg tænkte, at jeg havde gjort det rigtig godt og troede oprigtigt, at jeg havde kureret denne kvinde. Men hun kom selvfølgelig ikke tilbage i yderligere 3 uger. Da vi endelig så hende igen, var hun skæv. Efter denne episode begyndte jeg så at læse om afhængighed af stoffer og begyndte at tale med kolleger, som kendte til emnet, både på hospitalet og på det nærliggende universitet, hvor jeg også var tilknyttet.

'I det moment gik det op for mig, hvor stærk den afhængiges stofsøgende adfærd er: En kvinde kan gå ud efter stof umiddelbart efter at have født!'

### Metadon fra starten

*Hvordan kom du på den tanke at give metadon til gravide?*
Dr. Vincent Dole og Dr. Marie Nyswander var i 1963 i New York begyndt at ordinere metadon til opiatafhængige med gode resultater. I årene herefter tog mange denne behandling op i hele verden. Jeg havde hørt, at en psykiater i nærheden af, hvor jeg arbejdede, var gået i gang med metadonbehandling. Sammen med en fødselslæge og en socialarbejder bad vi om et møde med manden for at høre mere om denne behandling.

På det tidspunkt (1970) vidste man meget lidt, og man gav ikke metadon til gravide. Vi fik en lille lektion i, hvordan afhængiges tilstand kunne bedres på en lang række punkter med metadon. På et tidspunkt spurgte jeg så: Tror du, man kunne give metadon til gravide kvinder? Hans svar var: Hvorfor ikke?

Vi startede et samarbejde. Psykiateren leverede metadonen og lavede en psykiatrisk udredning, fødselslægen tog sig af graviditeten, socialarbejderen af de sociale spørgsmål, og jeg var børnelægen. Det var ikke et for-

maliseret samarbejde, men det var sådan, vi begyndte at tage os af mødrene. Langsomt blev vi bedre til at identificere dem, hvis de kom ind på hospitalet af andre grunde, med henblik på at få dem til at komme tilbage, hvis de blev gravide.

Vi begyndte at indsamle data. Vi sammenlignede mødre, der fik metadon, med mødre, der kom ind lige fra gaden (og fødte, mens de var på heroin). Det stod meget klart fra vores første lille undersøgelse (der var kun 25 patienter i hver gruppe), at hyppigheden af for tidlig fødsel var 48 % hos de, der kom lige fra gaden, mens de, der fik metadon, kun fødte for tidligt i 18 % af tilfældene. Det var en meget markant forskel til det bedre!

**Centret**

*Hvordan nåede I frem til, at der skulle noget mere omfattende end medicinsk behandling til for at hjælpe disse kvinder?*

Selv om de første data klart viste, at vi med medikamentel behandling kunne forbedre udfaldet, stod det os hurtigt klart, at der skulle mere til. Vi oplevede gang på gang, at en mor, som fik metadon alligevel tog stoffer under sin graviditet og ikke gjorde, hvad vi anbefalede kvinder at gøre – holde sig fra alkohol, ikke ryge, sørge for god ernæring og alt det, som er befordrende for en sund graviditet. Det blev os klart, at der hos disse kvinder ud over stofafhængigheden oftest var mange psykosociale problemstillinger, som krævede opmærksomhed. Der var brug for et center.

Vi besluttede at søge om statslige og føderale midler til at yde en mere omfattende omsorg og behandling med henblik på at sikre bedre forløb for mor og barn. I løbet af relativt kort tid fik vi trods vores manglende erfaring med at søge fondsmidler tilsagn fra to instanser. Vi fik heldigvis lov at beholde begge bevillinger, for det viste sig, at vi havde lagt alt for lave budgetter. Den dobbelte bevilling gjorde, at vi kunne gøre, hvad vi havde sat os for.

**'Vi blev mødt med afvisning fra andre læger på hospitalet, som ikke brød sig om, at deres patienter skulle forbi vores patienter.'**

Navnet på det nye center drøftede vi en del. Jeg foreslog Center for Gravide Afhængige Kvinder. Socialarbejderen sagde, at det skulle vi absolut ikke kalde det, for navnet skulle ikke være afskrækkende på nogen måde. Hun sagde: *'Hør nu, vi arbejder med en familie'*. Og jeg gav hende ret – vi arbejdede med en moder og et barn og nogle gange en fader, som var deltagende og interesseret, andre gange en bedstemor, så vi havde en familieenhed. Så vi besluttede, at navnet skulle være: Familie Centret.

**Not In My Back Yard (NIMBY)**

*Var det velset at oprette et særligt tilbud til gravide stofafhængige kvinder?*

Det kan man ikke ligefrem sige. Mit speciale gik fra at være nyfødtes luftvejssygdomme, som var et ret populært emne, til et emne, som ikke var særlig populært i min professors og mine kollegers øjne. Deres indstilling var: Hvorfor i al verden vil du arbejde med disse kvinder? Og mit svar var: Fordi de har brug for hjælp! De har brug for medfølelse, og hvis vi vil hjælpe babyerne, så må vi hjælpe mødrene. Vi kan ikke først begynde ved fødslen. Vi skal begynde inden fødslen for at hjælpe babyerne. Det var sådan, jeg blev involveret, og jeg var opsat på at opsøge mere og mere viden for at hjælpe dem mere. Men kollegialt var det op ad bakke.

Vi stødte på NIMBY problemet. Ingen ville have vores klinik eller mit kontor tæt på deres kontor. De skrev breve til hospitalsadministrationen, hvor de fortalte, hvor forfærdelige mine patienter var - de stod og hang på gangen og brugte bandeord. Vi blev mødt med afvisning fra andre læger på hospitalet, som ikke brød sig om, at deres patienter skulle forbi vores patienter.

Da vi prøvede at finde et sted til vores døgnpatienter, gentog historien sig. Ingen ville have os. Den måde, vi til sidst fik et sted at være på var unik. En præst, som er en ven af familien, besøgte os jævnligt. En dag sagde jeg til ham: *'Jeg har store problemer. Jeg har fået bevilget en masse penge fra den føderale regering til at oprette et døgnafsnit for gravide afhængige mødre, men jeg kan ikke finde et sted, hvor vi kan være. Enten må du bede en masse bønner for mig, eller også må du komme på et eller andet.'* Han spurgte mig, om et tidligere kloster mon ville egne sig til formålet, for han kendte et sted, der stod tomt. Et kloster har værelser til nonnerne, rum, hvor man kan samles, og en stor spisesal, så det kunne vel godt bruges, tænkte jeg. Sådan gik det til, at Familie Centeret flyttede ind på et tidligere kloster!

**Kvinderne**

*Hvorfor holder disse kvinder ikke bare op med at tage stoffer, når de bliver gravide?*

Bare det var så enkelt. Sagen er, at mange af disse stofafhængige kvinder har en række problemstillinger med i bagagen. De kommer oftest fra dysfunktionelle familier. Mange er blevet mishandlet som børn, mange er blevet seksuelt misbrugt. Nu kan hjemløshed, prostitution,

Finnegan: 'Vi lærer af vores mødre. På maleriet af Modigliani hænger baby som en tøjdukke. Hos Cassats er der øjenkontakt. Hvis din mor ikke knyttede sig til dig, knytter du dig ikke til din baby. Vi må undervise mødrene i tilknytning'. www.sitemaker.umich.edu/substance.abuse.history/oral_history_interviews

stofhandel være deres dagligdag. Mange har en kaotisk livsstil, lav frustrations-tolerance og manglende evne til at udsætte umiddelbar behovstilfredsstillelse (gratifikation). Nogle af dem døjer med psykiatriske sygdomme, så de har på en måde allerede taget skade, og stofferne hjælper dem med at klare sig.

Stofferne er en måde at håndtere smerten i livet på. Samtidig ved kvinderne godt, at de stoffer, som hjælper dem til at klare tilværelsen, potentielt kan skade deres ufødte foster, men det er ikke sådan, at de har til hensigt at skade deres foster. Det tænker de aldrig – faktisk er en af grundene til, at de kommer til os, at de kærer sig om deres foster. De vil have barnet, men de er også stofafhængige.

Når jeg har siddet med en kvinde med en meget hårdere skæbne end min egen, har jeg nogle gange spurgt mig selv: Kunne jeg have overlevet? Kunne jeg have klaret al den modgang, de svigt, det misbrug og de krænkelser – hvis det var sket for mig? Jeg voksede op i en ren utopi sammenlignet med disse kvinders opvækst – trygge forhold og omsorgsfulde forældre. Jeg blev elsket af begge mine forældre. Jeg var tilmed enebarn og fik mere, end jeg eller ville have fået. Jeg havde det godt i skolen og klarede mig fint. Jeg havde venner og gik til sport. Fik ros og blev værdsat.

Disse kvinder roses og værdsættes ikke af nogen. De er ikke blevet elsket. De er blevet misbrugt. Hvordan har de overlevet? Hvis det havde været min skæbne, havde jeg så overlevet? Jeg ved det oprigtig talt ikke. At tage stoffer for at dulme disse triste minder og lindre dem for det pres, de har været udsat for – det kan man måske ikke fortænke dem i. Det har været deres bedste mulighed for at overleve den lidelse, som har været i deres liv.

**Den terapeutiske relation**

*Hvordan opbygger man åbenhed og tillid i behandlingen?*
Man prøver at etablere en ordentlig kontakt med kvinden - din første opgave som behandler er at få hende til at forstå, at hun er vigtig for dig, og at du er der for at hjælpe hende med at lykkes. Hun skal se og mærke, at vi støtter hende. Grundlæggende udvikler man en indbyrdes forståelse. Det tager tid, og man skal gå varsomt frem.

Du vil gerne have dem til at tale. Lad dem fortælle. Når man første gang møder en patient, er det ikke den rette tid at fyre spørgsmål af som: 'Hvor mange stoffer tager du? Er du nogensinde blevet voldtaget'? Glem det. Mange af dem er blevet voldtaget, men det er ikke det rette øjeblik at gå ind i den slags… Det har vi lært på den hårde måde – ved at prøve og ved at fejle.

Vi havde for eksempel udviklet et 'volds-spørgeskema', fordi vi havde talrige vidnesbyrd om, at mange af kvinderne havde oplevet voldelige episoder, hvor de var blevet voldtaget, misbrugt og tævet. Jeg kan fortælle, at hvis man prøver at stille den slags spørgsmål, som er meget intime, meget oprivende og belastende, inden for de første to uger, efter at man har mødt kvinden – lige bortset fra hvis kvinden selv frivilligt kommer ind på emnet – så mister man for altid muligheden for at opbygge god kontakt med kvinden. Det er først, når der er opbyget et tillidsforhold, og kvinden føler, at hun kan stole på dig, at man kan komme ind på den slags.

Man prøver så at få formidlet, at der nok skal tales om nogle af disse voldelige situationer. Hun kan have brug for psykologisk behandling. Hvis man ikke tilbyder behandling i forhold til de stærke følelser, de har i forbindelse med at være misbrugt, så er de tvunget til at tage stoffer for at lægge låg på - alene for at glemme. Så det skal have en chance for at komme frem i det åbne.

Ofte føler kvinder – hvis de er blevet voldtaget og misbrugt – at det er deres egen skyld, at de ikke er bedre værd, så man skal om muligt aflaste dem for den form for selvbebrejdelser.

**Abort**

*Er I neutrale i abortspørgsmålet, eller forsøger I at overtale til abort?*

Vi tilbyder abort, men det er meget sjældent, at de ønsker abort. De vil have barnet. Vi forsøger ikke at overtale eller presse til abort. Det er deres valg, og det skal vi respektere. Socialarbejderne er oftest dem, der taler med mødrene. De får mulighederne: Vil du have barnet, vil du tage dig af barnet, vil du bortadoptere barnet – hvad vil du? Det er moderens valg.

**Stoffrihed**

*Hvilken rolle spiller afholdenhed som behandlingsmål?*

Afvænning er et kontroversielt og svært spørgsmål. Ideelt set ville god ernæring og stoffrihed – herunder nul cigaretter og ingen alkohol – være det bedste. Men i virkeligheden er det ikke så enkelt. Generelt er der ikke indikation for - eller foreligger en anbefaling af - afvænning i medicinsk regi. Det skyldes blandt andet, at resultatet heraf ofte vil være tilbagefald og de hermed forbundne uhensigtsmæssige konsekvenser for såvel mor som baby. Dertil kommer, at det er veldokumenteret, at selv under optimale forhold kan afvænning resultere i øget hyppighed af fosterdødsfald i livmoderen. Så der er absolut grunde til at udvise varsomhed.

Der er tale om svære afvejninger, hvor man må se på, hvad der i det enkelte tilfælde vejer tungest. Man må tage i betragtning, hvem man har at gøre med. Hvis nu det drejer sig om en ung kvinde, der har taget heroin i et år, er jeg slet ikke i tvivl om, at jeg ville forsøge at efterstræbe afholdenhed hos den kvinde. Hvorfor? Fordi hun kun har været involveret med stoffer i så kort tid – måske var der en bestemt krise, som bevægede hende i retning af stofferne. Krisen er måske i virkeligheden overstået, eller hjælp er mulig, så med hende er der nok en realistisk chance for, at hun kan komme ud af stofferne, og det vil alt i alt nok være det bedste.

Men hvis jeg står over for en 35-årig, som begyndte med stoffer, da hun var 15 år gammel, og nu har taget stoffer i 20 år, så er jeg meget naiv, hvis jeg tror, at jeg kan komme til at se hende afholdende i den nærmeste fremtid. Og det er helt udelukket, at det skulle ske under graviditeten. Glem det!

Står man med et menneske, der har været involveret med stoffer meget længe, og som har mange problemer, hvad angår relationer i det hele taget, med familien, med fyren der leverer stofferne, og som måske har boligen, skaffer maden eller pengene, så er situationen en ganske anden. Mændene vil kun acceptere dem, hvis de bliver ved med at tage stoffer sammen med dem. Mændene har måske det, kvinderne har brug for, så for at overleve holder de forbindelsen til denne mand. Jeg har bestemt rådet kvinder til at bryde med disse mænd og komme væk fra dem, men det er en kamp.

Realistisk set har kun få kvinder motivationen og den psykosociale støtte til at nå og opretholde fuldstændig afholdenhed. I visse tilfælde kan særlige forhold tale for stoffrihed, og i så fald skal beslutningen tages af fødselslægen, kvinden og hendes behandler i fællesskab. Den ideelle kvinde, som kandiderer til at blive afvænnet, er en, som overholder alle fødselsforberedelses- og behandlingsmæssige aftaler, og som afleverer rene urinprøver, der viser, at hun kun tager den metadon, som ordineres. Hvis kvinden på noget tidspunkt ikke lever op til disse krav, så skal man ikke reducere dosen yderligere. I givet fald skal patienterne have lov til at afbryde nedtrapningen på ethvert tidspunkt og af en hvilken som helst grund uden at føle sig skyldige i den forbindelse. Husk i den forbindelse, at nedsat dosis kan være forløber for et tilbagefald, og at metadon er langt at foretrække frem for illegale gadestoffer, så der er indikation for at give en passende dosis.

Jeg har også haft patienter, der har sagt: Jeg vil ikke have metadon. Hvis jeg får metadon, så skal det være med indbygget nedtrapning. Så arbejder man med patienten og tager individuelle hensyn. Jeg har også haft patienter, der har klaret det. Men jeg har haft langt flere, der har sagt stop - jeg kan ikke gå længere ned end det her. De forbliver på metadon, for de har det alt for ubehageligt uden.

Så der er ingen regler, som gælder alle. Forholdene varierer. Situationerne er individuelle, og det er sådan, man må håndtere det. Man skal individualisere alle disse situationer og dilemmaer.

**Modenhed**

*Kræver den slags svære afvejninger ikke betydelig erfaring hos behandlerne?*

Det er min erfaring, at en vis modenhed og forståelse for, hvad disse kvinder har gennemlevet og har med i bagagen, er påkrævet. Nye behandlere er ofte fyr og flamme. De kommer direkte fra deres uddannelse og vil bare hjælpe disse kvinder. Efter 6 mdr. må uerfarne behandlere tit stoppe, fordi de ser så meget slå fejl, og de kan ikke forstå det. Nogle gange tager man to kæmpe skridt frem og falder tre kæmpe skridt tilbage. Sådan er det, hvilket godt kan tage pippet fra en.

**Realistiske forventninger**

*Hvad kan man egentligt forvente? Hvad kan I som behandlere facilitere?*

Det gælder om at have realistiske forventninger. Hvad vil det sige for disse kvinder? Sagt kort er realistiske forventninger reduceret brug af illegale stoffer og reduceret kriminel aktivitet - reduceret i forhold til, hvad der ellers ville være tilfældet. Man forsøger at befordre stabilise-

ring i form af en mere stabil livssituation og en mere stabil stofsituation.

En realistisk forventning er, at man formår at involvere kvinderne i behandlingen i en tilstrækkelig tidsperiode til, at de kan profitere af tilbuddene. Man må forsøge at imødekomme behandlingsbehovet i løbet af så få sessioner som muligt, men jævnligt revurdere behandlingsbehovet, da adskillige behandlingsperioder kan være påkrævet.

Højere behandlingstilknytning og bedre fødselsforberedelse, end hvad der ellers har været tilfældet, kan være befordrende for positive udfald såsom: Sundere graviditeter, bedre ernæring, lavere dødelighed blandt mødrene, mindskelse af HIV-risiko, mindsket spædbarnsdødelighed og – sygelighed. Bedre fødselsvægt. Styr på NAS (neonatal abstinens-syndrom). Bedre selvopfattelse. Mindre depression. Forbedringer i mor-barn samspillet. Forbedringer i bosituationen. Dette er eksempler på realistiske forventninger.

Vi laver en kontrakt med kvinden, hvor kvinden underskriver en tilladelse til at blive behandlet: Vi vil gerne gøre det og det, og vi vil gerne have, at du gør det og det. Tror du, at du kan gøre det? Og selvfølgelig siger de altid ja. Og så kommer hun ind næste gang – gerne et par dage efter. Selv om kvinderne bruger stoffer under en graviditet, ser de også oftest graviditeten som en mulighed for at få rettet op på dette eller hint. Man taler om 'a window of opportunity' – et vindue af muligheder, som står åbent i forbindelse med graviditeten.

**Hvorfor er vi så besatte af dosis? Det burde vi ganske enkelt ikke være. Vi burde levere det niveau af medicin, som kan hjælpe den pågældende mor.'**

### Metadon - fordele og ulemper

*Kan du opsummere, hvad der gør, at du anbefaler metadonunderstøttet behandling til opiatafhængige gravide?*

Al rationel medicinering har potentiel nytte og potentiel skade. Der er altid tale om en afvejning. Er fordelene større end ulemperne? Har vi omhyggeligt foretaget afvejningen mellem udbyttet af behandlingen og risici ved behandlingen, som vi gør ved alle andre behandlinger?

Samfundsmæssige, moralske holdninger har stigmatiseret og dehumaniseret kvinder, der bruger stoffer under graviditeten, og skabt barrierer i.f.t. at skaffe optimal medicinsk og psykologisk behandling. Ideologi må ikke være grunden til, at vi beslutter hverken dette eller hint. Vi må se på data, og se om en behandling er fordelagtig.

Modstridende meninger i faglitteraturen om metadon medvirker til at skabe forvirring. Mange undersøgelser har været metodisk svage, blandt andet fordi de ikke har været randomiserede og kontrollerede eller justeret for andre risikofaktorer, såsom rygning. Hvis man ser på data fra metodisk holdbare, evidensbaserede undersøgelser af medicinassisteret behandling af stofafhængige gravide kvinder, viser disse mange fordele sammenlignet med generne. Skal vi tage metadon til gravide kvinder til os, eller skal vi være varsomme med dette? Er der indikation for at ordinere metadon til gravide opiatafhængige kvinder? Mit svar er ja.

Er metadon sikkert for den ufødte baby og den nyfødte? Mit svar er igen ja, med den tilføjelse, at der er en væsentlig gene i form af en betydelig risiko for NAS. Denne risiko skal dog sammenholdes med, at NAS er behandlelig og ikke dødelig, og at års erfaring har vist, at der ikke sker blivende skader på barnet alene qua udsættelsen for metadon under svangerskabet.

Heroverfor står, at metadonvedligeholdelse kan være vital for gravide opiatafhængige kvinders helbred. Metadonvedligeholdelse kan – kombineret med passende medicinsk behandling – reducere hyppigheden af komplikationer hos såvel moderen som fosteret. Metadonvedligeholdelse stabiliserer stofniveauet hos moderen, så det ikke svinger voldsomt i løbet af døgnet. Dette giver et mere stabilt miljø for fosteret inde i livmoderen. Stabiliseringen medfører færre fødsler før tiden, reducerer sænkningen af vækst under graviditeten og reducerer hyppigheden af alvorlig sydom og død blandt nyfødte. Hertil kommer, at dækningen af stofbehovet hos den opiatafhængige eliminerer/mindsker nødvendigheden af illegal adfærd og muliggør mindre færden i stofmiljøet og mindre prostitution. Stabiliserede mødre på metadon har større sandsynlighed for at beholde deres børn hos sig. Man har bedre behandlingskontakt, og staben kan føre tilsyn med børnenes trivsel, hvortil kommer bedre mulighed for undervisning i forældreskab m.m. Endelig skal man være opmærksom på, at alternativet til at ordinere metadon kan være, at moderen injicerer heroin eller misbruger en række andre stoffer.

Så konklusionen er, at omfattende psykosociale og medicinske behandlingstilbud er uomgængelige med henblik på at mindske sygeligheden og dødelighed for mor og barn, og at metadon spiller en central rolle heri.

### Dosis

*Skal dosis være så lav som mulig?*

I 70'erne var der undersøgelser som viste at det var anbefalelsesværdigt at sænke metadondosis.

Det var god latin, at ved under 20 mg så man ingen abstinenser hos de nyfødte. Det gav basis for vilkårligt fastsatte standardiserede lavdosis-politikker. Men jeg betragtede mødre, som fik 20 mg, og mødre, som fik 80 mg, og jeg havde babyer, der kun havde været udsat for 20 mg, som havde slemme abstinenser, mens der var de på 80 mg, som slet ikke havde abstinenser, og jeg måtte konkludere ud fra kliniske observationer, at de gamle retningslinier ikke gav mening.

Så begyndte der at komme nyere og bedre undersøgelser, og det blev klart, at der ikke var nogen magisk dosisgrænse, som man kunne holde sig inden for og dermed undgå abstinenser hos babyen.

Dels er der tale om en fysiologisk reaktion hos babyen på medikamentet, som kan give ingen, svage eller kraftige abstinenser. Reaktionen afgøres ikke af dosis, men kan variere betragteligt fra individ til individ. Dels skal man huske, at det med abstinenser kun udgør risikosiden. Hvis man har for øje alle de andre gode ting, som sker for mor og baby i kraft af metadonordination, hvorfor er vi mon så bekymret over det her med neonatal abstinens, som jo kan behandles?

Nu har man så undersøgt sagen yderligere. En ny undersøgelse viser, at der ingen forskel er i abstinenser hos babyer af mødre, som fik under 80 mg, og de som fik over 80 mg. Så hvorfor er vi så besatte af dosis? Det burde vi ganske enkelt ikke være. Vi burde levere det niveau af medicin, som kan hjælpe den pågældende mor. Præcis som vi ville gøre med insulin. Vi siger ikke, du kan kun få en vis dosis insulin. Vi tilpasser gradvis insulindosis (titrerer), til vi imødekommer, hvad den sukkersyge har brug for. Hvorfor gør vi ikke tilsvarende med metadon? Det ville være fornuftigt, synes jeg.

Vilkårligt fastsatte lavdosis-politikker for såvel gravide som ikke gravide patienter kan ofte forbindes med øget stofindtagelse og lavere behandlingsdeltagelse. Derfor går man mere og mere over til individuelt tilpassede metadondoser, som reguleres ind på en sådan måde, at stoftrangen reduceres, og der hverken forekommer subjektive eller objektive abstinenssymptomer. Der kan være brug for højere doser i løbet af graviditeten for at holde samme plasmakoncentration.

**Neonatalt Abstinens Syndrom (NAS)**

*At en nyfødt baby har abstinenser forekommer rimelig grufuldt. Hvad er dit perspektiv på NAS?*

Det er et ladet emne – ladet med moraliseren over for moderen, ladet med sympati og empati over for det stakkels lille væsen og i hvert fald tidligere ladet med en betydelig uvidenhed om, hvad den optimale behandling består i, og en utilstrækkelig systematisk forståelse af, hvordan det er fat med den enkelte baby.

Da jeg startede, var det svært at bestemme karakteren og omfanget af abstinenser hos babyer. For voksne havde man et scoringssystem – The Himmelsbach Score – men jeg kiggede på det og måtte konkludere, at man ikke kunne bruge det her på babyer. Der var alt for mange subjektive faktorer.

Man kan ikke sige til en baby: Har du kuldegysninger? Har du kvalme? Der var brug for et scoringssystem for nyfødte babyer, og det satte vi os for at udvikle. Ud fra vores forskning blev vi i stand til at udvikle et scoringssystem, som muliggør, at man kan bedømme babyernes tilstand meget mere præcist.

Det scoringssystem, vi udviklede, blev meget populært. Folk begyndte at spørge, om de måtte bruge det andre steder. I dag er det oversat til rigtig mange sprog – det er den score, som bruges mest, selv om der i mellemtiden er udviklet andre. Jeg har dog altid gerne villet koge scoringen ned til blot nogle få *items*, men på den anden side er det godt at få hele billedet med og se på alle symptomerne, for nogle babyer scorer ikke ret højt, fordi de kun har lavtscorende symptomer, og alligevel kan disse babyer have det svært, fordi de scorer på mave-tarm området. De ryster ikke så meget, men de har svært ved at tage føde til sig. Det kan være meget alvorligt, hvis en baby ikke tager føde til sig, for så tager den ikke på i vægt. Så behandling kan være påkrævet - også ved lave scorer.

Ophør med brug af et **hvilket som helst** psykoaktivt stof har potentialet til at bevirke abstinenssymptomer. NAS går ud over vitale funktioner i den nyfødtes tilstand, såsom vækst, søvn, ernæring og udskillelse. Med til symptombilledet hører irritabilitet, gråd, rysten, sved, nysen, gaben, ophedning, slim, tilstoppede næsebor, diarre, overdreven sutten. Symptomerne ligner til forveksling andre alvorlige neonatale tilstande. Udiagnosticeret/ubehandlet NAS kan være dødelig.

Metadon indebærer også risiko for NAS, idet 60-80 % af babyerne - født af mødre, som får metadon - får abstinenssymptomer - heraf vil 60 % have behov for behandling. Men andre livsstilsfaktorer har også betydning i denne forbindelse. Man skal være opmærksom på, at mange kvinder på metadon også ryger tobak og drikker alkohol. De udsving, man finder vedrørende metadon, er meget små sammenlignet med de udsving, man kan forvente som udslag af andre livsstilsfaktorer. Stress hos den gravide er en kendt årsag til lav fødselsvægt og tidlig fødsel. Også socioøkonomisk dårlige kår, voldelig kriminalitet og forhøjet forureningsniveau i omgivelserne er blevet forbundet med for tidlig fødsel og lav fødselsvægt…

Hvad viser data? Vores – og andres undersøgelser – har kunnet *dementere* to udbredte antagelse: 1) At babyer født af metadonvedligeholdte kvinder har lavere fødselsvægt, mindre hoveder og fødes oftere for tidligt. 2) At størrelsen af metadondosis er bestemmende for hyppigheden og alvorligheden af NAS. Undersøgelser viser, at alvorligheden af NAS ikke korrelerer med moderens metadonindtag i den sidste del af graviditeten. Alvorligheden af NAS påvirkes ikke af dosis, af hvornår moderen påbegynder metadonbehandlingen, af varigheden og omfanget af metadon eller af moderens brug af stoffer før graviditeten. Ej heller hyppigheden af NAS synes dosisafhængig.

Der er tilsyneladende ingen sammenhæng mellem dosis og hyppigheden eller alvorligheden af kramper forbundet med abstinens. Svære abstinenser skyldes lige så meget den enkelte babys fysik, som det formodentlig skyldes en masse andre faktorer, som vi sikkert ikke engang kender til, så jeg prøver at understrege, at alle mediciner indebærer risici. Men vi afvejer altid. Balancen mellem fordele og ulemper er vigtig. Hvis der er flere fordele end ulemper, så vil vi gerne bruge medicinen. I tilfældet metadon – og måske også med tiden buprenor-

fin, hvilket dog ikke er undersøgt til bunds endnu – så er fakta, at 60 % af babyerne vil udvise behandlingskrævende abstinenser. Men sammenhold det med, at denne baby ikke er født før tiden og i øvrigt har et godt helbred, men dog nogle abstinenser, versus en baby som fødes før tiden eller en underudviklet baby. Hvis babyen fødes af en heroinafhængig mor, så har babyen ikke kun potentiale for sygdomme som nyfødt, men også en overrisiko for at dø. Ved at moderen får metadon, får babyen en bedre, stærkere organisme, og man har bedre chance for at holde mor og baby sammen, hvorimod den heroinafhængige ikke vil være i stand til at passe selv en *fullterm* baby- for slet ikke at tale om en *preterm* baby med særlige plejebehov.

Heldigvis er behandlingen af NAS mere ligetil end de fleste andre neonatale tilstande. Der findes en adækvat behandling baseret på præcis bestemmelse og diagnostik der igen baserer sig på moderens brugshistorie, urinprøver, NAS scoring samt sidst, men ikke mindst en klinisk bedømmelse. På baggrund af forskning har vi kunnet fremkomme med anbefalinger for medicinsk behandling. En af vores første undersøgelser viste, at den bedste medicin for babyerne født af opiatafhængige mødre var milde opiumsdråber, hvilket egentligt er naturligt nok, fordi de gennemgik opiumabstinenser.

**'Det er ødelæggende for kvinder, når børnene tages fra dem – og hverken USA eller Danmark har råd til at sætte alle disse babyer i pleje.'**

### Amning

*Hvad er din anbefaling, når det drejer sig om mødre på metadon, som gerne vil amme?*

Metadon kan kun påvises i modermælken i meget små mængder. Sammenlignet med niveauet i moderens blod er det normalt kun en mindre brøkdel, som går over i modermælken. På grundlag heraf kan man konkludere, at det er muligt og sikkert for moderen at amme, selvom hun får metadon, når nogle betingelser er opfyldt: Moderen skal være stabil, følge sin medicinunderstøttede behandling og møde op til efterfødselsopfølgning og rådgivning. Moderen skal ikke sideløbende med metadonen bruge illegale stoffer og andre potentielt skadelige, psykoaktive stoffer såsom benzodiazepiner. Og endelig skal moderen være HIV-negativ og ikke lide af andre alvorlige infektionssygdomme.

### Smertebehandling

*Hvordan skal man håndtere smertelindring under fødslen, hvis en gravid i forvejen får metadon?*

Faktisk var jeg til en konference i oktober, som udelukkende angik smertebehandling, og et af undertemaerne handlede om smertebehandling af afhængige mennesker. Der er mange eksperter nu, som har udført talrige undersøgelser af, hvordan man behandler smerter hos afhængige patienter.

Førhen ville mange fødselslæger sige: Ahh, de er på metadon, så vi behøver ikke give dem mere. Men det er ikke sandt. De har brug for hjælp for deres smerter. Metadonen er kun nok til at tage sig af deres afhængighed, så de undgår abstinenser, men det er ikke nok til at tage sig af deres smerter.

Alle er bange for at overdosere dem, men det skal man ikke være, hvis man tilpasser dosis ordentligt. Man titrerer dosen, man giver dem ikke en megabasker af en dosis på én gang, man giver dem lidt, og så går man gradvis op på grundlag af deres subjektive fornemmelse af, om de er smertedækket ordentligt eller ej. Man kan jo se, når folk har alvorlige smerter på trods af, hvad de allerede har fået – de spiller ikke skuespil!

### Ufrivillighed

*Hvordan ser du på ufrivillig behandling?*

Der har været en række undersøgelser, som har kigget på brugen af behandling som et alternativ til fængsel. De har vist, at behandling i stedet for fængsel kan være en virksom foranstaltning, så det bruges i USA. Hvordan har jeg det så med tvang i forhold til gravide kvinder? I forbindelse med butikstyveri og checkfalskneri ser jeg dem i hvert fald hellere komme i behandling end i fængsel. At komme i fængsel og være gravid er ikke nogen sund situation. Hvorfor begår de disse forbrydelser? Fordi de er på heroin, og de er ude på gaden. Kommer de i behandling, behøver de ikke at begå denne kriminalitet, for så får de metadon gratis, de får medicinsk behandling. Så alt i alt er behandlingsopholdet at foretrække. God, human behandling giver større sandsynlighed for at moderen kan beholde barnet.

Jeg ser ikke den store forskel mellem at få dem i ambulant behandling eller i døgnbehandling, så længe det er en medfølende behandling. I nogle situationer er der brug for, hvad jeg kalder intensiv behandling. Specielt hvis de falder tilbage på grund af en krise af en eller anden art. Vi har et antal omfattende behandlingsprogrammer i USA – og en del af Familie Centret er et døgnafsnit, hvor kvinder kan indlægges med deres børn under deres graviditet – og blive der efterfølgende, indtil de er i stand

**MICHAEL JOURDAN**
FILOSOF OG REDAKTØR PÅ STOF

til at fungere udelukkende med ambulant hjælp. Problemet her er, at vi kun har kapacitet til et lille antal kvinder. Døgnbemanding og 24 timers tilgængelig behandling er dyrt.

### Cost/benefit

*Kan disse omfattende behandlingstilbud egentligt svare sig?*
Administratorer lytter, når man taler om omkostninger. Hvis man får en mor ind så tidligt i graviditeten som muligt og enten behandler eller eliminerer muligheden for alvorlig sygdom hos moderen og dermed forebygger for tidlig fødsel og alvorlige sygdomme hos baby, har man formindsket omkostningerne betragteligt i form af færre og kortere hospitalsindlæggelser og mindre medicinudgifter. Men ud over de direkte økonomiske udgifter er der også helbredsmæssige omkostninger på langt sigt i form af en syg mor eller et sygt barn. Det forstår administratorer.

Det tæller også, at metadon er ret billig. Selv om de tilknyttede ydelser kan koste mere, så skal det stadig sammenholdes med, at man måske har afværget føtalt alkoholsyndrom, hvor man har årtiers store udgifter – eller en for tidligt født med spastisk lammelse, hvor man igen kan se frem til årtiers udgifter. Bare det i sig selv er vigtigt.

Men vi skal også tænke på menneskelige omkostninger – mor og barn. Det er ødelæggende for kvinder, når børnene tages fra dem. Hvortil kommer, at hverken USA eller Danmark har råd til at sætte alle disse babyer i pleje. Det er meget dyrt. Jeg ville ønske, at man fik kigget på de her ting med hjælp fra økonomer – hvad det i det lange løb koster at gøre noget frem for ikke at gøre noget. Jeg er overbevist om, at hvis man sammenligner, hvad det koster at tilbyde mødre 'intensiv behandling' versus heroinbrug på gaden, og hvad det gør ved kvinden og barnet og de omkostninger, som kommer i kølvandet herpå i det lange løb, både de økonomiske omkostninger og de menneskelige omkostninger, så vil det klart fremgå, at det er bedre at have døgnbehandlingen og gøre noget for disse mødre og deres børn.

### At gøre en forskel

*Hvad har gjort mest indtryk på dig?*
Hvis man ser, hvad der sker for kvinder, der ikke kommer i behandling, og hvordan det går med deres babyer, så er der ikke meget, man kan gøre. Særligt hvis babyen fødes med skader af forskellig art. Det er, hvad der springer mest i øjnene. Og det gør ondt på en børnelæge. Efter at jeg var kommet ud over min første overmodige naivitet, så jeg behandling som ret udsigtsløs og håbløs. Jeg troede, at med alt det, disse kvinder længe havde affundet sig med, og med alt det, de havde gjort ved sig selv, og med alle de problemstillinger, som disse mødre havde inde på livet af medicinsk og psykosocial karakter, så var der ikke meget, vi kunne gøre for dem.

Så kom dagen – et lykkeligt øjeblik på klinikken: Vi havde en mor, som, da hun startede hos os, havde mange, store problemer, og som selv var i en meget dårlig tilstand. Men som ved fødslen var i god sundhedstilstand, gik tiden ud og fødte en helt igennem sund baby. Klinikken var på den anden ende, for babyen havde det bare så godt. Sidenhen kom striben af mødre, som ville prale over for mig, fordi jeg ledte klinikken. De ville have anerkendelse fra mig. De tog babyen med ind på mit kontor. Jeg lavede ellers mest forskning og den slags, og egentlig var det andre læger, der tog sig af de fysiske undersøgelser, men de ville have, at jeg skulle se dem med deres babyer, for jeg havde talt med dem i klinikken om neonatale abstinenser, og nu var det altså bare gået rigtig godt. Bag hvert tal er der menneskeskæbner. Disse personlige møder med stolte mødre har gjort et stort indtryk. Det har givet mig syn for sagen – at det, vi gjorde, kunne have en betydelig virkning. Vi gjorde - og gør - en forskel. ■

## OM FAMILIEAMBULATORIER

**For bedre at kunne hjælpe gravide** misbrugere og deres børn oprettes der nu familieambulatorier i alle danske regioner. Ambulatorierne opbygges efter den model, der gennem mange år er udviklet på Hvidovre Hospital og Rigshospitalet af overlæge May Olofsson, som beskrevet i bogen 'Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel'. Bogen er udgivet i 2005 af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning **'www.sundhedsoplysning.dk.**

**På www.sst.dk** ligger Sundhedsstyrelsens netop offentliggjorte vejledning om oprettelse af ambulatorierne. Velfærdsministeriet støtter etableringen af de regionale familieambulatorierne med en bevilling på 120 millioner kr. fra satspuljemidlerne. En del af bevillingen er afsat til et særligt 'Videnscenter for Forebyggelse af Rusmiddelskader hos Børn', som blev indviet på Hvidovre Hospital d. 17. april 2009 – se **www.familieambulatoriet.dk.** I forbindelse med indvielsen af videnscentret deltog professor Loretta Finnegan, USA – som May Olofsson har samarbejdet med i en årrække.

# Hvad nu, hvis de ikke vil i behandling?

Om graviditet, misbrug og barrierer i forhold til behandling.

AF DORTE HECKSHER & HELLE DAHL

At være gravid og have et aktuelt eller tidligere misbrug af alkohol eller stoffer kan være indikator for en højrisiko-graviditet med forhøjet risiko for både fysiske og psykiske vanskeligheder. Graviditeten kan eksempelvis være ledsaget af en tilbagevendende uvished og usikkerhed i forhold til skader, den gravide kan have påført eller påfører sit ufødte barn. Således kan kvinden forestille sig, at barnet har en række misdannelser og skader, som først vil vise sig ved fødslen.

**Før graviditeten var det det hele, og et par baner kunne vi godt tage, mens jeg var gravid, og der var da også lige alkohol (...); men alligevel, det kørte jo meget i, at de havde jo sagt til mig, at jeg kunne ødelægge livet for den lille.**

Dahl & Heckshers rapport: Graviditet og misbrug, s. 50.

Derudover vil kvinden ofte, såfremt omverdenen er bekendt med hendes misbrug, opleve et massivt pres udefra i forhold til at indstille sit brug af rusmidler.

Et problematisk brug af stoffer og alkohol kan forårsage skader på det ufødte barn og forøge risikoen for fødselskomplikationer. Desuden kan kvindens almene sundhedstilstand og mangel på grundlæggende omsorg for sig selv eksempelvis resultere i, at fosteret hæmmes i sin vækst, og det kan forøge risikoen for for tidlig fødsel. Derudover kan kvinden efter fødslen opleve, at barnets behov for stabilitet og tryghed kommer til at konkurrere med hendes trang til/behov for/ønske om at bruge rusmidler. Endvidere kan kvindens (og hendes partners) problematiske brug af rusmidler have en negativ indflydelse på deres evner til at tage sig af deres barn.

Der er således vægtige faglige grunde til, at indsatsen i forhold til gravide med misbrug i dag rettes mod reduktion, kontrol eller afholdenhed i forhold til indtag af stoffer. Forskning viser samtidig, at tidlig - og selv meget kortvarig intervention - kan være med til at forebygge et fortsat problematisk forbrug af rusmidler hos den gravide, hvorved både moderens sundhedstilstand kan forbedres, og fosteret kan sikres mod yderligere eksponering for rusmidler. Men forskning viser også, at der er en lang række faktorer, der har indflydelse på, hvorvidt og hvordan denne gruppe kvinder benytter sig af behandling i forhold til misbrug af rusmidler og rådgivning i forhold til graviditeten. Nogle af de vanskeligheder man kan opleve i svangeromsorgen i forhold til denne gruppe kvinder kan til dels stamme fra, at gravide med misbrug er en meget uensartet gruppe, hvor der er stor variation, både hvad angår graden af stof- og alkoholproblemer, den sociale støtte kvinderne har adgang til og kvindernes motivation for forandring. Og sammenligner man med kvinder uden alkohol- eller stofproblemer, ser det ud, som om man blandt gravide med et problematisk/for stort forbrug af rusmidler finder en overrepræsentation af en række karakteristika, der ligeledes kan være med til at vanskeliggøre, at kvinderne indgår i eller profiterer af den tilbudte intervention. Blandt kvinder med et problematisk brug af rusmidler finder man blandt andet, at:

- de har større risiko for at opleve depressive symptomer og PTSD
- de har i større omfang været udsat for traumatiske oplevelser i barndommen – såsom forældres tidlige død
- de har i større omfang været udsat for fysisk og seksuelt misbrug både som børn og voksne
- kvinder med problematisk brug af rusmidler har oftere en partner, der er stof/alkoholmisbruger
- de har oftere en voldelig partner - og at opleve vold forud for graviditet er en indikator på også at opleve vold under graviditeten
- de har oftere problemer med arbejdsløshed, social isolation og hjemløshed
- de modtager mindre støtte fra deres sociale netværk (familie, venner)
- kvinderne har i højere grad brug for ydelser som hjælp til transport, sundhedsydelser, husly og mad

En sådan oplistning kan naturligvis kritiseres for at være en meget bred 'generalisering'. På den anden side kan den være med til at illustrere, at der er tale om en gruppe kvinder, der, ud over deres behov for svangerrådgivning, har en række særlige behandlingsmæssige og råd-

# CASE CAMILLA: NÅR KONTROL OPLEVES SOM STØTTE

**Camilla er 25 år.** Hun har to børn på 5 og 1 år. På interviewtidspunktet bor hun sammen med faderen til det yngste barn. Hun har fra sine teenageår, og indtil hun blev gravid med sit andet barn, haft et periodisk stort forbrug af alkohol og centralstimulerende stoffer, især amfetamin. Faderen til hendes ældste barn var voldelig. Kontakten til ham er i dag sporadisk. Det ældste barn blev ikke eksponeret for alkohol under graviditeten, men hun tog kokain og amfetamin enkelte gange.

I årene efter den første fødsel levede Camilla et ret ustabilt liv med alkohol og stoffer og fravær fra hjemmet i dagevis. Barnet boede i den periode overvejende hos hendes forældre. Kommunen kom på et tidspunkt ind i billedet og krævede, at Camilla gik i behandling for sit misbrug, i modsat fald ville barnet blive fjernet. Hun påbegyndte efterfølgende et ambulant dagbehandlingsforløb for yngre stofmisbrugere. I den periode indtog hun regelmæssigt antabus. Samtidig mødte hun sin nuværende mand, der også har en fortid med misbrug af alkohol, amfetamin og kokain. De flyttede sammen, besluttede sig snart for at ville have et fælles barn, og Camilla blev ret hurtigt gravid. Hun blev tilknyttet et specialtilbud for gravide med misbrug, hvor hun afleverede ugentlige urinprøver og desuden fik en bestemt jordemoder som kontaktperson. Hun beskriver kontakten til jordemoderen som en stor støtte, især i den periode, hvor kæresten var i fængsel. Hun modtog under graviditeten ikke andre ydelser med fokus på brug af rusmidler. Efter fødslen fik hun en støtteperson, der kom i hjemmet flere gange om ugen. I starten opfattede Camilla støttepersonen som en kontrolinstans,

givningsmæssige behov. De har således risiko for at opleve problemer på en lang række områder – problemer, der potentielt kan have en negativ indflydelse på ønsket om at modtage behandling og evnen til at profitere af den.

**Det var jo også sådan en blandet følelse, for det var totalt det forkerte tidspunkt. Men et eller andet sted blev jeg glad, og et andet sted var det enormt frygteligt (...) Jamen, jeg kunne jo ikke engang tage vare på mig selv. Hvis jeg ikke havde noget hash at ryge, drak jeg mig en flaske vodka. Og det kan jeg jo ikke byde et barn... og så fordi jeg havde det så dårligt med mig selv, så det var svært for mig at skulle ..Men på den anden side, så kunne det jo også være anledningen til et bedre liv.**

Dahl & Heckshers rapport: Graviditet og misbrug, s. 33.

I forhold til kvinder med misbrugsproblemer bliver tidlig intervention set som særlig vigtig i forhold til at forbedre kvindens generelle sundhedstilstand og at reducere brug af rusmidler i graviditeten. Men gravide med misbrug har, sammenlignet med kvinder uden brug af rusmidler, en tendens til enten at udsætte deres første kontakt - eller helt undgå kontakt - med behandlingssystemet og sundhedsvæsenet. Noget af baggrunden for dette kan være, at gravide med en rusmiddelproblematik oplever en række barrierer i forhold til at søge behandling eller svangeromsorg, som dermed også indvirker på deres muligheder for forandring.

## Barrierer

Betegnelsen 'barrierer' anvendes om folks egne begrundelser for, hvad der afholder dem fra eller vanskeliggør beslutningen om at søge specialiseret misbrugsbehandling, men også om deres begrundelser for ikke at have noget ønske om at ændre eller forandre, hvad andre definerer som problemadfærd[1]. Der kan skelnes mellem indre (interne) og ydre (eksterne) barrierer, hvor 'indre barrierer' refererer til den enkeltes personlige indstilling og psykiske tilstand, og de 'eksterne barrierer' til faktorer, der relaterer sig til interpersonelle relationer, behandlingsmæssige betingelser og samfundets holdninger til og syn på misbrug og misbrugere. Inden for forskningen har de eksterne barrierer været genstand for en del opmærksomhed gennem de seneste år, især med henblik på at identificere, hvorfor kvinder generelt - og ikke mindst gravide med misbrugsproblemer - tilsyneladende undlader at gøre brug af behandlingssystemets tilbud i det omfang, som det antages at kunne være aktuelt og relevant. En lang række undersøgelser har peget på et ganske vidt

---

men efterhånden mere som en værdifuld støtte, en fortrolig, som hun kunne dele sine bekymringer med, og som gav råd og vejledning i forhold til at være mor til to mindre børn. Efter fødslen stoppede urinprøve-kontrollen på sygehuset. En enkelt gang har støttepersonen med alkometer kontrolleret for alkohol. Camilla har ikke indtaget alkohol eller stoffer, siden hun opdagede, at hun var gravid med sit yngste barn.

Når hun beskriver sit forløb, er det centralt, at hun på den ene side giver udtryk for, at hun ønskede så lidt indgriben i sit liv og sin hverdag som muligt, men at hun på den anden side i høj grad tilkendegiver at have profiteret af den ydelse, hun efter fødslen har modtaget i eget hjem. En ydelse, der fortrinsvist har været fokuseret på hendes aktuelle behov som nybagt mor og i minimal grad rettet mod misbrug. Hun beskriver selv, at truslen om, at hendes ældste barn i sin tid risikerede at blive fjernet, har haft afgørende betydning for hendes øvrige forløb, og betragter det i dag som en effektiv advarsel og intervention:

*Og vi var til nogle møder deroppe med kommunen, og de blev ved med at sidde og sige: 'Vi tager dit barn, vi tager dit barn' (...) Men det er jo kun for, at jeg kommer på ret køl, at de har sagt det. Men det er det værste, jeg har fået at vide, at de ville tage mit barn (...) hvis jeg ikke snart tog mig lidt sammen. De ville jo gerne hjælpe mig. Og så tænker man... man bliver helt vildt sur over det, de siger. Jeg er simpelthen så glad for, at jeg har haft dem inde i mit liv nu, men det var jeg ikke dengang. Ikke før jeg kunne se noget positivt. Det er kun positivt nu (...).*

*Jeg fik sådan en hjemme-hos'er. Hun kom til at starte med to gange om ugen i et par timer. Simpelthen, bare at snakke med et voksent menneske og ikke alle de der misbrugere. Det hjalp faktisk meget. Vi tog ud til noget, jeg gerne ville, og ud og gå en tur... vi lavede alverden, og det var bare så hyggeligt, hun var simpelthen så rar. Og så blev det jo bedre og bedre med mig også, og så sagde jeg, at jeg havde mindre brug for hende nu. Og så blev det til én gang om ugen, og det var også rigeligt. Og hvis der var nogle problemer, så ringede jeg bare til hende, så kom hun med det samme.*

Under den seneste graviditet var der i form af ugentlige urinprøver et udpræget fokus på kontrol af Camillas misbrugsstatus, hvilket hun oplevede som en indsats afpasset hendes behov og situation. Efter fødslen 'flyttede' denne kontrol så at sige ind i hendes hjem i form af en støtteperson, som kom flere gange om ugen. Relationen til støttepersonen udviklede sig til Camillas overraskelse til at blive opfattet som en betydningsfuld hjælp i dagligdagen og ikke den overvågning, som hun i starten betragtede støttepersonens opgave som udtryk for. Camillas forløb før og efter fødslen understreger den pointe, at ingen af undersøgelsesdeltagernes forløb kan beskrives ud fra blot én specifik type behandlingstilbud, fordi ydelse og indsats har ændret sig undervejs, i takt med at behovet for hjælp og støtte har ændret sig.

spektrum af forhindringer af både praktisk og institutionel karakter. Det kan fx handle om geografisk afstand og begrænsede transportmuligheder, problemer med børnepasning eller arbejde i forbindelse med dagbehandling og/eller rigide åbningstider for udlevering af substitutionsmedicin. Krav om total afholdenhed som forudsætning for at blive indskrevet i eller forblive i behandling kan også medvirke til at svække motivationen, ligesom tilbud om døgnbehandling på institutioner, der ikke er indrettet til, at der medbringes børn, risikerer at kollidere med ansvaret for hjemmeboende børn. Yderligere er dårlige erfaringer med behandlingsinstitutioners kontrol- og konsekvensbaserede praksis samt professionelles negative holdning til mødre og gravide, der bruger rusmidler, blevet fremhævet som begrundelse for at undgå behandlingssystemet. Endelig udgør den samfundsmæssige stigmatisering af stof- og alkoholafhængige, som i forhold til kvinder - og ikke mindst i rollen som mødre og gravide - får en særligt moraliserende karakter, en betydelig udfordring.

**Selvfølgelig har jeg været styret af systemer og sådan noget, sagsbehandlere, i forhold til, hvor jeg har været henne... selvfølgelig har jeg det. Jeg har jo ikke så meget at sige, jeg er jo misbruger, og hvis jeg ikke gør, som de siger, så tager de mine børn. Sådan er det jo (...). Jeg tror bare, at et eller andet sted har jeg haft og har sådan en evne til at tilpasse mig det, jeg er i.**

Dahl & Heckschers rapport: Graviditet og misbrug, s. 100.

Det negative og fordømmende syn på kvinder med stof- og alkoholproblemer, der ofte også deles af kvinderne selv, kan ses som samfundets reaktion på et brud på de traditionelle normer og kulturelle forventninger til kvinders rolle som mødre og omsorgsgivere. Hvilket måske også kan være med til at forklare, at nogle professionelle kan være mere tilbøjelige til at identificere sig med det sårbare og 'uskyldige' foster end med den gravide kvinde, der på trods af de erkendte risici fortsætter med sit (selv-) destruktive forbrug af stoffer og alkohol. Ud fra denne forståelse betragtes den gravide kvinde både som en trussel mod fosterets sikkerhed og overlevelsesmuligheder og mod de konventionelle krav til kvinde- og moderrollen. Som nævnt er professionelles holdninger til gravide misbrugere blevet fremhævet som en potentiel barriere for at søge behandling, men oplevelsen af en negativ attitude kan også være med til at vanskeliggøre eller underminere den behandlingsalliance, der er forudsætningen for et godt behandlingsforløb. Professionelle, der tager

# CASE LISE: NÅR KONTROL IKKE OPLEVES SOM STØTTE

**I modsætning til casen om Camilla oplever andre kvinder,** at fokus på kontroldelen og det barn, de bærer på, påvirker den behandlingsmæssige relation i negativ retning og forstærker oplevelsen af, at sundhedspersonale og behandlere ikke har tillid til dem. I disse forløb optager behandling, specifikt rettet mod kvindens misbrug kun en meget lille plads. Følgende case er et eksempel på denne type kontakt eller behandlingsrelation:

Lise er 40 år. Hun har to drenge, hvoraf den ældste er flyttet hjemmefra, og den yngste er lige blevet 1 år. Siden 20-års alderen har hun og manden haft et varierende brug af heroin, hash, kokain og alkohol, hvilket ikke har forhindret, at de begge har haft arbejde og i en årrække været selvstændige.

I årene op til graviditeten med det yngste barn havde parret været i substitutions-behandling, og deres tilværelse havde for alvor stabiliseret sig. Lise havde af den ordinerende læge fået tilladelse til selv at trappe sin metadondosis ned og var begyndt på en kompetencegivende uddannelse. Hun var et stykke henne i graviditeten, før hun blev klar over sin tilstand. I forbindelse med den første graviditetsundersøgelse fortalte hun således jordemoderen på det lokale sygehus, at hun 'stod på' en mindre dosis metadon, hvorfor hun blev henvist til amtets specialtilbud for gravide med misbrug. Mens kontakten med jordemoderen havde været båret af interesse for hendes egen og barnets generelle tilstand, følte hun, at de indledende samtaler med lægen i det amtslige specialtilbud især var fokuseret på hendes fortid og det misbrug, hun havde haft. At hendes stabiliserede tilværelse indebar, at hun en sjælden gang stadig kunne finde på at tage heroin, valgte hun derfor at fortie. En nedtrapningsplan blev aftalt, ifølge hvilken Lise to gange om ugen skulle bruge lang transporttid for at aflægge urinprøver. Det kolliderede med hendes uddannelsesforløb og resulterede i, at hun valgte at søge orlov. I løbet af graviditeten tog hun heroin tre gange, hvilket medførte et øget fokus på kontrol.

Da Lise fødte, havde hun samme dag taget den sidste dosis metadon i den nedtrapning, hun havde påbegyndt måneder forinden. Efter fødslen blev barnet overført til neonatalafdelingen. Både forældre og personale vurderede, at barnet efter

sig af nyfødte, som observeres eller behandles for symptomer forårsaget af moderens brug af rusmidler eller medicin under graviditet, kan til tider reagere følelsesmæssigt stærkt, når børnene er medtagede og krævende og familien socialt dårligt stillet. Ægtefællens eller partnerens modstand mod behandling – eller deres eget misbrug af stoffer og alkohol kan også være en væsentlig barriere for kvinderne i forhold til at søge behandling. Mandlige partnere med rusmiddelproblemer vil ofte være mindre støttende end ikke-misbrugende partnere i forhold til kvindens ønsker om og bestræbelser på at blive stoffri. Desuden er der en risiko for, at kvinder aktivt undgår behandling, når de oplever, at der er risiko for, at de vil miste forældremyndigheden eller på anden måde blive straffet, og derved kan initiativer til at beskytte barnet blive oplevet som en barriere i forhold til

fødslen udviste lettere abstinenssymptomer, og behandling blev sat i gang. Dagen efter fødslen skønnede personalet imidlertid den nyfødte til at være meget abstinent, hvilket, mente Lise og hendes mand, var en overfortolkning af barnets uro. Lises oplevelse var, at barnet var roligt og trygt, når hun var i nærheden, men at personalet, når hun ikke var der, lagde abstinenssymptomer til grund for barnets uro. Den første periode af barnets liv var derfor præget af oplevelsen af, at deres barn blev overdoseret/fejlbehandlet, og at deres observationer vedrørende barnets tilstand og reaktioner ikke blev hørt eller taget alvorligt af personalet. Ligeledes oplevede de, at den jordemoder, der havde fulgt Lise under graviditeten, og som hun opfattede som sin kontaktperson, ikke havde nogen kompetence i forbindelse med forløbet efter fødslen. Parret fandt det desuden begrænsende, at de på grund af hospitalets politik omkring forældre med stofmisbrug ikke kunne være sammen med barnet, så meget som de ønskede.

Umiddelbart efter fødslen blev Lise flere gange bedt om at afgive en urinprøve, men som det ikke er ualmindeligt efter en fødsel, var hun ikke i stand til det før efter et par dage. Det kom derfor som et chok for hende, at ikke aflagte urinprøver blev journalregistreret som ugyldige. I den aktuelle situation betød det, at hendes påstand om, at hun kun havde indtaget den ordinerede metadon op til fødslen ikke blev taget for pålydende. Alt i alt var der altså tale om en række faktorer, der ikke var fremmende for de nybagte forældres følelse af indflydelse. Tværtimod fik det dem til at føle sig på tværs, upålidelige og udsat for en betydelig grad af mistillid. Lise blev i den følgende tid tiltagende bekymret for, at hun ikke, som oprindeligt planlagt, ville få lov til at tage barnet med hjem, og både hun og manden blev mere påpasselige med ikke at anfægte personalets vurderinger: *'Jeg var også lidt tilbageholdende, fordi de skriver alt ned, hvad du siger og gør. Vi havde et godt forhold til dem, men du skulle heller ikke være særligt... du skulle ikke kritisere deres arbejde særligt meget, så blev der skrevet om det. Det er simpelthen så hårdt rent psykologisk, fordi at du vejer alt, hvad du siger og gør.'*

Hospitalsafdelingen vurderede, at familien ville få brug for massiv støtte i hjemmet. Også deres boligsituation blev der sat spørgsmålstegn ved, og kommunen, der var blevet inddraget, endte med at kræve, at barnet skulle anbringes på spædbørnshjem. Med denne uventede udmelding oplevede forældrene, at kommunens medarbejdere i lighed med hospitalspersonalet overså deres ressourcer og overhørte deres ønsker. Kommunens medarbejdere gav på deres side udtryk for, at de var usamarbejdsvillige. Det endte dog med et kompromis. Familien blev installeret på en døgninstitution med henblik på, at deres forældreevne blev vurderet. På institutionen skulle Lise desuden aflægge daglige urinprøver og konstant være under personalets opsyn.

På trods af en vanskelig start udviklede opholdet på døgninstitutionen sig til en positiv oplevelse for parret. Den hjælp og

behandling. Frygten for at blive frataget sine børn kan både ses som en indre og en ydre barriere. Ydre i den forstand, at interventioner besluttes og udføres af myndighedspersoner, hvor interventionen kan være baseret på en vurdering af, hvorvidt moderen er i stand til at afholde sig fra at bruge rusmidler. Indre i form af moderens (og faderens) forventning i forhold til mulig intervention fra offentlige myndigheder, og den frygt der kan være knyttet hertil.

Gravide kvinders reaktion på oplevede barrierer kan være tilpasning til eller undgåelse af de tilgængelige behandlings- og sundhedstilbud. Tucker[2] har pointeret, 'at udsættelse eller undgåelse af behandling ikke nødvendigvis skal ses som tegn på benægtelse eller mangel på indre motivation for forandring', og at kvinders grunde til ikke at søge forandring 'ofte er en afspejling af sociale kræfter, der afskrækker kvinden fra at indgå i stigmatiserende interventioner'. Fra dette perspektiv er det afgørende at være opmærksom på både de indre og ydre barrierer, som denne gruppe kvinder kan opleve.

**Og så vidste jeg jo ikke, hvad der skulle ske til det der møde overhovedet. Og min sagsbehandler kom og sagde: 'Nu fjerner vi børnene, og du ryger simpelthen ud. Enten må du gå ud og tage nogle stoffer, eller også må du et eller andet.' Jeg vidste jo ingenting. Jeg var jo ikke i tvivl om, at de var på min side, heller ikke min sagsbehandler. Så snakkede vi så frem og tilbage om, hvad jeg så skulle. Og min sagsbehandler spurgte, om jeg ville være et andet sted sammen med børnene. Jeg havde jo også en masse tanker og forestillinger om at: 'Nu tager de mine børn!' Og det ville jeg ikke have kunnet fortænke dem i.**

Dahl & Heckshers rapport: Graviditet og misbrug, s. 99.

støtte, de modtog i den første tid sammen med barnet, fandt de passende, og de fik positive tilbagemeldinger på deres måde at tage vare om barnet på. På den anden side oplevede forældrene, at de tiltag, der var blevet iværksat, var 'skudt over målet', og at deres ressourcer og ønsker gennem processen blev undervurderet. Lise fortsatte gennem barnets første leveår med at aflægge ugentlige urinprøver, og parret har i vid udtrækning haft en oplevelse af, at blive overtaget af et system, hvor parret har følt sig frataget både rettigheder og indflydelse, hvilket i en tilsvarende situation kunne friste til at undgå kontakt med systemet:

*...den dag, jeg trådte ind af døren [til jordemoderen], kunne jeg have bidt tungen af mig selv. Jeg ærgrede mig virkelig over, at jeg gjorde det. Altså, fordi det var ligesom, at hele det dér system kravlede op på ryggen af en.*

Lise oplevede, at der blev fokuseret meget ensidigt på hendes tidligere misbrugssituation, kontrollen og heroinepisoderne, hvilke hun i princippet kunne have 'dækket over'. Hun følte også, at opmærksomheden stort set udelukkende blev rettet mod fosteret, og at hun selv blev behandlet som 'et hylster'. Med den prioritering mener hun, at hun burde have været tilbudt hjælp specifikt til at håndtere eller undgå indtag af rusmidler.

En behandlingsrelation baseret på kontrol kan således vanskeliggøre eller hindre en tillidsfuld relation mellem kvinden og sundheds- og behandlingspersonalet – ikke blot i den konkrete situation, men også i fremtiden. Netop frygten for, at ens barn risikerer at bliver fjernet, er en af de fremtrædende ydre barrierer i forhold til, at gravide med misbrug undlader at afsløre et eventuelt misbrug eller søge behandling.

# CASE PIA: NÅR KONTROL STÅR ALENE

**En konsekvens af udelukkende at have fokus på kontrol af misbruget** kombineret med manglende misbrugsbehandling illustreres af en yngre kvindes fortælling om sin tid som gravid og i metadonbehandling. Gravid i femte-sjette måned blev hun indlagt på en hospitalsafdeling som et tilbud om at gennemføre graviditeten i et beskyttet miljø:

*Da jeg blev indlagt, tog jeg kun tre-fire metadoner. Jeg havde faktisk fået sådan rimeligt styr på det, og det gik sådan rimeligt. Men så blev jeg indlagt, og så*

**DORTE HECKSHER**
CAND.PSYCH., PH.D., POST DOC
**HELLE VIBEKE DAHL,**
ETNOGRAF,
BEGGE CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

## Forskning på dansk

Det meste af den forskning, der er på området, er baseret på udenlandske populationer. Der findes dog en enkelt dansk undersøgelse, foretaget af denne artikels forfattere, der beskriver gravide misbrugeres oplevede barrierer i relation til behandling[3]. I denne undersøgelse identificeredes en række barrierer i forhold til at opsøge, indgå i og profitere af de behandlingsmæssige tilbud:

- Frygten for, at barn/børn vil blive fjernet.
- Moraliseren samt trusler fra professionelt hold om, at barn/børn vil blive fjernet.
- Frygten for samt konkrete oplevelser af, at professionelle misbilliger og/eller giver udtryk for, at de ikke burde få børn.
- Aktuelle eller tidligere oplevelser af, at sundhedspersonale/behandlere tager beslutninger uden at inddrage eller i tilstrækkelig grad at informere moderen/forældrene.
- Oplevelsen af, at indsatsen og interessen alene eller overvejende er rettet mod fosteret/det ufødte barn.
- Utryghed og angst forbundet med kontrolforanstaltninger.
- Uklarhed vedrørende, hvilke konsekvenser brug af stoffer eller alkohol får (både når det bliver afsløret ved urinkontrol, og når kvinden selv beretter herom).
- Oplevelsen af overvågning og vurdering af adfærd under indlæggelse på sygehus, herunder usikkerhed omkring, hvad der bliver skrevet i journaler, og hvordan denne viden anvendes.
- Oplevelsen af ikke at blive lyttet til/taget alvorlig som forældre.
- Oplevelsen af personale/behandlere, der giver udtryk for manglende tro på, at de kan afholde sig fra stoffer og alkohol.
- Usikkerhed om, hvad misbrugsbehandling/døgnbehandling er/kan indebære.
- Eget eller partnerens misbrug af rusmidler kan opleves som en hindring for at opsøge behandling.

Fra kvindernes perspektiv kan der således også i Danmark identificeres en række aktuelle og potentielle barrierer, der forringer muligheden for, at indsatssystemerne når målgruppen - og at kvinderne oplever, at der findes tilgængelig og relevant behandling. ■

## LITTERATUR

1 Schober, R. & Annis, H. M.: Barriers to Help-Seeking for Change in Drinking: A Gender-Focused Review of the Litterature. Addictive Behaviors, 21(1), 81-92. 1996.
2 Tucker, J. A.: Resolving Problems Associated with Alcohol and Drug Misuse: Understanding Relations Between Addictive Behavior Change and the Use of Services. Substance Use & Misuse, 36(11), 1501-1518. 2001.
3 Dahl, H. & Hecksher, D.: Graviditet og misbrug. Belyst ud fra kvindernes perspektiv. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2007.
Hecksher, D. & Dahl, H.: Barriers to Treatment. Substance Use & Misuse, in press. 2009.

*blev det sådan lidt grotesk... så steg mit misbrug af metadon. Fuldstændigt vanvittigt. Jeg tog ikke noget heroin eller noget, jeg tog kun metadon, men jeg tog altså... jeg købte det... Jeg tog i hvert fald minimum 10 ekstra om dagen – og helt op til 40 ekstra om dagen. Så jeg kunne fixe 40 don'er til sidst. Det er ret meget, men de kunne ikke se det [på urinprøverne]. Hvis det havde været heroin, kunne de se det.*
I: Var der nogen form for nedtrapningplan?

*Nej, ikke rigtigt. Der var mere en stabiliseringsplan, at jeg skulle gå en don ned om dagen og på et tidspunkt så bibeholde det på et bestemt niveau [indtil fødslen]. Det var det eneste. Ellers ikke. Der var ikke nogen behandling. Der var ikke engang en psykolog tilknyttet det der misbrugsteam, og der lå jeg i tre måneder, inden jeg fødte. Og det var kraftstejleme kedeligt, fordi i rygelokalet var der ikke fjernsyn. Og hvis jeg skulle se fjernsyn, skulle jeg ind i ikke-ryger. Og det var jo ligesom mit hjem (...) Altså, der var ingenting. Jeg lå på en fødegang på fjerde sal sammen med almindelige nybagte mødre... Og man sad der med stor mave, og folk spurgte jo hvorfor og hvordan og hvorledes. Og de [andre gravide] fødte og kom hjem efter tre dage. Så man er ikke engang sådan afskåret fra de normale og kan få lov til at være i fred. Man er virkelig udstillet. Jeg følte mig meget udstillet. Og sygeplejerskerne... Der var selvfølgelig også forskelle. Der var nogle, der var rigtigt søde og troede, at jeg kunne klare det og sådan. Men de havde ikke nogen viden om misbrug... de var bare ganske almindelige sygeplejersker. Så der var ikke så meget at hente. Og jeg var nok heller ikke gået til dem. Det havde krævet nogle mennesker, som kunne finde ud af at gå til mig. Og det var det, de ikke gjorde. Det skal du jo med misbrugere. Du kan jo ikke regne med, at en misbruger bare klarer sig selv, vel! Så det er, ligesom... det manglede. Hele den der viden havde de ikke.*

Indlæggelse i beskyttede omgivelser repræsenterer altså ikke nødvendigvis den beskyttelse af hverken mor eller det ufødte barn, som man forestiller sig. Som ovenstående beretning illustrerer, stemmer sygehusets tilbud og ydelse ikke overens med kvindens behov for behandling og forberedelse på fødsel og forældrerolle. Den rent medicinsk foranstaltede nedtrapning og stabilisering omgår kvinden ved at indtage illegalt indkøbt metadon med det resultat, at barnet fødes med massive abstinenser. Patient og det professionelle system kører således et parallelt forløb. På den ene side antager personalet, at de i samarbejde med moderen arbejder hen imod en stabilisering på en lav dosis metadon, der skal sikre, at barnet fødes med så få abstinenser og skader som muligt. På den anden side føler kvinden sig alene og overladt til sig selv på en afdeling, hvor hun oplever sig udstillet som 'hende junkien' og ender med at fordrive ensomheden ved at tage mere metadon end foreskrevet. Hun mener selv, at dette indtag sløvede hende så meget, at hun efterhånden ikke tænkte på de konsekvenser, det kunne få for det ufødte barn.

*Uddrag af cases fra Dahl og Heckshers rapport: Graviditet og misbrug.*

# FAKTA:

## Lovgivning og praksis i forhold til gravide med rusmiddelproblemer

**I Danmark er de grundlæggende** retslige og socialpolitiske principper, at indsatser over for gravide med rusmiddelproblemer skal ske efter den gravides egne ønsker og behov og med respekt for hendes selvbestemmelse.

Indsatser over for gravide med rusmiddelproblemer varetages af sundhedssektoren og den sociale sektor. Sundhedssektoren forestår svangerskabsomsorgen og fødselshjælpen med udgangspunkt i Lov om Svangerskabshygiejne og Fødselshjælp. På nuværende tidspunkt er den særlige sundhedsfaglige indsats over for gravide med rusmiddelproblemer meget varierende i landets 5 regioner. For at styrke indsatsen på landsplan blev der i 2008 afsat midler fra den statslige satspulje til at etablere familieambulatorier på sygehuse i de enkelte regioner. Disse familieambulatorier skal sammensættes af tværfaglige teams med kompetencer inden for svangeromsorg, neonatologi, pædiatrisk opfølgning, psykologisk hjælp og rådgivning om rusmiddelbehandling og sociale indsatsmuligheder.

Behandling af alkoholmisbrug og medicinsk behandling af stofmisbrug ydes via Sundhedsloven. Social behandling af stofmisbrug ydes via Serviceloven. I praksis er det kommunerne, som har ansvaret for både den medicinske og den sociale misbrugsbehandling. Der tilbydes mange forskellige typer af dag-, døgn- eller ambulant behandling. Selve behandlingen kan foregå i både kommunale og private tilbud. For al behandling gælder, at kommunalbestyrelsen skal iværksætte gratis behandling senest 14 dage efter borgerens henvendelse.

Behandling af rusmiddelproblemer indgår ofte i en generel social indsats. Den iværksættes ud fra Serviceloven. Her er kommunalbestyrelsen forpligtet til at tilbyde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud, afpasset efter den enkeltes særlige behov, som kan forebygge og forbedre den enkeltes udviklingsmuligheder. Ud over behandling kan det dreje sig om tilbud om samvær, aktivitet, omsorg, pleje og bolig.

Den sociale sektor varetager også indsatsen over for udsatte børn. Det er en kommunal myndighedsopgave at træffe afgørelse om og iværksætte de foranstaltninger, som er nødvendige. I 2007 blev underretningspligten udvidet til også at omfatte det ufødte barn. Det betyder, at kommunalbestyrelsens tilsynsforpligtelse, rådgivning, undersøgelser og foranstaltninger, som tidligere omhandlede børn under 18 år, nu også omfatter det ufødte barn. Man kan derved sætte tidligere ind med foranstaltninger for det kommende barn og dets forældre.

### Nyeste tiltag på området

Ud over udvidelsen af de regionale familieambulatorier og ændringerne omkring underretningspligten er der også sket et skift i lovgivningen omkring mulighederne for tilbageholdelse af gravide misbrugere, der er i døgnbehandling for deres misbrug.

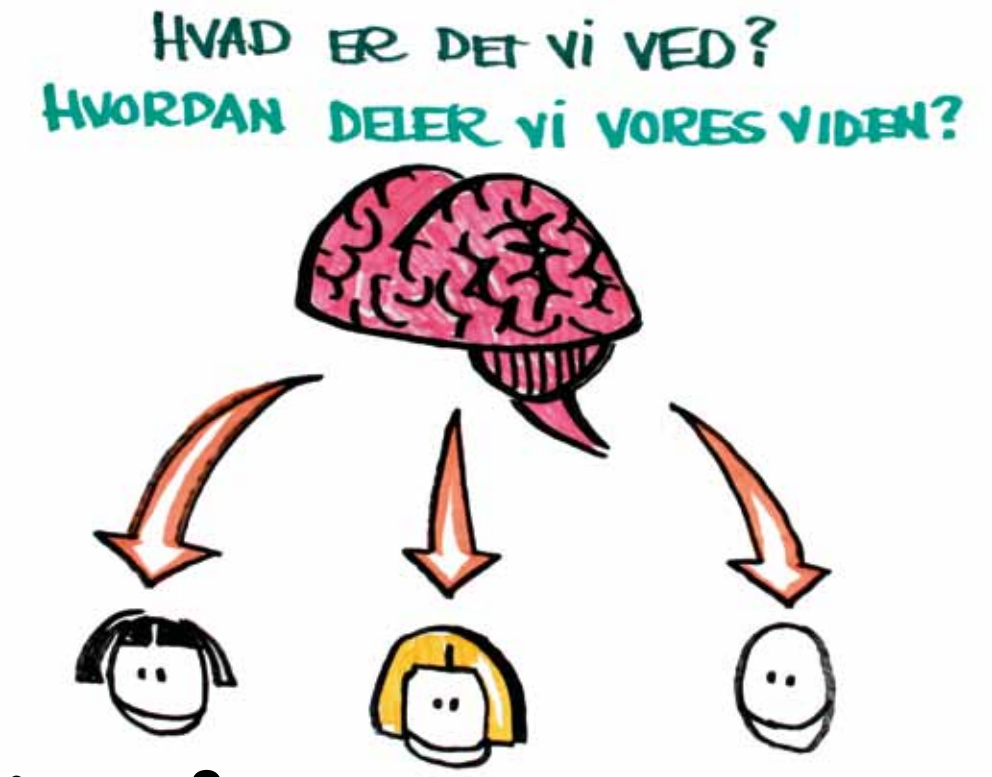
Indtil 2007 var det gældende for stofbehandling, at hvis en gravid kvinde kom i døgnbehandling, kunne kommunen tilbyde den gravide kontrakt om tilbageholdelse. I 2007 ændredes bestemmelsen. Det nye består i, at hvis en gravid kvinde med stofproblemer kommer i døgnbehandling, så skal kommunen tilbyde den gravide kontrakt om tilbageholdelse. Det er stadig frivilligt for den gravide, om hun vil indgå kontrakten, og hun kan fortsat modtage døgnbehandling uden kontrakt. I løbet af det første år hvor lovgivningen var i kraft, blev 18 gravide kvinder med stofmisbrugsproblemer tilbudt kontrakt, men ingen valgte at indgå kontrakten. I oktober 2009 indsamles næste status på dette område.

På alkoholområdet blev der ligeledes i 2007 indført en bestemmelse, der muliggjorde, at kommunen kan vælge at tilbyde gravide med alkoholproblemer kontrakt om tilbageholdelse i forbindelse med døgnbehandling. Før 2007 havde der ikke været nogen bestemmelser på området, og den nye bestemmelse på alkoholområdet har således karakter af den gamle på stofområdet. I Sundhedsstyrelsen antager man, at bestemmelsen ikke har været i brug, da man ikke har modtaget nogen underretninger.

Ud over de lovgivningsmæssige ændringer er der fra statsligt hold også fokus på faglig opkvalificering af indsatsen over for sårbare gravide. Der er fra den statslige satspulje afsat midler til 6 metodeudviklingsprojekter både i forhold til gravide med alkoholproblemer og gravide med stofmisbrugsproblemer. Projekterne er sat i gang i 2009 og løber frem til 2011 og 2012. De har særlig fokus på opsporing og fastholdelse af gravide i behandling samt udvikling af det tværfaglige samarbejde mellem de mange parter, som indgår i en indsat over for gravide med rusmiddelproblemer.

Derudover er der afsat midler til udgivelsen af en metodehåndbog til opkvalificering af de kommunale indsatser over for sårbare gravide. Bogen vil være færdig i 2010. Bogen omhandler en bredere målgruppe af sårbare gravide og har til formål at klæde kommunerne bedre på til at iværksætte en tidlig indsats over for målgruppen.

JANNE SCHACKE
KONSULENT I SERVICESTYRELSEN
www.servicestyrelsen.dk




# Gravid på Tværs

## – et fagligt netværk om stof og graviditet

Hvordan sikrer man et godt graviditetsforløb for de kvinder, der har et stofmisbrug? Hvilke problemstillinger og dilemmaer kommer kvinderne og behandlerne ud for undervejs? Et nyt fagligt netværk har som mål at sætte fokus på indsatsen og indsamle erfaringer.

**AF LOUISE ØSTERGAARD**

Selvom kun cirka 200 kvinder med stofproblemer bliver gravide om året, får emnet stor bevågenhed og interesse[1]. Meningsfuldheden er da også åbenlys: at forebygge, at et barn på vej ikke eksponeres for rusmidler med livsvarige skader til følge. Rigtig mange fagområder kan engageres af de spørgsmål, som rejser sig i flok. Spørgsmål som: Hvad er den bedste vej til at tilgodese barnets tarv, til at tilgodese moderens tarv, og hvad med fars betydning? Er biologisk relation mellem mor og barn vigtig, eller er det endnu vigtigere, at barnet blot får en bæredygtig relation til en omsorgsperson? Har et foster rettigheder, eller kommer de først til udtryk, når man fødes? Dilemmaerne synes at stå i kø for at komme på tværs af den velsmurte indsats. Debatten kan potentielt være i fare for at ende i en uhensigtsmæssig dualisme, hvor hensynet til mor og barn bliver udsat for modstridende prioriteringer.

I værnet mod dette har både de lægelige, juridiske, socialfaglige, psykologiske, sociologiske, tværfaglige, tværsektorielle, etiske/moralske/filosofiske vinkler meget vigtigt at bidrage med.

Endvidere har indsatsen omkring gravide kvinder med stofproblematikker som så meget andet behandlingsarbejde været igennem en strukturel turbulens i de sidste år. Kommunalreformen giver nye udfordringer i spillet mellem leverandører af behandlingstilbud og kommunerne som bevilgende myndighed. Lovændringen fra 2007, der giver udbygget mulighed for tvangstilbageholdelse af gravide, stofbrugende kvinder i behandling, giver yderligere kommuner og stofbehandlingstilbudene nye udfordringer. Endelig er der nye familieambulatorier på vej tilknyttet alle landets regionshospitaler.

Det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde står af mange grunde i skærpet fokus.

Fra slutningen af 2008 har KABS FamilieVinklen i Glostrup Kommune sammen med Socialt Udviklingscenter SUS været i gang med at etablere et fagligt netværk Gravid på Tværs med midler fra Servicestyrelsens pulje: 'Styrkelse af indsatsen over for gravide misbrugere'.

Som initiativtagere til et projekt for gravide med et stofmisbrug erfarede vi tidligt i processen, at ingen kommuner så sig i stand til at etablere et forsøgsprojekt med det formål at forstærke indsatsen over

**FAKTA** Puljen til forstærket indsats over for gravide kvinder med stofmisbrug: I forbindelse med ændringerne af lovgivningen 2007 om tvangstilbageholdelse af gravide kvinder med et stofmisbrug blev der afsat puljemidler til samtidig at styrke indsatsen bredt over for kvinderne. Puljen støtter kommunale forsøgsprojekter i at udvikle nye metoder inden for områderne: – identificering og opsporing af gravide kvinder med et stofmisbrug– motivering til og indrullering af gravide kvinder med et stofmisbrug i behandling – fastholdelse af gravide kvinder med et stofmisbrug i behandling.

for gravide stofmisbrugere, idet der er alt for få kvinder med denne problemstilling i hver enkelt kommune. Derfor gav det i stedet mening for såvel os, de forskellige indsatssteder og flere kommuner at gå sammen i et fagligt netværk på tværs af fag og sektorer. Vi formulerede en ramme for netværket Gravid på tværs bestående af 8 fælles netværksdage fordelt på 2009-2010, hvor vi kan koncentrere viden og erfaring omkring denne udfordrende og spændende problematik.

Deltagerne kommer fra kommunerne, hospitaler samt voksenbehandlingssystemet, observationshjem, familieplejetilbud, forskning og fremskudte gadetilbud i Storkøbenhavn.

### Formål med Gravid på Tværs

Det faglige netværk er sammensat på en måde, så det afspejler de forskellige positioner, som de professionelle har i forhold til kvinden og hendes barn og evt. øvrige familie.

Sammen skal vi præcisere dels dilemmaerne, dels den gode praksis i graviditetsforløbene.

Det er netværkets udfordring at fokusere på indsatsen omkring den gravide som en vej til at sikre barnets tarv.

Herunder vil det være en udfordring at udvikle idéer til, hvordan kvinden bedst kan opleve sig inddraget, respekteret og sikret i sin retssikkerhed, således at hun forbliver i kontakt med den relevante støtte under graviditeten og efterfølgende.

Godt og vel halvdelen af netværkets deltager arbejder tættest på kvinden, mens den anden halvdel er tættest på barnet. Alle kan dog tilslutte sig målet om at arbejde med barnets tarv for øje. Derfor er fokus på barnet bestemt ikke glemt i netværkets arbejde, selvom vi har indsatsen omkring den gravide kvinde som den øverste overskrift i projektet.

Gravid på Tværs holdt sit første møde 26. marts 2009 med 30 deltagere.

I første omgang er netværket for professionelle fra Storkøbenhavn, men det kan give mening på sigt at inddrage engagerede på området fra hele landet.

### www.gravidpaatvaers.dk

Det faglige netværk har oprettet en hjemmeside: www.gravidpaatvaers.dk, som formidler information om netværkets aktiviteter. Det kan være i form af referater, billeder og tegninger fra de enkelte møder eller produkter fra fokusgruppenetværkets møder. Derudover vil der være en guide til yderligere information om hjælp, råd og vejledning til både brugere og professionelle. I første omgang vil guiden til yderligere hjælp og viden bestå i henvisninger til eksisterende hjemmesider og vidensportaler, men med tiden vil guiden kunne blive suppleret med materiale udviklet i netværket.

### Netværket skal give mening for deltagerne

Et særkende ved et netværk som organisationsform er, at det ikke er hierarkisk opbygget[2]. I et netværk som Gravid på Tværs skal der være plads til forskellige holdninger, idéer og tilgange til arbejdet med gravide stofbrugere. Det er som udgangspunkt ikke et mål at opnå enighed. Alle deltageres synspunkter, opgaver og samarbejdserfaringer må betragtes som lige vigtige. I forlængelse af dette er deltagerne i det faglige netværk selv med til at foreslå emner og aktiviteter til møderne, samt hvilke oplægsholdere udefra, der vil kunne tilføre inspiration og input.

Forskelle er ellers rigeligt repræsenteret i et netværk. Mange af deltagerne fra 1. netværksmøde kender til, at uenigheder, forskellige forventninger, hemmeligheder, tilbagefald, mangelfuld kommunikation, rolleforvirring, uklarhed, usikkerhed og angst kan komme på tværs af de opgaver, man arbejder med. Det gælder både for professionelle i alle positioner, men også for kvinden og barnefaderen.

Skal netværket kunne byde på en interessant perspektivering, er det vigtigt både at se på, hvordan alt det, der 'kommer på tværs', opleves lokalt og fra den enkeltes hverdagsperspektiv, og fra oven hvor helheden og samspillet på den store bane kan tone frem.

Her har det betydning, at netværket ikke skal mødes omkring de konkrete sager, men i en kontekst, hvor der kan opstå refleksionshøjde og distance til hverdagens arbejde. Håbet er, at deltagerne både kan

## GRAVID PÅ TVÆRS

– et fagligt netværk om stof og graviditet

**KABS FamilieVinklen** fra Glostrup Kommune og Socialt Udviklingscenter SUS har sammen søgt midler til at etablere et fagligt netværk Gravid på Tværs for aktører i Storkøbenhavn omkring den stofbrugende gravide kvinde og hendes barn. Deltagerne kommer fra kommunernes familieafsnit, sundhedspleje og voksenafsnit, samt hospitalernes familieambulatorier, stofbehandlingscentre, observationshjem, familieplejetilbud, forskning og fremskudte gadetilbud.

**Gravid på Tværs** har endvidere tilknyttet et parallelt fokusgruppenetværk af kvinder, som har egne erfaringer med stofproblematikker, graviditet og tilknytning til behandlingssystemet. Fokusgruppenetværkets opgave er løbende at udfordre det faglige netværk med temaer og spørgsmål med udgangspunkt i et brugerperspektiv. Projektet forløber 2009–2010.

**KABS FamilieVinklen og Socialt Udviklingscenter**

Socialt Udviklingscenter fungerer som begge netværks facilitator – og tilrettelægger rammer og processer, som sikrer en refleksiv distance til hverdagens konkrete sager. KABS FamilieVinklen er initiativtager sammen med SUS, men deltager yderligere på lige fod med de øvrige deltagere i det faglige netværk som repræsentant for et familiebehandlingsperspektiv i et stofbehandlingscenter.

**www.gravidpaatvaers.dk**

'dykke ned i skoven' for at belyse den enkelte deltagers perspektiver og erfaringer, holdninger og interesser, og 'flyve op' for at se på kommunikationen, koordinationen, uenigheder og forskelle fra oven.

I bedste fald kan en refleksiv distance bidrage til, at deltagerne får udvekslet inspiration, input og nye idéer med hinanden.

### Omfattende koordination

Til første netværksmøde var der mange deltagere, der fandt det kendetegnende, at rigtigt mange professionelle bliver involverede i løbet af en graviditet. I kommunen er de oplagte instanser familieafsnittet, sundhedsplejen samt sundhedsafdelingen med visitation til særlige behandlingstilbud, men også jobcenteret og ydelsesafsnittet kan have en rolle at spille undervejs i forløbet.

Hertil skal lægges de eksterne leverandører af specialbehandling: familieambulatorium, børneafdeling, fødeafsnit, stofbehandlingscenter, familieplejecenter, fremskudte gadetilbud mv., som også hver især sidder inde med viden og rådgivning, som ønskes integreret i grundlaget for myndighedsbeslutningerne.

Deltagerne i netværket peger på, at koordinationen mellem de forskellige områder er en stor opgave.

Der er mange led, der skal fungere sammen, og det er let at blive hægtet af i samarbejdet. Der er ikke én spilstyrer, men mange forskellige på hver deres felt.

Mange ser det dog som afgørende for sagens forløb og kvindens inddragelse og medvirken at kunne få overblik over de forskellige involverede, hvilke beslutninger der tages under hver indsats, samt at få præciseret, hvem der har ansvaret for de forskellige tiltag i forhold til den gravide.

### Relationen til kvinden

Flere deltagere kunne endvidere pege på, at ikke mindst kvinden selv kan have svært ved at gøre sig gældende og overskue de mange bolde, der er i luften. Ydermere kommer hun let til at møde mange forskellige typer råd, vejledning og bud på hjælp undervejs i graviditeten[3].

At indsatsen helst skal lykkes inden for den tidsramme, som graviditeten udgør, kan også være et tidspres. Det er i graviditetsmånederne, at den afgørende relation mellem de professionelle og kvinden skal skabes, så hun får tillid til hjælpen, og så hun kan støttes i at bære det pres, hun også udsættes for. Trækker kvinden sig, hvis hun tvinges til behandling? Netværket har en stor lyst til at gå tættere på denne debat, og i det hele taget de store, eksistentielle spørgsmål og følelser, som bringes på banen for dem, der er tæt involverede.

### Fokusgruppen af kvinder med egne erfaringer

For at sikre, at det faglige netværk udvikler ideer, der også giver mening for de kvinder, indsatserne skal omhandle, er et parallelt fokusgruppeteam etableret. Fokusgruppeteamet skal via en række fokusgrupper samle et 'kvindenetværk', hvor kvinder med forskellige erfaringer med graviditet, stofproblematikker og behandling mødes. Tanken er, at fokusgruppenetværket skal mødes 5 gange, forskudt af det faglige netværks møder med det formål, at kunne levere kvindeperspektiver tilbage til det faglige netværk omkring, hvordan man kan forstå og evt. forbedre kvindens position i det tværfaglige/tværsektorielle samarbejde. Fokusgruppenetværket skal således give input til det faglige netværk i form af temaer og opgaver samt feedback på nogle af de idéer, som udvikles i det faglige netværk. Der er således tale om en kontinuerlig vekselvirkning mellem det faglige netværks ideer, tanker og erfaringer og kvindernes ditto.

**LOUISE ØSTERGAARD**
PSYKOLOG
AFDELINGSLEDER I KABS FAMILIE VINKLEN
GLOSTRUP KOMMUNE

Fokusgruppeteamet ledes af en gruppe antropologer og en jordemoder/kognitiv terapeut, der alle har positive erfaringer med inddragelse af brugerperspektiver i forbindelse med udvikling af forskellige behandlingsindsatser. Tidligere erfaringer med inddragelse af brugerperspektiver har f.eks. vist, at det, behandlere forestiller sig er den bedste måde at håndtere en given situation på, kan have helt andre (utilsigtede) negative betydninger for brugeren[4]. Ved at inddrage kvindernes stemme i Gravid på Tværs er det håbet, at det faglige netværk indimellem vil blive udfordret til at tænke i alternative baner og bryde med forudfattede forestillinger, ligesom kvindeperspektiverne kan være med til at synliggøre og styrke særlige elementer i den praksis de har erfaret, som har været god og tillidsskabende.

Rammen for 'kvindenetværket' er i princippet det samme som for det store faglige netværk. Der vil ligesom i det faglige netværk intet mål være om, at kvinderne skal opnå enighed. Fokusgruppenetværket skal snarere give kvinderne mulighed for at vende og dreje deres forskellige erfaringer og synspunkter. At fortælle sin historie og høre andres kan både få det individuelle særpræg frem såvel som det fælles og almene. Fokusgruppeteamet kan være med til at facilitere en beskrivelse af nuancer, ambivalens og sammensathed i de vilkår, en kvinde mødes med omkring hendes graviditet og stofproblematikker, samt opsummere kvindernes klare budskaber og anbefalinger til det faglige netværk.

Fokusgruppenetværket består af kvinder med forskellige typer af erfaringer med graviditet, stofproblematikker og den professionelle indsats:

- nogle opnår stoffrihed under graviditet, andre ikke
- nogle får barnet med hjem efter fødsel, hos andre bliver barnet anbragt
- nogle er stadig gravide, mens andre har forløbet bag sig

Kvinderne bliver overvejende rekrutteret via de deltagere i det faglige netværk, som arbejder tættest på kvindens stof- og graviditetsproblematik. Det vil sige familieambulatoriet, stofbehandlingscentre og de fremskudte gadetilbud.

Der vil være et tilbud om anonymitet og en tilsløring af kvindernes historier, inden deres udsagn og erfaringer går videre til det faglige netværk.

Emnerne for fokusgruppenetværket kan være:

- kvindernes oplevelse af hjælpen. Hvornår er det hjælp, hvornår er det kontrol/pres, og hvad er nuancerne?
- hvordan oplever kvinderne det professionelle samarbejde og medinddragelse?
- hvordan oplever kvinderne kommunikationen til den enkelte omkring hendes problemstillinger?

Fokusgruppeteamet har ingen behandlingsrolle eller professionelt samarbejde med deltagerne i det faglige netværk. Og netop det, at kvinderne ikke behøver at forholde sig strategisk til, hvad de siger i fokusgruppen, og hvilken betydning deres fortællinger kan have for deres sag, skulle gerne give samme mulighed for en refleksiv distance, som det giver de professionelle ikke at skulle udføre tværfagligt sagsarbejde sammen i netværket.

### Debat-eftermiddag og reception for Gravid på Tværs

Den 2. juni 2009 var der debat-eftermiddag og reception i København for *Gravid på Tværs* bl.a. med det formål at rekruttere deltagere til netværket fra kommunernes familieafsnit, sundhedsplejen og voksenteam.

Seks oplægsholdere var med til at tegne feltet op ud fra forskellige vinkler. Der var inviteret en gadejurist, en læge, en kvindeforsker, en børnepsykolog, en filosof og en børne-unge udvalgsformand. Alle fik den samme udfordring: at se på, hvad deres særlige faglige vinkel har at bidrage med i indsatsen omkring den gravide kvinde med stofproblematikker for bedst at kunne sikre barnets tarv? Ved at sætte mor og barn ind i samme sætning, håbede vi at få udfordret den tendentielle dualisme imellem enten at fokusere på moderen eller på barnet. ■

Illustrationer: Mie Nørregård

Har du spørgsmål til Gravid på Tværs, kan vi kontaktes på: Louise.ostergaard@glostrup.dk
eller ich@sus.dk
Se også hjemmesiden: www.gravidpaatvaers.dk

## NOTER

1 Graviditet og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001. Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg kommuner. 2004.

2 Se f.eks. Nielsen, A. R., Rørbæk, M. og Wanscher, T. og WOGN: Netværksstedet - Håndbog i facilitering og design af netværk. Djøf Forlag. 2007.

3 Se f.eks. Dahl, H. & Hecksher, D. : Graviditet og misbrug – belyst ud fra kvindernes perspektiv. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2007.

4 Se f.eks. Ludvigsen, K. B. & Lydolph, T.: At blive taget alvorligt – Første delrapport fra Projekt Kvindeedukation: Stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp. KABS Viden. 2008. Og Ludvigsen, K. B.: Mere end en stofmisbruger – Ekstern evaluering af et tilbud til stofbrugere med børn. KABS. 2003.

# 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 halvdels 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

en anden kompetence, nemlig kompetencen til at navigere i et følsomt spændingsfelt mellem forskellige opfattelser af, hvad god og nødvendig behandling er, når målgruppen inkluderer det ufødte barn.

Debatten folder sig ofte ud på en måde, hvor den rummer både politiske, behandlingsmæssige og oven i købet religiøse elementer. Og oven over det hele svæver etikken som det instrument, debattørerne bruger til at slå hinanden i hovedet med, når man selv mener at have etikken på plads i forhold til den følelsesmæssige kompleksitet, som præcis dette behandlingsmæssige område rummer.

At der er mange følelser på spil er helt forståeligt. Den grundlæggende diskussion foregår i hver enkelt sag mellem den sygdoms- og sundhedsfaglige tænkning, der inkluderer begreber som tvangsbehandling og tvangsfjernelse, og den relationspædagogiske tænkning, der inkluderer en pragmatisk, individuelt tilpasset behandlingsindsats inden for nogle overordnede rammer.

Vi vil i denne artikel beskrive rationalet bag vores behandlingsmæssige tilgang og hovedsageligt fokusere på netop det. Det betyder, at vi ikke her tager stilling til de dilemmaer, der knytter sig til diskussionen om tvangsbehandling af gravide stofmisbrugere. Dog vil vi nævne, at ud af de cirka 100 kvinder, vi har haft i behandling, hvoraf lidt under halvdelen har fået abort, har der været to eller tre sager, hvor tvangsbehandling kunne have været et relevant værktøj at overveje. Risikoen er imidlertid, at man 'hælder barnet ud med badevandet', såfremt der fokuseres på tvangsbehandling som det centrale redskab. Konsekvensen skulle nødigt være, at de gravide af frygt for tvang ikke henvender sig til de offentlige systemer og får den hjælp, de har brug for.

### Gambling med det ufødte barn

Der findes fagfolk og politikere, der forfægter det synspunkt, at alt andet end mulighed for tvangsbehandling og tvangsfjernelse af det nyfødte barn er gambling, tilsidesættelse af barnets tarv og misforstået pladderhumanisme.

En sådan behandlingsmæssig diskurs rummer imidlertid stor risiko for at skubbe de gravide stofmisbrugere og deres familier ud i yderligere isolation og langt væk fra behandlingssystemet, hvilket netop kan få katastrofale følger for det ufødte barn. Muligheden for at tvangsbehandle de få rummer med andre ord risikoen for at svigte de mange.

Vi ved erfaringsmæssigt, at gravide stofmisbrugere er kendetegnet ved udpræget isoleringstendens, hvilket der kan være mange grunde til. Dårlige erfaringer med systemet og angsten for tvangsfjernelse af barnet ved fødslen er plausible bud. Derfor må systemernes ypperste opgave være at minimere den helt grundlæggende psykologiske barriere mellem den gravide stofmisbruger og systemerne med henblik på at sikre, at en adækvat behandling kan igangsættes. En behandling, der rummer behandling af hele familien.

### Tillid - et nøglebegreb i behandlingen

Det lange og seje træk handler om, at behandlingssystemets indsats over tid har en karakter, hvor der skabes positive resultater, der igen over tid skaber tillid til, at systemet kan håndtere opgaven. Derfor er kontaktetablering og relationsdannelse helt centrale behandlingsmæssige begreber. Det er naturligvis afgørende for behandlingens succes, at behandlerne formår at skabe en tillidsfuld relation til både moderen, faderen og det øvrige netværk.

### Abort – en mulighed

Det betyder imidlertid ikke, at teknokratiske løsninger, der fokuserer på abort eller tvangsfjernelse, ikke har sin berettigelse i behandlingsparadigmet. Det er vigtigt at holde fast i, at muligheden for abort undersøges som noget af det første. Ved det indledende interview undersøges sammen med kvinden og i samarbejde med det aktuelle somatiske sygehus risikoen for skader på fosteret. Samtidig vurderes graden af kvindens aktuelle misbrug og psykiske og sociale habitus. Efter denne vurdering vælger cirka halvdelen af kvinderne abort, hvilket udføres akut. På Skejby Sygehus inden for det efterfølgende døgn. Aborten følges op med udarbejdelse af en behandlingsplan med fokus på den fremadrettede behandling.

Men hvis ikke åbenhed, gennemsigtighed og tillidsskabende interventioner var nøglebegreber i den behandlingsmæssige indsats, ville der være overhængende risiko for, at disse kvinder aldrig ville få muligheden for at forholde sig til valget om abort og dermed risikere at føde et barn med skader og abstinens. Det sætter efter vores mening begrebet 'barnets tarv' i et perspektiv, man må forholde sig til og diskutere.

### Graviditet som en mulighed

Fagpersoner, der arbejder med behandling af stofmisbrugere, ved, at kvinder i nogle tilfælde vælger en graviditet, fordi de ser netop graviditeten og det medfølgende ansvar som deres mulighed for at få en ny identitet og slippe ud af misbruget. At koble graviditet og identitet på denne måde beror som regel på en illusion og et selvbedrag. For andre kvinder kommer graviditeten som en ikke planlagt overraskelse, de kun nødtvungent bliver nødt til at forholde sig til. Men når graviditeten er en realitet, er det vores opgave i samarbejde med den kommunale forvaltning at afdække motivationen for at få et barn og afdække de psykologiske og sociale ressourcer, der er til stede, for dels at kunne gennemføre en graviditet uden misbrug dels at kunne tage vare på det nyfødte barn. Som nævnt vælger op imod halvdelen af alle de kvinder, vi ser, abort efter vores indledende afdækkende og rådgivende intervention.

**BIRGITTE LUND PEDERSEN**
**HANNE LARSEN**
FAMILIETERAPEUTER
FAMILIE- OG GRAVIDTEAMET
CENTER FOR MISBRUGSBEHANDLING
ÅRHUS KOMMUNE

Men der er kvinder, hvor graviditeten reelt udgør en mulighed for forandring. For nogle kvinder, der misbrugsmæssigt og psykologisk og socialt er tilstrækkeligt robuste, kan graviditeten være det 'wake up call', der faktisk kan gøre en afgørende forskel. Der er ingen tvivl om, at det blandt andet er lige her, mange følelser kommer i spil i den gravides private og professionelle netværk. Det er naturligt, at den gravide bliver mødt med skepsis og mistro. Der stilles spørgsmål ved den gravides intentioner med graviditeten og hendes eget og hendes private netværks reelle evner i forhold til at kunne håndtere moderrollen på betryggende vis. Når beslutningen om gennemførelse af graviditeten er truffet, er det derfor afgørende, at kvinderne får fuld opbakning fra det professionelle netværk, der omgiver den gravide, og at der i samarbejde med den kommunale sagsbehandler udarbejdes en behandlingsplan for den gravide og hendes private netværk.

Behandlingstiltagene kan være mangeartede, men fælles for dem alle er, at der er fokus på relationer, moderskab, tilknytning til fostret, kvindens psykiske habitus, misbrug og kvindens behov og ønsker i øvrigt.

Disse parametre er afgørende for, hvilken behandlingsindsats der er relevant.

### Vurdering af forældreskabet og nye kompetencer

De mest belastede af vores kvinder har modtaget behandling på familiebehandlingsinstitutioner, hvor målet har været dels at vurdere forældreskabet, men dels også at skabe reel mulighed for, at kvinden kan tilegne sig nye kompetencer gennem undervisning og bearbejdning af egen livshistorie. Langt hovedparten af vores kvinder er opvokset i dysfunktionelle familier, hvor der ikke i tilstrækkelig grad har været vist dem omsorg. Det er kendt viden, at disse kvinder i forbindelse med forældreskab får kontakt til egne svigt, der nødvendigvis skal bearbejdes, for at kvinden kan påtage sig det fulde forældreskab

En del kvinder i denne gruppe af gravide har haft massiv modstand mod den form for behandling, og det har været forbundet med stor angst og usikkerhed at tage imod tilbuddet. I flere tilfælde er behandlingen blevet formuleret som et ultimatum: Hvis ikke kvinden har taget imod tilbuddet, har forvaltningen lagt op til en adskillelse af mor og barn i forbindelse med fødslen.

Fælles for de kvinder, der har taget imod tilbuddet, er, at de efterfølgende har været meget taknemmelige for, at de har været konfronteret med den 'frivillige tvang'.

### Vigtigheden af en samlet indsats

Center for Rusmiddelforskning udarbejdede i 2007 en rapport om 'Graviditet og misbrug - belyst ud fra kvindernes perspektiv'. Denne rapports konklusion understreger vigtigheden af en individuelt tilpasset indsats med inddragelse af den gravide kvinde under hensyntagen til hendes samlede sociale situation.

Det er meget positivt, at man politisk har besluttet at give økonomisk støtte til regionerne til oprettelse af ambulatorier, hvor der kan blive skabt mulighed for, at fagpersoner kontinuerligt kan arbejde med de gravide stofmisbrugere. Men det er afgørende for, at indsatsen skal lykkes, at tilbuddet ikke udelukkende tager afsæt i en sundhedsfaglig forankring. Det er vigtigt at nuancere tilbuddet, så den gravide også får mulighed for at være tilknyttet et pædagogisk, socialfagligt behandlingstilbud. ■

Kontakt:
Birgitte Lund Pedersen: blp@aarhus.dk
Hanne Larsen: hlars@århus.dk

# Behandling af gravide og familier med misbrugsproblemer – en udfordring

Der er økonomi i at lave et intensivt og kvalitativt stykke behandlingsarbejde for udsatte børn og forældre.

**AF RITA KNUDSEN**

På Familiecenter Dyreby har vi 12 års erfaring i behandling af gravide og familier med alkohol-, pille- og stofproblemer. Familiecenter Dyreby og den nye institution Klintinghus sikrer, at familier og gravide kommer i behandling sammen med andre familier, hvor fokus er barnets behov for kontakt og udvikling. Det sikres, at familierne får en tryg base at udvikle sig i. Den trygge og rolige base er afgørende for familiernes evne til selvudvikling.

Familiecenter Dyreby fik i 2004 den første evalueringsrapport, og der er pr. 1.8 2008 påbegyndt endnu en evaluering for at få evidensbaseret dokumentation for behandlingen.

Den første rapport viste, at 75% af børnene i løbet af behandlingen gik fra at være truede børn med et stort behandlingsbehov til efter to års familiebehandling at være sarte børn. Sarte børn er børn, som klarer sig almindeligt sammen med andre børn i daginstitutioner og skoler. En fjerdedel af familierne blev vurderet til ikke at være i stand til i tilstrækkelig

grad at varetage omsorgen for deres børn, hvorfor en anbringelse af barnet uden for hjemmet blev aktuelt.

### Erfaring og udfordring

At arbejde med udsatte familier er en udfordring. Det kræver specialekspertise. Det vil sige, at personalet har en fælles teoretisk referenceramme og fælles viden om mennesker udsat for tidlige traumer og med personlighedsforstyrrelser og samtidig har viden om, hvad misbrug gør ved mennesket.

Der arbejdes ud fra en eksistentialistisk referenceramme: at forstå, at mennesker er ligeværdige, uansat hvilke problematikker de har. At vi alle har lige ret til at være på denne jord er en nødvendig forudsætning for mødet med det andet menneske.

Personalet er alle socialfagligt uddannet og har en psykoterapeutisk efteruddannelse, hvilket er forudsætningen for, at behandleren er i stand til at arbejde med traumer og tidlige tilknytningsforstyrrelser, som både børnene og forældrene har været udsat for.

Alt personale går i egensupervision/terapi for at bevare personalets åbenhed overfor familierne.

Det er vigtigt for familierne at få tid til at udvikle sig. Det tager tid at forandre sine egne mønstre, og det kræver, at det enkelte barn og den/de voksne arbejder med, at deres forsvarsmekanismer bliver syntone (i harmoni). De udsatte børn og voksne arbejder kognitivt med at forstå egne mekanismer. De støttes i at rumme angst (ofte i form af paranoia). De lærer at kende forskel på, hvad der er forsvar, angst, og hvad der er vrede, smerte og kærlige følelser. Følelser som raseri og smerte tager det tid at lære at rumme kropsligt uden at blive udadreagerende eller voldelig. Det at sætte ord på følelser læres. At tilgive sig selv og sine familier i den dynamiske fortid er afgørende for den enkeltes evne til fremover at kunne være i tætte og nære relationer.

Tilknytningen mellem forældre og barn er den helt afgørende relation, som familierne arbejder intensivt med.

Når der er tale om at arbejde med familier, er tidshorisonten vigtig. Det er ikke tilstrækkeligt at forstå barnet kognitivt. Barnet har brug for forældre, der er følelsesmæssigt tilgængelige. Det kan forældrene være, såfremt de er stof- og medicinfri. Nogle forældre er medicinerede med antipsykotiske/depressive præparater.

Behandlingen på Familiecenter Dyreby er en behandling, hvor der sker varige kognitive og følelsesmæssige forandringer med alle i familien. Længerevarende psykoterapi forandrer hjernens kapacitet til at handle adækvat på kroppens signaler, hvilket er dokumenteret ved adskillige undersøgelser. Medicinsk behandling varer kun i perioden, hvor medicinen indtages. Psykoterapi forandrer langvarigt.

### Børnene

Der arbejdes med børnene i naturen, Blåbjerg Plantage, ca. 10 km fra Dyreby i en tryg base med nyt bålhus og varm skurvogn til de mindre børn. Der er ca. 2 behandlere pr. barn. Børnene får ligesom deres forældre egenterapi. Børn på ned til 2 år arbejdes der med i et terapeutisk rum sammen med en behandler. Spædbørnene er sammen med forældrene, og behandlingen er spædbarnsterapi, hvor barnets udtryk rummes og tolkes. Personalet går ind og stimulerer barnet, der hvor forældrene mangler kompetence. Familierne får løbende familieterapi med fokus på barnets behov.

De større børn får undervisning i den interne skole, ofte 1-1, hvor læreren også er uddannet psykoterapeut. Barnet får derved den nødvendige undervisning, samtidig med at det er i et behandlingsmiljø, hvor det får mulighed for at få bearbejdet traumer og adfærd. Der er tid til at stoppe op når det er nødvendigt for barnets udvikling. Der er tale om et anerkendende miljø med tydelige grænser, hvor personalet kan møde og spejle barnet i dets behov og udtryk. Det er vigtigt, at barnet mødes i, hvor angst det er, og at personalet har viden om, at angst er grunden til, at barnet f.eks. trækker sig eller bliver udadreagerende.

Familiecenter Dyreby har børn i alderen 0-14 år, og de trives i den lille gruppe på 6-10 børn i naturen, hvor de hurtigt føler tryghed til at være, som de er. Børnene falder hurtigt til på Dyreby, da der er personale til at tage sig af deres forældre, og børnene bliver fri for, at forældrenes frustrationer rettes mod dem. Dyreby bliver en lynafleder, som gør, at børnene får frihed til at udfolde deres egen udvikling.

Børnene udvikler sig, selvom det for forældrene ofte tager længere tid, inden de får oplevelsen af at høre til og tryghed til at turde tro på deres egen udvikling sammen med terapeuten og i gruppen. Det, at børn og forældre er sammen i behandlingen, giver både børnene og forældrene en hurtig tilgang til en udvikling sammen og hver for sig. Barnet behøver ikke at være bange for, at forældrene er forsvundet, og forældrene behøver ikke at lukke af for egne følelser i forhold til at savne barnet.

Forældre, der får et misbrugsbehandlingstilbud uden barnet, har vanskeligt ved at udvikle sig, da længslen og smerten over at være væk fra barnet gør, at forælderen lukker af for smerten, og derved kan der ikke ske en udvikling. Det er at bede en forælder om noget umuligt. Barnet, der bliver anbragt, vil også lukke af for egne følelser, da de biologiske bånd og længslen efter forældrene vil blive ved med at være der.

Samtidig skal siges, at ikke alle familier med misbrugsproblemer er i stand til at udvikle sig. Derfor er Klintinghus blevet stiftet.

### Klintinghus

Klintinghus er en familieafklaringsinstitution for udsatte gravide og ny-

bagte forældre, herunder forældre med rusmiddel- og stofproblemer. Der tilbydes både nedtrapning og afklaring for målgruppen. En afklaring tager mellem 3 og 6 måneder. En nedtrapning af en gravid med en stofproblematik kan tage fra 1 til 3måneder. Hertil kommer fødsel og evt. forældrekompetenceundersøgelse. En frivillig tilbageholdelse kan effektueres, såfremt den gravide stofmisbruger ønsker det.

Udsatte gravide og familier har brug for en særlig ekspertise, hvor fokus er barnet, og hvor den gravide kvinde (og hendes mand) og den nybagte mor kan være i rolige, overskuelige omgivelser. Under graviditeten og indtil barnet er 4 måneder, udskiller moderen hormoner, som gør hende mere sensitiv, følsom og åben. Fra naturens side gør kroppen sig klar til at modtage og være til stede for barnet. Barnet har brug for, at moderen er følsom og tilgængelig, og at hun kan fornemme og tolke barnet adækvat. Der, hvor barnet fejltolkes, vil barnet få en fejloplevelse af sig selv, som skader barnets selvværdsoplevelse.

Klintinghus er en døgninstitution. Behandlingen starter fra dag ét, og personalet tager over, der hvor forældrene ikke selv magter. Personalet er optaget af barnets basale behov som ernæring, pleje, stimulering og kontakt med forældrene. Den gravide, som er ved at trappe sig ud af medicin og stoffer eller er stoppet med sit alkoholmisbrug, får en støttende behandling, hvor kost, hvile, hygiejne m.m. prioriteres. Jordmoder, praktiserende læge og gynækologisk overlæge på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg frekventeres. Der er en gynækologisk lægekonsulent tilknyttet den gravide kvinde.

Den gravide har brug for at være i et miljø, hvor der er fokus på det kommende barn. Ved at være sammen med andre nybagte forældre og deres spædbørn får hun en erkendelse af egen graviditet, at der er et barn, som snart kommer til verden. Denne fase er betydningsfuld, da det kommende barn har brug for moderens nærvær.

Forældrene undervises i pasning af barnet af sundhedsplejerske og personale, og der støttes op omkring vaccinationer og lægekontrol. Der tilbydes forældrekompetenceundersøgelse.

Familiecenteret støtter moderen under selve fødslen og i barselsperioden på sygehuset, da erfaringer viser, at en fødsel og det at få et barn forstærker moderens følelser, både de kærlige og smertefulde – herunder oplevelsen af at være utilstrækkelig. Moderen kan ikke undgå også at mærke fysisk smerte. Begge dele er angstvækkende hos moderen. Stof og alkoholtrangen vil derfor forstærkes i den periode, da både fysiske og psykiske smerter er blevet dæmpet gennem misbruget. Vi ved også, at det på hospitaler er let at få adgang til piller, stoffer og andre rusmidler, og at hospitalspersonale er vant til at medicinere, så snart

**RITA KNUDSEN**
FORSTANDER
FAMILIECENTER DYREBY

et menneske har smerter. Samtidig har hospitalspersonale ofte kun en spinkel erfaring i behandling af personer med misbrugsproblemer.

Det kan være svært for moderen at modtage hjælp på et sygehus, da angsten for at miste barnet er høj, og især når moderen føder et abstineret barn, vil skyld og smerte være enorm.

**Familiecenter Dyreby**

Såfremt familien har evnen til at tage vare på barnet, kan familien fortsætte i en kombineret familie- og misbrugsbehandling på Familiecenter Dyreby af en længerevarende karakter.

Der skal som sagt tid til at få bearbejdet langvarige, destruktive mønstre og forsvarsmekanismer som misbrug, udadreagerende adfærd, tilbagetrukkethed, devaluerende og idealiserende mekanismer, omnipotens, projicerende og introjicerende adfærd.

Der er tale om traumatiserede forældre, der har været udsat for tidlige kriser i livet som tab af forældre, vold, incest, voldtægt, forsømmelser, mobning, forladthed m.m.. Traumerne bevirker, at forælderen som barn har mistet tilliden til andre mennesker, da de ikke har fået den kontakt og hjælp, de har haft brug for, af egne forældre og det omgivende samfund.

Vi ved, at det er muligt for 75% af familierne at bryde den negative sociale arv. Det kræver, at socialrådgiveren og misbrugskonsulenten stiller krav til familien om at gå i behandling, når der er børn, der mistrives, eller som man frygter vil mistrives. Det, at forældre går i behandling med den motivation, at de ikke vil miste deres barn, er en god begyndende motivation i forhold til at starte en familiebehandling.

Familiecenteret motiverer forælderen til at ville gennemføre behandlingen for sin egen skyld

På Familiecenter Dyreby er der succes med at stille krav til udsatte familier, og vi ved, at det er vigtigt, at også faderen indregnes som en del af familien, da den gravides (eller moderens) energi ellers vil være rettet mod ham, og risikoen for, at hun forlader nedtrapningen og behandlingen, vil være større.

**Hvad skal der til?**

Der skal politisk vilje til at tage sig af udsatte børn og deres familier, og der skal en faglig holdning til fra fagpersonale i kommunerne til at ofre noget på udsatte familier frem for at anbringe barnet uden for hjemmet.

Der er forskellige faglige holdninger til, hvordan børn får det bedst. Nogle fagpersoner mener, at det er bedst at anbringe barnet uden for hjemmet, når der er tale om forældre med misbrugsproblemer.

Det kan da også i nogle tilfælde være nødvendigt at anbringe et barn langvarigt uden for hjemmet. Men før dette effektueres, bør en forælder, der vil sit barn det godt, have et tilbud om døgnfamiliebehandling, hvor det er muligt at holde familien i et trygt miljø borte fra det 'gamle misbrugsmiljø'. 75% af familierne kan på den måde udvikle sig som gode forældre.

Det at lave forebyggende arbejde er at arbejde med at bryde den negative sociale arv. Når det gælder behandling af familier med rusmiddelproblemer, er et døgnophold det optimale, da familien har brug for at blive 'holdt' og føle sig rummet for at kunne gennemføre nødvendige indre forandringer. Såfremt familien er i eget miljø, er det langt sværere at komme ud af stof- og medicinmiljøet til stor skade for børnene, og for mange forældres vedkommende vil de forblive i misbrug.

Familiecenter Dyreby og Klintinghus laver forebyggende arbejde. Mange af familierne er efter 1-1 1/2 års støtte og behandling i gang med praktikker, arbejde og/eller uddannelse. Børnene er i skole og dagpleje, og familien har fået tryghed til at søge hjælp ved behov.

Det er et nødvendigt område at styrke, hvis andelen af udsatte mennesker i Danmark skal stoppes. Der er økonomi i at lave et intensivt og kvalitativt stykke behandlingsarbejde for udsatte børn og forældre.

I stedet for straf, brud og udstødelse, hvor angst, ensomhed og misbrugsproblemer forstærkes, er familiebehandling en metode, hvor det enkelte menneske i familien får mulighed for at lære at knytte an til andre menneske og derved få den begyndende selvværdoplevelse, som skal til, hvis man skal klare sig i en moderne verden.

Der er brug for en behandlingsgaranti til familier med misbrugsproblemer i døgnbehandling, hvor evnen til at udvikle sig som forældre kan vurderes, samtidig med at forældrene arbejder med deres misbrugsproblematik. ■

*Læs mere om Familiecenter Dyreby på www.dyreby.dk*

**Temaet om forældreskab og afhængighed vil blive fulgt op i næste nummer af STOF, hvor vi bl.a. bringer artikler af Anette Juul, leder af behandlingsinstutionen Skovvænge og af Eric Allouche om en af de få franske institutioner for stofmisbrugere med børn eller barn på vej.**

**Redaktionen modtager meget gerne reaktioner på artiklerne i dette nummer eller indlæg til bladet om emnet.**

# 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 MADS 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 foreslår egentlig tvangsbehandling af gravide afhængige. At indføre tvang er dog ikke nogen enkel sag, og det bør derfor også som mindste krav hvile på en viden om nytteværdien af en sådan foranstaltning. Det kniber det mildt sagt gevaldigt med. Ikke mindst følgende tre problemer har fuldstændigt været fraværende i diskussionen:

a) *Hvori består problemet egentlig?* Spørgsmålet er her, hvor mange er der tale om og hvad der i virke-

ligheden er det største problem?

b) *Hvem er målgruppen for tvangsbehandling*? Spørgsmålet er her, om indførelse af tvangsbehandling af gravide overhovedet vil komme til at ramme den rigtige målgruppe?

c) *Hvad hjælper bedst*? Spørgsmålet er her, om det nogensinde er dokumenteret, at tvang er effektiv, og om der findes metoder, der har vist sig effektive til både at 'lokke' de mindre motiverede gravide kvinder til behandling og fastholde dem i behandling?

**Hvad er problemet?**

Faktisk er der ikke tale om ét problem, men to. Lad mig anskueliggøre det på følgende måde: Det skønnes, at der hvert år fødes omkring 3.000 børn af mødre, der er afhængige af alkohol og/eller illegale stoffer (se faktaboks). Noget tyder på, at det er ca. 300 af disse, der er kendt af misbrugsbehandlingssystemet, herunder familieambulatorier (flere er uden tvivl kendt af egen læge, jordemødre og andre professionelle). Det er altså ca. 10 ud af 100, som modtager en særlig indsats, fordi de er gravide og afhængige af rusmidler (10%). 2-3 af disse 10 er så kaotiske, at de er vanskelige at fastholde i behandling. Denne gruppe udgør problem nummer 1.

Problem nummer 2 er at få kontakt til de 90 af de 100, som vi ved findes, men som enten ikke tør tage kontakt (er bange for hvad de sociale myndigheder kan finde på), eller som skammer sig for meget over at søge hjælp for deres afhængighed. På den ene side har vi altså 2-3% af den samlede gravide-gruppe, som vi har problemer med at fastholde, og på den anden side 90% af de gravide afhængige, som vi har problemer med at få kontakt til. Og så må man jo spørge sig selv: 'Hvem er tvangsbehandlingen rettet mod?'. Der er vel ikke megen tvivl om, at den er rettet mod de 2-3% kaotiske gravide. Man kan derfor også med rette spørge sig selv, hvilke metoder der er mest hensigtsmæssige at indføre: Metoder der skal sikre fastholdelse af de 2-3% af de gravide, der er så kaotiske, at de ikke kan varetage deres ufødte barns tarv, eller metoder der kan skabe kontakt til langt flere af de 90 %, som slet ikke får specifik hjælp/behandling, der kan afhjælpe den situation, de er i? Man kunne selvfølgelig sige 'begge typer metoder', og det er der nok ikke nogen, der er uenige i. Problemet er så bare, at den type metode til at fastholde, som mange tilsyneladende går ind for (tvang), næppe fremmer kontakten til de 90%, der ikke har lyst til at konsultere misbrugsbehandlingssystemet.

Til slut i denne artikel skal der gives et forslag til en fastholdelsesmetode, som måske endda kan slå to fluer med ét smæk: Både skabe kontakt og fastholde. Først skal et andet problem dog diskuteres. Dette problem kan knyttes til, hvem målgruppen for den særlige indsats rettet mod gravide afhængige kvinder egentlig er?

**Hvem er målgruppen for tvangsbehandling?**

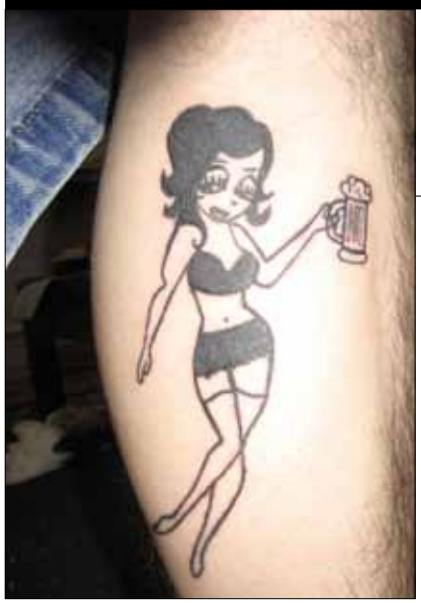
Som det fremgår af faktaboxen, fødes ca. 2.500 børn om året af alkoholafhængige kvinder og ca. 500 børn af kvinder, der er afhængige af illegale stoffer. Altså mindst fem gange så mange alkohol- som stofafhængige. Mens man relativt ofte ser gravide kvinder, der er afhængige af illegale stoffer, i behandling, så er det samme til gengæld ikke tilfældet med alkoholafhængige gravide kvinder. Hvis man spørger alkoholrådgivninger om, hvor ofte de ser gravide, yngre, alkoholafhængige kvinder, så kan det i bedste fald karakteriseres som en meget sjælden begivenhed. Måske ses der i dag lidt flere alkoholafhængige gravide kvinder i misbrugsbehandling i visse større byer end tidligere, men der er stadig slet ikke tale om så mange alkoholafhængige gravide i behandling som gravide, der er afhængige af illegale stoffer. Gennemsnitsalderen for en kvinde indlagt til alkoholbehandling er da også midt i 40'erne, mens den er omkring 30 år for en kvinde indlagt til stofbehandling. Alt dette på trods af, at der altså er mindst fem gange så mange yngre alkoholafhængige kvinder som stofafhængige kvinder, og at der ikke er den fjerneste indikation på, at der fødes færre børn af alkoholafhængige end af stofafhængige kvinder. Med andre ord: Gravide alkoholafhængige kvinder opdages oftest enten slet ikke eller først alt for sent. Måske har egen læge, jordemoder eller andre professionelle en mistanke, men alkoholafhængige er rigtig dygtige til at dække over deres forbrug. Dertil kommer, at der slet ikke kun er tale om socialt belastede kvinder, der er alkoholafhængige. Alkoholafhængige kvinder kan enten selv være veluddannede, eller også er deres mænd det. Ofte er de slet ikke brugere af de sociale

## FAKTA

**Det skønnes, at 180.000 danskere** er afhængige af alkohol. Ca. 1/3 af disse er kvinder (60.000), og ca. 48.000 af disse 60.000 kvinder er under 50 år. Dette svarer til 3,8% af alle landets kvinder, der er under 50 år.

I 2008 blev der født 65.038 børn af kvinder under 50 år. Vi ved, at alkoholafhængige kvinder føder lige så mange børn som andre kvinder – altså er 3,8% af de 65.038 børn født af mødre, der er afhængige af alkohol. Dette svarer til 2.492 børn. Dertil kommer børn født af kvinder, der er afhængige af illegale stoffer. Disse udgør ca. 1/5 af de alkoholafhængige – altså skønnes omkring 3.000 at være født af mødre, der både er afhængige af alkohol og/eller illegale stoffer.

I dette er ikke medregnet kvinder, der har udviklet et misbrug af rusmidler (men som ikke er afhængige), eller kvinder der drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.



hjælpesystemer, og så længe de er unge heller ikke nødvendigvis af sundhedssystemet. De unge gravide kvinder, der er afhængige af illegale stoffer, er derimod i langt højere grad kendt af behandlingssystemet – ikke mindst fordi de ofte også har svære sociale og psykiske problemer.

Det kan altså konkluderes, at der findes fem-seks gange flere gravide kvinder, der er afhængige af alkohol, end kvinder der er afhængige af illegale stoffer, og at de gravide alkoholafhængige kvinder kun i begrænset omfang ses i misbrugsbehandlingssystemet.

Spørgsmålet er nu, om forslaget om tvangsbehandling af gravide kvinder virkelig er rettet mod alle gravide kvinder, som står i fare for at skade deres ufødte barn, eller om det blot er endnu et forslag, som kan bruges til at jagte samfundets svageste borgere – de unge stofafhængige kvinder? Hvis man virkelig vil det her, så må man vel også finde metoder til at identificere og motivere gravide alkoholafhængige kvinder, herunder også kvinder, der både er veluddannede, har veluddannede mænd m.m.? Det er ikke tilfældet i dag. I dag er det relativt oftest de stofafhængige, som man kan 'få fat i', og deres børn får sjældent føtalt alkoholsyndrom (den sværeste alkoholskade). Tillige udgør de altså højst en femtedel af problemet. Tvangsbehandling af gravide står med andre ord i fare for at blive rettet mod den helt forkerte målgruppe og samtidig besværliggøre etablering af kontakt til de alkoholafhængige.

**Hvad hjælper bedst?**

Umiddelbart ser det ud til, at mange danskere (inklusive en hel del politikere) er af den opfattelse, at straf og tvang har en rehabiliterende effekt på alkoholisme og narkomani. Eller også mener de blot, at det alene er barnets tarv, der skal tilgodeses, mens moderen er ligegyldig. Hvis det sidste er tilfældet, kan jeg godt forstå, at de alkoholafhængige gravide kvinder holder sig langt væk, hvilket jeg også godt vil garantere, at de fortsætter med, hvis der indføres tvangsbehandling.

Nu er det en almindeligt anerkendt kendsgerning, at belønning altid er langt bedre til at forandre adfærd i en positiv retning end tvang og straf. Det gælder i opdragelse af vores børn, det gælder i ledelse af medarbejdere; det gælder, når vi skal have stof- og alkoholafhængige til at søge behandling og forblive i den - og meget mere. Tilmed er belønningsmetoder langt billigere end dyre tvangsforanstaltninger. Så hvorfor i himlens navn bliver vi ved med at tale om tvang og straf, når det er belønning, der er det mest effektive?

På amerikansk kaldes belønningsmetoden for 'contingency management', og man taler om noget så halsbrækkende som 'voucher-based reinforcement intervention'. Og hvad består så denne belønning egentlig i? Der kan være tale om alt muligt lige fra egentlig betaling for rene urinprøver; betaling for fremmøde; de fremmødte deltager i et lotteri; de fremmødte får biografbilletter eller adgang til andre kulturoplevelser og meget mere. Det kan umiddelbart virke 'udansk'. Ikke desto mindre har belønningsmetoden (som jeg vil vælge at kalde den), vist sig at høre til blandt de mest effektive metoder, der findes, ikke bare til at få klienterne ud af deres stofmisbrug, men også til at overtale dem til at gå i behandling og fastholde dem i behandlingen, når de endelig har accepteret at blive indlagt. Dette er fundet i metaanalyser, og belønningsmetoden har også vist sig effektiv til at fastholde gravide stofafhængige kvinder i behandling i et såkaldt Cochrane Review, som er noget af det ypperste, når man skal forsøge at overbevise andre om en metodes fortræffelighed (faktisk ser det ud til, at det indtil videre er den eneste metode, der har vist sig effektiv). Det er der som nævnt ikke så meget overraskende i. Belønning virker vitterligt bedre end straf. Måske er det bare for svært for os at acceptere, at vi skal til at belønne narkomaner, som både begår indbrud i vores hjem, stjæler vores håndtasker og til tider opfører sig højst upassende?

Derimod findes der ikke den ringeste dokumentation for, at tvangsbehandling af gravide kvinder skulle have nogen som helst effekt. Der findes ikke et eneste egentligt eksperiment, hvor man har afprøvet tvangsbehandlingens effektivitet over for gravide kvinder. Der findes ganske vist artikler, der diskuterer, om det ikke kan være nødvendigt at tvangstilbageholde en kvinde i barnets interesse, og en sådan diskussion er naturligvis særdeles relevant. Men hvis man nu kunne få de gravide alkohol- og stofafhængige kvinder til at komme i behandling, blive i behandling og måske endda hjælpe dem med at opretholde kontrol over deres forbrug efter fødslen ved at belønne dem, så skulle det da være særdeles småligt og – meget lidt dansk, burde man mene – ikke at forunde dem en sådan belønning.

Én ting er desværre også her de stofafhængige og noget helt andet de alkoholafhængige. Det er således både mystisk og stærkt bekymrende, at man ikke i de store forskningsdatabaser kan finde undersøgelser af effektiviteten af den behandling, der gives til gravide alkoholafhængige. I et Cochrane Review fra

**MADS UFFE PEDERSEN**,
CAND.PSYCH., PH.D.,
LEDER AF CENTER FOR
RUSMIDDELFORSKNING

2008 har man således ikke fundet én eneste anvendelig undersøgelse, der kan sige noget klart om, hvilke metoder der er de mest anvendelige i behandlingen af alkoholafhængige gravide kvinder. Det kunne måske være, fordi man også i udlandet står med præcis det samme problem som i Danmark: Gravide stofafhængige kan man få fat i, hvilket man til gengæld ikke kan med de gravide alkoholafhængige, selvom de udgør langt det største problem.

### Danske erfaringer

De danske erfaringer med behandling af rusmiddelafhængige gravide kvinder kan ikke mindst knyttes til den såkaldte 'familieambulatorium-interventionsmodel' fra Hvidovre Hospital. Behandlingen på Hvidovre Hospitals familieambulatorium er uden tvivl både samvittighedsfuld og kompetent, men der eksisterer altså ikke bare skyggen af dokumentation for, at denne model er hverken værre eller bedre til at motivere kvinderne til at søge behandling eller fastholde dem i behandling, når de er kommet inden for dørene. Modellen er aldrig blevet ekstern evalueret, og den er ikke beskrevet i nogen tidsskriftartikel. Der findes en form for selvevalueringsrapport udgivet af Sundhedsstyrelsen, hvor man kan se, at der tilsyneladende er gode resultater med dem, der har fulgt behandlingen, men ellers er de få oplysninger, der er præsenteret, metodisk set fuldstændigt uigennemskuelige. Det fremgår heller ikke, hvor mange af de gravide kvinder der er alkoholafhængige, og hvor mange der er stofafhængige. Og det her handler jo slet ikke om, hvorvidt der opnås gode resultater med de gravide kvinder, der er motiveret for at være i behandling. Det er ikke særligt svært at opnå – faktisk skal man anstrenge sig en hel del for ikke at opnå sådanne gode resultater. Dette er et spørgsmål om, hvorvidt man er i stand til bedst at motivere de gravide kvinder, der er bange for at søge hjælp, og bedst fastholde de kvinder, der står i fare for at afbryde behandlingen. Det er her, effekten opnås – det er her, der gøres en forskel.

### Konklusion

Det er temmelig absurd, at de skader, tvangsbehandling primært er tænkt til at minimere – nemlig alkoholskaderne – præcis er de skader, man ikke når med tvangsbehandling af gravide misbrugere. Således er mindst 80 % af alle rusmiddelafhængige gravide kvinder afhængige af alkohol, og den gruppe ses relativt sjældent i misbrugsbehandlingssystemet. Så hvordan vil man få fat i dem? Det kan konstateres, at det ikke er lykkedes indtil nu, og en tvangsforanstaltning vil uden tvivl blot gøre dem endnu mere usynlige. Man kan derfor også frygte, at en tvangsforanstaltning ikke vil mindske antallet af børn født med føtalt alkoholsyndrom eller andre svære alkoholskader. Og det var vel ellers det, der var meningen? Derimod kan det godt være, vi kan få tvunget nogle narkomaner i behandling, som behandlingssystemet kender i forvejen. Men samtidig har det jo vist sig, at den bedste metode – og den eneste metode, der indtil videre har vist sig effektiv til at fastholde gravide stofafhængige kvinder i behandling – er belønningsmetoden. Derimod eksisterer der ikke den fjerneste dokumentation for, at tvang har nogen som helst effekt, som ikke kunne opnås på andre måder – hverken herhjemme eller i udlandet. I øvrigt heller ikke fra Norge, som ellers ofte fremdrages i denne debat. Det er derfor muligt, at en sådan tvangsforanstaltning ville kunne hjælpe 2-3% flere børn af afhængige mødre om året, men det er mindst lige så muligt, at den vil gøre det endnu mere umuligt at få kontakt med de 90%, der ikke får tilbudt særlig hjælp for deres afhængighed under graviditeten. Med andre ord kan effekten meget nemt gå hen og blive direkte negativ.

*Så mit simple og meget billige forslag vil derfor være*: Giv gravide rusmiddelafhængige, der accepterer at indgå i et behandlings- og rådgivningsforløb, 5.000 kr. om måneden for deres ulejlighed (gerne skattefrit). Dette kunne ses som en investering i barnet og en belønning til kvinderne for ansvarlig adfærd. Betingelsen for udbetaling er fremmøde og overholdelse af indgåede aftaler. Det vil koste 45.000 kr. for en hel graviditetsperiode pr. gravid (samme pris som en almindelig døgnbehandlingsplads koster pr. måned). For hver eneste ekstra gravide kvinde, man får 'lokket' i behandling, vil man redde to personer (moderen og barnet) og tillige spare det danske samfund for enorme fremtidige udgifter. Samtidig er jeg ikke i tvivl om, at selv den mest kaotiske stofafhængige gravide kvinde, der påtænker at forlade behandlingen, vil tænke sig om to gange, hvis hun samtidig mister 5.000 kr. om måneden ved ikke at overholde de indgåede aftaler.

Det kræver selvfølgelig, at danskerne lægger deres misundelse på hylden og accepterer, at denne gruppe af kvinder har oplevet straf nok gennem livet. Det kunne så være, at flere af de alkoholafhængige også dukkede op til sådan en behandling (hvem ved – måske kan vi i stedet for 10% få skabt kontakt med 40%?). Det ville være en effekt, der batter, og slet ikke urealistisk. For alle disse kvinder kan udmærket se det uholdbare i situationen. De er mest af alt bange, og så skammer de sig også frygteligt meget. ■

# Om stofmisbrug og prostitution

'Tænk på fædrelandet, og hold ud min pige', sagde min bedstemor til mig, da jeg kom i kærestealderen. Tilsvarende fungerer mange forhold ud fra devisen noget for noget: 'Du får sex, og jeg får ordnet baghaven'. Men hvis en prostitueret tænker på pengene og holder ud, så er hun prostitutionsskadet – i hvert fald i følge publikationen: *'Prostitution og stofmisbrugsbehandling'*, udgivet af Servicestyrelsen.

AF LIESE RECKE

**Stofmisbrug og prostitution - er der en sammenhæng?**

Sex og stoffer er et hyppigt sammenknyttet motiv i historiske fremstillinger af de farer som er forbundet med indtagelsen af rusmidler. Særligt når kvinder indtager stoffer, ser man, at rusmiddelbrug og moralsk forfald kædes sammen. For eksempel blev unge, hvide middelklassekvinder i den første del af det 20. århundrede i USA fremstillet som potentielt bytte for asiatiske mænds begær efter hvide kvinder. Når de gule djævle havde fået deres vilje, og ofrene var blevet afhængige af opiumspiben, optrådte samme kvinder som moralsk forkastelige smuglersker og forførersker, hvis vigtigste mål i livet var at indfange og seksuelt korrumpere pæne unge mænd af det bedre borgerskab.

Amerikanske narkotika-oplysningsfilm fra den tid som *'Reefer Madness'* og *'Teenage Devil Dolls'* illustrerede, at hvide kvinders brug af illegale rusmidler igangsatte en øjeblikkelig moralsk deroute. Efter nydelse af en enkelt joint kastede de portrætterede kvinder sig villigt i grams for tilfældige mandspersoner. Og det var kun begyndelsen. Snart kunne man se de før så pæne piger trække på gader og veje styret af skruppelløse kriminelle. Stofferne kunne på kort tid tilsyneladende slavebinde brugere i sådan en grad, at enhver form for moralsk opdragelse gled af de unge kvinder som vand fra en gås.

I Danmark blev sammenhængen mellem umoralsk sex og narkotika brugt til at legitimere en oprustning af politiets indsats over for narkotika. I sin fremragende bog 'Narreskibet' beskriver sociologen Jacob Winsløw, hvordan Ekstra Bladet og politiet gentagne gange betonede og markedsførte sammenhængen mellem prostitution, alfonseri og narkotika på trods af, at kun 5 personer ud af 81 kriminelt registrerede stofbrugere fra 1965-1967 kunne karakteriseres som prostituerede[1]. Tilbage i det, Winsløv kalder opdagelsesfasen – midten af 60'erne og frem – udvidede det, der dengang hed sædelighedspolitiet, sit arbejdsfelt til at inkludere stoffer. Den danske 'kamp mod narko' blev dermed institutionaliseret.

Når Servicestyrelsen i marts 2009 udgiver en publikation om stofmisbrug og prostitution, kobler man sig således på en lang tradition for at sammenkæde kvinders prostitution med stofmisbrug, uagtet at forbindelsen ikke udtrykkes helt så entydig i publikationen. Sammenknytningen består i, at begge ting udgør et behandlingsværdigt problem, for *'ifølge behandlerne giver brugerne generelt udtryk for, at de oplever en sammenhæng mellem prostitutionen og stofmisbruget og opfatter det som et svigt, hvis behandlingsinstitutionerne lukker øjnene for eventuelle prostitutionsproblemer'*. Man stiller spørgsmålet: *'Hvad kommer først – prostitution eller stofmisbrug'*? Begge problemer må adresseres, for som det hedder i publikationen: *'prostitutionens skadevirkninger [er] en uvelkommen joker, der saboterer spillet og hindrer løsning af brugernes [stof] problemer'*.

Det, som i første omgang falder i øjnene i Servicestyrelsens publikation, er, at de kvindelige stofbrugeres eget perspektiv på sammenhængen mellem stofbrug og prostitution glimrer ved deres fravær. Kvindernes egen stemme ville ellers give et betydeligt mere nuanceret og komplekst billede - viser blandt andet en afhandling om kvindelige stofbrugere på gadeplan foretaget i henholdsvis Sydney, London og Amsterdam i 1993. Antropologen Margaret Sargent inddrog og beskrev i sin undersøgelse kvindernes erfaring med og holdning til prostitution. I alle tre byer pegede et flertal af kvinderne på, at deres involvering i prostitution var udtryk for valg af branche. De solgte ikke kun seksu-

elle ydelser for at få penge til stoffer, men ønskede at fortsætte med sexarbejdet, også selvom de skulle holde op med at anvende illegale rusmidler. Sargent konkluderer i sin afhandling, at en evt. hjælpeindsats måtte fokusere på at styrke kvindernes retssikkerhed, arbejdssikkerhed og på at reducere det sociale stigma gennem respekt for kvindernes valg og anerkendelse af deres situation[2].

**Skadevirkninger ved prostitution**

Det andet udgangspunkt for Servicestyrelsens opfordringer til debat i de faglige miljøer er et rationale om, at prostitution medfører skader på den enkelte. Og eftersom der ikke er etableret et behandlingssystem for prostitutionsskadede, er det naturligt at opmuntre stofbehandlingssystemet til at afhjælpe nævnte skader, eftersom det er her, målgruppen - ifølge Servicestyrelsen - henvender sig. I et kapitel beskrives, hvilken type psykologiske og sociale skader prostituerede pådrager sig.

*'De mest fremhævede og dokumenterede skadevirkninger fra litteraturen er forskellige psykiske og sociale problemer. Samtidig kan selve stofmisbruget spille en særlig rolle.* ***Disse skadevirkninger er generelle og karakteristiske for alle former for prostitution*** *(*min fremhævning). *De indfinder sig over tid og har store individuelle variationer. Generelt optræder prostitutionens skadevirkninger på tværs af individuelle forhold og livsbetingelser, og f.eks. får mandlige og kvindelige prostituerede de samme skadevirkninger'.*

Selv om der senere i teksten tages mindre forbehold for den ovennævnte generalisering, ændrer det ikke det gennemgående budskab. Det postuleres, at prostituerede kvinder pådrager sig en række særlige skader. Det beskrives, hvordan prostituerede under seksualakten med en kunde kobler hovedet fra – en tilbagetrækningsteknik som skal sikre, at den prostituerede ikke involverer sig følelsesmæssigt og intimt med den pågældende kunde. Som konsekvens får den prostituerede stadig større problemer med at forbinde sex og kærlighed, mister kontakten med egne følelser og seksualitet og oplever efterhånden manglende kontrol over den psykologiske tilbagetrækning. Efterhånden mistes evnen til at gøre sig fri af rollen som prostitueret også i det private parforhold, og det problematiske, kundelignende forhold til mænd kan medføre, at kvinden får tendens til at kapitalisere sin seksualitet ved at 'betale' med sex for

andre ydelser, f. eks. socialt samvær, rusmidler eller andre goder.

På grund af sexkunders insisteren på grænseoverskridende sex mister den prostituerede efterhånden også evnen til at sige fra og får derigennem problemer med selvopfattelsen og sin egen seksualitet. Det grænseoverskridende element forstærkes, når der er stofmisbrug inde i billedet - hvor behovet for penge er stort. Der refereres til behandlingspersonale, som fortæller, at mange prostituerede i stofbehandling optræder seksualiserende, og at de kan være tilbøjelige til at opfatte alle mænd som potentielle kunder. Men også at andre med prostitutionserfaringer kan være tilbøjelige til at fjerne fokus fra seksualitet fuldstændigt, f.eks. via det tøj de vælger at tage på.

Ovenstående postulater om en særlig type skader hos prostituerede fremsættes uden referencer og leder tanken hen på de hypoteser om sexarbejderes psykiske skader, som oprindeligt blev fremsat i Skandinavien af to kriminologer i bogen '*Bakgater*' (Høigaard and Finstad, 1986). Denne publikation nævnes dog ikke eksplicit. Opremsningen af skader får et utilsigtet absurd præg, der hvor det postuleres, at for yderligere at distancere sig følelsesmæssigt fra kunden tilbyder de fleste sexarbejdere ikke kys - eller sex uden kondom. Bemærk her, at sex med kondom defineres som en skadevirkning ved prostitution!

Skulle man stille sig kritisk over for de omtalte skader, har Servicestyrelsen et svar på det:

*'Den psykiske afkobling, der beskytter den prostituerede mod at blive følelsesmæssigt involveret i kunderne, har i første omgang en positiv betydning for den prostituerede. Den gør det muligt at udholde prostitutionen. Men på længere sigt medfører den følelsesmæssige distancering en fornægtelse eller forskydning af de problemer, der er forbundet med prostitutionen'.*

Skulle man som sexarbejder ikke

genkende eller tilslutte sig definitionen af de af Servicestyrelsen opridsede skader, er man enten uvidende eller også er man i benægtelse. Andre muligheder gives ikke.

### Intakte versus prostitutionsskadede kvinder

Når det påstås, at sexarbejdere med tiden får stadig større problemer med at forbinde sex og kærlighed, og at de gennem prostitutionen mister kontakten med egne følelser og seksualitet, fortælles der samtidigt indirekte om nogle normative forventninger til ikke-prostituerede kvinder, som går ud på, at '*normale*', ikke-prostitutionsskadede kvinder dels både kan og vil knytte intime, længerevarende seksuelle bånd i et fast parforhold, og dels fremstår nærværende i den seksuelle akt med den romantisk udvalgte partner.

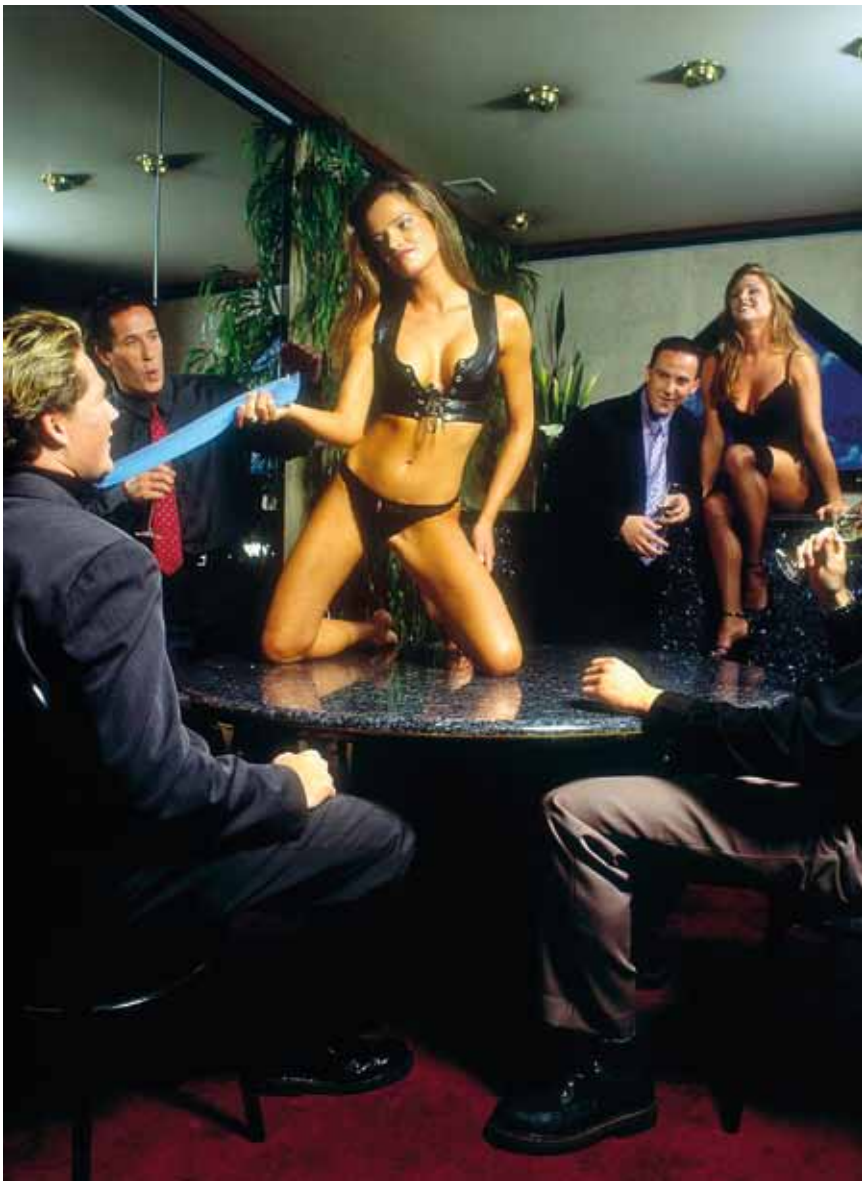
Sandheden er snarere, at dette krav om nærvær er et udtryk for et i historisk perspektiv relativt nyt fænomen: et ideal om kvinden som en opmærksom og indlevende seksuel aktør. Det er i hvert fald langt fra den rolle min egen bedstemor udfyldte, og hvis rådgivende essens hun hviskende formulerede, da jeg kom i kærestealderen: 'Tænk på fædrelandet, og hold ud min pige'. En strategi, som uden tvivl var en almindelig anerkendt håndtering af ægtemænds seksuelle krav, og som i øvrigt lignede den tilbagetrækningsstrategi, hun benyttede sig af under den lange arbejdsdag ved samlebåndet på den lokale fiskefabrik.

Forventningerne om kvinders aktive og engagerede deltagelse i den seksuelle akt følges tæt af forventninger om, at kærlige følelser af formodentlig romantisk karakter bør hænge uadskilleligt sammen med seksualiteten. Man elsker den, man knepper og vice versa. Hvis det ikke er sådan, er man enten en mand, psykisk afvigende eller skadet af prostitution. At adskillelsen af kærlighed og seksualitet skulle være en af de alvorlige skader, som prostituerede tilsyneladende pådrager sig, står i stærk kontrast til eksempelvis Suzanne Brøggers behandling af en lignende problemstilling i sin debutbog 'Fri os fra Kærligheden' i 1973. Litterært interesserede middelklassekvinder kunne bruge Brøggers feministiske analyse og argumenter til at autorisere deres egen kulturelle og seksuelle frisættelse. Kvinder i mere udsatte positioner har tilsyneladende ikke samme ret.

En anden beskreven skadevirkning er, at prostituerede kan have tendens til at kapitalisere deres seksualitet. Igen belæres vi her indirekte med normative krav til de kvinder, som ikke er prostitutionsskadede: Den seksuelle akt skal opstå – må vi tro - ud fra en fælles romantisk og

seksuel impuls alene og må hverken besmittes med ulighed eller forskellige materielle og sociale forventninger. Muligheden for, at den ene part har mere og oftere lyst end den anden, og at der på grundlag heraf forhandles om seksuelle ydelser, er helt fraværende. Og det på trods af, at tusindvis af (ikke-prostitutionsskadede, må vi gå ud fra) husholdninger fungerer efter devisen noget for noget: Du får sex, og jeg får ordnet haven. Et fænomen som forfatteren Lone Nørgård beskrev og diskuterede i sin debatbog 'Sex, løgn og kvinder' fra 1993, og et fænomen som vel næppe er ukendt for nogen, der bare en enkelt gang har frekventeret en bar. Kapitalisering af seksuelle ydelser er - hvad enten man bryder sig om det eller ej - en del af vores kultur. Men moralske opstød desangående synes helt overvejende at blive manifesteret, når handlen med seksuelle ydelser kan kobles til fattige og marginaliserede kvinder.

Opridsningen af prostitutionsskader giver også på andre måder et indblik i forventningerne til ikke-prostituerede kvinder. I omtalen af, hvordan prostituerede kvinder 'seksualiserer' kontakten på behandlingsstederne, og hvordan de enten ses i afseksualiseret tøj eller det helt modsatte, ligger en klar melding om, at kvinders sociale rolle i selskab med det modsatte køn forventes at indebære diskret pirrende signaler udtrykt gennem tøjet. Ikke i så høj en grad, at hun forveksles med en 'villig' – måske endda seksuelt aggressiv eller beregnende kvinde - men på den anden side må klædedragten heller ikke signalere aseksualitet.

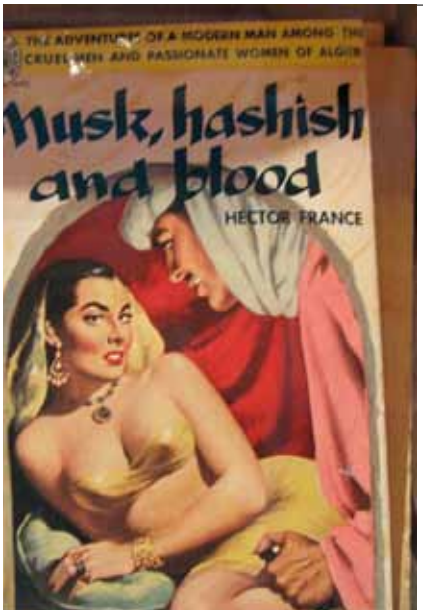


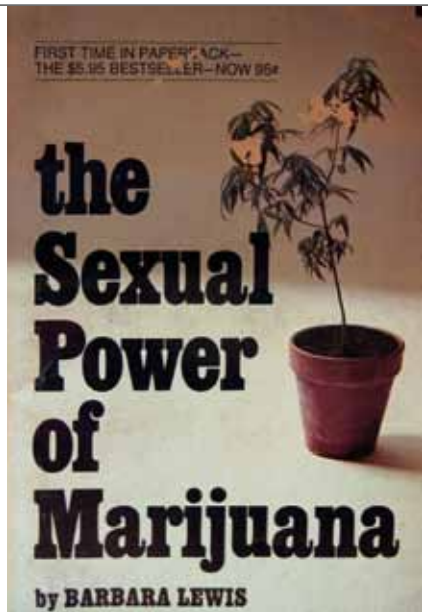
Alt i alt har vi at gøre med formidling af stereotype og normative forventninger til ikke prostitutionsskadede kvinders adfærd, selvopfattelse og sociale positioneringer. Normative forventninger som en del ikke prostitutionsskadede kvinder formodentlig har svært ved at tilslutte sig, men som åbenbart fremtræder som et nødvendigt afsæt, når oplevelser af prostitution næsten udelukkende skal defineres som negative afvigelser med stort potentiale for at give psykiske skader.

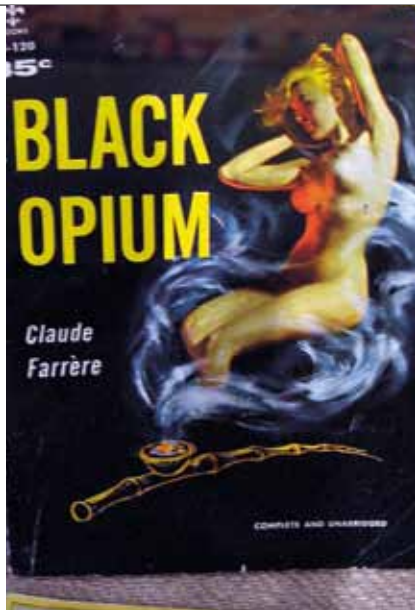
### Organisering og rammer i misbrugsbehandlingen

Eftersom den postulerede sammenhæng mellem prostitution og stofmisbrug har karakter af et hønen/ægget forhold, synes det at være naturligt for Servicestyrelsen at anbefale at integrere behandling for prostitutionsskader i stofmisbrugsbehandlingen. Det er dog ikke helt indlysende, hvordan en eventuel hjælpeindsats kunne organiseres. Anbefalingen synes at bygge på et ringe kendskab til faktuelle forhold i organisering og udmøntning af dansk stofmisbrugsbehandling. Forventningen om, at stofmisbrugsbehandling kan og skal inddrage samtlige fænomener, som i en eller anden grad antages relateret til genoptagelse af eller fortsættelse af misbrug, er sympatisk, men urealistisk.

Lad mig give et eksempel: I modsætning til den manglende dokumentation af generelle skadevirkninger hos mennesker, som sælger




sex, er fængselsophold dokumenteret skadelige. Der er tilmed dokumenteret en markant overdødelighed i forbindelse med løsladelse af stofbrugere. Så ud fra det samme ræsonnement burde disse forbudsskadevirkninger systematisk adresseres i misbrugsbehandlingen, hvor **hele** målgruppen i stofmisbrugsbehandling er tidligere eller potentielle afsonere. Men det gør man ikke, og det ville også være meget svært. Der kunne nævnes utallige andre eksempler på, at stofbrugere kæmper med en lang række andre alvorlige og livstruende problemer end deres misbrug, som sjældent eller aldrig adresseres i behandlingen: Uoverkommelig gæld, overdosis-risiko, tab af lemmer, psykiske lidelser, ensomhed, analfabetisme og meget mere.

Man må gøre sig klart, at den danske stofmisbrugsbehandling udgøres af en række forskellige behandlingskontekster. Det ville have været relevant med en refleksion over, hvilke behandlingsmæssige forudsætninger i form af ressourcer, målsætning og rammer, som ville være nødvendige for behandling af oplevede problemer i forbindelse med klientens erfaringer med salg af seksuelle ydelser. Men det får vi ikke i Servicestyrelsens publikation.

Konteksten, hvori behandlingen foregår, er afkoblet. Behandling omtales stort set bare som – behandling, hvor behandlingsdefinitionen er reduceret til samtaler mellem en enkelt behandler og en enkelt klient - med en åbning for behandling i grupper. Målsætningen med behandlingsindsatsen i forhold til stofmisbruget tematiseres ikke. Lovgivningen siger ellers, at behandlingen skal tilrettelægges individuelt i samarbejde mellem kommunen/kriminalforsorgen og den pågældende klient. Man må derfor forvente differentierede behandlingsstrategier og behandlingsmålsætninger i de enkelte sager, men både indholdsmæssigt og retorisk skinner det igennem i Servicestyrelsens publikation, at målsætningen for 'behandlingen' er stof- og medicinfrihed. Ordet stoffri kan ifølge min ordtæller genfindes ni gange i dokumentet, afgiftning nævnes to gange. Ord og begreber som substitutionsmedicin, medicinsk behandling, metadon eller buprenorphin nævnes slet ikke, til trods for at dét er de væsentligste elementer i den behandling, langt de fleste modtager i gruppen af stofbrugere, som har erfaringer med salg af sex.

Hvorfor misbrugsbehandlere tilsyneladende ikke i større grad adresserer prostitutionstemaer i behandlingsarbejdet forklares som følger: *'Misbrugsbehandling har, forståeligt nok, først og fremmest fokus på nedtrapning, misbrugsophør og udvikling af strategier mod tilbagefald'*.

Men hverken antagelsen om, at misbrugsbehandlere ville adressere prostitutionstemaer, hvis bare de ikke havde andre dagsordener (nemlig misbrugsbehandling), eller påstanden om, at misbrugsbehandling primært har fokus på nedtrapning, misbrugsophør og tilbagefaldsforebyggelse, er realistiske - endsige dokumenterede.

Her er nogle få kendsgerninger: I et givet år er ca. 12.000 stofmisbrugere indskrevet i stofbehandling i Danmark. Af disse er omtrent halvdelen i langvarig (mere end 5 mdr.) medicinsk understøttet behandling med metadon eller buprenorphin. Mellem 1.000 og 1.200 borgere indskrives årligt til døgnbehandling, for det meste - men ikke altid - med målsætning om stof- og medicinfrihed. Omkring halvdelen gennemfører det planlagte forløb i døgnbehandlingsregi. Ifølge en opgørelse fra 2000 vil færre end 20 procent af de indskrevne i døgnbehandling stadig være stof- og medicinfri et år

efter udskrivning (Pedersen, 2000).

En anden undersøgelse foretaget af Center for Rusmiddelforskning i 2007 kortlægger behandlingsintensiteten de første 3 måneder efter indskrivning. Det viser sig, at 70-80 procent af de borgere, som er i ambulant behandling, modtager 3 eller færre rådgivende samtaler de første 3 måneder. Hovedparten af disse 'brandslukningssamtaler' drejer sig om den indskrevnes helt akutte problemer, medicin, hvis det er aktuelt, samt eksekvering af en række omfattende administrative procedurer (Pedersen, 2007). Ydermere fastslår Center for Rusmiddelforskning, at kun 20-30 procent af de indskrevne klienter i ambulant behandling gennemfører det planlagte behandlingsforløb. Der opnås således ikke behandlingsalliance med 70-80 procent af de indskrevne. Det skal tilføjes, at der ikke er noget som helst, der tyder på, at behandlingen intensiveres efter de første tre måneder i ambulant regi, med mindre den pågældende borger overføres til et intensivt behandlingstilbud - f.eks. døgnbehandling.

Det er med andre ord et meget lille fåtal af misbrugsbehandlere og -behandlede i den ambulante behandling, som rent statistisk vil være i stand til at have fokus på 'nedtrapning, misbrugsophør og udvikling af strategier mod tilbagefald'. Dertil er behandlingsintensiteten simpelthen for lav. Det efterlader en uhyre begrænset målgruppe, som er i behandling under vilkår, som giver mulighed for - og hvor der eventuelt kunne være et formål med - at adressere andet end helt akutte problemstillinger. Og der er i min erfaringsverden nok af problemer at tage fat på i de få sager, hvor der overhovedet er ressourcer og rammer til at adressere andre problemer end de helt akutte.

Der kan altså umiddelbart lokaliseres en række strukturelle og organisatoriske problemer forbundet med at integrere prostitutionstemaer i stofmisbrugsbehandlingen, - såfremt dette overhovedet skulle vise sig at være relevant. Til trods herfor er Servicestyrelsen mærkværdigvis udelukkende optaget af at kortlægge personlige barrierer hos den enkelte behandler og den enkelte klient. Organisatoriske forudsætninger tillægges ingen betydning, og dermed lægger forfatterne sig ukritisk i kølvandet på en problematisk trend, som gør den enkelte sociale behandler ansvarlig for strukturelle faktorer, som rettelig hører hjemme i lovgivning eller organisation.

Kun i forbifarten nævnes med få linjer den mest indlysende grænse for behandlingssystemets endeløse behov for intimidering af socialt udsattes livsstil: Det er således den enkelte kommune, som afgør, på hvilken måde og i hvilket omfang man vil agere på informationer om, at en borger har tilkendegivet at have en skattefri indkomst oven i de bevilgede sociale ydelser. Notatpligten i den offentlige forvaltning er ellers obligatorisk. Kommunen, som visiterer til og finansierer stofmisbrugsbehandling, har fuld indsigt i samtlige notater i sagen og vil til enhver tid kunne træffe afgørelse om tilbagebetaling på baggrund af uretmæssigt modtagende sociale ydelser. At en prostituerets indkomstforhold kan resultere i talrige komplikationer i forhold til love og bestemmelser er en reel barriere, som er ganske uafhængig af den enkeltes behand-

lers velvilje og kompetenceniveau. Men i Servicestyrelsens publikation reduceres lovgivningsmæssige barrierer til personlige barrierer. Behandleren rådes til at *'være opmærksom på, om indberetningspligten om socialt bedrageri i virkeligheden er en undskyldning for ikke at tage fat i prostitutionsproblemet'*.

### Salg af sex som en skadesreduktions-strategi

Men lad os nu antage - rent hypotetisk - at behandleren gennem denne bevidstgørelse faktisk får bevirket, at en klient for fremtiden vil fravælge salg af seksuelle ydelser som indtægtskilde. Hvilken situation stiller det klienten i, hvis vedkommende genoptager eller fortsætter sit forbrug af illegale rusmidler? Som tidligere nævnt er tilbagefald det hyppigste udfald af misbrugsbehandling, så denne mulighed må medinddrages i enhver form for behandlingsplanlægning.

I dette hypotetiske tilfælde vil en afvisning af handel med sex medføre, at pågældende i højere grad må ty til andre indtægtskilder såsom traditionel berigelseskriminalitet og organiseret stofsalg. Pengene skal jo skaffes på en eller anden måde. En af grundene til, at langt færre kvinder end mænd afsoner i fængsler for narkotikarelateret kriminalitet, er formodentlig netop den, at mange kvinder vælger salg af seksuelle ydelser frem for traditionel kriminalitet på baggrund af en personlig risikovurdering. Salg af sex ses af de implicerede som en nyttig, skadesreducerende strategi, så farligere og mere skadelige indkomststrategier kan fravælges. En radikal omlægning af indtægtsgrundlaget vil med stor sandsynlighed medføre en forværring i den pågældendes situation.

En anden konsekvens af behandlingsfokus på handel med sex vil være en svækkelse af det tillidsforhold, som ellers burde udgøre en central del af enhver behandling. Det er svært nok i forvejen at komme tilbage til sin flinke behandler og indrømme, at man været ulydig og genoptaget eller vedligeholdt et stofforbrug. Det bliver ikke lettere, hvis man som klient samtidigt skal tilstå, at man også har valgt en livsstil og en indkomstkilde, som man ved, at behandleren fordømmer i kraft af sine advarsler om alle 'skadevirkningerne'.

### Metode

Endelig bliver jeg nødt til at knytte et par kritiske kommentarer til forfatternes metode. Læseren får ikke indblik i anvendte interviewmetoder. Spørgeguides og øvrige metodiske overvejelser og oplysninger er støvsuget fra publikationen. Man har valgt kun at inddrage udtalelser fra to kvinder, som i perioder sælger seksuelle ydelser og har et misbrug af illegale rusmidler. Forfatterne anfører, at det er svært at finde stofbrugere, som kunne udtale sig, hvilket kan undre. Eksempelvis har Gadejuristen igennem flere år haft kontakt til adskillige repræsentanter fra '*Gadepigerne*', som de har valgt at kalde sig, men ingen er disse er blevet inddraget til trods for, at de både har manifesteret sig på konferencer og i pressen.

Man kunne frygte, at forfatterne bekvemt har udvalgt udsagn fra to kvinder, som på flest mulige måder understøtter et bestemt billede, som man gerne vil fremmane. Metoden svarer i så fald til, at man bad voldsramte kvinder på et krisecenter udtale sig om ægteskab. Rædselsfulde historier ja, men næppe repræsentative for kvinders erfaringer med ægteskab.

Havde man snakket med flere kvinder, ville der formodentlig også være fremstået et mere nuanceret billede af, hvorvidt misbrugsbehandling skulle inddrage prostitution eller ej. '*Gadepigerne*', som vi ser i Gadejuristen, har i hvert fald ikke på noget tidspunkt efterspurgt terapeutisk hjælp til prostitutionsproblemer fra behandlingssystemet. Tværtimod har flere berettet om særdeles dårlige erfaringer med det selv samme system, som de oplever som krænkende, grænseoverskridende og ikke adækvat hjælpende i forhold til deres oplevede problemer[3].

Tilsvarende indvendinger kan gøres over for udvælgelsen af re-

præsentanter for 'behandlingssystemet'. I publikationen interviewes behandlere fra en række private behandlingsinstitutioner, som refererer til unavngivne stofbrugere, der efter sigende føler sig svigtet, hvis de ikke får tilbudt behandling for prostitutionsskader. Men jeg må tilstå, at jeg personligt – som dog har tilbragt en del år i stofbehandlingssystemet både som klient, behandler og leder - aldrig er stødt på, at klienter har udtrykt en lignende forventning. Mine personlige erfaringer beviser naturligvis intet – omtrent lige så lidt som et udokumenteret postulat om det modsatte.

Tilbage står, at påstanden om, at klienter i stofmisbrugsbehandling forventer behandling for 'prostitutionsskader', må tages med et gran salt, når den fremsættes af repræsentanter for private organisationer. I et system, hvor markedsmekanismer udgør det overordnede styringsredskab, må behandlingsinstitutionernes første og vigtigste prioritet naturligvis være at sikre fortsat drift. Det vil derfor være vanskeligt at finde repræsentanter for behandlingsbranchen, som ikke spontant støtter ethvert initiativ, som stiller legitimering og ekspansionsmuligheder i udsigt, herunder muligheder for at udvide med behandlingstilbud, som modsvarer reelle eller fiktive behandlingsbehov, som betalende myndigheder definerer for bestemte målgrupper.

**Men hvad så?**

Formålet med udgivelsen skulle være at stimulere en faglig debat blandt misbrugsbehandlere. Men publikation frembyder en række grundlæggende problemer. Som allerede nævnt synes det på trods af omfattende historisk (mis)brug af sammenstillingen mellem stofmisbrug og prostitution ikke at være påvist, at en sådan automatisk sammenhæng eksisterer. Og under alle omstændigheder fortjener Servicestyrelsens udgangspunkt om en indiskutabel sammenhæng – hønen og ægget - en mere nuanceret fremlæggelse end den, der gives. Dertil synes publikationens anbefalinger at mangle et vidensbaseret fundament, både når det gælder såkaldte skadevirkninger og forudsætninger for implementering af behandlingsteknologi. Anbefalingerne kommer til at fremstå uigennemtænkte og urealiserbare.

I beskrivelsen af de såkaldte prostitutionsskader stifter vi indirekte bekendtskab med stereotype og normative forventninger til ikke-prostitutionsskadede kvinders adfærd, selvopfattelse og sociale positioneringer. Normative forventninger, som en del ikke-prostitutionsskadede kvinder formodentlig har svært ved at tilslutte sig, men som åbenbart fremtræder som et nødvendigt afsæt, når oplevelser af prostitution udelukkende skal defineres som negative afvigelser og psykiske skader. På den baggrund er det vanskeligt ikke at se Servicestyrelsens anbefalinger til socialarbejdere som mere i tråd med et moralsk præget genopdragelsesprojekt, end hvad et kvalificeret udspil til en faglig/professionel debat fordrer.

Denne artikels kritiske tilgang til omtalte publikation skal ikke forveksles med en manglende anerkendelse af, at salg af seksuelle ydelser kan være stærkt traumatiserende for nogle kvinder – også for nogle af de kvinder, som samtidigt har et kostbart og krævende rusmiddelforbrug at vedligeholde. Det er et velkendt fænomen, at der er nogle stofbrugere, som efter et par enkelte oplevelser i sex-industrien takker nej til

LIESE RECKE
PSYKOLOG
ARBEJDER I GADEJURISTEN

at fortsætte denne karriere til fordel for en alternativ indtægtskilde. Andre fortsætter til trods for, at sexarbejde for dem har alt for store personlige omkostninger med risiko for at pådrage sig irreversible skader og kroniske handicaps. De lever med urimelige og forfærdelige vilkår, som ikke levner beskyttelse mod vold og udbytning, og som heller ikke rummer mulighed for den type beskyttelse, arbejdsmarkedslovgivningen giver andre arbejdstagere.

Det burde være en selvfølge, at prostituerede, som ønsker terapeutisk hjælp til egne problemer, bør tilbydes hjælp. I den forbindelse er det dog magtpåliggende, at de risici og udfordringer, som knytter sig til prostitution, defineres og udgrænses, og at fokus i langt højere grad rettes mod de vilkår og rammer, som de prostituerede arbejder under, frem for psykologisk patologisering af den enkelte.

Men for alle, uanset valg af løbebane, gælder det, at vedkommende på baggrund af personlige risikovurderinger og præferencer, har valgt den bedst mulige – eller den mindst ringe - strategi for overlevelse og sikring af basale fornødenheder. Når nogle har valgt at sælge sex, ses det af de involverede i mange andre tilfælde som den bedst mulige løsning på nogle oplevede problemer eller eksistentielle udfordringer, sjældent som et problem i sig selv. Sexarbejde kan være en måde at skaffe penge på til nødvendige rusmidler, eller det kan være en vej ud af invaliderende fattigdom eller endda en måde at afprøve forskellige samfundsmæssige positioner på. I alle tilfælde gavner det ikke de pågældende et hak, at behandlingssystemet dæmoniserer eller sygeliggør deres valg og gennem ydmygende umyndiggørelse diskvalificerer deres stemme.

Ønsker man reelt at bedre stofbrugende sexarbejderes vilkår og ikke bare pudse sin moralske glorie, så er der masser at tage fat på. Lad os starte med de strukturelle udfordringer. Alle de klager, som Gadejuristen hører fra stofbrugere, som kan relateres til sexarbejde, drejer sig om ringe og usikre arbejdsvilkår. Uhyrlige summer til huslejer i nedslidte og ulækre lokaler, som skal betales – sort naturligvis - til lokaleejere eller administratorer. Manglende eller ringe muligheder for selektion af kunder og ringe viden om seksuel risikoadfærd i forhold til sygdomssmitte. Ikke mindst dyrekøbte erfaringer med manglende retssikkerhed og erfaringer med overgreb fra politiet. Alt dette kunne være typiske eksempler på hasteopgaver for politikere og kommunale myndigheder.

Forbedringer af sexarbejderes arbejdsvilkår kunne forebygge en mængde af de skader, som Servicestyrelsen så ivrigt ønsker at behandle sig ud af. Dersom Servicestyrelsen og behandlingssystemet oprigtigt ønsker at tilbyde realistiske behandlingsmuligheder for skader, man har pådraget sig i et liv som illegal stofbruger, så må der først og fremmest etableres organisatoriske og faglige forudsætninger for, at det kan lade sig gøre!

Drejer det sig om psykiske skader, må man involvere psykologer. Drejer det sig om somatiske skader, må man inddrage læger. Samtidig må man tilrettelægge og tildele adækvate rammer og ressourcer til opgaven. Og så må diskussionen om behandling af 'prostitutionsskader' sættes ind i de rette proportioner. Rigtig mange stofbrugere og tidligere stofbrugere udtrykker et kæmpebehov for psykologisk og somatisk behandling og social støtte på deres egne betingelser og med deres egne målsætninger. Skulle vi så ikke starte med at komme dem i møde her? ■

## NOTER

1 Winsløv, 1986, p.22

2 Sargents afhandling er i øvrigt kun en dråbe i havet bestående af udgivelser, som adresserer stofmisbrug og prostitution. Ved en enkelt søgning på Google Scholar fik undertegnede 34.200 hits med søgeordene 'prostitution drug abuse'. Med tilføjelse af ordet 'treatment' i fornævnte ordkæde, var vi nede på 27.000 hits. I den medicinske litteraturdatabase NLM Gateway fremkom 1.436 hits med søgeordene 'prostitution drug abuse'.

3 Bladet 'Hus Forbi' bringer i nr. 84, april 2009, en rædselshistorie fra en privat behandlingsinstitution, hvor to indskrevne stofbrugere beskriver, hvordan de har været genstand for omfattende krænkelser i forbindelse med 'behandlingen', som rettede sig mod de pågældendes prostitutionserfaringer, seksuelle erfaringer og intime relationer.

## LITTERATUR

Høigaard, C. & Finstad, L.: Bakgater. Pax. Oslo. 1986.
Pedersen, M. U.: Stofmisbrugere før, under & efter døgnbehandling. CRF. Aarhus Universitet. Århus. 2000.
Pedersen, M. U.: Behandlingsgaranti og ydelser i dansk stofmisbrugsbehandling. CRF. Århus Universitet. Århus. 2007.
Winsløv, J.H.: Narreskibet. Socpol. København. 1986.
Publikationen 'Prostitution og stofmisbrugsbehandling' kan downloades fra Servicestyrelsens hjemmeside: www.servicestyrelsen.dk/wm149511

Still fra SOMETHING LIKE HAPPINESS Director: Bohdan Slama

# Støtte til børn i familier med alkoholproblemer

Børn, der vokser op i misbrugsfamilier, har brug for at blive set og hørt.

**AF ELSE CHRISTENSEN**

Hvordan er barndommen i en familie med alkoholproblemer? Er det rigtigt, at barnet kan være uvidende om alkoholproblemerne? Får barnet en vanskelig barndom? Påvirkes barnets forhold til kammeraterne? Er der langtidsvirkninger, får barnet problemer som voksen? Og kan man gøre noget for at afhjælpe eller modvirke eventuelle negative følger?

Spørgsmålene er mange. Og der er efterhånden også mange svar. Der er ingen tvivl om, at et barn i en familie, hvor en eller begge forældre har alkoholproblemer, på mange måder har en anderledes og vanskeligere barndom end de fleste. Vi kan også konstatere, at børn som hovedregel har kendskab til problemerne, også selvom forældrene aldrig har talt om det. Barnets forhold til og kontakt med kammerater kan ofte været præget af alkoholproblemerne, og for en del af børnene vil der komme vanskeligheder, som de tager med sig livet igennem.

### Børn kender forældrenes alkoholproblemer

I begyndelsen af 1990'erne gennemførte jeg en interviewundersøgelse, hvor jeg talte med godt 30 børn og deres forældre (hver for sig) i familier, hvor forældrene var i behandling for alkoholproblemer. I alle familier havde problemerne eksisteret i årevis, og i de fleste familier

var det først inden for det seneste år, børnene havde fået at vide, at forældrene havde alkoholproblemer.

I interviewet kunne alle børn fortælle, at de allerede i flere år havde vidst, at deres forældre drak mere og anderledes end andre forældre, uanset at der aldrig var blevet talt om det. Det var forskelligt, hvornår de var blevet klar over, at forældrene havde alkoholproblemer, men de kunne som regel nævne en konkret episode, hvor det var blevet helt klart. Fx:

*Jeg kom hjem fra skole og fandt min mor liggende på gulvet. Jeg troede først, hun var død.*

*En dag, da vi var ude for at handle, så jeg pludselig, at vi købte mange flere øl end andre familier, og jeg tænkte: Det må jeg aldrig tale om. Jeg regnede med, at mine kammeraters forældre ville sige, at de ikke måtte lege med mig, hvis de vidste, vi købte så mange øl.*

Still fra THE WAY I SPENT THE END OF THE WORLD

**En vanskeligere barndom**

De fleste børn får en vanskeligere barndom, når de lever i en familie med alkoholproblemer. Mange børn fortæller, at det er svært at have kammerater med hjemme, fordi man ikke kan vide, hvor meget forældrene har drukket. Andre børn finder venner, hvis forældre også drikker, så børnene på den måde kan få et fællesskab, hvor det ikke er skamfuldt, at forældrene drikker.

Forholdet til kammeraterne kan i det hele taget påvirkes på forskellig måde. Nogle børn kan faktisk blive ledere i kammeratgruppen, mens andre børn oplever at være mobbede og at være uden for fællesskabet.

**Alkoholproblemer og andre problemer**

Der er altid flere forhold end alkoholproblemerne, der spiller ind, når man skal vurdere alkoholproblemernes betydning for barndommen. Nogle forældre har flere ressourcer end andre, uanset at de drikker; nogle børn har andre voksne, der tager sig af dem; nogle børn klarer sig godt i skolen, og nogle børn udvikler sig på en måde, så de bliver meget populære blandt jævnaldrene. Fx er der børn, der bliver utroligt gode til at aflæse forældrenes tilstand, ønsker og tanker, og som kan overføre deres viden i kontakten med andre mennesker. Man kan sige, at de i en vis forstand bliver tidligt voksne og bliver utroligt gode til at begå sig og tilpasse sig. Andre børn har tidligt et utroligt vanskeligt liv. Ofte er der tale om børn, som klarer sig dårligt i skolen, har mange skoleskift og aldrig rigtigt får venner, som de knytter sig til.

Tilsvarende finder vi, at nogle børn får problemer som voksne, eventuelt alkoholproblemer, mens andre børn klarer sig, selvom der selvfølgelig er en bagage, der skal bearbejdes og sættes på plads. Men det er vigtigt at være opmærksom

på, at også i familier med alkoholproblemer er der forskel på, hvordan problemerne tackles og dermed også på de konsekvenser, misbruget kan få.

**At inddrage børn i behandlingen**

Traditionelt har man som behandler ikke været særlig opmærksom på børnene. Dels fordi man – ligesom forældrene – har troet på, at børn måske ikke vidste så meget eller ikke rigtigt havde nogle selvstændige problemer, når der blev drukket i familien. Dels fordi det som alkoholbehandler faktisk er vanskeligt at være opmærksom på børnene, blandt andet fordi man kan føle, at man mangler tilstrækkelig viden om børn, børns forhold og børns reaktioner.

Det forhold, at man som alkoholbehandler kan have vanskeligt ved at være opmærksom på børnene, skal lige have et par ekstra ord med på vejen: Mange alkoholbehandlere mener, at for at være en god behandler skal man være i stand til at opfatte de mennesker, man er behandler for, på en positiv måde. Noget mange arbejder seriøst med, således at de på samme tid er i stand til at se positive sider hos klienten og se det negative i klientens (selvdestruktive) adfærd. Når forholdene for klientens *børn* skal tænkes med ind, giver det problemer. Helt enkelt fordi det er svært at tænke positivt om et menneske, samtidigt med at man tænker på, at det menneske med sin livsform udsætter sine børn for omsorgssvigt og påfører dem vanskeligheder, der både på kortere og længere sigt kan give børnene skader, som de måske kan have svært ved at overvinde.

Det kan være en alvorlig barriere, som det er svært at overvinde. For skal man være opmærksom på klientens børn, er det også nødvendigt at gøre klienten opmærksom på børnenes vanskeligheder, og det er de færreste forældre, der sætter pris på at blive gjort opmærksomme på, at de svigter deres børn.

Det er derfor først i de seneste 5-10 år, at man i større stil er begyndt at inddrage børn i behandlingen, når der er alkoholproblemer i familien.

**Forebyggelse af problemer for børnene**

I august 2004 igangsatte Sundhedsstyrelsen et landsdækkende projekt til støtte for børn i familier med alkoholproblemer. Målet var, at der i alle dele af landet skulle etableres tilbud til børnene, så de ikke kom til at stå alene med de vanskeligheder, det kan give, når forældrene har problemer med alkohol.

Der blev ansat to børne-familiesagkyndige i hvert af de daværende amter bortset fra Århus Amt, som allerede havde etableret et tilbud og derfor ikke ønskede at indgå i projektet. Det store - samlede – projekt er fortsat under evaluering.

En del af målsætningen for det samlede projekt var at igangsætte specifikke projekter til støtte for børnene. Der blev især satset på projekter med et forebyggende indhold, således at børn med direkte behandlingskrævende reaktioner ikke fik mulighed for at deltage i projekterne.

SFI blev i 2006 bedt om at foretage en evaluering af de børneprojekter, der havde været i gang i længere tid. Børnene og deres forældre blev kontaktet (og interviewet) i efteråret 2006, hvor de startede i projekterne, og igen i efteråret 2007, hvor projekterne for længst var afsluttede. Målet var at undersøge, om der kunne påvises nogen effekt af, at børnene havde deltaget i et af de udvalgte projekter. Der blev indsamlet data fra i alt tre projekter:

- Et projekt med tilbud om deltagelse i en *børnegruppe* for nogenlunde jævnaldrende børn fra familier med alkoholproblemer. Gruppen mødtes én gang om ugen gennem i alt 3 mdr.
- Et tilbud om en *støtteperson* i hverdagslivet til børn i familier med alkoholproblemer.
- Et *ugekursus* for børn og forældre (både forælderen med alkoholproblemer og en evt. forælder uden alkoholproblemer).

I alle tre tilfælde er der tale om kortvarige, konkrete og veltilrettelagte tilbud, hvor barnet kommer ind i tilbuddet, modtager den givne ydelse og igen går ud af tilbuddet. Evalueringen følger børnene, efter at tilbuddet er afsluttet, og skal se på, om der ét år efter kan påvises resultater.

### Målet for evalueringen

Evalueringen er foretaget ud fra tre forskellige målsætninger, der hver især indeholder nogle ønsker med hensyn til, hvad projektet gerne skal resultere i. Evalueringen kan derfor karakteriseres som en besvarelse af de spørgsmål, der er inkluderet i målsætningerne:

1. Er forældrene (blevet bedre) i stand til at forstå og reflektere over barnets situation og til at være parate til at afhjælpe barnets vanskeligheder?
2. Har barnet fået en større viden om alkoholproblemer, og om hvordan det er at leve i en familie præget af alkoholproblemer? - Herunder at børnene har fået mulighed for at tale om deres situation, og at børnene på den måde får mulighed for at føle sig mindre ensomme – også med fokus på barnets relationer til jævnaldrende.
3. Bliver det sikret, at der via den kommunale socialforvaltning etableres støtteforanstaltninger (efter serviceloven) for de børn, der har særlige behov?

Spørgsmålene søges besvaret for hvert af de tre projekter. Svarene er primært baseret på børns og forældres svar i kvalitative interview.

### Resultater fra evalueringen

Uanset hvilket af de tre projekter der ses på, fortæller samtlige børn og forældre, at det er nogle tilbud, de har haft glæde af undervejs, ligesom såvel børn som forældre efterfølgende mener, at de har kunnet bruge tilbuddet.

Det er selvfølgelig dejligt, at børn og voksne har været glade for, hvad de har fået tilbudt, men det er også lidt skræmmende. Det skræmmende er, at man ikke kan vide, om de tre projekter virkelig har været så entydigt gode, som der gives udtryk for, eller om der er tale om, at tilbuddene til børn ellers er så få og fraværende, at næsten hvad som helst rettet til børn må anses for et stort fremskridt? Formentlig er der tale om, at begge forklaringer spiller ind.

### Deltagelse i børnegruppe

Børnegrupperne er defineret som et forebyggende tilbud til børn i en gruppe. Det er ikke et tilbud om individuel behandling eller konkret individuel støtte. Målene for børnegrupperne er, at:

- Give børnene ord
- Give børnene viden
- Have et rum, hvor børn kan dele tanker
- Få mødt børn i deres ensomhed
- Være en troværdig voksen for børnene
- Blive opmærksom på børn, der har brug for en udvidet indsats, dvs. egentlig behandling eller anden støtte

Interviewene et år efter, at barnet var startet i børnegruppen (altså 9 mdr. efter gruppen var sluttet), viser, at målene blev realiseret. Alle børn kunne tydeligt huske indholdet i børnegrupperne og kunne fortælle, hvorfor de syntes, det var en god ting:

*Jeg kan huske alt det, vi lavede. Jeg kan sagtens huske de andre børn og de voksne. Vi talte næsten hele tiden om alkoholproblemer. Det var godt. Jeg lærte meget. Jeg vil godt anbefale sådan en gruppe til andre børn. En gruppe er en god ting.*

*Mine forældre ville gerne have, at jeg deltog, og det var jeg med på. Det var godt nok. Det var rigtigt godt. Godt at få snakket om tingene og høre om de andres problemer. Jeg vil gerne anbefale andre at tage imod sådan et tilbud. Det kan give hjælp til at besvare nogle af de spørgsmål, man har. Det er godt at få snakket om det.*

I forbindelse med børnegruppen var der desuden to samtaler med forældrene og med den behandler, der havde kontakt med forælderen med alkoholproblemer. Der var to børn, hvor forældrene var blevet opfordret til at kontakte socialforvaltningen, fordi man mente, at barnet havde særlige vanskeligheder. Ingen af forældrene kontaktede socialforvaltningen.

### Tilbud om støtteperson

En støtteperson i hverdagen er et særligt tilbud til børn i familier med alkoholproblemer. Der er tale om, at en børne-familiekonsulent deltager i typisk to samtaler med barn og familie om de vanskeligheder, alkoholproblemet giver for barnet. Desuden tages der kontakt til en person fra barnets hverdagsliv, typisk en lærer, der vil give støtte til barnet, hvis der opstår en række særlige problemer. Det kan fx være problemer med andre børn eller vanskeligheder i familien. Aftalen er, at hvis barnet oplever sådanne problemer, skal hun/han kontakte støttepersonen.

Ved det første interview var aftalen med en støtteperson under etablering. Alle børn gav udtryk for tilfredshed og positiv forventning.

*Det vil jeg gerne. Jeg tror, jeg kan få meget ud af det… Jeg tænker ikke på noget bestemt. Men jeg vil gerne blive bedre til at forstå det (alkoholproblemerne). Mor og (konsulenten) siger, jeg kan blive bedre til at forstå, at der ikke er noget, jeg kan gøre, og at det ikke er min skyld eller mit ansvar.*

*Jeg synes, det vigtigste er at kunne snakke med en, man kan stole på.*

Ved det andet interview ét år efter er der ingen af børnene, der har haft kontakt med deres støtteperson. Man kan derfor konkludere, at ordningen ikke har virket som den var tænkt. Samtidigt må man dog konstatere, at børnene siger, de har været glade for tilbuddet og føler sig hjulpet af det.

*Aftalen var, at hvis jeg havde problemer herhjemme, så skulle jeg komme til ham (støttepersonen) og sige det. Men vi har ikke haft problemer herhjemme… Jeg synes, det har været godt, at den aftale har været der… Nej, jeg har ikke talt med ham, og han har heller ikke kontaktet mig. Men det var mit ansvar at tage kontakten, hvis det blev nødvendigt.*

*Der var ikke nogen bestemte signa-*

**ELSE CHRISTENSEN**
SENIORFORSKER, SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

*ler, jeg skulle give, hvis jeg skulle have hjælp. Læreren har ikke sagt eller gjort noget. Og jeg har heller ikke selv bedt om noget. Men det har været godt, at der var nogen, der var interesseret. Jeg synes, det har været en hjælp.*

### Deltagelse i ugekursus

Tilbuddet var her, at børn og forældre sammen deltog i et kursus, der varede en uge, på den behandlingsinstitution, hvor den forælder, der havde alkoholproblemer enten var i dag- eller døgnbehandling. Kurset var tilrettelagt med en fast tidsplan med fastlagte temaer til diskussion, fremlæggelser eller aktiviteter og fritid for såvel børn som voksne. Forældrene arbejdede med egne (eller partnerens) alkoholproblemer, børnenes forhold, parforholdet og tanker om fremtiden. Børnene arbejdede på forskellig vis med deres viden om og erfaring med forældrenes brug af alkohol.

Familierne på ugekurset var mere socialt belastede, end hvad der gjaldt for familier med tilbud om børnegruppe eller støtteperson. Ofte var der tale om forældre, der havde ingen eller kun begrænsede erfaringer med arbejdsmarkedet, og for de fleste børn var der iværksat forebyggende foranstaltninger efter Serviceloven, allerede inden de kom på ugekurset.

*Hun kom til psykolog, fordi der skete det, at jeg drak i en hel uge. Jeg var ligeglad. Skolen og kommunen kom ind i billedet. En veninde så, jeg var fuld, og så, at min datter var bange, så hun meldte mig til kommunen. Jeg var rasende. Men jeg har tilgivet hende. Jeg kunne se, hun ville hjælpe mig. Men jeg er ked af, at kommunen kom ind i det, selvom jeg ønskede behandling. (Mor)*

*Jeg græder tit indvendig. Men det må ikke ses, for så bliver vi fjernet. Der har været tre gange, hvor vi har været ved at blive fjernet. (Barn)*

*Jeg ved ikke, hvorfor det blev besluttet, at vi skulle herop. Politiet snakkede også med dem om at holde op med at drikke, men min far drikker stadigvæk. (Barn)*

Børnene var meget glade for at deltage i kurset. De fleste børn var jævnaldrende, og de var alle meget optaget af at lære nye børn at kende og måske blive venner med dem.

*Jeg tror, det her kursus vil føre til, at jeg nok vil gå og være glad. Det kan også være, jeg får nye venner.*

Ved interviewet ét år efter var det forskelligt, hvad børnene fortalte om deres udbytte af kurset. Et enkelt barn, der kun deltog i ugekurset, beskrev sine erindringer på stort set samme måde som børnene, der havde været i børnegruppe eller havde haft en støtteperson, mens de øvrige børn uden disse ting havde mere vage erindringer.

*Sammen med de andre børn talte jeg om, hvad vi lavede, når forældrene drak. Og hvordan vi havde det indeni. Vi tegnede os selv indeni. Jeg synes, det var godt at være med. På en måde gad jeg ikke, og på en måde gad jeg godt. Man kunne lære noget, og jeg tænkte, man kunne få mere ud af sit liv ved at være med.*

*Jeg kan ikke rigtigt huske, hvordan vi havde det, og hvad vi snakkede om. Jeg kan ikke rigtigt huske noget. Men det var hyggeligt at være der. Jeg ville godt derop igen. Jeg lærte de andre at kende, og det var godt.*

### Sammenfatning

I undersøgelsen indgik i alt 19 børn (flest i alderen 10-13 år) fra 14 forskellige familier (med 14 mødre og 4 fædre). Det er så få børn, at undersøgelsen ikke med sikkerhed kan sige noget om, hvilken indsats, der virker for hvilke børn. Men alligevel er resultatet tankevækkende.

Uanset hvad børnene fik tilbudt, gav de ved det første interview udtryk for, at de var glade for tilbuddet. De var også i stand til relativt præcist at sige, hvad de forventede, at de ville kunne få ud af tilbuddet. Et år efter gav børnene udtryk for, at de var tilfredse med det, de havde modtaget. De var i de fleste tilfælde i stand til at forklare og præcisere, hvorfor de fandt tilbuddet godt, ligesom de i de fleste tilfælde havde en meget tydelig erindring om, hvad der var foregået.

Børnene kom fra familier med forskellige problemer og ressourcer. Børn i børnegrupper havde oftere forældre med tilknytning til arbejdsmarkedet, mens det for de andre børn varierede, hvor meget erfaring forældrene havde med arbejdsmarkedet. Blandt børn, der deltog i et ugekursus, var der kun en enkelt forælder med fast tilknytning til arbejdsmarkedet.

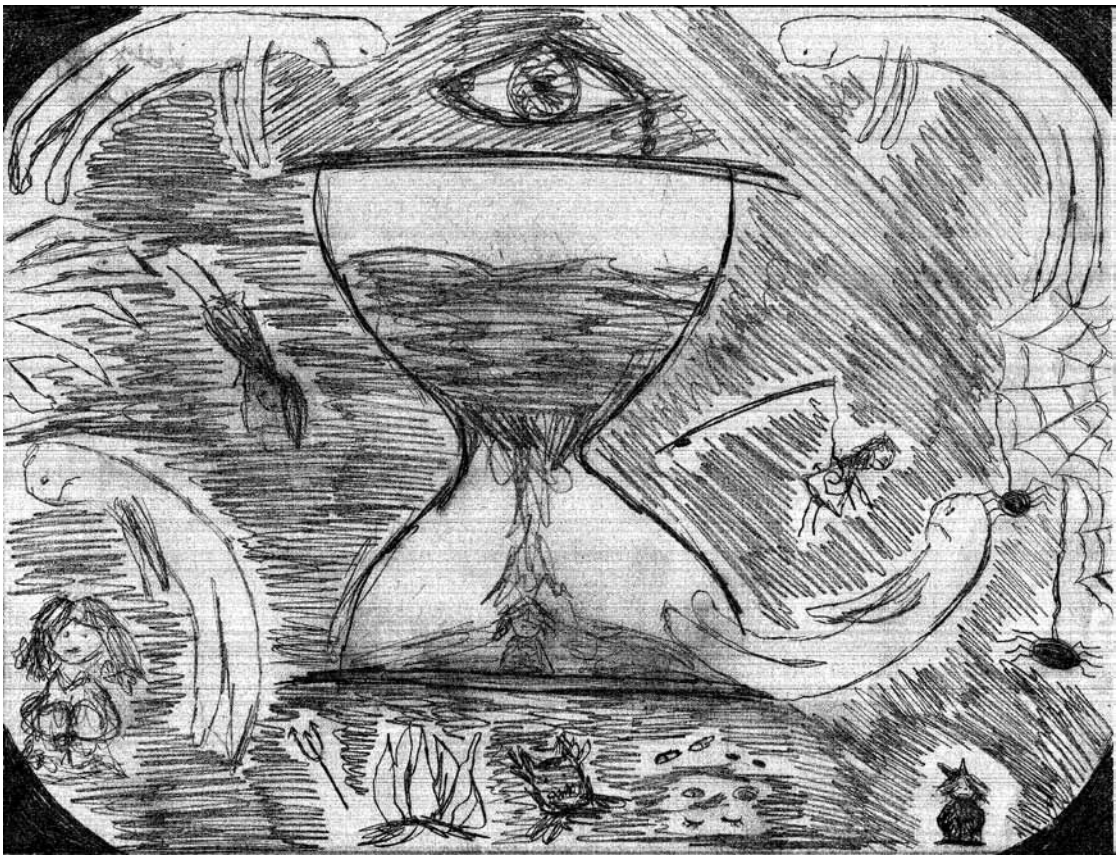
I de fleste familier holdt forældrene ikke op med at drikke, selvom de havde været i behandling. Der var kun tre familier, hvor forældre med alkoholproblemer var holdt op med at drikke. For flertallet af børnene er der således tale om, at hverdagen på mange måder ikke er ændret et år efter. Uanset hvilket tilbud børnene har modtaget, lægger de et år efter vægt på at fortælle, at de har oplevet, at der var nogen, der engagerede sig i dem, at der var nogen, der syntes, at de betød noget, at der blev lyttet til dem og svaret på, hvad de spurgte om, og at ting kunne drøftes.

I al sin enkelthed er det måske netop det, det handler om, hvis man skal tilrettelægge forebyggende tiltag for børn, der ikke har brug for direkte behandling. ■

### REFERENCER

Christensen, E.: Når mor eller far drikker… Interview med børn og forældre i familier med alkoholmisbrug. Socialforskningsinstituttet. Rapport 94:2. København. 1992.

Christensen, E.: Børn i familier med alkoholproblemer. En evaluering af tre former for støtte. Komiteen for Sundhedsoplysning. København. 2009.



# Behandling af unge fra familier med alkoholproblemer

Centrale problemstillinger når pårørende tilbydes hjælp.

AF THOMAS MACKRILL

Den helt overordnede problemstilling i forhold til behandling af unge fra familier med alkoholproblemer er: Hvad er pårørendebehandling?

For at komme denne problemstilling nærmere vil jeg beskrive tre rammer for psykologisk behandling, som pårørende typisk inddrages i. Rammerne er lidt firkantet opstillede, men det passer til mit formål, som er at skære feltet ud i pap.

### Traditionel misbrugsbehandling

Den første behandlingsramme er traditionel misbrugsbehandling. Her er fokus på behandling af personen med misbruget. Rammen kendetegnes ved, at den har til formål at forandre den misbrugendes adfærd i familien. En succesfyldt behandling er kendetegnet ved, at personen, der misbrugte rusmidler, ikke længere misbruger rusmidler.

**FØR:** Misbrugende

**EFTER:** Ikke misbrugende

Tanken i forhold til pårørendes deltagelse i denne ramme er, at inddragelse af de pårørende øger effekten. Når de pårørende er med, er der evidens for, at personen med misbruget med større sandsynlighed ændrer adfærd. De pårørende betragtes således som et element eller en brik i behandlingen af personen, der misbruger. Set fra de pårørendes side, er denne slags behandlingstilbud vigtige. De fleste pårørende synes, at det er godt, at der findes professionelle, der tager sig af behandlingen af personen i deres familie med et misbrug. Nogle gange kan det også være rigtig godt for den pårørende at bidrage i en sådan behandling for at hjælpe misbrugeren ud af sit misbrug.

Denne behandlingsramme er ikke en decideret behandling af den pårørende. Den pårørende kan måske få gavn af det, da en ende på misbruget ofte kan gøre den pårørendes liv betydelig mindre belastet. Hvis behandlingen ikke lykkes, kan dette måske også indirekte hjælpe den pårørende, for 'hvis de professionelle ikke kan hjælpe, hvordan skulle jeg som pårørende så kunne gøre noget?' Den pårørende kan således måske bruge en mislykket behandling til at slippe båndet til den misbrugende i et vist omfang. Denne behandlingsramme risikerer dog samtidigt at vedligeholde problemerne for de pårørende. Lad mig forklare, hvordan dette er tilfældet:

Familiestrukturen i familier med alvorlige alkoholproblemer er kendetegnet ved, at alkohol er det 'organiserende princip' (se for eksempel Brown). Med dette menes der, at misbruget er centralt for måden, hvorpå familielivet tilrettelægges. Lad os tage et eksempel: En fars misbrug går ud over vigtige opgaver i familien. På grund af faderens misbrug forventer man *ikke* i familien, at faderen er nærværende om eftermiddagen og aftenen, at venner kan inviteres hjem, at der er ro, når man skal sove, at far dukker op til forældremøder osv. Familien skjuler faderens adfærd, så ikke-familiemedlemmer ikke får øje på det. De mange hensyn, der tages til familiemedlemmet med misbruget, betyder, at der samtidigt tages betydelig færre hensyn til de andre familiemedlemmer. Familien organiserer sig primært omkring misbrugeren. Den første behandlingsramme vedligeholder denne familiestruktur, da behandlingens formål primært fokuserer på familiemedlemmet med misbruget. At fokusere primært på familiemedlemmet med misbruget er præcis det, som familien plejer at gøre. Fra et familiedynamisk perspektiv er denne ensidige fokus på personen med misbruget således en del af familiens problem, og derfor kan en sådan behandlingsramme medvirke til at fastholde eller endda cementere de pårørendes problemer.

### Familiebehandling

Den næste behandlingsramme er familiebehandling, hvor misbrugeren er med. Denne ramme er kendetegnet ved at have et formål om øget trivsel for alle familiemedlemmer.

**FØR:** Familiemedlemmerne mistrives

**EFTER:** Øget trivsel blandt familiemedlemmerne

Her er det således alle familiemedlemmernes trivsel og ikke misbrugerens, der er det centrale. Denne ramme bryder med misbruget som det organiserende princip. Her er der tale om en form for pårørendebehandling. Denne slags pårørendebehandling er en form for skadesreduktion. Man søger at mindske de skader, som misbruget skaber. Denne behandlingsramme bryder med 'alkohol som det organiserende princip' ved at sætte alle familiemedlemmernes interesser på dagsordenen.

### Behandling af pårørende

Den tredje og sidste behandlingsramme er behandling af pårørende som et selvstændigt tilbud, hvor personen med misbruget ikke deltager. Dette er kendetegnet ved et formål om et mere tilfredsstillende liv for den pårørende.

**FØR:** Et utilfredsstillende liv som pårørende

**EFTER:** Et mere tilfredsstillende liv som pårørende

Denne behandlingsramme er også en form for skadesreduktion. Der er en række grunde til, at denne behandlingsramme er vigtig for pårørende. For det første, benægter mange misbrugere deres problemer, eller de kommer måske aldrig i behandling. Hvis pårørende kun har adgang til hjælp, hvis misbrugeren erkender sit problem og er villig til at gøre noget ved det, så er der relativt få pårørende, der får et behandlingstilbud. For det andet står pårørende ofte tilbage med problemer, selv hvis den, der misbruger, er holdt op med at misbruge. At løse misbrugsproblemet er ikke nødvendigvis lig med at løse de pårørendes problemer. Nogle pårørende opdager en række egne problemer, når deres misbrugende pårørende er holdt op med at misbruge. At tage sig af en misbrugende person kan betyde, at man undgår af tage sig af sit eget liv. Når den misbrugende holder op med at misbruge, står en del pårørende tilbage med at skulle finde en ny måde at tage vare på deres eget liv på. En tredje grund til, at det er vigtigt, at denne ramme findes, er, at en del pårørende på næsten alle måder er lige så psykisk belastede som den, der misbruger. Dette viser en ny dansk undersøgelse af alkoholmisbrugere og deres pårørende i behandling (Lindgaard, 2008b). En fjerde berettigelse for denne ramme er, at en del pårørende har brug for en behandlingsramme, hvor personen med misbruget ikke er til stede, hvis de i det hele taget skal begynde at fokusere på deres egne interesser og behov og derved medvirke til at bryde alkohol som det organiserende princip i deres liv. Misbrugerens blotte tilstedeværelse kan virke særdeles forstyrrende ind på nogle unge, der for første gang udtrykker deres personlige holdninger og ønsker med stor angst for at blive hørt og forstået rigtigt af andre.

Hvis vi så spørger: Hvilke behandlingsrammer er ønskelige fra et pårørendeperspektiv? - så er svaret klart, at alle tre behandlingsrammer er vigtige for pårørende. Såvel traditionel misbrugsbehandling, familiebehandling, hvor misbrugeren er med, og behandling af pårørende som et selvstændigt tilbud bidrager

til at mindske lidelse i forbindelse med misbrug.

Man fristes til at spørge: Hvad bør misbrugsbehandling være? Er det A) at få misbrugerne til at mindske eller stoppe deres misbrug, eller B) at mindske den samlede mængde lidelse, som misbrug forårsager? Fra et pårørendeperspektiv er svar B klart det mest ønskelige.

**Hvem tilhører behandlingsstedet – de pårørende eller personen med misbruget?**

Nogle vil måske tænke, at dette spørgsmål er overflødigt. Hvorfor kan behandlingsstedet ikke både være til personer, der misbruger, og deres pårørende? Erfaringen i TUBA viser, at en skelnen mellem, om et behandlingssted er de pårørendes sted, hvor man ikke behøver bekymre sig, om der kommer misbrugere (selv om disse ikke aktuelt er påvirkede), er afgørende for, om unge fra alkoholfamilier har lyst til at gøre brug af et behandlingstilbud. De unge ønsker typisk ikke at blive sat i bås med deres misbrugende forældre. Hvordan man er forskellig fra sine misbrugende forælder er ofte et centralt tema i de unges identitetsdannelse og derved også i deres behandling. Det er derfor problematisk, når de unge henvises til samme sted som deres misbrugende forældre, fordi det sender et klart signal til de unge om, at de hører til samme sted som deres misbrugende forældre. Det er præcis det, som mange unge af gode grunde kæmper imod. Unge, der henvender sig i TUBA, er i en proces, hvor de er ved at frigøre sig fra en familie, hvor misbrug har domineret deres liv. De er optaget af at finde andre måder at leve på, andre måder at have relationer til sig selv og andre på. De ønsker at komme til et sted, hvor det ikke er misbrugskultur, der dominerer stedet, men en kultur, der handler om, hvordan jeg og andre ligesom mig kan få et godt liv, selv med vores bagage.

Mange unge er samtidigt særdeles følsomme over for, om der er mennesker, der misbruger, hvor de færdes. Enten har de unge, der starter i TUBA, en tendens til, at deres registrering af sig selv, af deres egne interesser, lyster, behov, kvaliteter og muligheder nedtones og forsvinder, når der er personer, der misbruger, til stede. Eller også får de bare lyst til at bevæge sig væk, når de registrerer, at der er personer, der misbruger, til stede. Mange unge begynder nærmest automatisk at flytte sig eller at flytte deres fokus væk fra sig selv, når der er misbrugere til stede. Det er det, som de typisk har været vant til igennem mange år. Tilstedeværelsen af personer, der misbruger, er således ofte en aktiv hindring for behandlingen af unge, der er ved at lære at fokusere på deres egne interesser, lyster, behov, kvaliteter og muligheder. Det, at TUBA er de unges sted, der er beregnet til deres personlig udvikling, bidrager til, at de unge begynder at fokusere på sig selv. Dette er ofte noget nyt for de unge, der gennem hele opvæksten er kommet i anden række.

For en god ordens skyld er det vigtigt at påpege her, at unge i TUBA kan medbringe forældre, der har et aktivt misbrug, til samtaler i TUBAs lokaler, så længe de ikke er påvirket under samtalen. Samtaler, hvor forælderen og terapeuten er til stede, gør det nemmere for parterne at høre hinanden og tale med

# FAKTA

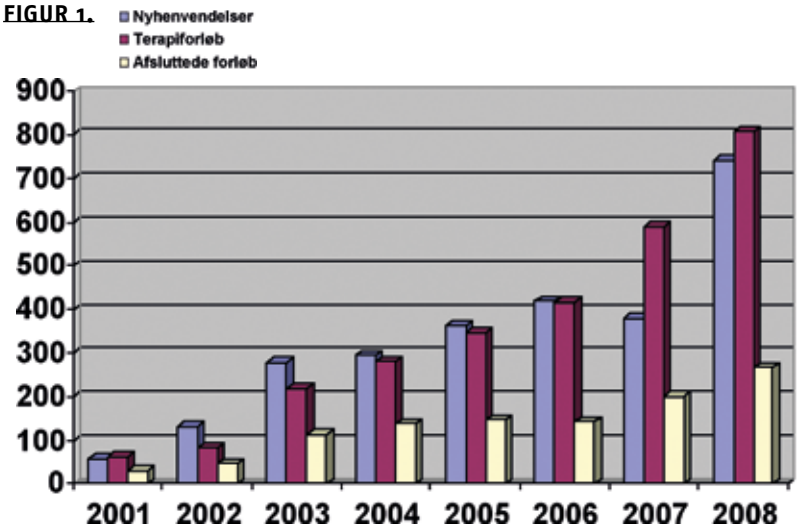
**TUBA er et landsdækkende** terapi- og rådgivningstilbud for unge fra familier med alkoholproblemer og er en del af Blå Kors Danmark. I 2008 havde TUBA ca. 800 unge i behandling på landsplan. Antallet er stigende. Hvis man vil vide mere om TUBA, kan man finde det på **www.tuba.dk**, som er hjemmesiden til de unge, eller **www.tuba.blaakors.dk** , som er en hjemmeside med baggrundsmateriale om TUBA.

Artiklen her er skrevet til alle, der er optaget af behandling af pårørende til alkohol- og stofbrugere. Mange af de beskrevne problemstillinger gør sig gældende bredt inden for feltet. Titlen er snæver, da min tilgang til feltet stammer fra erfaringer i TUBA, som tilbyder rådgivning og terapi til unge fra familier med alkoholproblemer. En del af mit arbejde i TUBA har været at udvikle en faglig profil for TUBAs arbejde (TUBA, 2008). Denne artikel fremlægger en del af tankegodset for den faglige profil. Artiklen kortlægger en række centrale problemstillinger vedr. behandling af unge fra familier med alkoholproblemer (herefter 'de unge'), og dernæst er der en faglig stillingtagen til problemstillingerne. Artiklen indeholder ingen review af forskningen på feltet. Hvis du ønsker en review, så se Lindgaard (2008a eller 2008b). Artiklen oplyser, hvor TUBA aktuelt står i forhold til problemstillingerne.

Metodisk er dette rids over centrale problemstillinger genereret ved fire skridt: Jeg har reflekteret over, hvordan behandling ser ud fra de unges perspektiv. Jeg har forsøgt at koble en forståelse af behandling af de unge med en forståelse af livsvilkårene for unge fra familier med alkoholproblemer. Jeg har prøvet at gennemtænke behandling af de unge i forhold til de stigende krav til evidens på feltet. Og endelig bygger artiklen på nogle af Alex Kastrup Nielsens tanker om behandling af unge fra familier med alkoholproblemer. Alex Kastrup Nielsen stiftede TUBA i 1997.

TM

**FIGUR 1.**




hinanden, eller måske bruges terapeuten til at bevidne og bekræfte den unge i vurderingen af, hvad der er muligt. Det er en ganske anden fornemmelse, de unge får, når deres forældre inviteres af dem til deres sted, TUBA, til en samtale, hvor udgangspunktet er deres personlige udvikling, frem for når de unge inviteres til at deltage i deres forældres misbrugsbehandling.

Nogle unge fra familier med alkoholproblemer ved, at deres aktuelle problemer kan have forbindelse med deres forældres alkoholmisbrug, men gør ikke noget ved disse problemer, da alkoholmisbruget stadig er et tabu. Nogle unge fra familier med alkoholproblemer knytter ikke en forbindelse mellem deres problemer og deres opvækstvilkår. Rigtige mange unge henvender sig til TUBA, og tallet er stærkt stigende **(se figur 1.)**

Det store antal henvendelser til TUBA tyder på, at mange unge finder TUBAs tilbud relevante, og at TUBAs tilbud er tilrettelagt på en sådan måde, at de unge får lyst til at gøre brug af dem. Det er afgørende, at indsatsen for de pårørende organiseres på en sådan måde, at de pårørende både får lyst til at henvende sig, og at de får gavn af tilbuddet.

### Evidens og behandling af pårørende – hvad stiller man op?

Den traditionelle evidenstænkning kobler bestemte diagnoser med manualiserede behandlingsformer i randomiserede, kontrollerede forsøg i et forsøg på finde ud af, hvad der virker bedst for hvem. Umiddelbart er det svært at koble denne tænkning op på behandling af de unge, som er en gruppe, der har meget til fælles, men som samtidigt er heterogen. Det at vokse op i en familie med alkoholproblemer er ikke en diagnostisk kategori. Den blev afvist som en særlig diagnose i 1980'erne. De unge falder i stedet typisk ind under en række forskellige diagnostiske kategorier, såsom angst, depression, selvmords-adfærd, spiseforstyrrelser, misbrug, posttraumatisk stressforstyrrelse (Lindgaard 2008a, 2008b). I TUBA er vi generelt varsomme med brugen af diagnostiske begreber som f.eks. depression, da unge i TUBA med symptomer på depression derudover typisk har en række personlige og sociale problemer, der relaterer sig til deres opvækst og omstillingen til voksenlivet. Selv om de unge indfrier kriterierne for en depressionsdiagnose, så skal deres problemer forstås som meget mere og andet en depression. De forskellige manualiserede behandlingsformer for de forskellige diagnoser viser ingen udviklet forståelse af, hvad en opvækst i en familie med misbrugsproblemer betyder for unge. Vores erfaring i TUBA er, at en forståelse for forbindelsen mellem de unges lidelser og deres livsvilkår som unge fra familier med misbrugsproblemer er afgørende for de unges behandling. De unge har brug for et specialiseret tilbud, der tager højde for deres særlige vilkår.

Hvad gør vi så med det stigende krav om evidens? I TUBA har vi valgt at følge noget, der hedder *practice based evidence* i stedet for *evidence based practice*. Kort fortalt går det ud på at generere evidens for det faktiske arbejde, der laves i praksis, ved et omfattende dokumentations- og evalueringsarbejde. Terapeuterne og de unge monitorerer løbende praksis til at forbedre praksis. Vi måler forandring ved standardiserede metoder. Konkret har vi for eksempel iværksat en undersøgelse af, hvordan vores behandling virker på de unge, som har symptomer på depression. Vi er ved at udvikle en 'baseline' af aktuel viden, færdigheder og holdninger i forhold til arbejdet. Vi gør os løbende refleksioner over aktuelle styrker og god praksis. Vi bestræber os på at have et tillidsforhold til vores terapeuter. Dette betyder dog ikke, at psykoterapeuter i TUBA ser bort fra den viden, der findes om behandling af specifikke lidelser som depression, angst, traumer osv. For eksempel vil unge i TUBA med depressive træk typisk blive udfordret på deres negative kognitive vurderinger og adfærd.

Psykoterapifeltet er præget af en række indbyrdes konkurrerende retninger. Disse retninger praktiseres på meget forskellige måder af deres tilhængere. Retningerne er efterhånden alle udviklet i adskillige udgaver. Forskning i behandlingseffekt har vist (med visse undtagelser), at forskelle i effekt i ringe grad kan tilskrives den retning, terapeuten bekender sig til. Dette har ført til det, der kaldes *antagelsen om nonspecificitet* (se f.eks. Hougaard; Hubble, Miller & Duncan; Asay & Lambert; Lambert & Barley). Antagelsen er, at det i høj grad er fælles faktorer på tværs af retningerne, som er årsag til psykoterapiens effekt. I TUBA læner vi os derfor ikke op ad en bestemt retning inden for for psyko-

terapi. Dette betyder dog ikke, at vi undlader at forholde os til centrale debatter i terapifeltet.

I de næste afsnit rettes blikket mod nogle centrale spørgsmål eller dogmer inden for behandlingspraksis, og disse relateres til behandling af de unge. Jeg forestiller mig ikke, at behandlere i Danmark i dag praktiserer psykoterapi med et entydigt udgangspunkt i de anførte dogmer. Jeg benytter bare dogmerne som afsæt for en diskussion af behandlingspraksis.

**Skal behandling være problemfokuseret?**

Mange unge pårørende har brug for hjælp til at blive bedre til at løse de problemer, som de står over for. Ofte er de uvidende om vigtige muligheder. Da mange af de unges forældre har løst deres problemer ved at drikke, så har mange af de unge brug for at finde andre rollemodeller og hente inspiration fra dygtige problemløsere. Mange unge har brug for hjælp til at evaluere deres problemløsning. Når man har prøvet at hjælpe sine drikkende forældre ud af misbruget i årevis uden succes, så er det vigtigt at få hjælp til at reflektere over, om hjælpen faktisk hjælper. Dette gælder ikke kun i forhold til forældres misbrug. En del unge fastholder problemsløsningsstrategier i deres liv, der ikke virker for dem, uden at reflektere over dette. Mange unge har brug for hjælp til at skelne mellem de problemer, der kan løses, og de problemer, som de skal leve med, og som hører et almindeligt menneskeliv til. Der er således en række gode grunde til at have et problemfokus i behandlingen af de unge.

Samtidigt er et entydigt problemfokus i behandling af pårørende problematisk. At fokusere entydigt på problemer er noget, som mange pårørende har gjort i årevis. De har været på vagt, været årvågne, holdt øjnene åbne for nuværende og kommende problemer. Livet i en alkoholfamilie er typisk kendetegnet ved, at det er delt i to faser (se Christensen). Der er tørre og våde perioder, hvor misbrugeren er ædru eller drikker. Under de våde perioder er børnene typisk optaget af at håndtere, at deres forældre er berusede, og i de tørre perioder er de optaget af at forudsige eller evt. forsøge at modvirke en kommende våd periode. En del unge får problemer, når de flytter hjemmefra, fordi der ikke løbende kommer misbrugsproblemer, og det finder de meget utrygt eller mærkeligt. Det er jo det, de har været vant til. Nogle knytter sig så til andre mennesker, der løbende skaber problemer. Nogle bliver kroniske hjælpere for dem, de møder, og nogle få skaber så løbende selv problemer. Derigennem genskaber de et miljø, som de kender hjemmefra. Godt nok var misbruget problematisk i familien, men de vænnede sig til det, og det blev det trygge for dem. Hvis en behandling er ensidigt problemfokuseret, så risikerer man, at man ikke udfordrer de unge på deres problemsøgende adfærd, og derved er der en fare for, at man bidrager til at vedligeholde den unges problemer.

Hvad er så alternativet til et problemfokus? Der er sikkert mange bud, men her er et par stykker. Man kan f.eks. fokusere på de unges gode oplevelser og få dem til at beskrive og dele dem. En del unge har meget svært ved dette og oplever angst, når de prøver dette. En anden mulighed er at bede den unge beskrive et godt liv, gerne i detaljer, sådan at den unge deler og lever sig ind i en alternativ måde at leve på og samtidigt hører andres tanker om et sådant liv. En tredje mulighed er at sætte fokus på den unges selvbillede eller identitet uden at have hensigter om, at det skal ændres. Dette handler om at vise interesse for, hvad den unge er for et menneske. Hvad kendetegner de unge som mennesker? Hvad kan de lide eller ikke lide? Hvad optager dem? Hvad tillægger de værdi? På hvilke måde ligner de bestemte andre eller er forskellige fra andre? Alle disse tre eksempler er måder at træne og anerkende noget, der ikke er et problemfokus, noget som jeg kalder et 'jeg-fokus'.

**Skal behandlingen fokusere på opvæksten (eller livet i misbrugsfamilien)?**

Der er gode grunde til at fokusere på opvæksten i misbrugsfamilien, når vi har at gøre med behandling af unge, der er opvokset i familier med alkoholproblemer. Mange har brug for at fortælle om, hvad de har oplevet. De unge har ofte brug for hjælp til at få barndommen eller livet i misbrugsfamilien til at give mening, eller for at dele hvor meningsløst det føltes. Mange har brug for hjælp til at bearbejde sorg og traumer fra opvæksten. En forståelse for dynamikken i opvækstfamilien bidrager til, at nogle finder andre måder at tilrettelægge deres voksenliv på.

Men dette fokus er langt fra tilstrækkeligt. Unge pårørende står også med problemer om, hvordan de skal leve et anderledes liv end det, de oplevede under deres opvækst. Mange kommer ikke videre, medmindre der også fokuseres på deres liv væk fra forældrene/misbrugeren. Der er brug for et fokus på, hvordan man lever livet på en anden måde. Mange unge har brug for inspiration, ideer, gode råd, hjælp til at få øje på det, deres opvækst har gjort dem blinde for (f.eks. at huske sig selv). Mange unge har brug for, at behandlingsstedet repræsenterer en anden måde at leve på, hvor behandlerne tør være rollemodeller; repræsentanter for andre måder at have relationer på, være på og leve på. Hvis behandleren ikke tør være rollemodel, så overlades den unge til at finde sin vej med kun de erfaringer, han eller hun har med sig, som ikke altid er lige brugbare. Nogle behandlere har den holdning, at terapeuter ikke skal give råd. Selvfølgelig skal behandlere ikke fortælle de unge, hvad de skal gøre, men behandlere må gerne oplyse om al-

ternative handlemuligheder. Mange unge fra familier med misbrug er sultne efter den slags konstruktive oplysninger.

En ensidig fokus på opvæksten skal derfor undgås. Med en sådan fokus risikerer man utilsigtet at fastholde den unge i en identitet som barn af en misbruger frem for at støtte den unge i at udvikle en egen voksenidentitet.

### Må behandleren 'self-disclose'?

I det foregående afsnit har jeg orienteret om betydningen af, at behandleren tør være rollemodel og repræsentant for en anden kultur end misbrugskulturen. I dette afsnit berører jeg et andet aspekt af dette. Mange unge pårørende er som tidligere nævnt typisk vant til, at deres forældre med et misbrug opfører sig på forskellige måder, afhængigt af om de er ædru eller berusede. Med den erfaring udvikler en del unge en frygt for, at andre mennesker vil skifte adfærd på en tilsvarende måde, og de kan have svært ved at stole på voksne. Hvis behandleren for eksempel af den unge opleves som tålmodig, sød og varm, så går den unge måske og frygter, at dette er en facade, og afventer, at behandleren skifter adfærd.

Som modstykke til den typisk omskiftelige måde misbrugere opfører sig på, vægter vi i TUBA, at vores terapeuter handler på en sammenhængende måde, og at der er en høj grad af overensstemmelse mellem deres værdier og deres handlinger, og at dette er synligt for den unge.

Frem for at have en ideel forestilling om, hvordan man burde fremtræde som behandler, så har vi TUBA valgt at vægte, at behandleren skal bestræbe sig på at være autentisk. Vi anser autentiske og respektfulde møder mellem den unge og terapeuten som et centralt modstykke til de benægtende og grænseløse relationer, som ofte råder i misbrugsfamilier.

### Hvad er forskellen mellem behandling af pårørende børn og voksne børn?

Den store forskel mellem behandling af pårørende børn under 18 og voksne børn over 18 drejer sig om graden af afhængighed af forælderen med misbruget. For at forstå dette, er det vigtigt først at skelne mellem praktisk og psykisk afhængighed. Barnet under 18, der har en forældremyndighedsindhavere med et alkoholproblem, eller barnet, der skal være boende eller besøgende hos en forælder, der har et alkoholproblem, har en praktisk afhængighed af forælderen med misbruget. De er ikke frie til at bevæge sig væk fra deres misbrugende forælder eller til at lade være med at forholde sig til deres misbrugende forælder medmindre en anden person eller myndighed griber ind og ændrer deres livsvilkår. Den misbrugende person har en praktisk magt over deres liv. Denne gruppe er karakteriseret ved, at de pårørende børn ikke kan løsrive sig rent praktisk. Den psykiske afhængighed er noget ganske andet. Selv efter at ens forældre med et alkoholproblem er døde, så kan man stadig være psykisk afhængig af dem. Dette sker for eksempel, hvis man opfører sig, som om forælderen stadig havde en praktisk magt over ens liv, selv om dette ikke længere er tilfældet. Dette kan vise sig ved,

**THOMAS MACKRILL**
PSYKOLOG, PH.D.,
ARBEJDER I TUBA

at man for eksempel undgår at gøre ting, som den misbrugende forælder ikke havde ønsket. Selv om man har flyttet sig fra sin misbrugende forælder rent fysisk, så har man billedligt talt stadig forælderen siddende på nakken.

Under opvæksten er der typisk en glidende overgang, hvor den praktiske afhængighed aftager. Det hænger typisk sammen med det at flytte hjemmefra. At flytte hjemmefra indebærer en lang periode inden flytningen, hvor unge forestiller sig og forbereder sig på et liv væk fra deres misbrugende forældre. Samtidig indebærer det en lang periode, efter at den unge er flyttet, hvor betydningen af den tidligere praktiske afhængighed i stigende grad går op for den unge, og hvor den unge bliver opmærksom på sin psykiske afhængighed og måske begynder at gøre noget ved den.

Barnets benægtelse af problemerne i misbrugsfamilien og fortrængningen af negative følelser og tanker er barnets beskyttelse. Disse er barnets måde at holde situationen ud på. Behandlere skal være særdeles varsomme med at udfordre barnets beskyttelse, når barnet er praktisk afhængig af en misbrugende person. Hvis dette gøres, er det afgørende, at barnet har nogen i sit netværk, som han eller hun har tillid til og kan tale om misbruget med. Hvis vi fratager eller modarbejder barnets beskyttelse og efterlader barnet alene uden nogen at tale med, så medvirker vi til, at barnet oplever øget angst og endnu et svigt.

Mange unge kommer i TUBA, fordi deres benægtelse af problemerne er ved at forsvinde. Deres tidligere måde at beskytte sig på (dvs. benægtelsen og fortrængningen) er krakeleret eller er ved det. Beskyttelsen er ikke længere funktionel, da de unge ikke længere er praktisk afhængige af deres misbrugende forældre, og den psykiske afhængighed er måske også ved at smuldre. De unge er ofte angste og skal til at finde en ny måde at klare livet på. Krigsflygtninge oplever noget tilsvarende. Når de er kommet væk fra krigen og begynder at opleve tryghed, så bliver de ofte overvældet af følelser, som de længe har kunnet holde på afstand. Unge fra familier med alkoholproblemer oplever ofte noget tilsvarende. Når ting er ved at bliver bedre, så kommer følelserne væltende. Dette er et tegn på, at de unge er på rette spor. De unge har her særlig brug for hjælp til at forstå, hvad der sker med dem. Mange unge, der henvender sig i TUBA, oplever dette og tolker de mange følelser som et tegn på, at noget er alvorligt galt med dem. Dette er forståeligt, da oplevelsen kan være meget voldsom for de unge. De unge har brug for støtte til at klare overgangen fra et liv i en misbrugsfamilie til et liv væk fra misbrugsfamilien. Denne hjælp kan være af kortere eller længere varighed afhængigt af den unges konkrete behov.

Når vi behandler børn, der er praktisk afhængige af deres misbrugende forælder, så skal vi tage hensyn til denne afhængighed. Når vi behandler unge voksne fra familier med alkoholproblemer, så skal vi gøre det med en viden om de udviklingsprocesser, disse unge typisk gennemgår. Det kræver, at behandleren har speciel viden.

### Hvad er tidlig indsats, når det gælder arbejde med pårørende?

Er tidlig indsats det at give familiebehandling til familier, hvor der misbruges? Eller er det at arbejde med unge fra familier med misbrugsproblemer, inden de selv får børn, og inden deres problemer vokser dem over hovedet, og så de selv undgår at udvikle et misbrug? Begge er vigtige former for forebyggelse.

### Hvad siger vores erfaring?

Behandling af pårørende handler om at støtte pårørende i at få et mere tilfredsstillende eget liv.

Behandling af pårørende handler ofte om, at de pårørende skal finde en tilfredsstillende måde at tilrettelægge og organisere deres relationer til sig selv og andre på.

Behandling af pårørende handler ofte om, at den pårørende skal tilrettelægge og organisere sit liv, sådan at den pårørendes egne interesser bliver varetaget. Behandling af pårørende handler ofte om at støtte pårørende i at skabe - og leve med udgangspunkt i - en anden kultur end en misbrugskultur.

Ofte handler behandling af pårørende om at finde en måde at leve med at have en misbrugskultur som nabo. Det vil sige at kunne håndtere at have familiemedlemmer, der stadig misbruger.

Det er vigtigt, at indsatsen for de pårørende organiseres på en sådan måde, at de pårørende får lyst til at henvende sig, og at de får gavn af tilbuddet. ■

Thomas Mackrill, Ph.D, er faglig konsulent, forsker og tidligere fuldtidsbehandler ved TUBA.
Artiklen er skrevet på baggrund af et oplæg til en national konference om pårørende til stofmisbrugere arrangeret af KABS VIDEN, Rusmiddelcenter Odense og Silkeborg Kommune i februar 2009.

## LITTERATUR

Asay, T. P. & Lambert, M. J.: The Empirical Case for the Common Factors on Therapy. I: Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (eds.): The Heart and Soul of Change. Washington DC. American Psychological Association. 1999.
Brown, S.: Treating Adult Children of Alcoholics. A Developmental Perspective. New York: John Wiley & Sons. 1988.
Christensen, H.B.: Børnefamilier med alkoholproblemer. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2000.
Hougaard , E.: Psykoterapi - teori og forskning. Dansk Psykologisk Forlag. 2004.
Hubble, M.A., Miller, S.D. & Duncan, B.L.: The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy. New York: APA. 1999.
Lambert. M.J. & Barley, D.E. : Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In Psychotherapy Relationships that Works (Norcross, J.C. ed.). Oxford University Press. 2002.
Lindgaard, H.: Familier med alkoholproblemer og deres børn - en sammenfatning. TUBA. 2008a. Downloades fra www.tuba.blaakors.dk/Default.aspx?ID=2091
Lindgaard, H.: Afhængighed og relationer – De pårørendes perspektiv. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2008b.
TUBA: Den faglige profil. Download: www.tuba.blaakors.dk/Default.aspx?ID=2090). TUBA. 2008.

# 'PASSIV DRIKNING' – en ny strategi i alkoholforebyggelsen

I Guldborgsund Kommune har man brugt begrebet 'passiv drikning' til at sætte fokus på hvordan den enkeltes alkoholadfærd har konsekvenser for andre.

**AF HELENE GOLDBERG**

-Til mit bryllup ankom min far beruset før alle de andre gæster. Han var så fuld, at han væltede borde og stole, fortæller en kvinde. En anden kvinde fortæller: -Engang da jeg var i byen, blev jeg skubbet af en beruset mand, jeg ikke kendte. Han tog også kvælertag på min kæreste. Vi måtte forlade stedet gennem bagdøren.

Disse udtalelser er eksempler på 'passiv drikning.' Passiv drikning omfatter situationer, hvor mennesker bliver generet, påvirket negativt eller skadet af andre menneskers alkoholadfærd. Det er et rummeligt begreb, der både kan inkludere mindre og større påvirkninger.

De indledende udtalelser kommer fra to tilfældige borgere i Guldborgsund Kommune, som blev stoppet på gågaden i Nykøbing Falster og spurgt, om de ville fortælle om eventuelle negative oplevelser med berusede personer. Anledningen var en pilotundersøgelse, som skulle give indblik i borgernes erfaringer med passiv drikning i Guldborgsund Kommune og vise, om det var muligt at motivere til samtale om borgernes erfaringer med alkohol i det offentlige rum.

Med afsæt i en redegørelse for pilotundersøgelsen vil jeg i denne artikel diskutere teoretiske perspektiver i forhold til at benytte 'passiv drikning'-vinklen i alkoholforebyggelsen.

**Konsekvenser for omgivelserne**

I alkoholforebyggelsen fokuseres der ofte på de sundhedsmæssige risici ved stort alkoholforbrug – heriblandt især potentielle helbredsskader - og befolkningen opfordres blandt andet til at overholde genstandsgrænserne. Mange års erfaringer med kampagner og oplysning har dog tilsyneladende ikke gjort det store indtryk, eftersom danskernes alkoholforbrug er steget.

Guldborgsund Kommune deltager i Sundhedsstyrelsens projekt 'Børn i familier med alkoholproblemer'. Projektet er en vigtig baggrund for, at der i kommunens nye sundhedspolitik er blevet sat øget fokus på konsekvenser for omgivelserne ved følgende formulering:

'Hvis alkoholforbrug kun ramte den drikkende selv, var brug af alkohol en privatsag, men de væsentligste konsekvenser ved alkoholforbrug er ikke kun de skader, alkoholforbrug påfører den enkelte,

men de skadevirkninger, alkoholforbrug har for andre. Menneskets ret til at vælge indbefatter ikke, at man må skade andre. Guldborgsund Kommunes sundhedspolitik adskiller sig derfor i sin sundhedsfremme- og forebyggelsesstrategi ved at skifte fokus fra den drikkende til i lige så høj grad at omhandle konsekvenserne for den drikkendes netværk = de 'passivt drikkende'.[1] Dette sundhedspolitiske fokus danner afsæt for pilotundersøgelsen om passiv drikning i Guldborgsund Kommune.

### Metode

Pilotundersøgelsen blev foretaget som led i en lokal kommunal kampagne om alkoholforebyggelse, der satte fokus på dansk alkoholkultur, heriblandt lokale tilbud og initiativer. Kampagnen 'Vi sætter spot på A'et i KRAM' [Kost, Rygning, Alkohol og Motion] blev lanceret som en lokal kampagne i fem uger i februar og marts 2009 samtidig med, at DR og Sundhedsstyrelsen kørte en national kampagne som led i projektet 'Børn i familier med alkoholproblemer.' Undersøgelsens deltagere blev kontaktet på gågaden i Nykøbing Falster i marts 2009 og præsenteret for en kort mundtlig introduktion til undersøgelsen.

Deltagerne fik oplyst, at de fleste danskere på et eller andet tidspunkt har oplevet at blive generet eller påvirket negativt af andres berusede adfærd – ligesom de fleste danskere har været udsat for andres rygning. Det blev forklaret, at gener og påvirkninger eksempelvis kan handle om at blive antastet af tilfældige personer på gaden og/eller omhandle en påvirkning fra eller bekymring for personer i ens nærmeste omgangskreds.

Den anvendte metode var strukturerede interviews med afsæt i en spørgeguide, der afdækkede deltagernes oplevelser af gener og påvirkninger. Spørgsmålene var lukkede ja/nej-spørgsmål samt supplerende spørgsmål, som gav mulighed for korte uddybende beskrivelser.

Spørgeguiden afdækkede spørgsmål som: 'Er du inden for det sidste år blevet generet eller påvirket af berusede personer?' I bekræftende fald blev personen bedt om at uddybe med underspørgsmål – som fx: 'Har du inden for det sidste år oplevet at blive skældt ud af berusede personer?' Andre spørgsmål gik på, om personen tidligere var blevet generet eller påvirket af berusede personer. I bekræftende fald blev personen spurgt: 'Er der en episode, du særligt kan huske, du har lyst til at fortælle om?' Atter andre spørgsmål handlede om, hvorvidt der i den nærmeste omgangskreds var personer, hvis fuldskab påvirkede eller bekymrede svarpersonen. Afslutningsvis blev der spurgt: 'Er der noget, du gerne vil uddybe i forhold til, hvordan du er blevet påvirket eller generet af andres fuldskab?'

Borgerne fik til sidst udleveret en præsentation af Guldborgsund Kommunes tilbud på alkoholområdet.

### Metodiske erfaringer

Med den beskrevne metodiske tilgang var ønsket at bryde det tabu, som kan eksistere i forhold til alkohol, og undersøge, om det ville være muligt at drøfte erfaringer med alkohol på samme måde som erfaringer med motion, kost eller rygning. Ved at stille generelle ja/nej-spørgsmål var ønsket at gøre det nemmere for de deltagende borgere at forholde sig til emnet. Endvidere tog undersøgelsen udgangspunkt i et ønske om at afprøve en ny metode med henblik på at styrke 'legitimeringen' af snak om alkohol i det offentlige rum.

Borgerne var generelt interesserede i undersøgelsen og villige til at deltage. Nogle borgere ønskede kun at svare på de generelle ja/nej-spørgsmål, men mange kom med korte uddybende beskrivelser. Enkelte borgere fortalte desuden om mange øvrige oplevelser og holdninger til alkohol - både inden det formelle interview begyndte, og efter at det var gennemført.

Begrundelsen for at give plads til de korte uddybende beskrivelser var et ønske om at få flere perspektiver på passiv drikning, end det ellers ville være muligt ved en kvantitativ analyse baseret på ja/nej-spørgsmål, idet passiv drikning i sagens natur omhandler varierede og subjektive oplevelser.

I pilotundersøgelsen blev der ikke spurgt til, hvor meget svarpersonerne selv drak. Andre studier har dog vist, at jo mere personer selv drikker og bliver berusede, desto højere er risikoen for, at de også selv udsættes for gener fra andre berusede personer.[2]

### Resultater

52 adspurgte borgere i alderen fra 15 år og op accepterede at medvirke i pilotundersøgelsen, mens kun 8 afslog. Resultaterne fra pilotundersøgelsen viser blandt andet, at inden for det sidste år var 37% af de deltagende borgere blevet udsat for passiv drikning i form af *gener eller påvirkninger* fra berusede personer. I de tilfælde, hvor borgerne svarede ja til at være blevet generet/påvirket inden for det sidste år, blev de, som tidligere nævnt, bedt om at uddybe påvirkningens karakter ud fra forskellige svarmuligheder (se grafen). Desuden var 60% - eller tre ud af fem - af de deltagende borgere blevet udsat for passiv drikning i form af at være *påvirket af eller bekymret for alkoholadfærden hos personer i den nærmeste omgangskreds*. De deltagende borgeres korte beskrivelser viste til gengæld et stort spænd i deres individuelle oplevelser af passiv drikning:

En kvinde fortalte eksempelvis om en episode, hun særligt kunne huske, hvor hun ventede på toget og blev antastet af nogle berusede personer. 'De var flinke nok i starten, men så blev de mere og mere ubehagelige og pågående.'

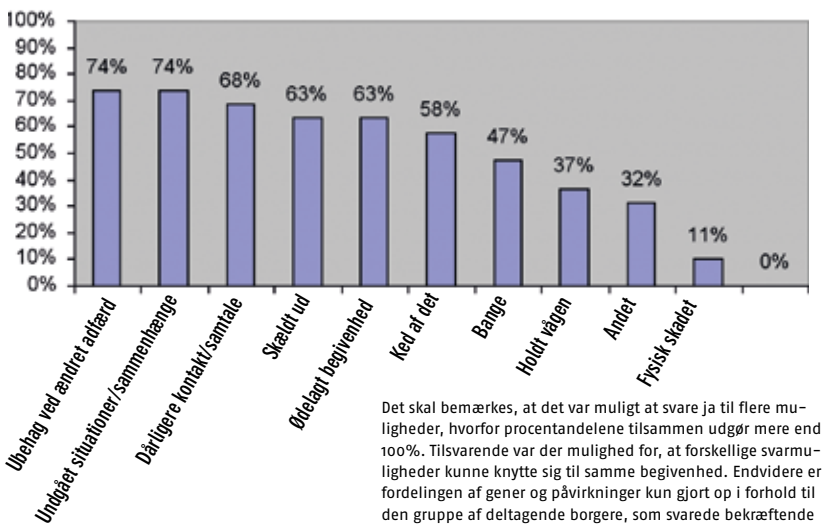
I forbindelse med de øvrige uddybende beskrivelser, fortalte en ung mand: 'Jeg voksede op med en mor, der drak. Det har påvirket mig meget'. Sådanne personlige historier gav øget indblik i, hvilke ople-

velser der kan ligge bag borgernes bekræftende svar på at have været udsat for passiv drikning. De korte beskrivelser viser, at passiv drikning både forekommer som tilfældige oplevelser i det offentlige rum og som gentagne oplevelser og påvirkninger fra personer i nærmeste omgangskreds, der 'drikker for meget'.

De korte beskrivelser gav yderligere indblik i de deltagende borgeres mangeartede erfaringer med passiv drikning. De fleste uddybende beskrivelser omhandlede personer i den nærmeste familie, der 'drak for meget', og disse oplevelser trådte også frem som oplevelser, der i høj grad havde påvirket de deltagende borgere og medført forskellige konsekvenser for deres liv.

Det skal afsluttende bemærkes, at undersøgelsen var en pilotundersøgelse med en forholdsvis lille svarpopulation. Analysen er derfor baseret på de reelle, indhentede tal og uddybende beskrivelser, mens alders- og kønsperspektiver ikke er blevet analyseret.

**FORMER FOR GENER OG PÅVIRKNINGER INDEN FOR DET SIDSTE ÅR**




Det skal bemærkes, at det var muligt at svare ja til flere muligheder, hvorfor procentandelene tilsammen udgør mere end 100%. Tilsvarende var der mulighed for, at forskellige svarmuligheder kunne knytte sig til samme begivenhed. Endvidere er fordelingen af gener og påvirkninger kun gjort op i forhold til den gruppe af deltagende borgere, som svarede bekræftende på, at de var blevet generet inden for det sidste år.

## Perspektivering

Tidligere undersøgelser af alkoholadfærd i Guldborgsund Kommune har primært søgt at belyse overskridelser af Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.[3] Guldborgsund Kommune deltog senest i den landsdækkende såkaldte KRAM-undersøgelse i foråret 2008, hvis resultater blandt andet viser, at 9,6% af kommunens borgere overskrider genstandsgrænserne på en uge.[4]

Pilotundersøgelsen om passiv drikning i Guldborgsund Kommune tyder dog på, at alkoholadfærden er et større problemområde end belyst i undersøgelser, der primært fokuserer på overskridelse af genstandsgrænser. Netop derfor er det interessant – og ikke mindst relevant - at belyse alkoholadfærd fra en anden vinkel.

Undersøgelser med fokus på genstandsgrænser tager endvidere udgangspunkt i et individuelt helbredsperspektiv i forhold til alkoholproblematikken. Ifølge den norske psykiater og debattør inden for alkoholområdet, Hans Olav Fekjær, er det problematisk at lægge det primære fokus på de individuelle personers helbred samt den risiko, som den enkelte udsætter sig selv for. Dette skyldes, at det ofte fører til modstand mod reguleringer og ydre tiltag – også kaldet 'strukturel forebyggelse'.[5] Så længe problemer og skader opgøres i forhold til den enkelte, vil alkoholadfærd blive set som en privatsag, som andre ikke skal blande sig i, mener Fekjær.

Fekjær nævner endvidere, at hvorvidt en specifik aktivitet opfattes som skadelig for den enkelte eller for andre påvirker, hvordan samfundet opfatter og regulerer aktiviteten. Derfor opfattes aktiviteter som bjergbestigning, elastikspring osv. som en fare, den enkelte har ret til at udsætte sig for. I modsætning hertil er aktiviteter, hvor andre udsættes for fare, strengt reguleret - fx brug af våben og kørsel med bil.[6]

Så i forlængelse af Fekjærs ræ-

**HELENE GOLDBERG**
ANTROPOLOG
ANSAT I AFD. FOR FOLKESUNDHED
I GULDBORGSUND KOMMUNE

sonnement kan det indtil videre konkluderes, at så længe alkoholforbrug primært bliver opfattet og formidlet som en helbredsrisiko, den enkelte udsætter sig for, så længe vil det være svært for samfundet at sætte ind med strukturel forebyggelse. Men 'hvis det mest fremtrædende problem ved forbruget af alkohol [derimod] opleves som hensynsløs og grov adfærd over for andre, så vil det være en naturlig opgave for samfundet at regulere det,' udtaler Fekjær i et interview. [7]

Pilotundersøgelsen om passiv drikning i Guldborgsund Kommune peger som ovenfor nævnt tilsvarende på, at hensynsløs alkoholadfærd og passiv drikning udgør et langt større problem end den enkeltes overskridelse af genstandsgrænser. Et ændret fokus fra 'hensynet til individet' til 'hensynet til andre' kan derfor måske føre til en helt ny holdning i befolkningen og dermed til en mere opmærksom og hensynsfuld alkoholadfærd - samt føre til en større tilslutning til såkaldt strukturel forebyggelse. På rygeområdet har et ændret fokus fra 'hvordan rygeren skadede sit eget helbred' til 'hvordan rygeren påvirkede og skadede andre' muliggjort en ny lovgivning samt en helt ny, hensynsfuld adfærd og holdning i befolkningen. Det anses således ikke længere for rimeligt at udsætte andre for rygningens skadevirkninger.

Man må forvente, at der i et samfund som det danske - hvor der drikkes 'tæt og tit' - er stor mulighed for at blive udsat for passiv drikning – i forskellig grad. Dette dokumenteres også i en ny repræsentativ undersøgelse, hvor kun 7% af danskerne aldrig har oplevet nogle af de sociale skadevirkninger, som der spørges til i undersøgelsen.[8] Samme undersøgelse viser, at danskerne i højere grad opfatter alkohol som et socialt problem end et sundhedsmæssigt problem, trods de mangeårige oplysninger om alkohols sundhedsmæssige skadevirkninger. Men spørgsmålet er, om øget fokus på de forskellige helbredsmæssige skader kan legitimere en strukturel forebyggelse og motivere en ændret adfærd blandt danskerne jf. Fekjærs føromtalte pointer?

Med udgangspunkt i en antropologisk vinkel på forebyggelse giver det mening at møde mennesker, der hvor de er. Hvis danskerne overvejende opfatter skyggesiden af alkohol som et socialt problem frem for et sundhedsmæssigt problem, hvorfor så ikke gå den vej i forebyggelsen, idet det formentligt netop er her, man kan motivere befolkningen til forandring? Øget fokus på 'passiv drikning' italesætter netop, at den enkeltes alkoholadfærd kan påvirke og skade andre end den, der drikker: En sådan italesættelse kan give den, der drikker, en ny opmærksomhed på, at personens alkoholadfærd rent faktisk kan have negative konsekvenser for andre – hvilket personen måske ikke er blevet gjort opmærksom på før. Samtidig giver tilgangen omgivelserne mulighed for at sige fra - hvilket er en mulighed, man ikke har, hvis det kun er den enkelte persons helbred, der er på spil. En italesættelse af passiv drikning i alkoholforebyggelsen kan muligvis med tiden legitimere og motivere til strukturel forebyggelse på alkoholområdet og ikke mindst til mere sunde og hensynsfulde alkoholvaner. ■

*Artiklen bygger på pilotundersøgelsen: Passiv Drikning i Guldborgsund Kommune. Læs hele rapporten på www.guldborgSUNDHED.dk*
*Denne artikel har sat fokus på pilotundersøgelsen om passiv drikning – og teoretiske perspektiver og potentialer ved at benytte denne tilgang i forebyggelsen. I næste nummer af STOF bringes en praksisorienteret artikel om reaktioner på tilgangen samt overvejelser i forhold til, hvordan pilotundersøgelsen i fremtiden kan benyttes i alkoholforebyggelsen i Guldborgsund Kommune.*

## LITTERATUR

1. Sundhedspolitik. Guldborgsund Kommune. 2009.
2. Rossow, I. & Hauge, R.: Who Pays for the Drinking? Characteristics of the Extent and Distribution of Harms from Other's Drinking. Addiction 2004, 99: 1094-1102.
3. Se bl.a. Sundhedsprofil 2006. GuldborgSund Kommune.
4. KRAM-profil, Guldborgsund Kommune. Statens Institut for Folkesundhed. 2008.
5. Fekjær, H. O.: Rus. Bruk, Motiver, Skader, Behandling, Forebygging, Historikk. Gyldendal Akademisk, Norge. 2009. [3. udgave].
6. Fekjær, H. O.: Alcohol and Harm to Others. Is the Main Alcohol Problem Drunkenness or Alcoholism? Paper præsenteret ved konference i Tallinn, den 10.-12. oktober 2008.
7. Kargaard, M.: Passiv druk. Misbrugspolitisk Magasin. 2009-01.
8. Fremtidens alkoholpolitik– ifølge danskerne. Mandag Morgen & Tryg Fonden. 2009.
9. Tak til psykolog og projektleder Lena B. Bach for at pointere problemstillinger ved at benytte 'passiv druk' og for at foreslå 'passiv drikning' som et alternativ.

# HVORFOR IKKE PASSIV DRUK?

**BEGREBET 'PASSIV DRIKNING'** er inspireret af begrebet 'passiv rygning' og den udvikling, der har været på rygeområdet – fra at være den enkeltes sag til at være en samfundssag. Begrebet benyttes for at italesætte og skabe debat om oplevelser, som ofte bliver forbigået i stilhed, selv om de forekommer i vid udstrækning. I planlægningsfasen blev pilotundersøgelsen beskrevet som én, der ville afdække 'konsekvenser for andre ved den enkeltes alkoholadfærd'. I analysen af resultaterne blev det mere populære 'passiv druk' først benyttet og anvendt som et overordnet analytisk begreb, der kan rumme borgernes mangeartede oplevelser med hensynsløs alkoholadfærd i Guldborgsund Kommune – med den person, der udsættes, som førsteperson. Men med afsæt i debat og sparring med aktører på alkoholområdet blev begrebet 'passiv drikning' introduceret og valgt i stedet. Begrebet 'passiv drikning' benyttes frem for 'passiv druk', idet 'drikning' er mere neutralt og observerende, mens 'druk' kan forekomme fordømmende og stigmatiserende og derfor føre til modstand frem for dialog og debat.[9]

# Efteruddannelse af sagsbehandlere på stofmisbrugsområdet

300 kursuspladser var ikke nok til at dække behovet for efteruddannelse. I efteråret 2009 oprettes der derfor to nye kurser.

METTE LYKKE LAURIDSEN
& METTE KRONBÆK

I efteråret 2008 deltog 300 medarbejdere i et efteruddannelsesforløb på stofmisbrugsområdet. Efteruddannelsen er et af en række initiativer til et samlet kvalitetsløft på stofmisbrugsområdet, som Socialministeriet (nu Indenrigs- og Socialministeriet) tog initiativ til i 2007. Uddannelsen er blevet udbudt i et samarbejde mellem Servicestyrelsen og Professionshøjskolen Metropol, University College Syd, Professionshøjskolen Vest, Professionshøjskolen VIA University College, University College Lillebælt, Forsorgshjemmet Østervang, KABS og Center for Rusmiddelforskning.

Initiativet udsprang af Center for Rusmiddelforsknings rapport om overholdelse af behandlingsgarantien, som påpegede, at der var store problemer i amterne i forhold til at tolke - og dermed også overholde - behandlingsgarantien. Da der blev åbnet op for tilmelding til kurserne, var der fra starten stor søgning, ikke alene blandt sagsbehandlere, men også blandt misbrugsbehandlere. Dette tyder på, at der også er en interesse for området og de juridiske problemstillinger blandt deltagerne i denne målgruppe, som i mange tilfælde ikke har en socialrådgiverbaggrund.

Der blev i alt udbudt 12 hold geografisk spredt med et antal hold i hver region, og hver deltager modtog 6 kursusdage fordelt over 6 uger.

Uddannelsesforløbet var bygget op omkring målsætningen om, at efteruddannelsen skal bidrage til, at kursisterne efter endt uddannelse skal have styrket deres forudsætninger for at kunne:

- anvende den relevante, gældende lovgivning
- identificere problemstillinger og behov hos målgruppen og arbejde målrettet og realistisk med misbrugerens problematikker og behov
- matche misbrugerens behov med forskellige behandlingsmetoder og -redskaber
- tilrettelægge arbejdet med misbrugerne og anvende de lokale muligheder

### Målgruppen for uddannelsen

Uddannelsen blev rettet mod sagsbehandlere, der har myndighed i forhold til behandlingssøgende stofmisbrugere. Målgruppen var de professionelle, der arbejder med visitation og sociale handleplaner og dermed sagsbehandlere, der forestår sagsbehandlingen vedrørende brugere, der søger kommunen om stofmisbrugsbehandling. Vi antog, at der i forbindelse med strukturreformen var kommet mange nye visitatorer og sagsbehandlere på misbrugsområdet, og at disse ikke besad et stort kendskab til denne målgruppe. Disse nye medarbejdere på misbrugsområdet ønskede vi at komme i kontakt med og opruste dem fagligt til arbejdet med stofmisbrugere.

Allerede ved planlægningen af kursusforløbet var vi bevidste om, at den gruppe, der ville søge efteruddannelse, ville have vidt forskellige grunduddannelser og erfaringer fra arbejdet med stofmisbrugere. Derfor var det en stor udfordring at indtænke både den viden, som en erfaren sagsbehandler eller pædagog på stofmisbrugsområdet har, og den viden, en der er relativ ny på området har, samt at kunne tilgodese begges behov gennem undervisningen. Tanken var, at de mere erfarne kunne bidrage med deres erfaringer inden for de områder, de var vel inde i. Dette blev dog ikke af kursusdeltagerne set som en givende mulighed.

En gennemgående underviser på kurset, Haitham Jasem, fortæller: *'Deres oplevelse af selve indholdet af kurset er meget afhængig af, hvor de arbejder, og hvilken uddannelsesmæssig baggrund de har, eksempelvis om de er socialrådgivere. For eksempel i undervisningen den første dag, som omhandlede jura, oplevede de kursister, som ikke havde en socialrådgiverbaggrund, at det var en gave at få viden om jura præsenteret på denne måde. De, som havde en socialrådgiverbaggrund, oplevede det ikke som relevant*

*og efterlyste en mere caseorienteret undervisning. De ville høre noget om, hvordan jura omsættes i praksis, og hvordan jura og metoder i socialt arbejde kan kombineres.'*

Juraundervisning var en central del af efteruddannelsen, og dette oplevede nogle af kursusdeltagerne som meget brugbart. Pædagog og kursusdeltager Nina Diedrichsen fortæller i et interview: '*Undervisserne på juradelen var fantastiske til at fremlægge det. Jeg oplevede det relevant med sådan en gennemgang. Vi ved det jo godt, men det var rigtigt rart at have den der, nå okay, det er jo sådan.*' Socialrådgiver Haval Salim oplevede, at gennemgangen af juradelen ikke var så relevant for ham, da han har en socialrådgiverbaggrund. Han ville gerne have haft mere tid til fordybelse i juridiske problemstillinger i forhold til praksis. Han mente, at forløbene skulle have været delt op i to hold – et for pædagoger og et for socialrådgivere: '*Alle var enige om, at det var godt at have delt holdet i to. Jeg synes som rådgiver, at det var kedeligt i forhold til jura, og pædagogerne synes, det var meget interessant.*' En generel tilbagemelding på kurserne er dog, at netop sammenblandingen af forskellige faggrupper gav en mulighed for at få indsigt i hinandens arbejdsmetoder og arbejdsgange og for at få dannet et lokalt netværk inden for misbrugsbehandlingsområdet.

### Diskussioner og netværk på tværs af faggrupper

De fleste kursusdeltagere havde stor erfaring fra stofmisbrugsbehandling og var engagerede og identificerede sig med deres arbejde på stofmisbrugsområdet. De gennemgående undervisere beskriver, hvorledes der har været livlig debat på holdene, og at det har været af stor betydning for kursusdeltagerne, at de har mødt fagfæller, som de har kunnet udveksle erfaringer med, debattere metoder og løsningsmuligheder og ikke mindst skabe netværk med. Underviser Haitham Jasem fortæller, at diskussionerne netop har været det springende punkt for kursisterne: '*De var meget begejstrede for, at de kunne få mulighed for at diskutere nogle dilemmaer, de står med i deres arbejde. De bidrog med mange observationer fra deres egen arbejdssituation.*'

Dette understøttes af kursusdeltager Nina Diedrichsen: '*Vi havde en dag, hvor der var meget fokus på dialog med hinanden. Og det var rimelig givtigt i forhold til, at vi fik snakket med de andre deltagere. Jamen, hvad gør I? I forhold til håndtering, tolkning af tingene, hvordan man generelt udfører sit arbejde. Man har jo en ramme, og den er lovbestemt, men inden for den her ramme kan man jo skrue tingene sammen på mange måder. Hvem visiterer, hvorfor visiterer de, og hvorfor visiterer de andre ikke? Hvordan er kommunen sat sammen i forhold til, hvis man er under 18 år? Der er mange forskellige måder at få tingene sat sammen på. Og der var det interessant at få snakket med nogle af de andre om, hvordan fungerer det så hos jer?*'

Haval Salim beskriver ligeledes, at det, han oplevede som det mest givende på kurset, var, at de gennem dialog fik indblik i, hvordan de andre kommuner arbejder med de behandlingssøgende stofmisbrugere, og hvordan de har organiseret sig.

Underviser Haitham Jasem mener, at interessen for det tværgående og tværfaglige samarbejde ikke alene kan ses som udtryk for, at det altid er dejligt at benytte sådanne lejligheder til diskussioner, vidensdeling og netværk på tværs, men også som udtryk for, at der nu er kommet lovgivningsmæssigt fokus på at arbejde tværgående. Som følge heraf oplever han, at der er mere fokus på dette, end der tidligere har været.

### Hvordan anvendes den relevante, gældende lovgivning?

Et af målene med uddannelsen var at opkvalificere sagsbehandlere på området, således at de i arbejdet med de behandlingssøgende stofmisbrugere blev klædt på til at yde en fagligt velfunderet, sammenhængende og juridisk korrekt sagsbehandling. Dette skulle medføre, at behandlingsgarantien vil blive overholdt, at

For mere information om de hold der udbydes i efteråret, se: www.misbrugssagsbehandler.dk
Hvis der er spørgsmål omkring de øvrige kvalitetsløftsprojekter, kan man skrive til: mll@servicestyrelsen.dk

**METTE LYKKE LAURIDSEN**
**METTE KRONBÆK**
KONSULENTER I SERVICESTYRELSEN

brugerne får udarbejdet deres handleplaner, og at brugerne bliver inddraget løbende i deres sager.

På mange misbrugsbehandlingssteder er praksis, at behandlerne i mødet med borgerne skal balancere mellem behandlingsrelation til borgeren og samtidig faktisk også egentlig sagsbehandling for denne. Det er ofte misbrugsbehandleren, som er udførende fagperson i forhold til journalskrivning, udarbejdelse af handleplaner og indstillinger til visitation. Så selvom misbrugsbehandlerne ikke har direkte myndighedsansvar, er det afgørende, at de kender til sagsbehandlingsreglerne og kan agere i forhold til disse, så borgernes processuelle retssikkerhed sikres.

Når man arbejder med en gruppe borgere, som ofte er kendetegnet ved at have komplekse sociale problemstillinger, er det vigtigt, at sagsbehandlerne kan navigere i grænsefladeproblematikker i lovgivningen. Det er nødvendigt for at kunne hjælpe borgerne rundt i kommunens tilbud, som kan være organiseret i flere forskellige forvaltninger. Derfor vurderede vi, at det ikke var nok udelukkende at fokusere på lovgivningen specifikt på stofmisbrugsområdet, men at også dele af forvaltningsloven skulle i spil:

Nina Diedrichsen beskriver sin oplevelse af kurset således: '*Det var godt med fokus på juradelen, det var rart at få det fremlagt. Vi talte lidt omkring tavshedspligt, og hvornår det er, at man kan ophæve sin tavshedspligt, hvilke forhold det er, man kan gøre det under. Vi kender jo alle sammen loven om tavshedspligt. Men det var godt at få nogle eksempler på den her lovgivning og også på andre områder. Hvad hvis jeg sidder med sådan en sag her? At få prøvet det af med en jurist. Det synes jeg giver noget. Én ting er, at man kender loven. Noget andet er, hvordan loven så rent faktisk virker i praksis.*' Kursister med socialrådgiverbaggrund er dog noget mere forbeholdne over for denne del af kurset.

Ud over den juridiske del var et andet mål, at de myndighedshavende sagsbehandlere fik øget deres specifikke viden om stofmisbrugernes særlige problemstillinger. Kursisterne skulle gennem dialog og undervisning blive fagligt klædt på til at kunne identificere problemstillinger og behov hos stofmisbrugerne for at kunne arbejde målrettet og realistisk med misbrugerens problematikker og behov. Kursisterne blev introduceret til forskellige matchingsværktøjer som eksempelvis brugen af ASI så de kan anvende dette værktøj til at matche misbrugerens behov med forskellige behandlingsmetoder og -redskaber. Samtidig var der fokus på metoder, og hvordan man kan tilrettelægge arbejdet med misbrugerne og anvende de lokale muligheder.

Underviser Haitham Jasem fortæller, at der var stor interesse for undervisning i metoder. Hver gang metodebegrebet blev nævnt, ville kursisterne have mere information. Han vurderer, at metoder er noget, der er meget efterspørgsel efter i praksis. Han ser udgangspunktet for dialogen i undervisningen som den praktiske virkelighed. Kursusdeltagerne kommer på kurset med en praksislogik og vil helt konkret vide, hvordan man omsætter sin viden i den praktiske hverdag. Eksempelvis hvordan kan man løse specifikke problemstillinger.

### Stor søgning til uddannelse på stofmisbrugsområdet

Der var stor søgning til uddannelsen, hvilket viser, at der generelt er et stort behov og ønske om konkret uddannelse på stofmisbrugsområdet. Samtidig viser det, at der findes masser af medarbejdere, hvis faglige identitet er tæt knyttet til det at arbejde med stofmisbrugere. Det udbudte uddannelsesforløb var målrettet til sagsbehandlere med myndighedsansvar. Der var imidlertid også meget stor søgning til uddannelsen fra misbrugsbehandlere uden myndighedsansvar, som ikke var målgruppen for efteruddannelsen og derfor blev afvist.

Særligt i hovedstadsområdet var der stor søgning til kurserne, og der var nogle, der blev afvist, da holdene var fyldt op. I efteråret 2009 vil der derfor blive udbudt yderligere to hold med plads til i alt 50 deltagere.

### Andre initiativer

Ud over de beskrevne uddannelsesforløb er der en række andre projekter i gang under indsatsen 'Kvalitetsløft i stofmisbrugsbehandlingen', herunder bl.a.:

- I august 2009 udkommer en rapport fra Socialforskningsinstituttet, SFI, som beskriver stofmisbrugsbehandlingen i Danmark. Rapporten er udarbejdet på baggrund af en større kvalitativ undersøgelse på stofmisbrugsområdet, som især sætter fokus på bl.a.: frivillige organisationer, pårørende, sagsbehandling og kvalitet i den sociale behandling.
- I efteråret 2009 udkommer en bog med titlen 'Stofmisbrug i Danmark – en håndbog til fagfolk.' Bogen henvender sig til alle, der arbejder på stofmisbrugsområdet, og giver en relativ bred indføring i en række emner på området.
- 'Projekt god sagsbehandling' er et projekt, der har til formål at være med til at sikre, at borgere med stofmisbrug inddrages i behandlingen af deres egen sag og desuden får dels en fagligt velfunderet afgørelse og dels en juridisk korrekt sagsbehandling. I forbindelse med projektet udkommer i april 2010 hæftet 'God sagsbehandling'.
- Sammenlægning af databaser på stofmisbrugsområdet.
- I slutningen af 2009 afholdes en stor konference, hvor projekterne fra kvalitetsløftsindsatsen sættes på dagsordenen. ■

# EMNAI: Europæisk Master i Narkotika og Alkohol i Danmark

Ny international uddannelse på misbrugsområdet, der bygger på den nyeste europæiske forskning.

**AF TORSTEN KOLIND**

Fra efteråret 2010 bliver det nu for første gang muligt at tage en europæisk masteruddannelse på narkotika- og alkoholområdet – i Danmark (og alle eksamensopgaver kan afleveres på dansk). Europæisk Master i Narkotika og Alkohol Indsatser (EMNAI) vil tilbyde højt kvalificeret undervisning inden for grundlæggende felter på narkotika- og alkoholområdet, samtidig med at uddannelsen gør det muligt, at den studerende udvikler et europæisk perspektiv. Det europæiske perspektiv er vigtigt, eftersom et stigende antal nationale beslutninger på narkotika- og alkoholområdet afhænger af handleplaner og indsatser besluttet i europæisk regi.

EMNAI er rettet mod personer, der allerede arbejder, eller planlægger at ville arbejde, inden for narkotika- og alkoholområdet. Organiseringen af området i Danmark er kompleks, og indbefatter en række forskellige institutioner med en række forskellige opgaver. Der er endvidere tale om et felt, der mere er kendetegnet ved arbejdsopgavernes karakter end en bestemt uddannelsesfaglighed.

Uddannelsens målgruppe inkluderer derfor ansatte på en række områder:

- Det sociale område – personer med ansvar for indsatser på området[1] på kommunalt og på nationalt plan, socialarbejdere, personer i undervisningsstillinger.
- Sundhedsområdet – personer med ansvar for indsatser på området[2] på kommunalt og på nationalt plan, sygeplejersker/gadesygeplejersker, offentligt sundhedspersonale, personer i undervisningsstillinger.
- Behandlingsområdet – ledere og misbrugsbehandlere i både ambulant- og døgnbehandling.
- Retshåndhævelsesområdet – socialrådgivere, funktionærer i kriminalforsorgen, politi.
- Det frivillige område – chefer og souschefer på værestеder, gadeplansprojekter, herberger.

EMNAI retter sig mod personer, der ønsker at få, eller allerede har, et vist ansvar i forhold til bl.a. at implementere, udvikle og lede indsatser på narkotika- og alkoholområdet. Der vil være tale om ledere og mellemledere, projektledere og personer med særligt ansvar på rusmiddelområdet. EMNAI vil videre rette sig mod ansatte med ansvar for at evaluere, monitorere og vidensudvikle (forske) på rusmiddelområdet, og herudover fastansatte eller tilknyttede vidensmedarbejdere, misbrugskonsulenter, evaluatorer samt ansatte med ansvar for at søge penge til indsatser og evalueringer via fonde og puljemidler. Sekundært vil uddannelsen rette sig mod folk med direkte behandlings- eller sagsbehandlingskontakt til udsatte grupper, fx socialrådgivere, behandlere, ansatte og frivillige i frivillige institutioner.

EMNAI består af 7 moduler. Heraf er 5 obligatoriske (der vælges dog mellem Evidensbaseret praksis eller EU-politik), og 2 er valgfag, hvor der vælges mellem 4 forskellige moduler. Masteren tages på deltid over 2 år og tæller 60 ECTS point.

EMNAI er en unik uddannelse udviklet over 3 år under Erasmus Mundus' *Lifelong Learning Programme* i et intenst samarbejde mellem Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet, Middlesex Universitet (England), Ljubljana Universitet (Slovenien) og Universitetet *del Piemonte Orientale 'A Avogardo'* (Italien).

Danske studerende vil blive indskrevet på Aarhus Universitet, hvor uddannelsens udbud af e-læring (fjernundervisning) betyder, at man på én og samme tid vil modtage undervisning (på engelsk) af erfarne fagfolk fra forskellige udenlandske universiteter, indgå i kritiske dis-

**TORSTEN KOLIND**
CAND.PHIL.,PH.D.
LEKTOR PÅ CRF

kussioner med studerende fra andre europæiske lande og forblive i Danmark. Herudover tilbydes gruppeundervisning på Aarhus Universitet ca. én gang om måneden, hvor alle danske studerende vil samles med en underviser. Endvidere tilknyttes den studerende en personlig vejleder ansat ved Center for Rusmiddelforskning.

Uddannelsen starter med en uges introduktionsophold på Middlesex Universitet i London sammen med studerende indskrevet på den tilsvarende uddannelse rundt om i Europa og alle tilknyttede undervisere fra de forskellige samarbejdsuniversiteter.

EMNAI har et solidt tværvidenskabeligt udgangspunkt. Uddannelsen er udarbejdet af sociologer, psykologer, antropologer, kriminologer og medicinere. Masteren bygger på den nyeste europæiske forskning på området og udgør hermed et vigtigt alternativ til den amerikanske forskning, der ellers ofte sætter dagsordenen – også i Danmark.

Uddannelsen kræver, at man kan læse tekster på engelsk samt kommunikere skriftligt på engelsk med andre europæiske studerende og undervisere på dertil indrettede elektroniske opslagstavler. **Men *alle* eksamensopgaver kan afleveres på dansk.**

Den studerendes egenbetaling vil beløbe sig til ca. 60.000 kr. -Vær opmærksom på, at man kan søge fonde eller arbejdsplads om tilskud, herunder frikøb.

## NOTER

1 Fx ledere eller ansvarlige for kommunernes stof- og alkoholbehandling, ansvarlige for efteruddannelse i stat og kommune på området, ansatte med ansvar for at koordinere indsatser på det sociale område i kommunerne og i statsforvaltningen.

2 Fx ledere eller ansvarlige for sundhedsindsatser for udsatte grupper både i stat og kommunerne, og sociallæger.

Education and Culture DG
Lifelong Learning Programme

CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING
DET SAMFUNDSVIDENSKABELIGE FAKULTET
AARHUS UNIVERSITET

# UDDANNELSENS OPBYGNING

| Rangering | Modul | ECTS | Sem. |
|---|---|---|---|
| **Obligatorisk** | Introduktionsforløb (i London) | 4 | 1. sem |
| - | Teori om rusmiddelbrug og afhængighed | 8 | 1. sem |
| - | Videnskabelig forskningsmetode: kvantitative og kvalitative metoder | 8 | 2. sem |
| - | Evidensbaseret praksis – et øvelsesforløb *eller* EU-politik | 8 | 2. sem |
| - | Masterprojekt | 16 | 4. sem |
| **Valgfag** | a) Narkotika og kriminalitet | 8 | 3. sem |
| - | b) Brugerperspektiver | 8 | 3. sem |
| - | c) Kulturelle perspektiver på stofbrug | 8 | 3. sem |
| - | d) Skadesreduktion | 8 | 3. sem |

**Ud over den faglige læring vil EMNAI give den studerende muligheden for at tilegne sig en række vigtige kompetencer og færdigheder på narkotika - og alkoholområdet:**

**Kompetencer**

- Kvalificere til at varetage projektlederstillinger på narkotika- og alkoholområdet.
- Øge evnen til at udarbejde relevante ansøgninger i forhold til fonde og udbudsmateriale inden for området.
- Opkvalificere til gavn for arbejdsplads og egen karriere.

**Færdigheder**

- Udvikle evner til kritisk at forholde sig til forskning, politiske beslutninger og praksis på såvel europæisk som nationalt plan.
- Formidle ideer i en række forskellige sammenhænge og til forskellige målgrupper (fagfæller som lægfolk).
- Erhverve de nødvendige videnskabelige færdigheder til at designe og udføre visse typer af forskning.

EMNAI er i den sidste planlægningsfase. Enkelte ændringer kan derfor stadig forekomme, ligesom der stadig er få uafklarede punkter. Hvis du er interesseret, kan du besøge uddannelsens hjemmeside: **www.emdas.eu** , eller du kan kontakte Torsten Kolind, Center for Rusmiddelforskning på tlf. 8942 6936 eller e-mail **tk@crf.au.dk .**

# Premieredag for Ungebehandlernetværket

*Mere end 100 mennesker var d. 27. maj 2009 samlet i Århus på Center for Rusmiddelforskning til det første møde i det nye Ungebehandlernetværk: 25 kommuner, 3 regioner, 2 døgninstitutioner for unge, Indenrigs- og Socialministeriet, Servicestyrelsen og CRF var repræsenteret med behandlere, ledere og embedsmænd.*

**AF MARIANNE BÆKBØL**

Netværket udspringer af det Ungeforskningsprojekt, som blev omtalt i STOF nr. 12: En undersøgelse, der blandt andet indeholder en del, hvor Center for Rusmiddelforskning over en årrække vil følge 400-500 unge, der alle har været i behandling for et problematisk rusmiddelbrug. Inden for rammerne af forskningsprojektet har Center for Rusmiddelforskning påtaget sig løbende at formidle refleksioner og resultater af de indsamlede data. For at styrke etableringen af et reelt behandlernetværk har Center for Rusmiddelforskning samarbejdet med Århus Ungdomscenter, Ålborg Ungdomscenter og Centerlederforeningen om netværkets aktiviteter og opstart. Netværket er ikke forankret i Center for Rusmiddelforskning, da denne opgave ikke ligger inden for centrets virkeområde, men centret havde påtaget sig at være vært for den første netværkssamling for at bidrage til dets etablering.

### Den lovgivningsmæssige ramme for ungebehandling

Kontorchef Peter Juul fra Indenrigs- og Socialministeriet var indledende oplægsholder og redegjorde for baggrunden for indførelsen af behandlingsgarantien for unge under 18 år i 2005 samt intentionerne med den. Det var et oplæg, der gav mere anledning til både smil, grin og drøftelser, end overskriften Den lovgivningsmæssige ramme umid-

delbart kan indikere. Det var ikke uinteressant igen at blive præsenteret for en lov, som primært er opstået på baggrund af mediestorme. Denne gang blandt andet på grund af Ekstra Bladets gentagne, skrækindjagende sommerføljetoner om unge og deres indtagelse af rusmidler. Derefter fulgt op med et satspuljeforlig. Peter Juul gjorde meget klart, at intentionen var, at garantien først kan udløses, når det fagligt er vurderet, at den unge ikke kan profitere af noget i den lange række af almindelige, kommunale foranstaltninger for unge. Når der anlægges dette perspektiv, kan der jf. Socialministeriets beregninger findes ca. 150 unge pr. år (2008), der opfylder betingelserne for at blive behandlet i henhold til garantien. Dette tal blev diskuteret i næste oplæg af CRF-centerleder Mads Uffe Pedersen… Peter Juul mente heller ikke, at unge under 18 år selv kan forlange sig omfattet af behandlingsgarantien - dels fordi de er umyndige, og dels fordi der som nævnt jf. Serviceloven skal gennemføres en faglig vurdering af, om den unge opfylder garantien. Disse klare udmeldinger gav en del mumlen i salen…

**Unge, identitet og rusmidler**

Mads Uffe Pedersen indledte sit oplæg med en analyse af de foreløbige data, der er indkommet i Ungeforskningsprojektet. Disse første tal (data fra mere end 100 unge) blev koblet med nye teori- og forståelsesrammer om sammenhænge mellem unges stofbrug og identitetsdannelse. Inspireret af den danske psykolog Carsten René Jørgensen og hans bog 'Identitet' satte Mads Uffe Pedersen de indhentede ungedata fra forskningsprojektet op imod de forskellige identitetsudviklingsområder, som præsenteres i bogen. I denne behandles udviklingen af jeg-identiteten (følelsen af en kerne – 'jeg er…'), personidentiteten (at være kompetent – 'det her kan jeg'), den sociale identitet (evnen til at være med andre, 'hvem er jeg i relation til andre') og den kollektive identitet (race, religion, nationalitet). Når de indhentede data om de unge blev sat ind i denne ramme, blev det tydeligt, at de unge meget ofte er multibelastede og truede på alle identitetsudviklingsområder. Undersøgelsen viser, at mange er angste, deprimerede, selvskadende, har selvmordstanker, og mange har også forsøgt selvmord. Både blandt drenge og piger ser man vold og kriminalitet, og især hos drengene ser man også udadreagerende adfærd. Derudover har de ofte også problemer både hjemme og i skolen, bliver mobbet og har konflikter, og meget ofte mangler de relevant støtte. Indtagelsen af rusmidler i et problematisk omfang giver mening i forhold til at dulme nogle af disse belastninger, men hindrer samtidig den unge i at udvikle sig i retning af at kunne håndtere problemerne konstruktivt. Ifølge estimater fra store undersøgelser gennemført i USA og Tyskland kunne Mads Uffe Pedersen fremvise beregninger, der anslår, at der i Danmark findes 30.-40.000 unge mellem 13-17 år, som har sociale og psykiske problemer, og af disse har 20.-21.000 et problematisk forbrug af rusmidler.

At anskue rusmiddelproblematikker hos unge isoleret - som i lovreglerne om behandlingsgarantien - er alt for snævert, hvis man skal forebygge f.eks. øget risiko for senere udvikling af alvorlige psykiske lidelser, rusmiddelafhængighed og misbrug, kriminalitet, vold, social udstødelse og marginalisering, mener Mads Uffe Pedersen. Et problematisk brug af rusmidler hos unge kan ofte betragtes som en indikator for, at der noget andet alvorligt galt, og der må derfor anlægges et helhedsorienteret perspektiv på den unge. Undersøgelsens foreløbige resultater viser også behovet for en professionel indsats, hvorfor han derefter gennemgik en række evidensbaserede metoder, der har vist sig anvendelige i misbrugsarbejde med unge. Den røde tråd i dette var de familiebaserede indsatser, der bl.a. søger at rette op på konflikthåndtering, relationer, uhensigtsmæssig adfærd osv. Andre evidensbaserede metoder er f.eks. 'den motiverende samtale', forskellige kognitive programmer o.a.

Dernæst blev en række behandlingsanbefalinger fra udenlandsk forskning i ungebehandling gennemgået. Det er forskerne Brannigan og Austin, der har udviklet anbefalingerne, hvoraf de fleste er nævnt i deres fulde længde i Leif Vind og Katrine Finkes rapport fra 2005 om 'Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år', som kan findes under 'Publikationer' og 'Rapporter' på CRF's hjemmeside. Anbefalingerne beskriver vigtige temaer i ungebehandling som tilgængelighed til tilbuddet, omfattende krav til udredning og visitation, relevans i tilbuddet for den unge, metoder, familieinddragelse, efterværn m.m.

**Unge med dobbeltdiagnose – et praksisoplæg**

Behandlere fra Århus Ungdomscenter afleverede derefter et spændende og velkvalificeret oplæg om udfordringer og erfaringer, såvel organisatoriske som behandlingsmæssige, fra tiden under og efter gennemførslen af et to-årigt dobbeltdiagnoseprojekt. Oplægget handlede bl.a. om ansættelse af en psykiater, indførelse af nye testmetoder, flere screeninger, efteruddannelse af behandlere, udvidelse af samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien m.m. Treogtredive unge havde indvilliget i at lade sig screene hos psykiateren i løbet af et år, og ca. 70 % viste sig at kunne dobbeltdiagnosticeres. Et par cases understregede Ungdomscentrets tydelige glæde ved at have fået afdækket lidelser hos unge, der, alene pga. af diagnosticeringen, havde fået de rette og

**MARIANNE BÆKBØL**
PROJEKTKOORDINATOR PÅ CRF

relevante behandlingsindsatser tilbudt, således at yderligere psykisk, fysisk og social deroute var undgået.

Det blev diskuteret fra salen, om man ikke var for fokuseret på diagnoser frem for at se på den unge som ung, men dette afviste Ungdomscentret fast. Tværtimod bruger man screeningerne og en eventuel efterfølgende diagnose til at give den unge en målrettet og individuel behandling, der adresserer alle den unges problemer, idet man ud over det psykiske naturligvis også havde fokus på rusmiddelbrug, skole og uddannelse, somatiske forhold, boligforhold osv. Ungdomscentret omfatter foruden afdelingen for misbrugsbehandling også Åben Anonym Rådgivning, intern skole m.m. Det betyder, at der er gode henvisningsmuligheder internt i systemet, ligesom samarbejdet med psykiatrien også har givet større gensidig forståelse organisationerne imellem og nemmere adgang for de unge til det psykiatriske system.

### Netværkets fremtid

Dagen sluttede naturligt af med en evaluering, hvor der fra talerstolen blev efterspurgt feedback på dagens indhold og forløb samt eventuelle nye tanker og bud på netværkets fremtidige aktiviteter. Det skal nævnes, at mange deltagere på opfordring forud for netværksdagen havde indsendt sådanne overvejelser. Ønskerne rubricerede sig i fire temaer:

**Undervisning:** Ny viden om metoder og muligheder, temadage 1-2 gange årligt, 'best practice'-oplæg, ekspert-oplæg, dobbeltdiagnosebehandling - hvordan?

**Forskning:** Viden om evidensbaserede metoder, formidling af forskning på ungeområdet, dokumentation af indsatsen – hvordan?

**Erfaringsudveksling:** Om familiearbejde, om hvad der ikke virkede og hvorfor ikke? Udveksling af metoder, der har fokus på de unges ressourcer m.m.

**Diverse andre netværksaktiviteter:** Professionel sparring og socialt samvær, debat om afhængighedsbegrebet i forhold til unge under 18 år, netværk på tværs af institutioner.

Det var tydeligt under evalueringen, at dagens oplæg fra både Mads Uffe Pedersen og Århus Ungdomscenter var meget relevante og havde vakt tanker hos mange om, hvor belastede de unge, der henvender sig i misbrugsbehandlingerne rundt om i landet, er. Der blev efterspurgt netværksaktiviteter rettet mod at få mere viden om dobbeltdiagnoser, og hvordan der i praksis kan samarbejdes bedre med psykiatrien om de unge – også selvom de er i aktivt stofbrug. Der blev også fremsat ønske om et oplæg om eller undervisning rettet mod etablering af dagtilbud til unge; hvad er hensigtsmæssigt i forhold til indhold og form, hvordan organiserer man det hensigtsmæssigt? En tredje nævnte, at det ville være dejligt, hvis man næste gang, netværket mødes, gør plads i programmet til, at medlemmerne kan komme til at tale med hinanden på tværs af organisationer om relevante emner. Endvidere var der i parentes bemærket stort set lovord om dagen – 'spændende, relevante og tankevækkende oplæg, et godt initiativ' osv. Enten var alle glade og tilfredse, eller også var de utilfredse enten gået eller bare helt stille…

Ved dagens afslutning havde yderligere tre personer meldt sig til at indgå i netværkets initiativgruppe. Fem forskellige nye organisationer, der behandler unge med et problematisk rusmiddelbrug, havde udtrykt interesse for at være med til at indsamle data til Ungeforskningsprojektet og ønskede at blive kontaktet. En enkelt modig person havde meldt sig som interesseret i at undervise/varetage nogle af de indkomne ønsker, bl.a. som vært ved en workshop om forældrearbejde. Alt dette betyder, at netværket er godt hjulpet på vej i sin etableringsproces. Nu mangler en forankring af netværket i en bæredygtig organisation. Hvem vil 'eje' det? Dette spørgsmål blev vendt flere gange i løbet af dagen og indtil videre ser det ud til, at Socialministeriet måske vil se på sagen… Den nyudvidede initiativgruppe mødes snart, de næste skridt i etableringen vil blive besluttet, og aktiviteter ud fra deltagernes ønsker vil blive søgt gennemført i videst muligt omfang. ■

*Der er stadig plads til deltagere i Ungeforskningsprojektet.*

*Nærmere oplysninger kan fås ved henvendelse til Marianne Bækbøl, tlf. 89 42 69 44, mail. mb@crf.au.dk*

### LITTERATUR

Vind, L. & Finke, K.: Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer. Center for Rusmiddelforskning. 2005.

Brannigan, R., Schackman, M.F. & Millman, R.B.: The quality of Highly Regarded Adolescent Substance Abuse Treatment Programs – Results of an In-depth National Survey. Archives og Pediatrics & Adolescent Medicine Vol. 158, pp:904-909. 2004.

Austin, A. M., Macgovan, M.J. & Wagner, E.F.: Effective Familiybased Interventions for Adolescents with Substance Use Problems: A Systemic Review. Research on Social Work Practice Vol. 15, No. 2:67-83. 2005.

Jørgensen, C.R.: Identitet. København. Hans Reitzels Forlag. 2008.

På vej: Ungeantologi fra Center for Rusmiddelforskning: Unge, rusmidler og sociale netværk. Forventes at udkomme sidst i 2009 eller i begyndelsen af 2010.

# Akutte kokainpsykoser

Kokain har overtaget stofscenen på Vesterbro som det mest anvendte stof blandt mange stofmisbrugerne. På Mændenes Hjem oplever medarbejderne dagligt personer, som befinder sig i en psykotisk tilstand på grund af indtagelsen af kokain. Sådanne akutte tilstande ses sjældent i psykiatriske modtagelser og på rådgivningscentre for misbrugere.

**AF ROBERT OLSEN**

Kokain er slået igennem i på stofscenen på Vesterbro. I løbet af de sidste 3-5 år er kokain blevet det mest anvendte rusmiddel blandt mange misbrugere på Vesterbro. Anvendelse af kokain har udviklet sig gennem de seneste årtier. Dette er bedst udtrykt af forfatter og journalist Henrik List, som har sagt det på følgende måde i en tv-dokumentar på DR2: *I 1970'erne og 80'erne var kokain primært et eksklusivt overklassestof, som blev anvendt i københavnske jetsetmiljøer. I 90'erne blev kokainen billigere og samtidig demokratiseret af den kreative middelklasse, så man pludselig kunne møde stoffet overalt i de større byer, på cafeer, diskoteker og festivaler og i medie- og musikmiljøerne. Men efter år 2000 er kokainen blevet decideret proletariseret. Kokainen har nu ramt grupperne af de hårdest belastede misbrugere på gadeplan til en pris på 1/5 af, hvad det kostede oprindeligt.'* Det er denne udvikling, vi ser resultatet af på Vesterbro i dag.

Kokainens kvalitet er blevet bedre, og stoffet er blevet billigere. På gadeplan koster et gram kokain ned til omkring 400 kr. Prisen varierer dog afhængigt af kvaliteten. Samtidig er rusmidlet nemmere at få fat i end tidligere, oplyser Københavns Politi.

### Ændring med konsekvenser

På Mændenes Hjem, MH, har medarbejdere gennem flere år beskrevet mange af de situationer, der opstår i mødet med brugerne. Erfaringerne har vi internt brugt som undervisningsmateriale blandt medarbejderne, hvor vi diskuterer, hvordan vi bedst tackler de forskellige problemstillinger, man kan komme ud for, og for nogle situationer er der udarbejdet skriftlige vejledninger. Flere af eksemplerne er beskrevet senere i artiklen.

At kokain er blevet mere udbredt på Vesterbro kan bl.a. illustreres ved, at medarbejdere på MH i 2002 registrerede 10-12 episoder med mennesker, der blev kokain-psykotiske. I dag ses psykoser forårsaget af kokain dagligt.

Latente trusler og vold er også øget som følge af den øgede indtagelse af kokain, og på Vesterbroscenen er det blevet mere og mere almindeligt, at selv små og banale konflikter mellem brugerne udvikler sig til vold.

Hvis en person ikke har sovet i flere dage og er begyndende paranoid, så kan et banalt skub eller en gammel gæld på 20 kr. udvikle sig med vold til følge.

Mændenes Hjem har i mange år arbejdet med 'en ikke-voldelig tilgang til et voldeligt miljø', formuleret i vores personalepolitik.

### Erfaringer med håndtering af problemet

Forebyggelse, kommunikation og refleksion over egen praksis er en del af den pædagogiske praksis. Vi har et højt beredskab for at støtte medarbejderne i deres funktioner: supervision, debriefing efter voldsomme episoder, ambulanceplaner, bærbare alarmer m.m.

Gennem arbejdspladsvurderingen forsøger vi hele tiden at udvikle arbejdsmiljøet, og for at kunne lære af de forskellige voldelige episoder fører vi statistik over alle episoder på Mændenes Hjem. Samtidig fungerer statistikken som en vigtig kilde til at opsamle viden og derigennem udvikle kompetencer hos medarbejderne til at forebygge konflikter.

Det ændrede mønster i misbruget er også registreret andre steder. Københavns Kommune (rådgivningscentrene) får flere og flere henvendelser, som drejer sig om hash- og kokainmisbrug, hvor man tidligere havde flest henvendelser fra mennesker med heroinmisbrug. Det har betydet en ny struktur med modtage- og behandlingsenheder, som bedre skal kunne differentiere behandlingstilbuddene til de forskellige misbrugere. Ikke alle kokainmisbrugere når dog frem til rådgivningscentrene. Mange har svært ved at overholde aftaler og indgå i mere strukturerede forløb.

### Kokains tiltrækning.

Ved samtaler med stofmisbrugere på Vesterbro giver de udtryk for kokainens store tiltrækning:

*'Når jeg er bedst, er jeg på kokain. Der er ingenting, der kan slå mig af pinden'.*

*'Hvis jeg vandt i lotto, ville jeg købe en 'bane', som gik her fra Vesterbro og så langt ud mod Roskilde, som pengene rækker'.*

*'Ingen andre ting betyder noget, når jeg er på kokain'.*

*'Jeg kan overhovedet ikke stoppes af noget som helst, når jeg er på kokain'.*

*'Jeg har ikke sovet i 4 dage. Jeg må bare blive ved'.*

Der er ingen tvivl om, at kokain er et attraktivt stof, som har vundet indpas hos mange misbrugere.

### Indtagelsen af kokain

Kokain kan indtages ved at drikke det, sniffe det, ryge det og injicere det. Talrige amerikanske film indeholder scener, hvor personer 'tager en bane kokain' (sniffer kokainen). På Vesterbro-scenen er de mest almindelige indtagelsesformer: 'at freebase' (ryge) eller injicere kokainen.

Forsøgsresultater har vist, at kokain er det mest afhængighedsskabende rusmiddel. Siden er der udviklet nye og meget afhængighedsskabende rusmidler, som endnu ikke har ramt det danske marked f.eks. metamphetamin.

Ved indtagelsen af kokain opleves en umiddelbar euforisk tilstand, der efter få minutter går over i en tilstand af 'at være høj'. Efter 20 – 30 minutter vil man føle sig urolig, irritabel, angst og begyndende depressiv. Dette udløser trangen til mere stof. Kokainens virkning er altså relativ kort. Det betyder, at man kan opleve stofmisbrugere, som skal have nyt stof igen efter 20-30 minutter. For personer, som injicerer stoffet, betyder det talrige skader på kroppen som følge af de mange og hastige injektioner med stoffet. Samtidig er det med til at skabe en mere end stresset hverdag for misbrugeren, som hele døgnet er fokuseret på at skaffe sig penge til kokainen. En fokusering på at skaffe penge, som også er kendt fra andre stofmisbrugere af andre rusmidler, men som på grund af den korte rusoplevelse af kokainen og den store afhængighed opleves som hektisk og ekstrem.

### Psykotiske og psykoselignende tilstande

En konsekvens af indtagelsen af kokainen kan være psykotiske tilstande eller psykoselignende tilstande, blandt socialarbejdere kaldt 'cokepsykoser'. Det er sjældent, at disse tilstande egentlig bliver diagnosticeret af psykiatere eller læger, da psykosen eller den psykoselignende tilstand ofte er af kortere varighed og næsten aldrig havner i en psykiatrisk modtagelse. Overlæge Henrik Rindom fra Psykiatrisk Afdeling på Hvidovre hospital udtalte for et par år siden, at det måske var på tide at nye læger på de psykiatriske afdelinger kom i praktik på Vesterbro, da man aldrig ser sådanne 'cokepsykoser' på disse afdelinger.

En række eksempler vil her beskrive nogle af de mange gange, hvor vi på Mændenes Hjem har oplevet personer i en sådan psykose eller psykoselignede tilstand - tilstande, som man ser dagligt på Mændenes Hjem:

## FLERE FAKTA OM KOKAINPSYKOSER

Kokainpsykoser er et veldokumenteret fænomen i litteraturen:

- Kokainpsykoser ligner akut psykose ved skizofreni klinisk. Den største forskel er, at skizofrene patienter uden kokainmisbrug er mere tilbagetrukne og apatiske og mindre følelsesmæssigt påvirkede end patienter med kokainpsykoser. (Schizophrenia Bulletin, 1999;25(2):387-94; American Journal on Addictions, 2000; 9(1):28-37).
- Kokainpsykoser har medvirket til en omfattende teoridannelse omkring udviklingen af kokainafhængighed. Forskellige undersystemer i hjernen, primært systemer der benytter sig af dopamin, ser ud til at medvirke til af såvel kokainafhængighed og kokainpsykoser. (Journal of Pharmacological Science, 2008; 106(1):15-21).
- Mennesker med opmærksomhedsforstyrrelse og hyperaktivitet (ADHD) og antisocial personlighedsforstyrrelse synes at have en forhøjet risiko for kokainpsykoser. (Journal of Psychiatric Research, 2006; 40(2):178-82).

Psykolog Morten Hesse, CRF

**– M ANKOMMER** til natcaféen midt om natten. Han mener, at 20 mennesker er efter ham. Da han er meget *paranoid* og *bange,* tager M natcafeens brødkniv og tager opstilling ude i porten for at afværge angreb fra forfølgerne. Det er disse usynlige forfølgere, M truer - hverken beboere, personale eller brugere bliver truet af ham, men alligevel er situationen uholdbar. M er dog så *paranoid*, at han flygter væk gennem Istedgade med kniven.

Personalet kunne ikke overtale M til at aflevere kniven og ej heller overbevise ham om behovet for indlæggelse.

**– T HAR VÆRET GÆST** flere gange i løbet af natten og har tydeligt ikke haft det godt, har virket psykotisk og paranoid.

Da hun kommer her til morgen, har hun det helt tydeligt meget værre, har kraftige *hallucinationer*. Hun ser imaginære personer. Hun råber og taler mod himmelen. Hun er ikke til at komme i kontakt med.

**– N KOMMER I** receptionen og beder om, at der tilkaldes en ambulance, da han, efter at have sniffet noget kokain, har det meget dårligt med stærk hjertebanken og rystende arme og ben. Det er ikke muligt at berolige ham, og han insisterer på, at der tilkaldes en ambulance. På alarm-centralen indvilliges der i at sende en ambulance, som kommer efter 8 minutter. N snakker med ambulance-folkene, og de overtaler ham til at blive et stykke tid på MH, og hvis det bliver værre, så evt. at tilkalde dem igen.- De syntes, at det var lidt meget, at der blev ringet 112 - hvilket det helt sikkert også var - men N var virkelig insisterende, og vi var ret usikker på, om der kunne være en speciel reaktion, når N samtidig tager subutex. Herudover var det vurderingen, at man ikke kunne sende N af sted alene i en taxa i den tilstand, både af hensyn til N og chaufføren.

**– K STÅR I VINDUET** på 2. sal. En medarbejder oplever det, som om K vil springe ud af vinduet. Medarbejderen løber op til værelset. K tør ikke være i sit værelse og er på vej ud af vinduet. K oplever, at værelset er fyldt med slanger. K er *angst og kraftigt hallucineret*. Medarbejderen beroliger K og får ham væk fra vinduet og ud af værelset. K, som stadig er hallucineret og angstpræget, går hånd i hånd med medarbejderen til det lokale distriktspsykiatriske center, som er behjælpelig med indlæggelse.

3 timer senere er K tilbage igen i a-psykotisk tilstand.

**– R ER MEGET LARMENDE** her til formiddag. Råber og pifter inde på værelset og er tydeligt påvirket. Han bliver bedt om at dæmpe sig. Han har tidligere sagt, at han nok selv skulle rydde op på værelset, men alt derinde virker, som om det er splittet ad.

R bliver ved med at råbe og skrige. De to sidste gange, en medarbejder har været inde for at dæmpe ham, var han der ikke. Tredje gang opdager medarbejderen, at han sidder oppe på skabet, og sidste gang inde i skabet. Man kan godt føre en samtale med ham, selvom han er meget spændt i kroppen og indtager de mærkeligste attituder. Han siger, at det kribler under huden på ham (*'Cokebugs'*), og at han hiver små hvide ting ud. *Han kradser sig på arme og ben*. Han bliver bedt om at tage noget tøj på og gå sig en tur i den friske luft, hvad han synes er en god ide.

På gaden kravler R op på et stillads. Han kravler rundt uden på stilladset, samtidig med at han snakker og råber. Ind i mellem kagler han som en hane, og han står med ét ben på stilladset, samtidig med at han holder fast med én hånd. Medarbejderne får talt ham ned fra stilladset. Han følges til sit værelse. Kort derefter ligger han og råber under sin seng, hvilke han gør i ca. ½ time. Herefter aftager tilstanden.

**– J HAR VÆRET HERINDE** i nat, spurgte straks efter en medarbejder.

Han kom ind at sidde og var tydeligt *paranoid.* Han fortalte om 10 små mennesker, der hver havde våben, og om skygger på Halmtorvet. Samtidig har han *fnidder.* Han begynder at tømme indholdet af skraldespanden og fordeler det i små bunker. Det er ikke muligt at afbryde ham i hans forehavende.

**– F ER PÅ TOILETTET.** Han besvarer ikke medarbejdernes banken på. Det konstateres, at F står ubevægelig (*kataton*) midt på toilettet. Medarbejderne observerer kun i første omgang, da de ikke vil nærme sig. Senere formår de at skabe en smule kontakt ved rolig berøring og en masse snak om, at alt er normalt. Vi får ham ud i stuen, hvor vi fortsætter med den beroligende behandling. I løbet af 30-45 minutter bliver F klar, og som med et trylleslag er han tilbage til normaltilstand.

Efterfølgende fortæller han, at han jo ikke kan tåle coke, at han har holdt sig fra det i en måned, og at det er slut nu.

- K tager igen for meget coke og får sine nu efterhånden berømte og berygtede anfald, hvor han bliver helt stiv i musklerne og med mellemrum slår sig selv. Hans hoved er tilbagelænet i en 90-graders vinkel. Han reagerer ikke, når man taler til ham eller rører ved ham.

Medarbejderne observerer ham i 30 min., men tingenes tilstand forbedres ikke, og derfor kontaktes 112, som sender en ambulance. Den kommer, og K kommer en lille smule mere til sig selv, og ambulancefolkene mener, at vi godt kan tage ansvaret.

**ROBERT OLSEN**
FORSTANDER
MÆNDENES HJEM

En time efter sidder han stadig i sin psykose, dog i bedring.

**– S KOMMER IND** med en sprøjte i armen. Hun ser dyr, der kravler på hende. Hun oplever, at der er mus og rotter i håret, i T-shirt og på hendes bukser. *Angst og hallucineret*. Hun er helt stiv og kan ikke finde ud af at tage sprøjten ud, så det gør jeg og sidder hos hende et kvarter, til hun har fået det bedre. Så går hun.

**– DER ER OPSTÅET** en konflikt mellem B og C. B skylder C 20 kr. B er *opfarende og aggressiv* og lover C bank. B er svær at dæmpe, han er svedende og hele tiden på kanten til at blive korporlig over for C. B. har *ikke sovet* i flere dage. Medarbejderne skærmer B og C mod hinanden og får dæmpet B.

**Handlinger!**

De fleste beboere er kun periodevis psykotiske (hvor de ikke kan skelne mellem fantasi og virkelighed). De kan omgås, som man omgås andre, og man kan spørge dem, hvis man er i tvivl om, hvordan man bedst kan hjælpe dem.

Er en person psykotisk, skal man ikke gå i diskussion med vedkommende. Man kan søge at korrigere personens oplevelser og synspunkter. Tilstanden er meget virkelig for personen. Man kan observere, om personen synes forpint, og evt. tage udgangspunkt i dette for at komme vedkommende til hjælp.

Man kan være syns-, høre-, lugt, smags- og følehallucineret. At høre stemmer er et typisk psykotisk symptom.

I praksis arbejdes ofte med begrebet 'containe', altså at kunne rumme psykosen, eller med at sætte grænser for den psykotiske adfærd. Specielt det sidste kræver en god normering og gode rammer for at kunne praktiseres.

Tid og tålmodighed er vigtige faktorer, når man skal afhjælpe ofte angstfulde personers tilstand - som f.eks. i tilfælde med kokain-udløste tilstande.

Det er et godt råd, at man i forhold til personen bruger sin sunde fornuft. Det vil sige, at man har en åben og ærlig dialog med den pågældende, og at man er aktiv lyttende til pågældendes tale.

Akut psykotiske personer har mulighed for at blive indlagt via en psykiatrisk modtagelse. Trods det frie sygehusvalg er det vigtigt at checke, hvor den person, man ønsker indlagt, har folkeregisteradresse, da vedkommende ellers kan opleve at blive sendt rundt imellem de forskellige modtagelser.

En anden mulighed for indlæggelse er via den Psykiatriske Udrykningstjeneste i Hovedstadsområdet (fra kl.16 til 08 mandag til fredag og hele lørdag-søndag). Her er der hjælp til psykisk forpinte personer, som man mener er indlæggelseskrævende. Udrykningstjenesten kan også konsulteres, hvis man vil have vurderet, om en person skal tvangsindlægges. I sådanne tilfælde kan/skal politiet også tilkaldes.

Det bliver dog meget sjældent brugt på MH, da den psykotiske tilstand ofte er kortvarig, og det er ganske besværligt at rekvirere den psykiatriske udrykningstjeneste.

Er man bange for personen og synes, at personens handlinger er helt uforudsigelige og evt. farlige, skal man ikke gå i nærkontakt.

Den sidste udvej kan være tvangsindlæggelse på røde papirer. Røde papirer vil sige, at man er til fare for sig selv eller andre og er psykotisk. Hvis der skrives røde papirer, skal personen indlægges straks. I sådanne tilfælde skal politiet tilkaldes, og der skal rekvireres en indlæggende læge.

De kokainudløste psykoser kan være særdeles angstfyldte og pinefulde for stofmisbrugeren. De skal tages alvorligt og håndteres på en professionel måde i det akutte forløb.

På grund af kokainens mere fremtrædende rolle i stofmiljøet vil vi med al sandsynlighed oftere se kokainudløste psykoser i fremtiden. ■

## FAKTA

**MÆNDENES HJEM – LILLE ISTEDGADE 2 – 1706 KØBENHAVN V.**

I dag består Mændenes Hjem (MH) af følgende dele: I bodelen findes et herberg med 43 pladser, et bofællesskab med 8 pladser for psykisk syge misbrugere og en boenhed med 15 pladser for misbrugere. Den udadrettede og opsøgende virksomhed består af en sygeplejeklinik med et team af frivillige læger, en tandklinik – 'Bisserne' – , et kontaktsted, som har tilknyttet Brobyggerprojektet, og en natcafé. Derudover udleveres sprøjter, kanyler, vand og kondomer til stofmisbrugere. Hus Forbi distribueres også fra Mændenes Hjem. Der er en kantine, og der er tøjudlevering.

Mændenes Hjem har åbent hele døgnet og har på grund af sin placering på indre Vesterbro en naturlig funktion som et akut sted, hvor hjemløse og misbrugere kan møde op, få akut hjælp og længerevarende hjælp, omsorg, rådgivning m.m.

Mellem 200 og 500 personer kommer hver dag på Mændenes Hjem.

**www.maendendeshjem.dk**

## LITTERATUR

Rindom, H.: Rusmidler. Sundhedsstyrelsen. 1999.
Christensen, R. & Bruun–Toft, V.: Etniske stofmisbrugere på Vesterbro i København. København Kommune. 2005.
Olsen, R.: En ikke-voldelig tilgang til et voldeligt miljø. Nordisk socialt arbejde nr. 2. 2007.

# GRUPPEBEHANDLING

Gruppebehandlingen rummer alt det, som kendetegner interaktion mellem mennesker: sammenligning, anerkendelse, identifikation – eller distraktion og small-talk for den sags skyld. Som sådan udmærker den sig ved at være en behandlingsform, hvis styrke er medmenneskelighed.

**AF SIDSEL THORSEN**

Set udefra kan gruppebehandling ofte virke som en lidt mystisk mirakelkur til afvænning af stofmisbrug: I grupperne reducerer deltagerne deres misbrug med mindst mulig intervention i deres liv, samtidig med at de opbygger netværk – og så er metoden billig for det offentlige system.

Men hvad er det egentlig, der sker, når rundbordssamtaler med andre misbrugere får den virkning at reducere stoftrang og tilbagefald? Hvordan ser det ud, og hvorfor hjælper det?

Københavns Kommunes 3-årige projekt med gruppebehandling af hash- og kokainmisbrugere er i de sidste to numre af STOF blevet fremlagt af projektleder Christian Solholt, som har redegjort for mål og fremgangsmåder – altså hvilke midler og metoder, der er lagt ind i projektet på forhånd. Denne artikel udvider perspektivet ved at se på, hvordan projektet opleves af dem,

som har deltaget – undersøgt ved hjælp af tolv brugerinterview og to måneders deltagerobservation. Ved at kigge med til møderne og lytte til brugerne kan en del af mystikken omkring behandlingsmetoden opklares: Fra brugerens synspunkt er gruppebehandling virksom, fordi man her kan mødes på individ-til-individ-niveau uden at opleve behandlingssystemet som en snærende ramme.

### Sammenligninger

Før brugerne starter i gruppebehandling i Hash- og Kokain-projektet bygger, de fleste deres forventninger til forløbet på tidligere behandlingserfaring eller på fordomme om misbrugsmiljøet. Flere af brugerne fortæller, at de troede, de skulle 'sidde sammen med junkier', som var 'mere fucked up end mig'. I gruppen mødes denne forventning for nogle brugeres vedkommende af en overraskende virkelighed, hvor 'jeg var den slemmeste misbruger', 'jeg havde jo to misbrug – dobbelt så meget som de andre'- eller 'jeg var fucked på en anden måde'.

Deltagerne begynder allerede ved den indledende navne-runde at se sig selv i forhold til hinanden. Denne konkrete sammenligning bevirker for nogle brugere, at de ændrer deres misbrugsvaner drastisk allerede inden næste møde – for ikke længere at være 'værst'.

Samme drastiske effekt kan sammenligningen have for de brugere, som oplever, at 'det er en fordel at se, at der er nogle andre, der har kunnet komme over det og fået en lysere fremtid. For det er da alligevel belastende at skulle skubbe sin fremtid fra sig og ikke tænke over tingene – og ja, være en anden, end man i virkeligheden er'. For den citerede bruger bliver det, at andre brugere gør fremskridt, til en fordel for brugeren selv. I gruppen glæder man sig ikke bare på hinandens vegne; man omsætter også andres fremskridt til en mulighed for selv til at tænke over sit misbrug og sin fremtid.

Den del af gruppeprocessen, hvor brugerne efter tur hører på og fortæller om deres misbrug, sætter gang i en sammenligning, hvor den enkelte placerer sig i forhold til de andre brugere. Relationen til de andre mennesker i gruppen bruges således til at legemliggøre den forandring, som ønskes.

### Ros og anerkendelse

I de tilfælde, hvor brugeren oplever, at de andre gruppemedlemmer forandrer sig mere, end man selv gør, kan sammenligningen føre til en adfærdsændring, der bringer brugeren 'op på samme niveau' som de andre. Andre brugere føler allerede fra deres start i gruppen, at de 'er ovenpå' i forhold til resten af gruppen, og at de optræder som 'flagskib' eller 'forgangsmand' for de andre gruppemedlemmer. For mange brugere er det helt nyt og bekræftende at se sig selv i sådan en overskudsposition, hvor de oplever at kunne hjælpe andre mennesker. Noget så hverdagsagtigt som at kunne række en hjælpende hånd frem eller komme med et godt råd til andre bliver en væsentlig og virksom ingrediens i den enkeltes kamp mod stofferne.

'Foregangsmænd og –kvinder' som oplever at opnå små eller store mål i gruppen, fortæller levende om, hvordan det er at modtage anerkendelse - dels fra gruppelederne, men mindst lige så meget fra de andre i gruppen: 'De andre hepper jo på en, som om man var elitesportsmand', 'Jeg fik klap på skulderen, og det gav mig selvtillid til at holde den længere', eller: 'Jeg kæmpede ikke alene. Og det var meget positivt. [...] De blev ved med at sige, at det er sgu godt. Og jeg synes, at det er vigtigt i starten, at man får den der ros og klap. Uge efter uge'.

Som observatør i gruppen er det umuligt ikke at blive revet med af den stemning, der i sådanne situationer kan opstå i gruppebehandlingen, idet møderne kan udvikle sig helt festligt med taler, klapsalver og latter.

Når sådanne fejringer af fremskridt i gruppen observeres, opleves det ofte i begyndelsen som om den individuelle bruger ikke selv anerkender sit fremskridt, før de andre brugere gør det. Brugerne fortæller tit nedvurderende om sig selv og lægger ikke selv op til, at der er sket en mærkbar forandring. Når de andre brugere så roser, er der umiddelbart en tendens til forlegenhed og kommentarer som 'det lyder jo dejligt, når I siger det'. At modtage gruppens anerkendelse kan sætte brugeren i gang med forsigtigt at fortælle om andre positive tilbagemeldinger eller oplevelser.

### Ledere som facilitatorer

Ved at festligholde, fejre og rose hinandens fremskridt kan de andre i gruppen gøre hver enkelt deltager opmærksom på hans eller hendes små sejre i de tilfælde, hvor brugeren ikke selv oplever sin bedring. Når en oplevelse tages op i gruppen, opleves de andre brugere tit som mere positive end behandlerne i den forstand, at ros deltagerne imellem er uforbeholden og ofte meget personlig (fx. 'hvor er du god, jeg kan ikke klare det, som du kan klare!'), mens lederne snarere anerkender brugernes opnåelse af specifikke mål (fx 'det var imponerende, at du overholdt din beslutning om...').

Lederne sætter rammerne for guppens møder ved hjælp af dagsordener, tavlebrug og tale-regler. Her opfordres brugerne til at lytte til hinanden og være åbne og udspørgende over for de andre deltagere. Samtidig spores gruppens deltagere ind på at blive specifikke og målrettede i deres udmeldinger til hinanden. Ledernes store opgave er altså at spille bolden over til gruppen og sørge for, at der her kommer gang i et produktivt 'boldspil', der gør op med de negative sociale dynamikker, som misbrugerne kender

fra deres dagligdags omgang med andre.

En af gruppeledernes væsentlige meritter er altså at bryde dårlige sociale vaner, som misbrugerne har opbygget og i stedet skabe et produktivt fællesskab, som er sammen om det at kvitte stofferne. Når det lykkes, kommer gruppen i sig selv i centrum – det sociale bliver en form for behandler – frem for lederne, der snarere optræder som facilitatorer. Det er altså delingen af oplevelser, råd og omsorg brugernes imellem – lige så meget som det er kontakten mellem behandler og bruger - der kan hjælpe med til at konsolidere fremskridt og modvirke tilbagefald. Gruppebehandlingen virker ved, at selve behandlingen træder i baggrunden og giver plads til at fremhæve medmenneskelige forhold som fællesskab og diskussion.

### '...ligesom mig!'

Jo bedre brugerne kender gruppeledernes spilleregler og hinanden, jo bedre bliver de også til at uddele ros og hjælpe hinanden til at anerkende fremskridt. Der findes imidlertid også negative tendenser til, at tilbagefald kan opleves at 'smitte' i gruppe-sammenhæng, og dette kan virke ødelæggende på brugernes positive oplevelse af møderne. Både den positive og negative oplevelse af 'smitte' – altså den effekt, hvor forskellige følelser og oplevelser deles af flere gruppemedlemmer, idet man ser sig selv i den andens sko, både når der rulles en joint, og når der opleves en sejr – denne virkning afhænger af, at brugerne oplever at identificere sig med hinanden.

*'Man har alle de her forestillinger om sit eget misbrug, og ih og åh, det er så svært, og jeg har også alle de her ting. Og så var der én i gruppen, han havde bare en måde at slå hovedet på sømmet med de mest knivskarpe, korte, simple bemærkninger. Han sagde bare det allermest logiske. Han sagde det bare, som om jeg var snot-dum! Men så: Gud ja. Jeg kan huske en masse gange, hvor jeg sad og tænkte: 'Det er fandeme rigtigt, hvad han siger'. For folk siger, at [afhængigheden] sidder oven i hovedet, og det er nemt at sige, men det kan godt være svært[at stoppe] alligevel, når hjernen har fået en vane. Ham der, han sagde, at han havde det på samme måde som mig!'*

Ved at andre brugere formulerer enkle råd ud fra deres erfaringer, ser den enkelte bruger sit eget misbrug i et fælles lys, og løsningerne virker også mere almene og simple. Man føler sig både berigtiget ('snot-dum' i citatet ovenfor), men også bekræftet i, at egne oplevelser er gyldige, fordi de rækker ud over én selv. Snarere end institutionelle forklaringsmodeller (fx at afhængighed er en neurobiologisk reaktion) formår delingen af råd og erfaringer brugerne imellem at løfte misbruget ud af den individuelle kontekst og ind i den fælles delte. Stoffer er ikke længere noget, der sidder i den enkeltes hjerne, vaner eller er 'hans eget'. I stedet for at bestå af afgrænsede personer med hver sit misbrug, får gruppemedlemmerne et fælles projekt om stoffrihed, idet der sker en spejlingseffekt mellem gruppemedlemmernes problemer og løsninger.

### 'Systemet' og gruppen

En bruger fortalte, at han 'følte sig mere normal i gruppen end ude i samfundet, fordi vi har de store ting tilfælles'. I hans tilfælde drejede det sig om, at han følte, han hørte til på en måde i gruppen, som stod i modsætning til, at han som individ og i sin dagligdag følte sig marginaliseret. Hans eksempel bliver særligt interessant, fordi det sted, hvor denne bruger oplevede at blive mest marginaliseret, var i hans forhold til kommunen og det sociale system. På trods af den mistro han havde til kommunale tilbud, følte han sig budt velkommen i gruppen, både af gruppelederne og af de andre brugere. Han oplevede her, at han var blevet placeret sammen med mennesker, han havde noget tilfælles med, og som han kunne genkende sig selv i – i modsætning til den fremmedhed, han tidligere havde oplevet i aktivering eller uddannelse. Denne fremmedhed over for 'Systemet' er ofte på dagsordenen i gruppen, hvor svære møder med de sociale myndigheder, udebleven bistandshjælp eller krævende jobtræning er tilbagevendende emner. Under disse diskussioner ses kommunen altid som noget andet end gruppen, og lederne stilles aldrig til ansvar over for den institution, som de arbejder for.

Her er altså tale om en 'systemlede', som gruppebehandlingen både beskæftiger sig med og samtidig unddrager sig. At Hash- og Kokainprojektet på den måde ikke opfattes som en del af 'Systemet' handler ikke nødvendigvis om, at

## FAKTA

**På hjemmesiden www.hashogkokainprojektet.dk** kan man læse mere om projektet.
På **www.rck.kk.dk** ligger Sidsel Thorsens rapport, som danner baggrund for nærværende artikel: 'Der er lys for enden af tunnelen.....(bare det ikke er et modkørende tog!)' – om kvalitative fortællinger fra gruppebehandling i Hash- og Kokainprojektet.
Læs også projektleder Christians Solholts artikler i STOF nr. 11 og 12 på **www.stofbladet.dk** .

**SIDSEL THORSEN**
BA.SCIENT.SOC.
STUDENTERMEDARBEJDER
I KØBENHAVNS KOMMUNE

der stilles færre krav i gruppen, end der gør i sagsbehandlingen. Ej heller er gruppelederne vidt forskellige fra sagsbehandlerne, idet begge roller indebærer indberetningspligt, og brugeren har mødepligt over for gruppen, ligesom der er mødepligt over for socialrådgiveren. Gruppelederne er da også i hyppig kontakt med sagsbehandlerne, og der er et tæt samarbejde mellem disse instanser.

Den væsentlige forskel mellem de to møder – det på sagsbehandlerens kontor og det i gruppebehandlingen – må altså skulle findes i tilstedeværelsen af andre brugere, som deltagerne oplever som ligesindede. Det kunne se ud, som om de andre brugeres tilstedeværelse dirigerer deltagernes opmærksomhed væk fra den institutionelle ramme. Man er altså mere optaget af at positionere sig over for de andre deltagere end over for lederne. Samtidig kan lederne hjælpe brugerne til at fokusere på deres egen rolle i de situationer, der er svære, sådan at samtalen om 'Systemet' kommer til at handle mindre om 'Systemets' uretfærdighed og mere om, hvad brugeren selv kan gøre eller tænke anderledes. Behandlingen hjælper brugeren til at revidere holdningen til 'Systemet', idet brugeren kommer i centrum sammen med andre brugere: Det er ikke længere 'mig mod Systemet', men 'os i Systemet'.

### Lidelsesfæller

Gruppens brugere opfatter de andre medlemmer som ægte deltagere i hinandens liv - eller endog som venner, med hvem det at tale om de såkaldt 'store spørgsmål' (fx liv og død, lykkefølelse og fortvivlelse) er sat i en institutionel ramme. Rammen, som lederne står som garanter for, medvirker til, at brugerne oplever hinanden som noget andet og mere end deres øvrige venner eller bekendte. En bruger taler om gruppen som bestående af 'lidelsesfæller', og det er dette fællesskab om 'det medmenneskelige', der er med til at give denne bruger udbytte af at komme i gruppen.

'Lidelsesfællesskabet' er samtidig en social formation, hvor brugerne knytter sig til hinanden, når de genkender sig selv i hinandens følelser snarere end i de umiddelbare karakteristika, de har eller ikke har tilfælles. Som observatør i gruppen oplever man derfor til sin store overraskelse, at mennesker, som er adskilt af klasser, køn og alder, kan spejle sig i hinanden og finde sammen i og uden for møderne. Mange af brugerne præges ved deres opstart i gruppen af en angst for at få 'de forkerte venner': andre stofmisbrugere, som vil friste dem til at falde tilbage i gamle mønstre. Nogle af disse brugere sænker efterhånden paraderne og indlader sig på at bruge hinanden til andet end afvænning. Gruppeprocessen danner dermed basis for andre personlige og sociale interaktioner, for eksempel venskaber, fjendskaber og flirter. Den enkeltes profitering af gruppen og samspil med andre gruppemedlemmer er altså ikke blot noget, der foregår på gruppens møder – ligesom det ikke er alt, der foregår på møderne, der har at gøre med at opleve forandring med hensyn til stofferne.

Gruppens åbenhed og refleksive karakter adskiller den klart fra hverdagen som et 'lidelsesfællesskab'. På møderne oplever deltagerne at få hjælp til de enkelte faser i deres forandring, sådan at deres holdninger ændres ved hjælp af refleksion over store spørgsmål og identifikation med andre, og deres adfærd ændres ved hjælp af opstilling af konkrete mål i sammenligningen med andre. Derudover giver møderne brugerne mulighed for på eget initiativ at danne netværk, som virker uden for møderne. Alle disse processer er naturligvis subjektive og dybt individuelle og kan ikke nødvendigvis generaliseres eller kvantificeres. Derfor ser vi også brugere, som ikke oplever at få udbytte af gruppebehandlingen, og som vælger at udeblive fra møderne efter kortere eller længere tid. Disse brugere kan ikke genkende sig selv i de andre deltagere, og gruppeprocessen forbliver en diffus størrelse, som karakteriseres som 'løs snak' uden forbindelse til det virkelige liv, hvor misbruget befinder sig.

Gruppebehandlingen rummer alt det, som kendetegner interaktion mellem mennesker: sammenligning, anerkendelse, identifikation – eller distraktion og small-talk for den sags skyld. Som sådan udmærker den sig ved at være en behandlingsform, hvis styrke er medmenneskelighed. Sat ind i en institutionel ramme dannet af gruppeledere og metode, rådgivningscentre og socialforvaltning kan denne medmenneskelige interaktion i sig selv blive gjort til et væsentligt våben i kampen mod stofferne. ■

*Forfatteren takker hermed deltagerne i Hash- og Kokain-gruppen samt kolleger i projektet og forvaltningen.*

# Den terapeutiske relation – samarbejdet mellem patient og behandler om forandring

Hvordan oplever patienter og behandlere deres indbyrdes roller, og hvordan indvirker denne opfattelse på behandlingsprocessen og behandlingsresultatet? En undersøgelse af behandlingsrelationer ved behandling af patienter med dobbeltdiagnoser giver os et indblik.

AF BIRGITTE THYLSTRUP

At det er afgørende, at behandleren evner at etablere en god relation til patienten, kommer nok ikke bag på de fleste, der arbejder med psykoterapeutisk behandling.

Det *ved* man dels fra praksis, dels fra studier af forskellige psykoterapeutiske behandlingsområder og behandlingstilgange, som har påvist en væsentlig forbindelse mellem kvaliteten af behandlingsalliancen - her defineret som samarbejdet, gensidigheden og engagementet mellem patient og behandler - og behandlingsresultatet.

Betydningen af, at patienterne oplever relationen med behandleren som positiv, afspejles blandt andet i undersøgelser af forholdet mellem patienternes oplevelse af deres behandleres terapeutiske kvalifikationer og behandlingsresultaterne. Flere undersøgelser viser, at behandlernes evne til at indgå i en relation med patienterne - f.eks. behandlernes evne til at udvise varme og forståelse samt evnen til at opbygge en god og støttende relation - udgør vigtige elementer for kvaliteten af både behandlingsproces og resultat.

Ser man mere specifikt på undersøgelser af behandlingsalliancen ved dobbeltdiagnosebehandling, ser det ud, som om forbindelsen mellem graden af patientens psykiske lidelse og kvaliteten af behandlingsalliancen i en vis udstrækning forudsiger udfaldet af behandlingen: Jo sværere den psykiske lidelse er, jo større betydning har kvaliteten af behandlingsalliancen for opnåelsen af et positivt behandlingsresultat.

Men det er ikke utænkeligt, at vores antagelser om den positive behandlingsrelation og den bedste måde at møde patienterne på er blevet lidt for etablerede. Derfor er undersøgelser, der belyser sammenhængen mellem behandlingsrelationer, behandlingsproces og behandlingsresultat vigtige. Ud over at bidrage til en refleksion over de mange elementer, der påvirker og udgør behandlingsrelationerne, kan sådanne undersøgelser være med til at udfordre og udforske vores forståelse af patienterne og vores egen rolle.

Man kan undre sig over, at der ikke er mere kvalitativ forskning, der inddrager både patienters og behandleres subjektive opfattelse af behandlingsalliancen, end tilfældet er, men som en del af et Ph.D.-forløb fik jeg mulighed for at undersøge dobbeltdiagnosepatienters og deres behandleres oplevelse af behandlingsrelationen. Jeg skal i det følgende gennemgå nogle af de væsentligste fund.

### Om undersøgelsen, og hvad den viste

Undersøgelsen bestod af kvalitative, semistrukturerede interviews på ca. 30-45 min. med patienter og behandlere ca. 3 og 6 måneder efter patienternes behandlingsstart i behandlingsprojektet, *'Åbne Samtaler'*, i Odsherred. Alle blev spurgt, hvordan de oplevede henholdsvis deres egne bidrag til behandlingsmøderne samt bidragene fra patienten eller andre i behandlergruppen. De to gruppers beskrivelser omhandlede langt hen ad vejen de samme elementer: dels behandlernes professionelle kvalifikationer og behandlingsengagement - og dels patienternes behandlingsmotivation og behandlingsengagement samt deres brug af de tilbudte terapeutiske redskaber.

Det var kendetegnende, at både patienterne og behandlerne lagde stor vægt på den enkelte behandlers kvalifikationer, og på hvordan samspillet mellem behandlernes kvalifikationer bidrog positivt til behandlingen. Men hvor behandlerne fremhævede samspillet som en mulighed for gensidig faglig læring og deling af behandlingsansvar, fremhævede patienterne, at den bredere faglighed i behandlergruppen var med til at give dem flere vinkler på deres situation. Det, at der var flere måder at forstå deres situation på, og at der ikke var én rigtig måde at gøre tingene på, oplevede de som en støtte og som en tilkendegivelse af, at de også selv havde noget at skulle have sagt i forhold til deres situation. Mange nævnte, at netop

det var en positiv forskel i forhold til et eksperttyranni, hvor behandlerne vidste bedst – noget, de havde oplevet i andre behandlingsforløb.

En patient fortæller:

**Man kommer frem til en mere præcis konklusion, end hvis der bare sidder én og tager en konklusion. Fordi du har flere forskellige meninger lige pludselig, i stedet for at du kun har én, der har en mening. Det kan for eksempel være, hvis du kommer op, og han bare ikke kan lide dig, eller man kommer skævt ind fra starten. Selvom man er professionel eller det ene eller det andet, kan det lynhurtigt give en drejning i konklusionen til, hvad der skal ske senere hen.**

Begge grupper lagde vægt på, at vigtige bidrag fra patienterne var deres behandlingsmotivation og engagement - det at prioritere behandlingen og være åben og deltagende på behandlingsmøderne. Mens begge grupper vægtede patienternes adfærd på behandlingsmøderne og deres forsøg på at indpasse behandlingen i deres hverdag, var patienterne mere detaljerede i deres beskrivelser af, hvordan de prioriterede behandlingen ved at møde op til selve behandlingsmøderne, forberede hvad de gerne ville snakke om, og hvordan de tænkte og brugte det, der var sket på møderne, til at tackle problemer i hverdagen.

For eksempel fortæller en patient efter et tilbagefald:

**Jeg har gjort op med mig selv, at jeg har et problem, og at der står mennesker parat til at hjælpe mig, og jeg får ikke den hjælp, hvis jeg ikke åbner mig med de problemer, jeg har...Jeg bruger hele min dag på at arbejde mig op til det her møde for at få så meget ud som muligt. Jeg går simpelthen og gransker min hjerne: 'Hvad er det egentlig, du går og slås med?'**

### Forskelle og ligheder i patient - og behandlerbeskrivelserne

Både lighederne og forskellene mellem de to gruppers beskrivelser er interessante. Forskellene er interessante, fordi de antyder, at patienter og behandlere oplever behandlingen og behandlingsrelationen fra forskellige perspektiver. For eksempel afspejler patienternes beskrivelser deres håb om, at behandlingen vil udgøre en positiv forskel for deres livssituation, hvorimod behandlerne i højere grad tager udgangspunkt i deres forhåbning om, at de selv på en ansvarlig og kvalificeret måde formår at hjælpe patienterne med at foretage positive livsændringer. En ikke særlig overraskende tolkning ville være, at de forskellige perspektiver er udtryk for de to gruppers forskellige roller i behandlingen.

Den amerikanske psykolog og professor Adam Horvath har skrevet en del artikler om betydningen af den terapeutiske arbejdsalliance, som - selvom de er af ældre dato - stadig er nogle af de mest refererede. Horvath har blandt andet beskrevet, hvordan patienters og behandleres forskellige positioner eller roller i behandlingen påvirker deres oplevelse af behandlingsrelationen.

Behandlernes opfattelse af behandlingsrelationerne afspejler sammenhængen mellem behandlernes teoretiske idéer om, hvad der udgør den gode terapeutiske relation, det de observerer i behandlingen, og deres antagelse om, hvad der antyder tilstedeværelsen af ønskværdige, relationelle kvaliteter i behandlingsrelationen.

Patienternes oplevelse af behandlingsrelationen beskriver Horvath derimod som overvejende baseret på patienternes personlige oplevelse, eksempelvis om de føler sig accepterede af behandlerne, om behandlerne fremstår som samarbejdsvillige, og om behandlingen er bedre end den behandling, de tidligere har oplevet.

Horvaths beskrivelse af forskellen mellem patienters og behandleres oplevelse af behandlingsrelationer ligner til en vis grad det mønster, der viste sig i min undersøgelse – nemlig, at behandlere har en mere faglig og analytisk tilgang til relationen, mens patienterne har en mere personlig måde at opleve relationen på.

Alligevel er der grund til at stille spørgsmålstegn ved Horvaths betoning af, at forskellige perspektiver skyldes de to gruppers forskellige positioner. Spørgsmålet er, om det er en dækkende beskrivelse af det, der finder sted i behandlingsrelationen?

De ligheder, som min undersøgelse fandt mellem patient- og behandlerudtalelser, antyder i hvert fald, at patienterne udviser en mere fagligt orienteret stillingtagen til behandlingsrelationen end den rent personlige oplevelse. Ud over at lægge vægt på behandlernes accept og det gensidige samarbejde beskrev patienterne for eksempel, hvordan behandlernes professionelle kvalifikationer bidrog til både behandlingens og behandlingsrelationernes kvalitet. Et eksempel:

**X (psykolog) er bare professionel, hvor Y (socialrådgiver) og L (social- og sundhedsassistent) er meget, meget menneskelige, altså de går ind i mig, og jeg kan mærke, at når jeg har ondt, så har de også ondt på en eller anden mærkelig måde. Hvor X er sådan mere psykologen, og det har man læst til, og man har ingen følelser. Altså, jeg kan ikke sige noget skidt om dem, andet end der er bare den forskel, den kan jeg godt mærke, hvor hun er meget mere professionel end de to andre.... Jeg er nok lidt mere på vagt. Og det er jeg, fordi man er inde i det system, og man ved ikke, hvad der bliver skrevet ned, og hvad der kommer frem...Jeg er egentlig ligeglad med, hvad Y og L tænker om mig, for de kender mig, og de siger bare deres mening, hvor X er sådan en sød tussenusse, en der bare gør sit job. Men jeg vil ikke undvære X til de samtaler, for hun er god til at stikke til mig, når jeg går i stå.**

Desuden beskrev patienterne også en stor opmærksomhed i forhold til, hvordan de kunne bruge det, der skete i behandlingen, til at tackle problemer i hverdagen og forbedre deres livssituation.

**BIRGITTE THYLSTRUP**
PSYKOLOG. PH.D
CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

### Refleksioner over egen praksis

Sætter man Horvaths beskrivelse af de positionsafhængige perspektiver i behandlingen op over for nogle af mine undersøgelsesresultater, giver det dels mulighed for at udfordre for ensidige eller fastlåste forståelser af patienters og behandleres roller og bidrag i behandlingsrelationer, dels mulighed for at reflektere over den måde vi forstår og indgår i behandlingsrelationer på, samt hvordan dette påvirker relationen til den enkelte patient og dermed behandlingsproces og resultat.

Hvis vi for eksempel tænker patienten som passiv eller ressourcesvag - en person, hvis vigtigste behov er at blive accepteret og hjulpet af behandleren - er der ikke langt til at fordele rollerne som den passive lidt ubehjælpsomme patient over for den professionelle og kompetente behandler. Selv om der måske måtte være en vis berettigelse i denne rollefordeling, kan en sådan forståelse resultere i et mindsket fokus på behandlingsrelationen som et samarbejdsforhold mellem patient og behandler, hvor begge parter optræder som forandringsagenter. Begrebet forandringsagent (oversat fra det engelske *'self-agency')* anvendes her, fordi det sætter fokus på, hvordan det enkelte menneskes intentionelle og selv-administrerende handlinger bør forstås ud fra handlingernes samspil med personens specifikke færdigheder, kompetencer og sociale muligheder.

Som sådan beskriver begrebet forandringsagent, hvordan både patient og behandler indgår som bidragsydere og aktive deltagere i behandlingsrelationen, fordi det tager højde for, at enhver - på trods af forskellige individuelle ressourcer og muligheder - kan betegnes som forandringsagent i eget liv.

Det perspektiv bliver sjældent fremhævet inden for forskning i behandlingsrelationer, hvor der oftere fokuseres på behandlerens kvaliteter. Hvad angår behandling af dobbeltdiagnoser, fokuseres der oftere på patienterne som behandlingstrængende og behandlingskrævende i stedet for som deltagende forandringsagenter.

De forskellige beskrivelser af roller og bidrag i behandlingsrelationen skal ikke tages til indtægt for særlige behandlerpositioner, som man kan 'vælge sig ind på', eller som et opgør med specifikke patientproblemer, der ofte kendetegner særlige patientgrupper, herunder dobbeltdiagnosepatienter. Det er snarere et forsøg på at beskrive forskellige aspekter af behandlingsrelationen, som vi kan have mere eller mindre fokus på eller tiltro til.

### Tre konklusioner at arbejde videre med

Formålet med artiklen er at ridse forskellige billeder op og give mulighed for at 'spejle' vores nuværende antagelser om, hvordan vores forståelse af behandlingsrelationer og roller i behandlingen påvirker vores behandlingsrelationer og patienternes bedringsproces:

Man kunne overveje, hvordan en behandlingstilgang, der definerer og inddrager både patient og behandler som forandringsagenter, indvirker på behandlingsprocessen og –resultatet, sammenlignet med en behandlingstilgang, der overvejende tager udgangspunkt i ekspert-modtager relationen, hvor behandleren tilskrives den aktive rolle som professionel forandringsagent, mens patienten klassificeres som behovstrængende og ressourcesvag.

Man kunne også overveje, hvilken betydning det har for behandlingsrelationen og behandlingsprocessen, at behandleren prioriterer at indgå i et gensidigt samarbejde med patienten, hvor patientens perspektiv inddrages.

Endelig kunne man overveje, om en diskussion af perspektiver og roller i behandlingsrelationer ville få yderligere værdi, hvis vi spurgte, hvad patienterne selv synes om arbejdsalliancen og den terapeutiske relation. ■

### LITTERATUR

Artiklen er baseret på Ph.D.-afhandlingen: 'Dual Diagnosis and Treatment Relations', som blev forsvaret af Birgitte Thylstrup den 16. juni 2009.

Ph.D.-afhandlingen, de artikler der indgår i afhandlingen samt referencer til relevant litteratur kan rekvireres ved kontakt til forfatteren på bthylstrup@hotmail.com/ - Tlf.: 2396 3923.

## 'OPEN DIALOGUE'

**'ÅBNE SAMTALER'** er en familie- og netværksorienteret behandlingstilgang, som oprindelig blev udviklet af den finske psykolog og professor Seikkula og kolleger med henblik på at behandle patienter med psykoser, skizofreni og andre alvorlige psykiatriske lidelser i deres hjem – i et forsøg på at nedbringe antallet af hospitalsindlæggelser. 'Åbne Samtaler' har vundet udbredelse både i Norden og internationalt – ofte som en del af administrative eller mere private kliniske tiltag, der sigter på større netværks- og familieinddragelse inden for psykiatrien.

Et vigtigt behandlingsfokus for 'Åbne Samtaler' er at støtte forandring gennem refleksiv dialog på behandlingsmøder, hvor både patienten, inviterede familiemedlemmer og en fast behandlergruppe på 2-4 behandlere deltager. Gennem dialog og opbygning af en fælles forståelse søges patientens og familiens problemer håndteret. Ud over den faste behandlergruppe og de inviterede familiemedlemmer bliver særlige behandlingsinstanser og professionelle, som er involveret i patientens sygdomsforløb, integreret i behandlingsprocessen, hvis det skønnes, at der er behov for det.

# Dobbelt diagnose – Dobbelt behandling

– afsluttende antologi om behandlingsstedet KASA

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

STOF har gennem de sidste par år bragt en række artikler om behandlingsstedet KASA. KASA er et misbrugspsykiatrisk dagtilbud for mennesker med en dobbeltdiagnose, dvs. samtidig psykisk sygdom og stofmisbrug. De tidligere artikler her i STOF har beskrevet og analyseret café-tilbuddet i KASA, brugen af case management i forbindelse med behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose og brugernes og de pårørendes syn på behandlingen. Artiklerne bygger på et 3-årigt forskningsprojekt om KASA, der er udført fra 2005 til 2008. Projektet baserer sig på antropologiske metoder. Data er blevet indsamlet ved deltagerobservation i behandlingstilbuddet og kvalitative interviews med brugere, personale og pårørende. Nu foreligger den afsluttende publikation om KASA, som præsenterer en række grundige beskrivelser og analyser af behandlingstilbuddet. Nærværende artikel beskriver kort de centrale fund i projektet.

### Dobbeltdiagnosticerede og integreret behandling

Når der er særlig grund til at beskæftige sig med behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose, skyldes det, at dobbeltdiagnosticerede generelt har en dårligere prognose end mennesker med enten misbrug eller psykisk sygdom. Dette skyldes, at problemerne gør hinanden værre, og at behandlingssystemerne er dårlige til at rumme disse brugere og behandle deres problemer. Ofte har mennesker med en dobbeltdiagnose slet ikke fået behandling, fordi de ikke passer til de etablerede behandlingstilbud. Denne situation har ledt til udarbejdelsen af en række anbefalinger for, hvordan behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose skal udføres. Bl.a. opstillede Narkotikarådet en række anbefalinger; det samme gælder svenske, amerikanske og britiske myndigheder. Centralt i de eksisterende anbefalinger er, at mennesker med en dobbeltdiagnose tilbydes en samtidig behandling af deres psykiatriske lidelse og stofmisbrug, kaldet integreret behandling. Analyserne af KASA som behandlingssted peger på en række andre punkter som værende centrale i et behandlingstilbud til mennesker med en dobbeltdiagnose.

### Caféen

Caféen i KASA spiller en meget stor rolle for hele behandlingstilbuddet. Det er et sted, hvor brugerne sætter meget stor pris på at komme, og for flere af dem er det den primære aktivitet i deres liv. I caféen serveres mad og kaffe, og der er mulighed for en uforpligtende snak med et personalemedlem. Caféen tjener dog også flere andre formål. For det første giver den brugerne en let adgang til personalet, fordi der altid er et personalemedlem tilstede[1]. For det andet, fungerer caféen som en

**AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN**
ANTROPOLOG, PH.D., POST DOC
INSTITUT FOR ANTROPOLOGI, KU

invitation til de mere strukturerede behandlingstilbud i KASA, fordi man snakker om disse andre tilbud i caféen. Og endelig så udgør caféen også egentlig behandling i form af social færdighedstræning og samtale om akutte problemer, en behandlingsform, der er velegnet for brugere, der har svært ved at indgå i mere strukturerede behandlingstilbud.

### Case management

Case management er et organiseringsprincip, hvor én person – case manageren – er ansvarlig for at afdække behandlingsbehovene hos brugeren, koordinere de forskellige behandlingstiltag og sørge for, at de bliver udført. I KASA spiller case management en særlig vigtig rolle i forhold til følgende punkter:

- Koordinere de mange forskellige behandlingstiltag
- Sikre sig, at brugerne benytter behandlingstiltagene
- Overvinde brugernes modstand mod at skulle indordne sig under et behandlingstilbud
- Knytte brugerne til behandlingstilbuddet[1]

Ud over disse fordele peger analysen også på, at der kan være nogle ulemper forbundet med den tætte en-til-en kontakt, som case management faciliterer i KASA: Det kan være svært for andre behandlingstilbud at etablere en behandlingsrelation til brugerne, og brugerne kan ind imellem føle sig kontrolleret af personalet. Disse ulemper betyder ikke, at man ikke skal bruge case management, men at der er områder, som man bør have en særlig opmærksomhed omkring.

### Integreret behandling

Det centrale punkt i alle anbefalinger for behandling af mennesker med en dobbeltdiagnose er, at behandlingen skal integrere psykiatrisk behandling og stofmisbrugsbehandling. Analyserne af KASA som behandlingssted viser, at den integrerede behandling bliver farvet af personalets tidligere arbejdserfaringer, som i KASA primært er fra behandlingspsykiatrien. Den misbrugsbehandling, der bliver udført, foregår inden for den overordnede ramme, der hedder skadesreduktion. Skadesreduktion er en tilgang, hvor man primært fokuserer på at begrænse skaderne ved stofmisbruget frem for at gøre brugerne stoffri. Analysen viser, at skadesreduktionstilgangen kan integreres med en traditionel psykiatrisk forståelse af skizofreni, og der peges på en lang række konkrete muligheder for at lave misbrugsbehandling på denne psykiatriske baggrund. Analysen peger dog også på, at stofmisbrugsbehandlingen ind imellem kan forsvinde for både brugere og personale, og at det dermed er en udfordring at fastholde et fokus på denne.

### Forståelse og behandling – brugernes perspektiv på behandling

Generelt er brugerne glade for at være i behandling i KASA og fremhæver flere forskellige forhold: Deres case manager - og at vedkommende kender dem godt. De sætter pris på den samtidige behandling af deres stofmisbrug og psykiske sygdom. Rummeligheden i KASA i forhold til begge problemstillinger gør, at brugerne føler sig velkomne og forståede. Endelig nævner mange af dem også den praktiske hjælp som vigtig. Mange af dem har dog også et håb om at blive stoffri – et håb, som sjældent bliver til virkelighed. Brugerne giver udtryk for, at de ville ønske, at personalet kunne gøre mere i forhold til deres stofmisbrug, og de kan godt ind imellem blive frustrerede over, at det er så vanskeligt at gøre noget ved misbruget og afhængigheden.

### Støtte og faglighed – de pårørendes syn på behandlingen

Interviews med en gruppe pårørende peger på, at de ofte har et stort og kontinuerligt behov for viden om dobbeltdiagnose. Selv om flere havde deltaget i en pårørendegruppe i KASA, oplevede de et fortsat behov for viden og samtaler. De fleste pårørende nævnte stofmisbruget som det primære problem. Nogle pårørende bragte også det dilemma op, at de gerne ville støtte op om behandlingen i KASA, men at dette kunne skabe konflikter i deres personlige relationer til brugerne. Det viste sig også, at der blandt de pårørende var en del, der selv havde misbrugsproblemer og/eller psykiatriske problemer. Disse pårørende oplevede at blive udelukket fra pårørendearrangementer, og det kan pege på behovet for et mere differentieret pårørendetilbud, der også kan rumme pårørende med egne problemer.

### Konklusion

KASA er et behandlingstilbud, som i vid udstrækning lever op til anbefalingerne omkring behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose. Det er samtidig et behandlingssted, som brugere, personale og pårørende er meget glade for. Gennemgang af analyserne af KASA peger på, at de officielle anbefalinger kan og bør suppleres med nogle af de behandlingstiltag, som man finder i KASA: Café og tilgængeligt personale, case management, inddragelse af brugernes perspektiver på behandlingen og endelig de pårørende – både i forhold til egentlig behandling, og fordi de giver et vigtig blik på behandlingen. ■

### NOTE

1. Dette fund svarer til, hvad man fandt i evalueringerne af metadonprojekterne. (Pedersen 2005, Asmussen & Kolind 2005, Center for Rusmiddelforskning).

*Antologien 'Dobbelt diagnose – Dobbelt behandling' kan rekvireres hos KABS på tlf. 4511 7500 eller via hjemmesiden www.kabs.dk. Pris: 150 kr. inkl. porto og ekspedition.*

# BØGER

## HVERDAGSPRAKSIS I SOCIALT ARBEJDE

**Redigeret af Katrine Schepelern Johansen, Kathrine Louise Bro Ludvigsen & Helle Schjellerup Nielsen.**
**160 sider, 269 kr. Akademisk Forlag. 2009.**

Formålet med bogen *Hverdagspraksis i socialt arbejde* er at komme med praksisnære og konstruktive perspektiver på det sociale arbejde, sådan som det udspiller sig inden for forskellige sociale institutioner. I det første, introducerende kapitel i bogen beskriver tre af bogens forfattere (som også har redigeret bogen) ønsket om, at bogen kan præsentere et modspil til kravene om 'effektmåling, evidens og markedsgørelse' inden for det sociale område. Det gøres bl.a. ved, at bogens bidragydere, ud over at beskrive antropologen som medarbejder og bidragyder inden for det sociale arbejdsfelt, undersøger og beskriver socialt arbejde som fænomen og det at bygge bro mellem akademisk forskning og den sociale praksis, den er indlejret i.

Bogen er bygget op over seks kapitler, som præsenterer en kalejdoskopisk gennemgang af forskellige sociale arbejdsområder og arenaer som for eksempel døgninstitutioner og forsorgshjem, handicapcentre for etniske minoriteter, rusmiddelforebyggelse og misbrugsbehandling.

Selvom en kort gennemgang på ingen måde yder det varierende indhold i bogen retfærdighed, vil jeg forsøge at præsentere en spiseseddel med nogle af hovedtemaerne i kapitlerne:

I kapitlet *I dialog med børn* beskæftiger Helle Schjellerup Nielsen sig med aktiv inddragelse af børn ved udarbejdelsen af fokusområder og undersøgelsesmetode som en måde at sikre sig, at forskningen reelt afbilder børnenes sociale virkelighed på døgninstitutioner.

I kapitlet *Mellem klare budskaber og personlig erfaring* kommer Anna Bendtsen ind på den betydning og de dilemmaer, som erfaringsnær forebyggelsesstrategi baseret på unge tidligere misbrugere kan medføre.

Maia Feldman beskriver i *Vejledning fra et antropologisk udgangspunkt* de dilemmaer og overvejelser, man som antropolog oplever, når undersøgelsesresultater skal formidles og omformes til rådgivning af personalet i en kommunal forvaltning.

I *En ikke-behandler i en behandlingsinstitution* beretter Kathrine Louise Bro Ludvigsen, hvordan hun som antropolog og ikke-behandler i et behandlingstilbud til stofmisbrugere med børn formår at bidrage med praktiske bidrag og en anvendelsesorienteret analyse, som lægger op til refleksion over medarbejderkulturen på arbejdspladsen.

Suna Christensen beskriver i *En-hovedet-under-armen-kultur eller blot værdibaseret arbejde*, hvordan medarbejdere på døgninstitutioner indgår i mellemmenneskelige forhold med brugerne, der adskiller sig fra det traditionelle arbejdsbegreb, som både medarbejdere og ledere refererer til.

Afslutningsvis reflekterer Katrine Schepelern Johansen i *Hvad får sociale institutioner ud af forskning og vice versa?* – skrevet på baggrund af et forskningsprojekt på et ambulatorium for psykisk syge stofmisbrugere – over det udbytte og de udfordringer, som sociale institutioner og forskningen (forskeren) får ved at indgå i et tæt og længerevarende samarbejde.

Det fascinerende ved et kalejdoskop er, at det viser mange mønstre, som hele tiden ændrer sig, men som dannes ud fra de samme grundelementer. På samme måde er det bogens styrke, at den giver adgang til forskellige sociale arbejdsområder og undersøgelsesprojekter, samtidig med at alle kapitler søger at forholde sig til, hvordan den antropologiske disciplin kan fungere og bidrage inden for den ramme, der hedder socialt arbejde. For en ikke-antropolog fungerer bogen som en overvejende læservenlig og overskuelig beskrivelse af sociale og antropologiske arbejdsfelter, samtidig med at den formår at formidle styrker og udfordringer tilknyttet begge arbejdsområder og samarbejdet imellem de to arbejdsområder. Som læser opleves forfatternes loyalitet i deres beskrivelser af kvalitative elementer i socialt arbejde som en indfrielse af den indledende hensigtserklæring om at bibringe et mere nuanceret og balanceret fokus på forskellige arbejdsopgaver, processer og vilkår inden for det sociale område. Dog opleves samme loyalitet nogle gange som en stopklods for en mere refleksiv, kritisk stillingtagen til betydningen af forfatternes egne samt behandlernes og borgernes positioner inden for de forskellige, beskrevne sociale kontekster. Med al respekt for forfatternes fokus på at beskrive andre aspekter ved sociale samspil end det mere traditionelle antropologiske fokus på magtanalyser, blev jeg som læser sulten efter at læse mere uddybende om den betydning, som aktørernes forskellige udgangspunkter og positioner kan have for de sociale samspil, som beskrives – ikke mindst forfatternes egne positioner i forhold til undersøgelsesdeltagerne.

Når det er sagt, er bogen et kærkomment tiltag inden for beskrivelser af socialt arbejde og derfor anbefalet læsning.

BIRGITTE THYLSTRUP
PSYKOLOG, PH.D.
CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

**REDAKTION:**
Mads Uffe Pedersen
(ansvarshavende)
Birgitte Jensen
Michael Jourdan
(redaktører)

**GRAFISK TILRETTELÆGGELSE:**
Lucky Seven / Info@lucky7.dk
Assistent: Jønsson
Tryk: Zeuner Grafisk as
Forside: Christian Lemmertz
*Madonna Grigia*
Courtesy gallery Faurschou
Oplag: 3.000
ISSN: 1397 – 338S

**REDAKTIONEN AFSLUTTET**
6. august 2009
Deadline for næste nummer:
1. oktober 2009
STOF nr. 14 udkommer vinter 2009

ABONNEMENT:
Tilmelding på www.stofbladet.dk
Spørgsmål vedr. abonnement
sendes til bj@crf.au.dk

**ARTIKLER OG INDLÆG SENDES TIL:**
bj@stofblad.dk

**OBS NY 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 Socialministeriet.
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.

# Bonusmateriale på www.stofbladet.dk

I netversionen af dette nummer af STOF finder du et indlæg af Kathrine Bro Ludvigsen: Hvad ved vi i dag om socialt udsatte kvinders trivsel og helbred?

# KONFERENCER M.M:

I efteråret 2009 afholdes flere arrangementer om temaet kvinder, graviditet og afhængighed.

**Allerede i august** udbyder det nye Videnscenter for Rusmiddelskader hos Børn to kurser for medarbejdere i regionernes nyetablerede familieambulatorier – se mere på www.region.dk/Familieambulatoriet

**Mere på vej:**

**4. SEPTEMBER 2009**
Seminar om barn skadet af alkoholbruk i graviditet
Arr.: Borgestadklinikken o.a.
Sted: Tromsø
www.borgestadklinikken.no

**9. SEPTEMBER 2009**
Alcohol and Pregnancy Conference
Arr.: Eurocare & the Swedish Presidency of the European Union
Sted: Brussels
www.eurocare.org

**30. SEPTEMBER 2009 - I HORSENS OG**
**8. OKTOBER 2009 - I HVIDOVRE**
Seminar: Graviditet og rusmidler
Arr.: Seminarer.dk
www.seminarer.dk

**4. & 5. NOVEMBER 2009**
Seminar: Graviditet og rusmiddelbrug set ud fra et systemperspektiv
Arr.: Nordisk Velfærds Center (tidl. NAD, Nordisk Center for alkohol- och drogforskning)
Sted: Malmø
www.nad.fi

**17. NOVEMBER 2009**
Konference: Kvinder i udsatte-systemet
Arr.: KABS VIDEN & KVINFO
Sted: Nyborg
Tilmelding fra 1. september på www.kabs.dk

STOF / CRF København
Artillerivej 90, 2
2300 København S

B

Returneres ved varig adresseændring

POST
PP DANMARK