SLOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET

NR.26. SOMMER 2016

Mellem lyst og lidelse

Lysten er nådesløs og pågående. Den drives af en dunkel og fandenivoldsk trang til belønning.
Den insisterer, den fylder bevidstheden med små regnestykker, så de belønninger, man ikke fik i går, berettiger til, at man i hvert fald får én i dag.
Hvor kommer belønningssystemet ind i billedet? Og hvordan fungerer det? Hvad sker der i hjernen i forbindelse med stofbrug? Og ligner det de processer, der foregår, når det handler om adfærdsmæssig afhængighed som fx ludomani? Hvordan kan man blive bedre til at få opmærksomhed på og arbejde med egen adfærd og indgroede reaktionsmønstre?
Mange af disse spørgsmål er især relevante, når det drejer sig om unge, der i en tidlig alder stifter bekendtskab med rusmidler. Et bekendtskab, der for nogle efterhånden kan udvikle sig til et problembrug, der kan være vanskeligt at håndtere, mens andre formår at bruge stofferne til at arbejde med sig selv.
I dette nummer undersøger flere artikler, hvilke forhold der kan ligge til grund for stofbrug. Artiklerne angriber blandt andet problemet fra disse vinkler: betydningen af at være ensom og kede sig i provinsen - udbyttet ved kontrolleret stofbrug i fællesskab - årsager til, at det er så ufatteligt svært at stoppe eller skære ned på sit stofbrug - sammenhængen mellem ADHD og misbrug samt endelig netværkets betydning i forhold til det at ændre livsbane.
De mange forskellige tilgange til temaet om unge illustrerer, at vigtige problemstillinger stadig står åbne. Der er gennemført rigtig mange projekter og undersøgelser, skrevet utallige rapporter og artikler m.v. med henblik på at forebygge, behandle og følge op på unges misbrug. Alligevel er der mere end nogensinde brug for mere viden, flere erfaringer og flere nuancer for at kunne følge med udviklingen.
Heller ikke stofferne er status quo. Nye stoffer kommer til – og nye brugere. For eksempel viser artikler i dette nummer, at København er en magnet for unge svenske stofbrugere, der ikke føler sig hjulpet i deres hjemland. Vi har i den forbindelse fået mulighed for at bringe stillbilleder fra en svensk dokumentar, 'Monalisa Story', der gennem 8 år har fulgt heroinbrugeren Monalisas vej ud af misbruget. Hendes tilfælde skildres som et bredere samfundsproblem, der er knyttet til bl.a. social arv, udsathed, isolation og selvdestruktiv adfærd.
Det var netop sådanne narkotikapolitiske problemer, og dermed også brugernes liv og helbred, medlemslandene i FN skulle debattere på UNGASS 2016 i tre dage i april.
Der var forhåbninger til, at mødet i FN kunne være med til at fremme narkotikapolitiske reformer og dermed gøre en forskel. Det ser desværre ikke ud til at være tilfældet. Men det gode er, at selv status quo i FN-regi ikke kan stoppe den mange steder igangværende udvikling mod mere humane initiativer på misbrugsfeltet.

Birgitte Jensen

Redaktør på STOF

Redaktion:
Vibeke Asmussen Frank (ansvarshavende)
Birgitte Jensen (redaktør)
www.stofbladet.dk

Grafisk tilrettelæggelse:
L7/Info@lucky7.dk Ass: Elton
Korrektur: Leif Aidt
Tryk: Zeuner Grafisk as
Oplag: 3.500
ISSN: 1397 – 338X

Redaktionen afsluttet:
29. april 2016
Deadline for næste nummer:
15. september 2016
STOF nr. 27 udkommer november 2016

Spørgsmål vedr. abonnement og indlæg & artikler sendes til
bj.crf@psy.au.dk
Postadresse: STOF / CRF
Artillerivej 90, 2.
2300 S. København

STOF udsendes gratis til en lang række myndigheder, institutioner og fagfolk på stofmisbrugsområdet. STOF er siden 2003 udgivet af Center for Rusmiddelforskning på bevilling fra Social- og Indenrigsministeriet. 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.

STOF 26

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET · NR 26 · SOMMER 2016

ONDE CIRKLER 4
Ny forskning peger på ens mekanismer bag stofmisbrug og ludomani.
AF KRISTINE RØMER THOMSEN

VI SAVNER DIG, ARNE 12
Essay om afhængighed og behovsopfyldelse
AF ARNE HARDIS

UNG I UDKANTEN 14
– fortællinger om rusmiddelbrug og behandling i Udkantsdanmark.
AF LAURA SOFIE KREBS SØRENSEN

ADHD OG AFHÆNGIGHED AF RUSMIDLER 20
Rummelighed i fællesskabet kan støttes ved at behandle børn forskelligt. Også i skolen, hvor det vigtigste er at fange og stimulere børnenes opmærksomhed.
AF SHEILA JONES

'MAN SKAL HA' STYR PÅ SINE TING!' 29
"Lige inden vi tager trippet, når vi har fundet et godt sted at være i skoven, tager vi alle sammen vores telefoner frem og tjekker tiden, og så slukker vi dem, siger: 'GO!' og så er vi i gang".
AF NIELS LØPPENTHIN

SELVMEDFØLELSE: EN VEJ TIL ROBUSTHED 36
'Alene en forestilling er rigeligt til at vække stærke emotioner som angst og aggression med dertil knyttet stoftrang'.
Psykolog Leif Vind på årets KABS-konference.
AF MARIANNE BÆKBØL

EN NY START 38
Hvilken rolle spiller fællesskabet, når marginaliserede, etniske minoritetsunge forsøger at ændre livsbane?
AF BIRGITTE THYLSTRUP, THOMAS FRIIS SØGAARD & TORSTEN KOLIND

FRA SVERIGE TIL GADEN I KØBENHAVN 44
Hvad får unge, svenske stofbrugere til at vælge et liv på gaden i København, hvor deres rettigheder er begrænsede?
AF GRY BRUN ANKER

ET ØJEBLIK ...' 51
Tredje artikel i en serie, der beskriver nogle af de tilbud om hjælp og støtte, der findes på feltet. Denne gang om Migrantgruppen.
AF BIRGITTE ELLEMANN HÖEGH

MALIN OG ROBERT 55
Efter at have været igennem det svenske misbrugsbehandlingssystem har to svenske metadonbrugere fra Falun intet ønske om at vende tilbage til Sverige.
AF BIRGITTE ELLEMANN HÖEGH

BETYDNINGEN AF FEEDBACK FRA 'ERFARINGS-EKSPERTEN' 59
Den bedste indikator på, om indsatsen virker, får man ved at spørge borgeren selv.
AF FINN BLICKFELDT JULIUSSEN

ET SPØRGSMÅL OM INDDRAGELSE 69
Oplever brugerne, at de inddrages i døgnbehandlingen - og tillægges deres oplevelser betydning?
AF CHARLOTTE VANGE LØVSTAD

KONFERENCE-NYT

STOFMISBRUG 2016 – BEHANDLING VED EN SKILLEVEJ 77
Opsamling fra KABS-konferencen 8. og 9. marts 2016 i Vejle.
AF MARIANNE BÆKBØL

POLITIETS HÅNDHÆVELSE AF NARKOTIKALOVGIVNINGEN 81
Hvem bliver mistænkeliggjort for besiddelse af euforiserende illegale stoffer? Hvem bliver sigtet? Hvem bliver straffet?
AF TOBIAS KAMMERSGAARD & ESBEN HOUBORG

ONDE CIRKLER

Ny forskning forklarer paradokset med at opleve en stærkere og stærkere craving efter det stof, man er afhængig af, uden at man samtidigt oplever en tilsvarende øget nydelse, når man indtager stoffet. Denne forskning er også relevant i forhold til adfærdsmæssig afhængighed, som fx ludomani.

AF KRISTINE RØMER THOMSEN

Indtil for et par år siden var diagnostiske begreber som 'afhængighed' og 'misbrug' begrænset til beskrivelse af ukontrolleret og problematisk brug af rusmidler. Men med den seneste version af det amerikanske diagnosesystem, DSM-5, er det nu også muligt at få en *adfærdsmæssig* afhængighedsdiagnose [1]. Indtil videre er det kun ludomani, dvs. ukontrolleret brug af pengespil, der formelt kan betegnes som en adfærdsmæssig afhængighedsforstyrrelse, mens andre former for ukontrolleret adfærd, fx *internet gaming disorder*, har været under overvejelse i forbindelse med udgivelsen af DSM-5, men kræver mere forskning.

Tidligere blev ludomani klassificeret som en impulskontrol-forstyrrelse sammen med fx kleptomani og pyromani [2]. Men i takt med, at evidensen for væsentlige ligheder med rusmiddelrelaterede forstyrrelser er vokset, har der været en hastigt stigende enighed blandt forskere om at opfatte ludomani som en afhængighedsforstyrrelse. Med udgivelsen af DSM-5 i 2013 blev de forskningsmæssige fremskridt også stadfæstet i en diagnostisk ramme, idet man besluttede at omdøbe ludomani (fra *pathological gambling* til *gambling disorder*) og at flytte diagnosen til sektionen *Substance-Related and Addictive Disorders* [1].

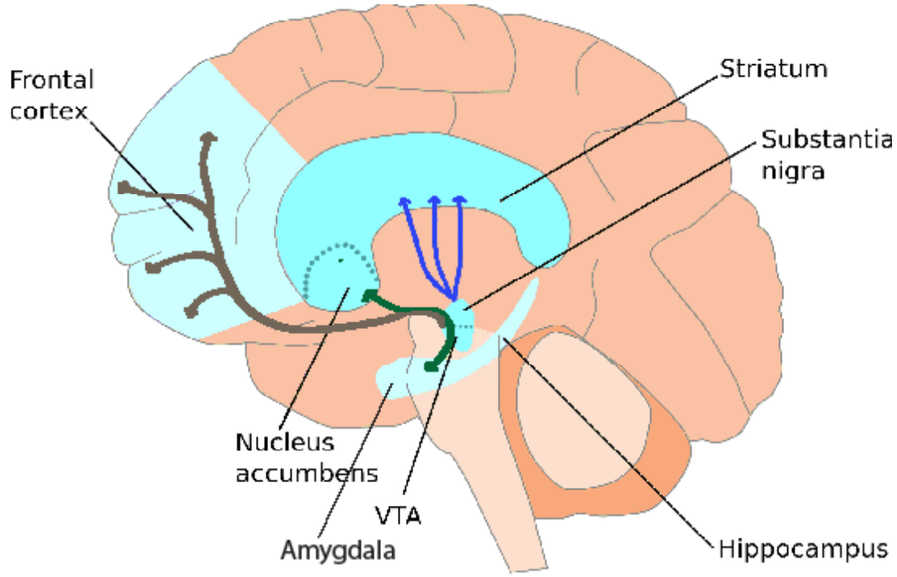
Denne udvikling har store konsekvenser for, hvordan vi forstår, diagnosticerer og behandler ludomani, og stiller samtidig også krav til, at vi – såvel forskere som behandlere – udveksler viden og erfaring *på tværs af* tidligere adskilte fagområder. Som forsker er jeg i særlig grad optaget af, hvordan forskningen i ludomani fx kan lære fra rusmiddelforskningen og vice versa. Men det er klart, at en tilsvarende udveksling af viden og erfaring i lige så høj grad gavner behandlingsområdet. Dette understreges også af det høje sammenfald mellem ludomani og rusmiddelrelaterede forstyrrelser [3], som betyder, at man i misbrugs- og ludomanibehandlingen ofte møder klienter, som har problemer med at kontrollere både rusmidler og pengespil.

I det følgende vil jeg præsentere en af de førende neurobiologiske teorier om rusmiddelafhængighed, *the incentive sensitization theory*, som hævder, at den stærke craving, som styrer mange misbrugeres liv, skyldes en *hyperresponsivitet* (på engelsk: sensitization) i det neurale system, som styrer vores *motivation* (på engelsk: incentive). Teorien tilbyder således en neurobiologisk og psykologisk forklaring på, hvordan craving opstår, og hvorfor det er så ufattelig svært at komme ud af et stofmisbrug. Derudover bidrager teorien med en overbevisende neurobiologisk og psykologisk forklaring på det paradoks, at misbrugere kan opleve en meget kraftig craving efter det stof, de er afhængige af, uden at de nødvendigvis oplever stor nydelse, når de indtager det. Teorien er velunderstøttet af forskning inden for rusmiddelafhængighed, men spørgsmålet er, om denne teori også kan bidrage til vores forståelse af en adfærdsmæssig afhængighedsforstyrrelse som ludomani? Det undersøger jeg i den sidste del af artiklen.

The incentive sensitization theory

En af de førende neurobiologiske teorier om rusmiddelafhængighed, *the incentive sensitization theory*, blev udviklet af Robinson og Berridge i begyndelsen af 1990'erne [4] og er løbende blevet opdateret [5, 6]. Teorien er understøttet af empirisk forskning, og selvom hoveddelen af studierne er udført på dyr (primært gnavere), har der været en stigende interesse i at teste teorien på mennesker [for systematiske reviews af humane forsøg se fx: 7, 8, 9].

Ifølge teorien er en af de vigtigste mekanismer i forhold til at forstå craving og tilbagefald en stofinduceret *hyperresponsivitet* (på engelsk: *sensitization*) i det neurale system, som normalt sørger for, at vi



FIGUR 1. DET DOPAMINERGE BELØNNINGSSYSTEM

- Mesolimbiske forbindelser: VTA til limbiske områder som nucleus accumbens og amygdala
- Mesokortiale forbindelser: VTA til kortiale områder som præfrontal cortex

Ifølge teorien er en af de primære mekanismer i afhængighed en stof-induceret *hyperresponsivitet* i et neuralt system, som styrer 'wanting' og den bevidste oplevelse af craving. Systemet består hovedsageligt af dopaminerge neuroner, som forbinder ventral tegmental area (VTA) dybt inde i hjernen med limbiske områder som fx *nucleus accumbens* og *amygdala,* og områder i hjernebarken som fx *præfrontal cortex*. Dette *mesocorticolimbiske system (belønningssystemet)* sørger normalt for, at vi opsøger belønninger som mad og sex, som er vigtige for vores overlevelse og reproduktion. Men ifølge teorien kan indtag af stoffer føre til en hyperresponsivitet i dette system overfor stofferne samt de cues, som er forbundet med stofferne, hvilket fører til den uhensigtsmæssige og meget stærke craving efter stoffer, som stofmisbrugere oplever.

vender vores opmærksomhed mod og opsøger stimuli, som er forbundet med belønning: 'This system transforms ordinary stimuli, such as cues associated with rewards, into incentive stimuli, making them motivationally attractive and able to trigger an urge to pursue and consume their reward'[6]. Systemet består primært af dopaminerge neuroner, som forbinder *ventral tegmental area* i midthjernen med limbiske områder som fx *nucleus accumbens* og *amygdala,* og kortikale områder som fx *præfrontal cortex* (Figur 1).

Cues udløser Craving

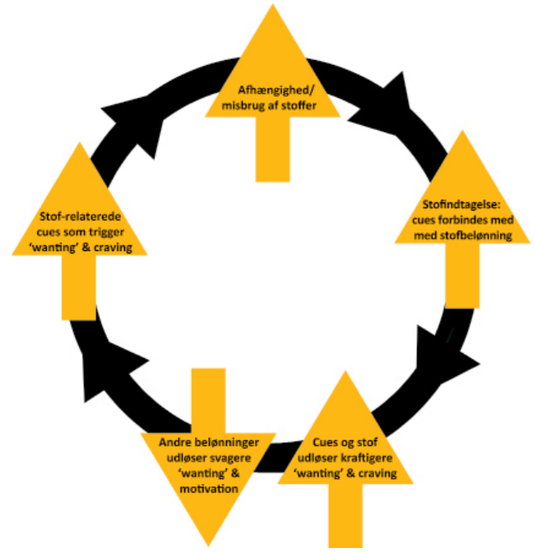
Under normale omstændigheder hjælper dette neurale system (også kaldet *belønningssystemet*) med at sikre vores overlevelse ved at sørge for, at vi opsøger og konsumerer fundamentale belønninger som mad og sex. Men ifølge teorien kan indtag af stoffer (hos en lille gruppe af mennesker) føre til en stofinduceret *hyperresponsivitet* i systemet, som medfører, at systemet reagerer særdeles kraftigt på stoffet samt på såkaldte *stof-relaterede cues* (dvs. stimuli, som har været til stede under stofindtagelsen og nu er blevet forbundet med stoffets belønnende effekt). Det betyder med andre ord, at når stofmisbrugeren støder på stimuli i sit miljø, som tidligere er blevet forbundet med stoffet gennem klassisk betingning (fx lyde, dufte, objekter, personer eller omgivelser), kan disse *stof-relaterede cues* udløse en meget kraftig craving efter stoffet, som kan være næsten umulig at kontrollere. I takt med, at misbruget eller afhængigheden udvikles, reagerer systemet kraftigere og kraftigere på disse stof-relaterede cues, og samtidig mister andre belønninger (som fx mad, sex og social interaktion) deres evne til at tiltrække misbrugeren. Dette fører til en gradvis indsnævring af interesser, hvor misbrugeren bruger mere og mere tid på at opsøge og indtage stoffer og mindre og mindre tid på tidligere interesser, hvilket skaber en ond cirkel (Figur 2).

For at forstå den kraftige 'wanting' og craving, som kan være næsten umulig at kontrollere, kan man forestille sig den mad-craving, man ville opleve, hvis man efter flere dage uden føde dufter nybagt brød. I det hele taget er det vigtigt at være opmærksom på, at et cue's evne til at trigge stærk motivation efter at opsøge den tilhørende belønning interagerer med vores fysiologiske tilstand. Duften af nybagt brød vil således have en meget kraftigere indvirkning på os, hvis vi er sultne, end hvis vi lige har spist og er mætte. På samme måde vil et stof-relateret cue's evne til at trigge craving efter stoffet være påvirket af hjernens aktuelle dopamintilstand.

Hyperresponsiviteten overfor stof-relaterede cues og overfor selve stoffet fører uundgåeligt til en høj grad af kontroltab. Dette forstærkes af, at de stof-relaterede cues også kan påvirke adfærden, uden at misbrugeren er bevidst om det. Robinson og Berridge skelner i deres teori mellem 'wanting' (med citationstegn), som er de automatiske impulser om at opsøge belønningen, som ikke nødvendigvis er bevidste og wanting (eller craving), som er den bevidste, subjektive oplevelse af motivation eller craving efter en belønning [10].

'Wanting' kan adskilles fra 'Liking'

En anden vigtig pointe i teorien er, at vores *'wanting'* efter fx et stof er uafhængig af, hvor meget vi nyder stoffet, når vi indtager det (vores *'liking'*). Selvom 'wanting' og 'liking' ofte hænger sammen, således at vi opsøger belønninger, som udløser nydelse og behag, er dette ikke altid tilfældet. Denne adskillelse kan netop finde sted, fordi der er tale om to forskellige psykologiske processer, som er medieret af delvist forskellige systemer i hjernen [10]. Der er således overbevisende



⬆ illustrerer en stigning/forværring over tid, og
⬇ illustrerer en nedgang over tid.

FIGUR 2. EN OND CIRKEL

Teorien kan illustreres som en ond cirkel, hvor indtagelse af stoffer kan føre til en *hyperresponsivitet* overfor stoffet samt de cues, som er forbundet med stoffet, blandt mennesker, som er prædisponeret til at udvikle hyperresponsivitet i det neurale belønningssystem (Figur 1). Når personen støder på stimuli, som tidligere er blevet forbundet med stoffet (fx dufte, lyde, objekter, omgivelser), udløser de en uhyre stærk craving efter at indtage stoffet igen. I takt med, at misbruget udvikles, reagerer systemet kraftigere og kraftigere på disse stof-relaterede cues, og samtidig mister andre belønninger (som fx mad, sex, social interaktion) deres evne til at tiltrække misbrugeren. Dette fører til en gradvis indsnævring af interesser, hvor misbrugeren bruger mere og mere tid på at opsøge og indtage stoffer og mindre og mindre tid på tidligere interesser. Samtidig stiger antallet af cues, som er forbundet med stofindtaget, og som senere kan 'trigge' den stærke craving. Alt dette øger sværhedsgraden af sygdommen og gør det sværere og sværere at bryde den onde cirkel.

evidens for, at dopamin spiller en afgørende rolle i forhold til 'wanting'/wanting, men ikke i forhold til 'liking'/liking. Denne evidens stammer fx fra forsøg, hvor kunstigt øgede dopamin-niveauer i hjernen øger dyrs og menneskers 'wanting' eller craving efter belønninger, men ikke deres nydelsesudløste 'liking'-reaktioner eller subjektivt oplevede nydelse [11-13]. Ifølge teorien er det alene 'wanting'/wanting systemet (Figur 1), som bliver hyperresponsivt hos stofmisbrugere. Selvom 'wanting' og 'liking' af stoffet typisk hænger sammen i de første faser af (mis)bruget, er det derfor kun 'wanting' og craving efter stoffet, som gradvist bliver kraftigere og kraftigere. På den måde tilbyder Robinson & Berridge en elegant neurobiologisk forklaring på det paradoks, som misbrugere ofte beskriver, nemlig, at de oplever en stærkere og stærkere craving efter det stof, de er afhængige af, uden at de samtidig oplever en tilsvarende forøgelse i den nydelse, de oplever, når de indtager stoffet.

Teorien er støttet af empiri

Som jeg nævnte indledningsvist er teorien velunderstøttet af empirisk forskning. Udover en omfattende dyrelitteratur har studier af mennesker fx vist, at hvis man kunstigt forhøjer hjernens dopamin-niveau (fx gennem indtagelse af amfetamin), øges den bevidste oplevelse af wanting efter stoffet, men ikke den bevidste oplevelse af liking af stoffet [13-15]. Og på samme måde: Hvis man kunstigt nedsætter hjernens dopamin-niveau, rapporterer forsøgspersonerne en mindre grad af cue/kokain-induceret wanting, men ikke liking [16]. I forsøg, hvor man har undersøgt forsøgspersoners opmærksomhed, har man desuden vist, at stofmisbrugere har en øget opmærksomhed overfor stof-relaterede cues, og at denne bias hænger sammen med graden af selvrapporteret craving [17].

På et neuralt niveau er der også fundet støtte til en stof-induceret hyperresponsivitet i det dopaminerge belønningssystem overfor stof-relaterede cues på tværs af forskellige former for rusmidler som fx kokain, alkohol og nikotin [9]. Der er ligeledes fundet støtte til en øget responsivitet under indtagelse af selve stoffet [18, 19], selvom resultaterne har været mere blandede. I en række systematiske reviews af litteraturen på området har Vezina og Leyton overbevisende demonstreret, at de blandede resultater formentlig skyldes en væsentlig forskel i forsøgsdesignet: I studier, hvor stof-relaterede cues har været tilstede under stofindtagelsen, har man fundet støtte til teorien om neural hyperresponsivitet, mens der i studier, hvor der *ikke* har været stof-relaterede cues til stede, er rapporteret formindsket neural responsivitet [7, 8].

Overordnet set er der altså empirisk støtte til teorien i forhold til rusmiddelafhængighed. Spørgsmålet er, om nogle af de samme mekanismer gør sig gældende ved en adfærdsmæssig form for afhængighed som ludomani?

Kan modellen hjælpe os med at forstå mekanismerne i ludomani?

Ludomani er en invaliderende sygdom, som er karakteriseret ved vedvarende og tilbagevendende problematisk spilleadfærd, som fortsættes på trods af negative økonomiske og sociale konsekvenser for individet og dets omgivelser. Et af hovedargumenterne for at klassificere ludomani som en adfærdsmæssig afhængighedsforstyrrelse (i DSM-5) er det store overlap mellem ludomani og rusmiddelrelaterede forstyrrelser i forhold til kliniske symptomer og underliggende neurobiologi. Ligesom stofmisbrugere kæmper ludomaner fx med stærk craving og abstinenser, spiller ofte, når de føler sig nedtrykte og har gentagne fejlslagne forsøg på at skære ned eller stoppe, og på et neuralt niveau er der fx voksende støtte til overlappende forstyrrelser i det dopaminerge belønningssystem [20, 21].

Foreløbig evidens for teorien i forhold til ludomani

Hvis vi overfører teorien til ludomani, vil vi forvente, at ludomaner har en stærk 'wanting' og craving efter at spille pengespil, uafhængigt af deres 'liking' og bevidste oplevelse af nydelse ved at spille. Derudover vil vi forvente, at deres mesocorticolimbiske system (især de dopaminerge neuroner, Figur 1) reagerer kraftigere på spille-relaterede cues og på spilleaktivitet i forhold til andre personer og i forhold til andre typer af cues eller aktiviteter. Er der støtte til disse hypoteser i den eksisterende litteratur? Overordnet set er der langt mindre forskning, som kan belyse teorien i forhold til ludomani, men i den tilgængelige litteratur er der overvejende støtte til teorien. Fx er der støtte til hypotesen om en hyperresponsivitet overfor spille-relaterede cues fra forsøg, der viser, at personer, der lider af ludomani, har en opmærksomhedsbias overfor spille-relaterede cues [22, 23] på linje med fund fra rusmiddelmisbrugere.

Ved at påvise, at 'wanting' og 'liking' er to forskellige psykologiske processer, som medieres af delvist adskilte systemer i hjernen, tilbyder teorien desuden en elegant forklaring på, hvorfor man som misbruger kan have så stærk craving efter et stof, uden at stoffet nødvendigvis tilbyder en høj grad af nydelse, eller hvorfor vi alle sammen ind imellem kan kværne en hel plade chokolade uden egentlig at nyde den. Teoriens betoning af, at stof-relaterede cues påvirker adfærden, uden at misbrugeren er bevidst om det, er også væsentlig og kan have konsekvenser for den måde, vi behandler stofmisbrug og ludomani på.

På det neurale niveau er der ganske få studier, der har målt dopaminfrigivelsen i forbindelse med spilleaktivitet eller spille-relaterede cues blandt ludomaner. To relativt nye studier fandt ikke højere dopaminfrigivelse i det nævnte belønningssystem (Figur 1) blandt personer med problematisk spil sammenlignet med kontrolpersoner under spil [24, 25], men blandt de ludomane var der en positiv sammenhæng mellem dopaminfrigivelsen og sværhedsgraden af ludomanisymptomerne [24] samt mellem dopaminfrigivelsen, og hvor 'excited' de var efter spillet [25]. Disse fund kunne pege på, at den neurale hyperresponsivitet ikke nødvendigvis er forbundet med ludomani, men blandt personer, som lider af ludomani, er der en sammenhæng mellem hyperresponsivitet og sværhedsgraden af sygdommen.

Blandt fMRI-studier (studier, hvor man kan måle aktiviteten i områder af hjernen, men ikke specifikke neurotransmittere) er der overvejende støtte til, at spille-relaterede cues udløser øget aktivitet i belønningssystemet blandt ludomaner sammenlignet med kontrolpersoner [fx 26, 27], på linje med fund fra rusmiddelforskningen. I forhold til aktivitet i belønningssystemet under spil er resultaterne dog lidt mere blandede. På samme måde som ved de rusmiddelrelaterede forstyrrelser er der rapporteret øget aktivitet

KRISTINE RØMER THOMSEN
PSYKOLOG, PH.D., ADJUNKT VED CRF

i belønningssystemet hos personer med problematisk spilleadfærd sammenlignet med kontrolpersoner i studier, hvor spille-relaterede cues var til stede under spillet [28] og formindsket aktivitet i de studier, hvor relevante spille-relaterede cues *ikke* var tilstede [fx 29]. Som Leyton og Vezina har påpeget, er en mulig tolkning af disse fund, at: 'in patients with reward-seeking disturbances, 'wanting'-processes become pathologically tied to a narrow set of familiar addiction-related stimuli. When these cues are present striatal activation is greater, but when they are not it is blunted' [30, s. e21]. Begge disse processer - øget neural responsivitet, når relevante cues er til stede, og formindsket aktivitet, når de ikke er – er formentlig afgørende for at forstå rusmiddelrelaterede og adfærdsmæssige former for afhængighed, og begge processer er i tråd med *the incentive sensitization theory*.

Overordnet set er der altså også støtte til teorien i forhold til ludomani, men det er dog vigtigt at understrege, at der er brug for flere studier, som tester antagelserne i teorien.

Hvad betyder det for vores forståelse?

Ud fra den tilgængelige litteratur ser det ud til, at *the incentive sensitization theory* også kan bidrage til vores forståelse af, hvilke mekanismer der ligger bag ukontrolleret og problematisk spilleadfærd. Udover, at dette fund bakker op om DSM-5's klassifikation af ludomani sammen med de rusmiddelrelaterede forstyrrelser, understreger det også vigtigheden af, at vi lader os inspirere og lærer af forskningen *på tværs* af tidligere adskilte fagområder. Forskningen i de rusmiddelrelaterede forstyrrelser har mange års forspring, og det er derfor oplagt, at man anvender indsigter herfra i forskningen af de forskellige former for adfærdsforstyrrelser, som er i hastig udvikling. Udover ludomaniforskningen er der en hastigt voksende interesse i at undersøge, om ukontrolleret og kompulsiv brug af fx gaming, sex, pornografi og mad også bør klassificeres som adfærdsmæssige afhængighedsforstyrrelser, og indsigter fra disse forskningsfelter kan potentielt også informere rusmiddelforskningen.

Man kan måske spørge, hvorfor det overhovedet er vigtigt, om der er støtte til den gennemgåede teori? Hvad betyder det fx for vores forståelse og behandling af rusmiddelrelaterede forstyrrelser og ludomani? For mig at se tilbyder teorien en neurobiologisk og psykologisk forklaring på, hvordan craving opstår, og hvorfor det er så ufatteligt svært at stoppe eller skære ned. Ved at påvise, at 'wanting' og 'liking' er to forskellige psykologiske processer, som medieres af delvist adskilte systemer i hjernen, tilbyder teorien desuden en elegant forklaring på, hvorfor man som misbruger kan have så stærk craving efter et stof, uden at stoffet nødvendigvis tilbyder en høj grad af nydelse, eller hvorfor vi alle sammen ind imellem kan kværne en hel plade chokolade uden egentlig at nyde den.

Teoriens betoning af, at stof-relaterede cues påvirker adfærden, uden at misbrugeren er bevidst om det, er også væsentlig og kan have konsekvenser for den måde, vi behandler stofmisbrug og ludomani på. Mens traditionel kognitiv adfærdsterapi er velegnet til at arbejde med den bevidst oplevede craving, er andre behandlingsmetoder som fx mindfulness-baserede interventioner (i hvert fald teoretisk set) bedre egnede til at behandle 'wanting'-impulser, som man ikke er bevidst om [31]. Man kan derfor forestille sig, at nogle vil have gavn af en kombination af disse typer af behandlinger. Disse betragtninger bakkes op af nye undersøgelser, der peger på, at mindfulness-baserede interventioner kan reducere forbrug og craving blandt stofmisbrugere [32, 33], selvom flere randomiserede undersøgelser er påkrævede.

Sidst, men ikke mindst er det vigtigt at påpege den høje komorbiditet mellem ludomani og de rusmiddelrelaterede forstyrrelser [3], som betyder, at en del af klienterne i misbrugs- og ludomanibehandlingen har (eller kan få) problemer med at kontrollere både rusmidler og pengespil. For misbrugsbehandlere er det derfor vigtigt at være opmærksom på, om klienten har andre områder, hvor hans/hendes adfærd er ukontrolleret og problematisk. Qua det store overlap mellem ludomani og rusmiddelrelaterede forstyrrelser vil behandleren som udgangspunkt kunne anvende mange af de samme terapeutiske (men ikke nødvendigvis medicinske) greb og strategier, som succesfuldt anvendes overfor de rusmiddelrelaterede problematikker. Ligesom ved rusmiddelrelaterede lidelser er der fx overvejende evidens for, at kognitiv adfærdsterapi er effektivt i forhold til at behandle ludomani [34]. ■

REFERENCER

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 5Edition, (Washington DC: American Psyhiatric Association).
2. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, 4 Edition, (American Psychiatric Association).
3. Kessler, R.C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N.A., Winters, K.C., and Shaffer, H.J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. Psychol Med *38*, 1351-1360.
4. Robinson, T.E., and Berridge, K.C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. Brain Res Brain Res Rev *18*, 247-291.
5. Robinson, T.E., and Berridge, K.C. (2008). The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci *363*, 3137-3146.
6. Robinson, M.J.F., Robinson, T.E., and Berridge, K.C. (2013). Incentive salience and the transition to addiction. In Biological Research on Addiction, P. Miller, ed. (Academic Press), pp. 391-399.
7. Leyton, M., and Vezina, P. (2013). Striatal ups and downs: their roles in vulnerability to addictions in humans. Neuroscience and biobehavioral reviews *37*, 1999-2014.
8. Vezina, P., and Leyton, M. (2009). Conditioned cues and the expression of stimulant sensitization in animals and humans. Neuropharmacology *56 Suppl 1*, 160-168.
9. Kuhn, S., and Gallinat, J. (2011). Common biology of craving across legal and illegal drugs - a quantitative meta-analysis of cue-reactivity brain response. Eur J Neurosci *33*, 1318-1326.
10. Berridge, K.C., Robinson, T.E., and Aldridge, J.W. (2009). Dissecting components of reward: 'liking', 'wanting', and learning. Current Opinion in Pharmacology *9*, 65-73.
11. Wardle, M.C., Treadway, M.T., Mayo, L.M., Zald, D.H., and de Wit, H. (2011). Amping up effort: effects of d-amphetamine on human effort-based decision-making. J Neurosci *31*, 16597-16602.
12. Peciña, S., Cagniard, B., Berridge, K.C., Aldridge, J.W., and Zhuang, X. (2003). Hyperdopaminergic mutant mice have higher "wanting" but not "liking" for sweet rewards. J Neurosci *23*, 9395-9402.
13. Leyton, M., aan het Rot, M., Booij, L., Baker, G.B., Young, S.N., and Benkelfat, C. (2007). Mood-elevating effects of d-amphetamine and incentive salience: the effect of acute dopamine precursor depletion. J Psychiatry Neurosci *32*, 129-136.
14. Leyton, M., Boileau, I., Benkelfat, C., Diksic, M., Baker, G., and Dagher, A. (2002). Amphetamine-induced increases in extracellular dopamine, drug wanting, and novelty seeking: a PET/[11C]raclopride study in healthy men. Neuropsychopharmacology *27*, 1027-1035.
15. Liggins, J., Pihl, R.O., Benkelfat, C., and Leyton, M. (2012). The dopamine augmenter L-DOPA does not affect positive mood in healthy human volunteers. PLoS One *7*, e28370.
16. Leyton, M., Casey, K.F., Delaney, J.S., Kolivakis, T., and Benkelfat, C. (2005). Cocaine craving, euphoria, and self-administration: a preliminary study of the effect of catecholamine precursor depletion. Behav Neurosci *119*, 1619-1627.
17. Field, M., Munafo, M.R., and Franken, I.H. (2009). A meta-analytic investigation of the relationship between attentional bias and subjective craving in substance abuse. Psychol Bull *135*, 589-607.
18. Boileau, I., Dagher, A., Leyton, M., Gunn, R.N., Baker, G.B., Diksic, M., and Benkelfat, C. (2006). Modeling sensitization to stimulants in humans: an [11C]raclopride/positron emission tomography study in healthy men. Archives of General Psychiatry *63*, 1386-1395.
19. Boileau, I., Dagher, A., Leyton, M., Welfeld, K., Booij, L., Diksic, M., and Benkelfat, C. (2007). Conditioned dopamine release in humans: a positron emission tomography [11C]raclopride study with amphetamine. J Neurosci *27*, 3998-4003.
20. Potenza, M.N. (2008). Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci *363*, 3181-3189.
21. Frascella, J., Potenza, M.N., Brown, L.L., and Childress, A.R. (2010). Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint? Annals of the New York Academy of Sciences *1187*, 294-315.
22. Brevers, D., Cleeremans, A., Bechara, A., Laloyaux, C., Kornreich, C., Verbanck, P., and Noel, X. (2011). Time course of attentional bias for gambling information in problem gambling. Psychol Addict Behav *25*, 675-682.
23. Brevers, D., Cleeremans, A., Tibboel, H., Bechara, A., Kornreich, C., Verbanck, P., and Noel, X. (2011). Reduced attentional blink for gambling-related stimuli in problem gamblers. J Behav Ther Exp Psychiatry *42*, 265-269.
24. Joutsa, J., Johansson, J., Niemela, S., Ollikainen, A., Hirvonen, M.M., Piepponen, P., Arponen, E., Alho, H., Voon, V., Rinne, J.O., et al. (2012). Mesolimbic dopamine release is linked to symptom severity in pathological gambling. NeuroImage *60*, 1992-1999.
25. Linnet, J., Moller, A., Peterson, E., Gjedde, A., and Doudet, D. (2011). Dopamine release in ventral striatum during Iowa Gambling Task performance is associated with increased excitement levels in pathological gambling. Addiction *106*, 383-390.
26. Goudriaan, A.E., de Ruiter, M.B., van den Brink, W., Oosterlaan, J., and Veltman, D.J. (2010). Brain activation patterns associated with cue reactivity and craving in abstinent problem gamblers, heavy smokers and healthy controls: an fMRI study. Addict Biol *15*, 491-503.
27. van Holst, R.J., van Holstein, M., van den Brink, W., Veltman, D.J., and Goudriaan, A.E. (2012). Response inhibition during cue reactivity in problem gamblers: an fMRI study. PLoS One *7*, e30909.
28. van Holst, R.J., Veltman, D.J., Buchel, C., van den Brink, W., and Goudriaan, A.E. (2012). Distorted expectancy coding in problem gambling: is the addictive in the anticipation? Biological psychiatry *71*, 741-748.
29. Balodis, I.M., Kober, H., Worhunsky, P.D., Stevens, M.C., Pearlson, G.D., and Potenza, M.N. (2012). Diminished frontostriatal activity during processing of monetary rewards and losses in pathological gambling. Biological psychiatry *71*, 749-757.
30. Leyton, M., and Vezina, P. (2012). On cue: striatal ups and downs in addictions. Biological psychiatry *72*, e21-22.
31. Rømer Thomsen, K., Fjorback, L.O., Moller, A., and Lou, H.C. (2014). Applying incentive sensitization models to behavioral addiction. Neuroscience and biobehavioral reviews *45*, 343-349.
32. Chiesa, A., and Serretti, A. (2013). Are Mindfulness-Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence. Subst Use Misuse.
33. Tang, Y.Y., Tang, R., and Posner, M.I. (2013). Brief meditation training induces smoking reduction. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America *110*, 13971-13975.
34. Gooding, P., and Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: hedging our bets? Behav Res Ther *47*, 592-607.

Vi savner dig, Arne

AF ARNE HARDIS

En dag på vejen blev jeg vidne til en dramatisk færdselsepisode, som kunne være endt helt galt. En mand på cykel blev knap kørt ned af en højredrejende bilist, hvorfor en kvinde med barnevogn var ved at blive påkørt af cyklisten, da denne for ikke at blive slået ihjel undveg halvt oppe på fortovet, hvor hun kom trillende. Cyklisten råbte opbragt, sagde siden noget undskyldende med lidt lavere stemme, jeg troede, det sidste var en beklagelse henvendt til kvinden.

Han talte i telefon. Beklagede vel sit øjeblik af distraktion, som forstyrrede en god og vigtig samtale.

Den episode bevirkede, at jeg besluttede at lægge mit liv om. Jeg genkendte mig selv i klovnen på cyklen, og jeg sagde – indvendig, naturligvis – til mig selv: aldrig mere. Aldrig mere køre og sms'e med politikere på cykelstien mellem Gevninge og Roskilde, aldrig mere tale med Gud og hvermand på samme strækning, indtil fingrene fryser af. Ikke gå ind i toget, mens jeg lige tjekker, om en sms har udløst nogen reaktion. Ikke støde ind i folk gående på gaden.

Aldrig – og her må man se det konjunktivistiske i udsagnet for sig, for det kunne jeg selvfølgelig ikke finde på – bruge telefonen i bilen. Aldrig mere indløse medlemskort til de skrå blikkes brigade, dem med øjet lænket til telefonen i skødet ved møder eller i bilen eller ved spisebordet. Aldrig mere.

Sådan er der nu hengået en måneds tid, det er ikke så svært, og det er ikke sjælsrystende bortset fra det essentielle: Jeg opdagede, hvor mange gange jeg i løbet af de ti minutters gåtid fra Nørreport til Weekendavisen føler en impuls til at tjekke telefonen for lige at se, om der er sket noget. Noget hvad? Noget.

Det er den afhængiges adfærd. En højt anerkendt kollega fortalte mig, at han af og til sætter sin telefon på flight mode, så den ikke kan modtage signaler. Flight mode? Det er drankerens antabus, intet andet.

Krykken til den afhængige pjalt, hvis hjerne hele tiden sender signaler, der kræver behovsopfyldelse. Det er den ikke-civiliseredes ophævelse af skellet mellem nu og senere. Barnet, som ikke kan vente. Man henvender sig også til mig som til et barn. På et tidspunkt hentede jeg en app med henblik på noget cykelhalløj. Tabte straks interessen, men får jævnligt meddelelser fra Mor Endomondo: 'Vi savner dig, Arne.'

Som barn blev man jo forsøgsvis opdraget til at tåle en vis tidsmæssig afstand mellem behov og opfyldelse. Begrebet lørdagsslik fandtes. Man lovede højtideligt – men holdt det selvfølgelig ikke, hvis man fandt nogle småører – ikke at røre slik hele ugen og belønnedes lørdag aften for sin standhaftighed. I kiosken ved siden af Landmandslyst i Osted købte min far på vej hjem fra mælketuren poser med karamelstænger, hæle, vingummi, snørebånd til min søster og mig. Jeg øvede mig af og til i at tømme posen langsomt, så hun kunne sidde med tømt slikpose og tomme øjne, mens man endnu ikke havde bidt snuden af den gemte chokoladeskildpadde fra Toms med henblik på langsomt at suge den flydende karamel ud af dyret.

Man lærte endda at spise den alt for voluminøse portion hønsekødssuppe, når den slags blev serveret. Man tømte tallerkenen inklusive de på overfladen svømmende fedtperler, de på bunden hvilende kødboller, de i suppen svømmende porre- og gulerodsbidder og de alt for varme kartoffelstykker og grøntkålssmulerne, melbollerne fik man nådigst lov at lade ligge. Alt dette, inden man måtte kaste sig over pandekagerne og kunne indlede forhandlinger om, hvor meget sukker en sådan krævede.

Det er ikke sådan mere. For nogle uger siden passerede jeg et af de hyppigst forekommende tableauer foran en fancy butik i Indre By, hvor15-årige drenge overnatter for at købe en vare til så vanvittig god en reklamepris, at de kan stoppe tusinder af sparede kroner lige ned i lommen. Jeg standsede op. Hvad ventede de på? En sko. Af ypperste mærke. 5.000 til hverdag, den heldige kunne erhverve den for 1.500.

Hen over den kolde nat i det lille festivaltelt på fortovet var de tre ungersvende kommet i tvivl om, hvorvidt tilbuddet faktisk fandtes, og begyndte en klagesang om, hvor uretfærdigt det var. Syntes jeg ikke også det? 'Er du advokat', spurgte den længste af dem håbefuldt og så vredt på mig.

Som sagt, svært er det ikke at overholde mit forbud, kun pinligt igen og igen at blive mindet om, hvor sølle et liv jeg forvalter. Det er heller ikke sådan, at mit system er uden undtagelser. Vibrerer telefonen i lommen, er det tilladt at se, hvem der har ringet, for man har børn, og børn i 20erne er stadig børn, når de er ens egne.

Tilsvarende bryder jeg – med egne pragmatisk udstedte passersedler til den indre narkoman – med reglen om ikke at se på telefonen, mens jeg går på gaden, så snart jeg har parkeret cyklen i Roskilde og begiver mig over mod perronen med tog til København. Der har været tale om en så langvarig behovsudskydelse – op mod 40 minutter – at det er okay lige at tjekke, hvordan og hvorledes det står til. Man skal jo heller ikke være fanatiker.

Men selvhadet stikker fjæset frem. Det er en pligt i vores kultur at hvile i sig selv. Man jager ikke rastløst rundt i tivoliet fra forlystelse til forlystelse med lyserød candyfloss i håret og mellem fingrene og hjemskudte bamser og turkort i favnen. Idealmennesket åbner en bog og læser den uden en eneste afbrydelse og kommer ud på den anden side en nat senere – beriget, forvandlet. Ingen anmelder har nogensinde læst en fremragende bog, uden at det har været i ét hug.

Mens jeg skriver dette, markerer Facebook, at jeg har fået en besked. Den må jeg gerne tjekke, jeg sidder ved køkkenbordet hjemme, og her gælder gadens begrænsninger ikke. En mig bekendt person har fødselsdag, jeg opfordres til at sende hende positive tanker og skrive til hende, at jeg tænker på hende.

Skal vi til fødselsdagsfest?

Og må jeg spise alt det slik, jeg har lyst til?

ARNE HARDIS ER POLITISK REDAKTØR, JOURNALIST OG KOMMENTATOR PÅ WEEKENDAVISEN.

Dette essay om afhængighed og behovsopfyldelse var at læse i WA d. 19. februar 2016.
STOF takker Arne Hardis og WA for tilladelse til at bringe teksten.

UNG I UDKANTEN

– fortællinger om rusmiddelbrug og behandling i udkanten af Danmark

AF LAURA SOFIE KREBS SØRENSEN

Denne artikel er skrevet på baggrund af mine erfaringer fra mit første år som ungerådgiver på et rusmiddelcenter i udkanten af Danmark. Jeg har en baggrund som sociolog og har arbejdet med rusmiddel- og ungdomsforskning ved flere forskningsinstitutioner. For et år siden tog jeg dog springet ud i 'udfører-rollen' og i en praksis, hvor jeg til dagligt arbejder med unge med forskellige misbrugsrelaterede problematikker.

Et element, som går igen i forhold til de erfaringer, oplevelser og ikke mindst problematikker, som de unge bærer rundt på, er, at deres misbrug i høj grad kan sættes i relation til deres geografiske og materielle kontekst. Det er forholdet mellem kontekst og rusmiddelbrug, der er udgangspunktet for denne artikel.

Den kontekst, som overordnet danner rammen for denne artikel, er en kommune i udkanten af Danmark, hvor en række drenge bor, hvis historier jeg har valgt at genfortælle. Disse drenge repræsenterer et bredt udsnit af de unge mænd, der problematiseres i den offentlige debat som nogle, der halter bagefter i uddannelsessystemet. Parallelt med dette sættes der også løbende fokus på 'Udkantsdanmark' i den offentlige debat, og også her er det især drengene, der trækkes frem som dem, der bliver hængende de forkerte steder og træffer de forkerte valg. Det er disse drenges fortællinger, jeg vil tage udgangspunkt i med henblik på at analysere, hvad det vil sige at være ung i udkanten, at have et misbrug og at være i behandling.

Ungdomsliv i udkanten

Unge udenfor storbyen er i nogen grad underbelyst i studier af ungdomsliv, hverdagsliv og ikke mindst forbrug af rusmidler. Unges brug af rusmidler er noget, man i høj grad ser som et byfænomen, dvs. noget, der er blevet studeret og analyseret i byrum og især i nattelivet. Dette skyldes, at byen portrætteres som den naturlige scene for udfoldelse af det moderne ungdomsliv, hvor det er muligt at benytte sig af en lang række tilbud, som eksempelvis at uddanne sig, gå på arbejde, have seksuelle møder, rekreative aktiviteter og ikke mindst eksperimentere med rusmidler. Det er disse ting blandt flere, der opfattes som selvfølgelige, at de unge stifter bekendtskab med, når de går fra at være barn til at blive voksen.

I modsætning til dette omtales livet udenfor byerne som gammeldags og traditionelt – både hos de unge selv og i den etablerede forskning. For de unge kan det også have betydning, at ungdomskulturen er præget af idealer og billeder, der har livet i byen som sit naturlige omdrejningspunkt. Det indebærer, at selv unge uden for byerne er tilbøjelige til at opfatte byen som det 'naturligste' sted at befinde sig som ung. Endvidere peger studier af unge i Udkantsdanmark på, at de resursestærke og uddannelsesorienterede unge har større tilbøjelighed til at søge ind mod byerne end andre unge.

Steder, rum og rusmidler

Der er mange måder, hvorpå man kan undersøge unge og rusmidler inden for sociologien, men fælles for de forskellige tilgange er, at man traditionelt har opfattet rusmiddelbrug i relation til den sociale/kulturelle/historiske kontekst, hvori de indtages.

Et sådan fokus indebærer, at brug af rusmidler afhænger af - og opnår bestemte betydninger i forhold til det rum eller sted, det foregår i. Omvendt kan man også sige, at rum og steder eksisterer, fordi vi interagerer og gør bestemte ting på en bestemt måde i disse kontekster.

Den grundlæggende forståelse af begrebet kontekst, som jeg vælger at benytte for at komme tættere på de unges brug af rusmidler, bygger på, at rum, steder og materialitet spiller ind (i nogle situationer mere eller mindre kraftfuldt) i de processer, hvor sociale fænomener sker og betydningssættes. Det er et teoretisk perspektiv, der bl.a. er inspireret af teorier, der hører hjemme i Science & Technology Studies (STS) og Aktør-netværks-teori (ANT) (Duff& Cameron 2010). I stedet for at se ting og steder som neutrale rammer for vores handlinger er jeg inspireret af denne tænkning, som sidestiller og skaber en simultanitet mellem det materielle og det menneskelige. Pointen med dette er, at adfærd skaber rum, steder og kontekster, som igen kan facilitere specifikke former for social adfærd. Mennesker og rum indgår således i et forhold, hvor de simultant kan skabe hinanden.

Man kan reflektere over dette simultane forhold på følgende måde: dels ved at analysere rusmiddelbrug som noget, der indtager forskellige former i forhold til, hvilken kontekst det finder sted i. Her er formålet at synliggøre, hvordan et forbrug/misbrug af eksempelvis hash er nedsænket i en konkret virkelighed og får en bestemt betydning i forhold til denne virkelighed. Det er dog ikke kun hashmisbruget, der får betydning i forhold til konteksten. Jeg argumenterer også for, at det er konteksten, der får betydning og mening ud fra hashen. Når en ung beskriver et bestemt sted i byen, som en 'hash-bule', så er det hashen, der giver det konkrete sted sin betydning.

Jeg vil med denne teoretiske forståelse i bagagen gå i dybden med forskellige kontekstforståelser, som jeg genfortæller ud fra de unges perspektiv, fordi de dukker op i behandlingen. Historierne, som jeg har valgt at genfortælle, udgør brudstykker af forskellige unges fortællinger, som af hensyn til deres anonymitet er sat sammen på kryds og tværs. I analysen vil den materielle kontekst beskrives som mere end et baggrundstæppe for de unges fortællinger, den vil også udgøre en central aktør i fortællingerne, når de unge skal betydningssætte deres rusmiddelbrug.

Afstande

Kommunens behandlingscenter er placeret i en af

For de unge kan det også have betydning, at ungdomskulturen er præget af idealer og billeder, der har livet i byen som sit naturlige omdrejningspunkt. Det indebærer, at selv unge uden for byerne er tilbøjelige til at opfatte byen som det 'naturligste' sted at befinde sig som ung. Endvidere peger studier af unge i Udkantsdanmark på, at de resursestærke og uddannelsesorienterede unge har større tilbøjelighed til at søge ind mod byerne end andre unge.

regionens største byer, som huser 11.-12.000 indbyggere. Selve kommunen er spredt ud over et forholdsvist stort areal, hvilket er en udfordring i forhold til de unges muligheder for at komme rundt. For nogle unge kan der være op til 20 km fra deres bopæl til rusmiddelcenteret eller til skole, og hvis man er under 18 år og derfor ikke har muligheden for at transportere sig selv i bil, foregår det enten med bus eller på knallert. Det kan føles som rigtig langt, specielt hvis bussen ikke kører særlig tit, eller hvis alternativet er at køre på knallert i koldt og dårligt vejr en januardag. En busbillet koster ca. 80 kroner tur/retur, hvilket er mange penge på et lille budget. Nogle unge, som i forvejen går i skole inde i byen, har dog muligheden for at komme til samtale på rusmiddelcenteret i forbindelse med deres skoledag.

Det er i sådanne sammenhænge, at begrebet afstand dukker op i de unges fortællinger. Afstande er et begreb, jeg låner fra geografien, der som 'topologisk' og neutralt begreb betegner den rumlige udstrækning, der eksisterer mellem to punkter, linjer eller flader.

Afstanden kan betyde, at de unge eksempelvis ikke kommer eller ikke har mulighed for at komme til en aftalt tid. Den fysiske afstand er dog én ting, men noget andet er den mentale afstand. Det er oftest den, der kan blive en afgørende faktor i forhold til at begynde et behandlingsforløb med en ung. Man kan se dette i nogle af de unges fortællinger, når de udtrykker, hvilke forestillinger de har om at komme i behandling for rusmiddelproblemer. Der eksisterer for nogle af disse unge ofte en lang række for-forståelser om, at et rusmiddelcenter er et sted, '…hvor der kun kommer narkomaner, misbrugere eller junkier', at: 'Jeg har styr på mit forbrug af rusmidler', og 'Det har de andre i hvert fald ikke'. Jeg forsøger altid at italesætte det anderledes, men denne forestilling er oftest rodfæstet i disse unge, lang tid før de sætter deres ben på centeret for første gang.

Der er nogle specifikke kontekstuelle forståelser på spil i disse udsagn. I disse unges bevidsthed er der en mental lighed mellem rusmiddelcenteret og Maria Kirkeplads på Vesterbro, og det har man ikke lyst til at blive associeret med.

Dette kan hænge sammen med rummenes fysiske udformning, de låste døre eller den substitutionsbehandling for meget udsatte, ældre borgere, der er med

til at konstruere det rum, hvori behandlingsarbejdet skal foregå i. Med rummet følger med andre ord en misbrugsidentitet, som man ufrivilligt bliver indfanget af gennem sin tilstedeværelse, hvilket indebærer, at nogle unge oplever en identitetskonflikt i mødet med centeret. Dette hænger sammen med, at identiteter forhandles, brydes, ombrydes og har specifikke betydninger i forskellige rum og på forskellige steder. Kategorien 'ung' og 'mand´ kan have én betydning det ene sted og en anden betydning et andet sted. På klubben har det én betydning, på skolen en anden og på rusmiddelcenteret en tredje. Her bliver man i nogle af de unges perspektiv til 'en misbruger'.

Disse udsnit af genfortalte unges udsagn er et udtryk for, at de unge er situeret i en materiel verden, som de interagerer med, og som de forholder sig til. Gennem interaktion, handlinger og sansninger skabes et forhold mellem dem og deres omverden. Det er et eksempel på, hvordan konteksten udfordrer de unges forståelse af sig selv og deres rusmiddelbrug.

I det følgende går jeg mere i dybden med flere forskellige unges historier, brudstykker fra forskellige fortællinger fra mit behandlingsarbejde.

Afgrænsninger

Jens er 21 år og har problemer med hashen. Han bor på en ø, der ligger ca. 20 km fra misbrugscenteret. Han har rigtig svært ved at forholde sig til, om han vil stoppe sit daglige forbrug af hash, hvilket er et ønske fra hans sagsbehandlers side. I mine samtaler med Jens arbejder vi meget med denne ambivalens, der kommer til udtryk i, at han på den ene side har nogle drømme for sin fremtid, hvor hashen passer dårligt ind, og på den anden side ikke selv har valgt at skulle gå i behandling.

En forestilling, der tit dukker op i vores samtaler, er, hvordan geografiske forskelle spiller ind på, hvordan han forstår sit misbrug. Det er udsagn som: 'Alle dem hernede på øen ryger hash hele tiden. Det er fuldstændig sindssygt, så mange stoffer der er i omløb hernede. Mit forbrug ville ikke være lige så slemt, hvis jeg ikke boede der.'

I disse udsagn bliver en konkret geografisk lokalitet inddraget, når Jens skal betydningssætte og ikke mindst afgrænse sit eget hashforbrug. Stedet inddrages konkret som afgrænsning for praksisser, i dette tilfælde Jens' daglige forbrug af hash. Samtidigt er det hashen, der konstruerer konteksten, i dette tilfælde øen som et sted, hvor der er mange stoffer i omløb. Hvad der er essensen af disse udsagn er, at forskellige steder bliver bærere af forskellige praksisser, som indgår i Jens' egen fortolkning af sit hashforbrug.

En anden måde, dette kan foregå på, er som i Kaspers tilfælde. Kasper og vennerne mødes næsten hver dag for at spille fodbold eller hænge ud på en bænk, hvor de ryger et par joints. Det er næsten utænkeligt at deltage i fodboldkampe eller hænge ud sammen på bænken uden at ryge hash. Det går Kasper på. Han vil egentlig helst være hashen foruden, men er bange for at blive ekskluderet fra det sociale fællesskab.

Ud fra Kaspers fortælling bliver det tydeligt, at hashen også repræsenterer noget meningsfuldt i hans tilværelse. Kasper har gennem hashen fået en værdifuld relation til nogle andre unge fra skolen. Det er første gang i hans liv, at han har fået nogle stabile sociale relationer med andre jævnaldrende. Men det føles bare forkert at ryge alt det hash. Vi taler meget om forskellen på at være sammen for at ryge eller at ryge for at være sammen. Noget andet, jeg tager udgangspunkt i i forhold til at møde Kasper i hans problem, er at adressere det stedlige. Et rum, et sted eller en ting såsom en fodboldbane eller en bænk kan få betydning i den udstrækning, det aktiveres af individer gennem sociale praksisser. Det bliver med andre ord til specifikke rygesteder. Der er således en slags regel for, hvad der skal ske, når man er på dette sted.

Det kan samtidigt også blive til en måde at arbejde med misbruget på i behandlingen. Med en sensitivitet i forhold til, hvordan steder og rum har

sociale regler, er det muligt at arbejde med Kaspers forbrug af hash på en måde, der tager udgangspunkt i hans livsverden. En måde at gøre dette på er ved at arbejde med andre steder, hvor Kasper kan hænge ud med vennerne - som fx hjemme hos en af drengene fra gruppen. Her er det mere socialt acceptabelt at lade være med at ryge. En anden måde at gøre det på er ved at arbejde med at skabe nogle andre steder for socialt samvær gennem nogle praksisser, som ikke omhandler rygning. I bund og grund handler det om at identificere højrisiko-steder og forsøge at facilitere en proces, hvor Kasper begynder at få øjnene op for andre steder, hvor det er muligt at være sammen med vennerne uden at ryge.

Disse udsagn er eksempler på, hvordan en specifik form for materialitet/rum dukker op i behandlingen. Det er en forestilling om steder og rum, der er bundet op på deres afgræsninger. Hvor er noget normalt, og hvor er det ikke? Det bliver centrale afgrænsninger af, hvordan de unge forstår og problematiserer deres hashrygning.

Det forkerte miljø

En anden måde, steder og rum dukker op i de unges historier på, er, når de taler om deres miljø. Livet på landet beskrives af nogle af de unge som et miljø præget af manglende muligheder, hvor der er meget få ting at lave, og hvor rigtig mange ryger hash. For disse unge er det nemmere at finde mening med tilværelsen og identitet i fællesskaber, hvor rusmidler er fundament for samværet. Det er en forståelse, der er præget af fastlåsthed, stilstand og manglende valgmuligheder. Ofte bliver det således til et miljø præget af kedsomhed, som kommer til live via stofferne, og hvor flertalsforståelsen om, at alle gør det, dominerer.

At være en del af et forkert miljø udgør tilsyneladende en reference, som nogle af de unge, jeg har i behandling, betydningssætter og vurderer i forhold til deres egne muligheder for at stoppe deres misbrug. Det giver derfor mening at sætte spot på deres forestillinger om miljø og det at være en del af et forkert miljø. Dette fremstilles i samtalerne som noget, der fastholder dem, og dermed tildeles en agens, en handlemulighed i forhold til en mulig forandring.

For disse unge repræsenterer byen meget af det, de savner i deres miljø her på landet. Byen og byens muligheder beskrives som et 'fri-sted', dvs. et sted, hvor det meste er tilladt, og hvor der er uanede muligheder, som ikke fastholder dem i stofmisbrug. Et eksempel på denne forståelse findes hos Michael, som kommer i behandling pga. et omfattende stofmisbrug, som han blandt andet har finansieret gennem kriminelle aktiviteter. Michael har tilknytning til en lokal bande, men ønsker at forlade det kriminelle miljø og stofferne. Han fortæller dog også om, hvor svært det er at forlade dette miljø. For at komme ud af stofferne og kriminaliteten synes Michael, at han er nødt til at skifte miljø. Der bliver således sat lighedstegn i Michaels – og andre unges – forståelser mellem miljø og en forkert livsstil, hvorfor et stop med stoffer indbefatter et nødvendigt brud med miljøet.

Forestillingen om forholdet mellem miljø og muligheden for stoffrihed er en stedlig forestilling, som vi som behandlere og rådgivere også er med til at konstruere. Det gør vi blandt andet, når vi sender stofbrugere i døgnbehandling. Her tages den unge ud af den kontekst, som vedkommende er en del af, og placeres i en ny - med det formål at opnå stoffrihed - fordi det oprindelige miljø betragtes som skadeligt.

I behandlingen giver det derfor mening at adressere miljøforholdene. Det kan bl.a. gøres ved at tale om strategier til at mestre sin stoffrihed i det oprindelige miljø i de tilfælde, hvor det er muligt. Nogle gange kan stoffrihed føre til eksklusion af den unge fra de sociale fællesskaber, der er tilknyttet dette miljø. Årsagen til dette er, at stofferne i disse miljøer i sig selv bliver grundlaget for at være sammen.

Stedbundne resurser

Det er en dominerende forestilling hos de unge, der medvirker i denne artikel, at ungdomslivet i kommunen og det at skabe en forandring i forhold til stofferne er forbundet med færre muligheder end det ungdomsliv, der er finder sted i byen. Især Michael fortæller om, at han synes, at byen er et bedre sted at være ung end på landet og udtrykker et stort behov for at komme væk for at kunne slippe stofferne. Omvendt er det også værd at fremhæve, at mange af de unge taler om deres lokalområde i positive vendinger, når det ikke handler om stoffer, blandt andet fordi de føler sig tættere på naturen, og at der er mere ro.

I forskningen beskrives det, hvordan unges tilknytning til et givent sted afhænger af, i hvilket omfang de har et forhold til og gør brug af de specifikke resurser, der eksisterer på det pågældende sted (Sørensen et.al. 2014). Det er disse steder, der er omdrejningspunktet for deres liv, og som finder vej ind i forståelser af at bruge rusmidler, og det er således disse, det giver god mening at adressere i behandlingen. Det indbefatter, at man hjælper den unge til at få øjnene op for disse ' stedbundne resurser' og arbejde ud fra disse i forhold til at skulle arbejde med forandringer.

De konkrete konteksters betydning

Artiklens ærinde var simultant at inddrage sociale og materielle aspekter ved unges rusmiddelforbrug i udkanten af Danmark. Det har jeg gjort, fordi det giver mening dels at inddrage de unges sociomaterielle refleksioner i behandlingsarbejdet og dels at tænke disse aspekter med ind, når man skal tilrettelægge forebyggelsesindsatser. Hvad stofferne og hashen repræsenterer i konkrete kontekster, og hvad det betyder for unges tilværelse, er det vigtigt at adressere. I disse unges fortællinger kommer materialiteten til udtryk i forhold til at afgrænse sit stofmisbrug som en slags fastlåsthed i det forkerte miljø og som en mental og fysisk afstand til behandlingen. Her opleves rum og steder som afgørende for, at man kan slippe hashen, eller at man kan starte i behandling. ■

LAURA SOFIE KREBS SØRENSEN
SOCIOLOG
FOREBYGGELSESKONSULENT

LITTERATUR

Bloksgaard, L., Faber, S.T. & Hansen, C.D.:
Drenge i udkanten – køn, stedtilknytning og uddannelse.
I: Christian Helms Jørgensen (red.):
Drenge og maskuliniteter i ungdomsuddannelserne.
Roskilde: Roskilde Universitetsforlag. 2013.
Duff & Cameron: Towards a theory of drug use contexts:
Space, embodiment and practice. In Addiction, Research & Theory,
Volume 15, nr. 5, pp. 503 – 509. 2007.
Duff& Cameron: Reassembling (social) contexts:
New directions for a sociology of drugs.
I International Journal of Drug Policy, nr. 22, pp. 404 – 406. 2011.
Hunt et al.: Youth, Drugs and Nightlife. Routledge. 2010.
Sørensen, Olsen & Pless: Ung i landdistrikter og yderområder.
Et kvalitativt studie af unge i fire lokalområder i Danmark.
Center for Ungdomsforskning, Aalborg Universitet i København. 2014.

ADHD og afhængighed af rusmidler

Rummelighed i fællesskabet kan støttes ved at behandle børn forskelligt. Også i skolen, hvor det vigtigste er at fange og stimulere børnenes opmærksomhed.

AF SHEILA JONES

Det er endnu ikke fuldt ud forstået, hvad det er for mekanismer, der påvirker det negative livsforløb (heriblandt udvikling af misbrug), som vi ser hos mange med en ADHD-diagnose. Vi har endnu kun en begrænset forståelse af den tilstand, vi kalder ADHD, særligt når det kommer til at forstå følgevirkningerne af at have denne diagnose. Den litteratur, der beskriver emnet, dokumenterer i høj grad de individuelle træk, de neurologiske forskelle og de forskellige funktionsnedsættelser og sameksisterende forstyrrelser, der knytter sig til ADHD-diagnosen. Derimod er beskrivelser af, hvordan ADHD reelt påvirker den enkeltes muligheder i samspillet med det samfund, hvori det skal trives, mere sparsomme. Det drejer sig om forsøg på at forklare, hvordan ADHD i en samfundsmæssig kontekst sætter nogle individer i en udsat position ift. at kunne indfri de krav, der stilles for at opfylde betingelserne for'det gode liv'.

Da det hovedsageligt er forskning på individniveau med fokus på fejl og mangler, der præger feltet, bliver det er svært at skrive om ADHD uden at henfalde til beskrivelser af disse mangler og/eller forstyrrelser og de problemer, de medfører. Men hvad udgør disse mangler og forstyrrelser, og hvorfor er det, at vi betragter lige netop disse som værende patologiske?

Disse spørgsmål blev et underliggende fokus for den ph.d.-afhandling, jeg færdiggjorde i 2014, hvor jeg undersøgte årsager til og risici forbundet med sammenfaldet mellem ADHD og misbrug. De teorier, der forsøger at forklare, hvorfor forholdsvis mange med ADHD udvikler et misbrug, lægger ofte vægt på individspecifikke faktorer såsom medfødte træk, der gør, at et menneske handler impulsivt og søger spænding. Og impulsivitet har da også vist sig at have

en markant betydning for netop udvikling af misbrug såvel som en øget tendens til kriminalitet. Men denne sammenhæng mellem en medfødt tendens til at handle impulsivt, og et liv præget af misbrug og kriminalitet, er i særlig grad påvirket af sociale betingelser. En stor amerikansk undersøgelse af Lyman m.fl. viste, at børn med en øget tendens til at handle impulsivt, som vokser op i familier med en fornuftig økonomi, med forældre, der er involverede, og i nabolag, der ikke er præget af kriminalitet og social belastning ikke er i en øget risiko for at udvikle misbrug. Det er derimod de impulsive børn, der vokser op i økonomisk trængte familier med forældre, der af forskellige årsager er fraværende, og i socialt belastede områder. Jeg valgte derfor at fokusere på betingelser af mere social karakter i mit arbejde for at forstå, hvorfor nogle med ADHD udvikler misbrug.

Et grundlæggende træk ved ADHD er, at opmærksomheden er forstyrret; at man f.eks. nemt distraheres og har svært ved at komme tilbage til den opgave, man var i gang med; eller at man ikke kan være opmærksom længe nok til at modtage en instruktion i sin fulde ordlyd. Det at være i stand til at kontrollere og fokusere opmærksomheden har en enorm betydning for, hvordan vi kommer til at klare os i et samfund, der er bygget op på selvstændige borgere, som gennem uddannelse og opdragelse har lært at bevæge sig indenfor de regler og normer, der er gældende i dette samfund. Hvordan evnen til at fokusere opmærksomheden og muligheden for at opnå succes i tilværelsen hænger sammen vil jeg forsøge at uddybe i det følgende.

Opmærksomhedens betydning

I 1798 beskriver Sir Alexander Crichton en tilstand, der ligner det, vi i dag kalder ADHD. Denne beskrivelse drages ofte frem, når ADHD-diagnosens historiske legitimitet skal etableres, hvorimod den kontekst, hvori opmærksomheden ifølge Crichton har den største betydning, oftest udelades. Nemlig, hvordan vores evne til at opsamle viden og opnå en uddannelse er fuldstændig afhængig af, at vi er udstyret med en kapacitet, der sætter os i stand til at fokusere opmærksomheden. Vi ser altså her, at interessen for opmærksomheden og opmærksomhedsforstyrrelser til en vis grad hos Chrichton var knyttet til læring og uddannelse. Jeg vil komme tilbage til ham senere i denne artikel.

Det er først i slutningen af 1800-tallet - nogenlunde samtidig med, at skolepligten indføres i mange vestlige lande - at man for alvor begynder at interessere sig for opmærksomhedens betydning for uddannelse og læring. Den daværende politiske agenda var drevet af et ønske om at styrke uddannelse, og man fokuserede på måder til at styre individets handlinger og vilje gennem styring af dennes opmærksomhed. William James, der i USA bliver betragtet som psykologiens fader, beskrev datidens hensigt med uddannelse som: organisering af tillærte handlingsvaner og adfærdsformer og fremhævede, at uddannelse i alle lande overordnet set havde som mål at organisere eller styre individets adfærd. Samtidig er man på denne tid blevet bevidst om, at det må være lærerens fornemmeste opgave at fange elevernes opmærksomhed, da det kun er det, opmærksomheden rettes mod, der perciperes/opfattes/sanses/huskes/læres, og vores perceptioner (det vi sanser og opfatter)er derfor er med til at danne de forestillinger, vi har om, hvordan verden hænger sammen. *'[…] each of us literally chooses, by his ways of attending to things, what sort of a universe he shall appear to himself to inhabit'.* (James, 1890)

Så hvis man fra en tidlig alder kan styre individets opmærksomhed, kan man bestemme, hvordan hans eller hendes verdensbillede konstrueres og dermed hans eller hendes indtryk af, hvad der er rigtigt og forkert, og af, hvordan det gode liv leves.

William James skrev i 1890: '*The faculty of voluntarily bringing back a wandering attention, over and over again, is the very root of judgment, character, and will[…] An education which should improve this faculty would be the education par excellence…*'Når James således fremhæver forbedring af opmærksomheden som værende det, der kendetegner *den overlegne uddannelse,* skyldes det, som han udførligt beskriver i sin bog *The Principles of Psychology*, at opmærksomhed på et emne, et objekt, en tanke kun kan fastholdes i et flygtigt øjeblik. Hvis emnet, tanken, objektet ikke gennemgår en eller anden form for forandring, vil den forsvinde ud af vores opmærksomhed og synsfelt. Stir på en lille plet længe nok, og du vil til sidst ikke længere kunne se den. Den er nødt til at blive holdt i live ved at knytte noget til den, en undersøgelse af dens form,

farve og størrelse for eksempel. På samme måde er ny læring afhængig af, at der er noget, den kan bindes op på. Noget, der er interessant eller spændende for barnet, noget som automatisk ville fange barnets opmærksomhed. Opmærksomheden beskrives som en så flygtig tilstand, at særlig beundring tilfaldt (og tilfalder) de mennesker, der er i stand til at fastholde opmærksomheden på svære, kedelige eller ensformige opgaver og store læsebyrder for at opnå en lang boglig uddannelse. Evnen til at styre opmærksomheden betragtedes således som værende grundlaget for at kunne udvikle dømmekraft, karakter og vilje.

Men hvad er et viljestyret menneske? Når vi lader os styre af viljen, så vil vi noget. Så har vi gjort os nogle forestillinger om dette noget og lagt nogle planer for at opnå det. Når vi er styret af viljen, er vi således styret af nogle indre tankemæssige forestillinger, og vores adfærd vil i højere grad være orienteret mod at opnå de mål, der knytter sig til disse. James skriver, at det, vi helt grundlæggende gør, når vi lader os styre af viljen, er at fokusere på én ting frem for en anden, og viljens bedrift er således at fastholde et svært/uinteressant objekt i tankerne og ikke lade sig distrahere eller friste af mere spændende og umiddelbart belønnende objekter. Det vil derfor føles som en særlig indsats, som noget, der kan være særligt krævende, at holde denne fokuserede opmærksomhed på noget, der kan være tidsmæssigt fjernt eller nutidigt svært eller kedeligt.

Samtidig vil en adfærd, der i højere grad er styret af indre tankemæssige forestillinger og mål udadtil give omverdenen et indtryk af en stærk organisme, der er styret af en egen fri vilje. Men vores evne til at lade handlinger være styret af fremtidige mål, til at planlægge vores adfærd ud fra et tidsperspektiv, og den selvregulering vi derved udøver, befrier os dog ikke fra omverdenens kontrol. Disse ting gør tværtimod vores adfærd mere effektivt styret af denne omverden. Og dette er ADHD et særligt fint eksempel på. For vælger vi at have et helt lavpraktisk syn på, hvilken betydning det har, at omverdenen kan øve indflydelse på det verdensbillede, vi har, og de mål, vi sætter os - altså et syn, hvor vi ikke går ind og problematiserer den grad af social kontrol, der ligger i det - vil det have nogle uheldige konsekvenser for de mennesker, der ikke så let lader deres opmærksomhed styre af hvereken omverdenen eller af sig selv. For ikke blot vil de være dårligere i stand til at internalisere de normer og regler, der guider de gnidningsløse samspil mellem mennesker (og som er nødvendige i den form for kooperative samfund, som vi lever i), men de vil også være dårligere i stand til at gennemføre en uddannelse. Uddannelse baseres i høj grad på styring af opmærksomheden og tilsidesættelse af fristelser og distraktioner for at opnå en højere gevinst på sigt. Disse mennesker vil således risikere at blive betragtet som mennesker, der mangler netop dømmekraft, karakter og vilje.

ADHD i en samfundsmæssig sammenhæng

ADHD er en forkortelse af den amerikanske DSM-V diagnose: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* og svarer til det, der i ICD-10, som er det diagnosesystem, vi bruger i Danmark, kaldes *hyperkinetisk forstyrrelse*. ADHD-diagnosen kan på et helt konkret plan betragtes som en psykiatrisk kategori, der beskriver bestemte (problematiske) måder at være menneske på. Her skal man særligt bemærke, at der er tale om *måder* at være menneske på, for selvom vi alle kan have nogle overordnede, ofte stereotype forestillinger om, hvad vi taler om, når vi taler om personer med ADHD, så er den gruppe af mennesker, der har en ADHD-diagnose en meget forskelligartet gruppe.

Diagnosen baseres på to overordnede symptomområder: opmærksomhed og hyperaktivitet/impulsivitet. Listen af symptomer, der bruges til at stille diagnosen, beskriver forskellige former for adfærd eller mangler, der kan betragtes som afvigelser fra normative forventninger til individets formåen i forskellige situationer. De to symptomklasser, der danner grundlaget for ADHD-diagnosen, kan påvirke en persons udfoldelsesmuligheder på to vigtige livsarenaer. Således kan symptomer på uopmærksomhed anskues som symptomer, der i særlig grad forstyrrer evnen til at indgå i og drage nytte af den måde, vi har skruet vores uddannelsessystem sammen på. Vi forventer af børn i skolealderen, at de vil forblive siddende på deres stol i timerne, at de vil koncentrere sig om at modtage instruktioner, at de vil færdiggøre de opgaver, de bliver stillet, og huske at sætte stolen op og pakke deres ting sammen igen, inden de tager hjem. En person, der har vanskeligheder med at koncentrere sig og fokusere sin opmærksomhed på opgaver, der ikke opleves som interessante i sig selv, vil derfor have svært ved at opnå en uddannelse, der matcher hans eller hendes kognitive evner og den intelligens, vedkommende er blevet udstyret med. Disse konsekvenser for individer med ADHD skyldes til dels, at vi til stadighed indsnævrer forestillingen om, hvad en rigtig uddannelse er, at vi i stadig højere grad baserer denne på undervisningsformer, der kræver vedholdende fokuseret opmærksomhed, og at den grunduddannelse, folkeskolen i dag tilbyder, skal lede frem mod at give alle børn den samme grundlæggende viden og de samme færdigheder.

Når børn og unge med ADHD klarer sig dårligt i skolen, hvilket bl.a. kan ses ved, at en markant stor gruppe har indlæringsvanskeligheder, betragtes problemet som værende iboende barnet eller den unge. Vi kunne dog også betragte vores uddannelsessystem som havende nogle fralærings-vanskeligheder, når det kommer til at påvirke den gruppe af børn og unge, der ikke lærer gennem-konventionel undervisning.

For som lovet at vende tilbage til Crichton, så blev disse tanker om skolens og uddannelsesinstitutionernes indflydelse på børns udvikling og læring allerede præsenteret i slutningen af 1700-tallet. Uddannelse blev af Crichton defineret som forbedring af sindet (styrkelse af de forskellige mentale kapaciteter og beherskelse af lyster) og kroppen (motorisk kontrol). Han problematiserede tendensen til at lade forbedring af sindet bestå i en fastholdelse af barnet i læring af ord, i udvidelse af ordforråd etc. til en grad, hvor dennes evne til at aktivere opmærksomheden blev træg og oplevedes som pinefuld. Det er en melankolsk refleksion, skriver han, at mange unge mennesker, der forud for skolestart lader til at være udstyret med et godt hoved, enten bliver ofre for en tidlig mental træthed eller får lede ved skolen, alene fordi den rette stimulus, den der ville have fanget deres opmærksomhed, ikke blev fundet i tide. Han beklager, hvordan

alle børn får den samme 'mentale behandling', og at deres særegne interesser eller dispositioner sjældent får nok opmærksomhed. Han anbefaler, at man ikke i barnets tidlige år med magt forsøger at styre dennes opmærksomhed væk fra det - eller forsømmer de ting - barnet finder interesse i. Det er ifølge Crichton ligegyldigt, hvad barnet lærer først, så længe det lærte er brugbart og stimulerer dets intellektuelle kapaciteter. Når barnet først har vænnet sig til at fokusere sin opmærksomhed, vil det sidenhen lettere kunne aktivere denne i læringen af andre og vigtigere ting.

'There are many to who the dryness and difficulties of the Latin and Greek grammars are so disgusting that neither the terrors of the rod, nor the indulgence of kind intreaty can cause them to give their attention to them. If a boy of this disposition be found to be by no means deficient in natural understanding, why should many good years be lost in a fruitless attempt, which must evidently become irksome to the preceptor, and prejudicial to the young person?

Would a physician insist on it that one kind of diet was that which was most suitable to every constitution? If he found a few individuals who evidently could not digest it, would he not endeavour to find out what things are best adapted to their peculiar ideosyncrasies? […] as the power of attention is as different in different boys, as their bodily force, so their mental diet, if the expression be permitted, must also be varied accordingly'. (Crichton, 1798).

Crichton skriver derudover, at den manglende vilje til at behandle forskellige børn forskelligt skaber en udvikling hos barnet, der resulterer i ignorance og uopmærksomhed. En udvikling, der, hvis de var blevet behandlet med omtanke i deres barndom og ungdom kunne have resulteret i skabelsen af nyttefulde medlemmer af samfundet. Også William James beskrev værdien ved differentierede uddannelsesformer. Særligt så han lyst på introduktionen af skoler, hvor det var det manuelle arbejde (i træ f.eks.), der undervistes i. Ikke fordi disse skoler ville fremstille mennesker, der var mere handy og praktisk anlagt, men fordi de ville bidrage til samfundet ved at fremstille borgere med *an entirely different intellectual fibre*. James skrev i masseskolingens tidlige år og var som sådan med til at påvirke det syn, der var på uddannelse og skoling på den tid. Trækker vi disse tanker ind i en nutidig kontekst, vil jeg påstå, at vi har bevæget os langt væk fra denne opfattelse i dag. Det følgende står for egen regning, men det, vi i dag er vidne til, er i høj grad en nedvurdering af de håndværksmæssige uddannelser. Det er ikke lige så fint at starte på teknisk skole som på gymnasiet efter folkeskolen, og det bliver betragtet som et udtryk for, at man ikke var dygtig nok til at komme på gymnasiet.

Der er en høj værdi i at være 'bogligt anlagt', hvorimod den intellektuelle fiber, der kendetegner håndværksfagene, i høj grad betragtes som værende af praktisk karakter snarere end at have med en særlig begavelse at gøre.

Den diskurs, der kendetegner politikken omkring uddannelsesinstitutionerne, handler i høj grad om at 'trække' erhvervsuddannelserne op på et mere akademisk niveau. Man går ikke længere på Den Sociale Højskole for at blive socialrådgiver, man går på VIA University College. Man går ikke længere på handelsskolen for at arbejde i butik eller på kontor, men på Business College osv. osv. Samtidig med, at alt helst skal have en klang af højere uddannelsesinstitution, strammer vi løkken om de unges halse ved at øge kravene for optagelse på mange uddannelser. På sin vis kan man således betragte børn og unge med ADHD som bærere af et strukturelt problem, et problem, der har at gøre med, hvor snævert uddannelse defineres, og hvor fokuserede vores børn og unge skal være for at klare sig indenfor disse rammer for at få en uddannelse. Og i et samfund, hvor individets muligheder afgøres ved, at det i den skolepligtige alder klarer sig godt i vilkårlige og virkelighedsfjerne tests, kan det betyde, at en stor gruppe tidligt i ungdommen falder fra og bliver marginaliserede.

Hyperaktivitets/impulsivitetssymptomer kan på den anden side anskues som forskellige former for adfærd, der bryder med generelt accepterede regler for, hvordan man opfører sig, og det, der som sådan defineres her, er adfærd, der vil opleves som forstyrrende for samspillet med andre. Når man har undersøgt, hvordan børn med ADHD adskiller sig fra 'normale' børn i forhold til sociale færdigheder, finder man, at

I 1845 udkommer bogen om Struwwelpeter (el. på dansk Den store Bastian), om en umulig dreng der ustandseligt laver ulykker og kommer galt af sted. Bogen er skrevet af den tyske læge Heinrich Hoffmann og han beskriver symptomer på adfærdsforstyrrelser, som kan være forenelige med nutidens ADHD-diagnose. Heinrich Hoffmann, som var læge ved en anstalt for sindslidende, har selv om bogens tilblivelse skrevet, at han besluttede sig til at skrive og tegne bogen som en julegave til sin tre et halvt år gamle søn i 1844, efter at han havde ledt forgæves efter egnet læsestof i bogladerne. Her fandt han kun 'lange fortællinger eller umulige billedsamlinger, moraliserende historier, som begyndte og sluttede med formanende forskrifter.'

de ikke fungerer lige så godt i situationer med ustruktureret leg, at de ikke i samme grad udtrykker positive følelser eller gengælder andre børns følelsesmæssige udtryk, og at graden af prosocial adfærd, altså adfærd, der fremmer mellemmenneskelige forhold såsom hjælpsomhed, samarbejde, omsorg, medfølelse og vilje til at dele, er markant lavere hos børn med ADHD. Børn med udtalte hyperaktivitets- og impulsivitetssymptomer kan derfor let komme til at irritere andre, og undersøgelser har vist, at de oftere bliver udsat for mobning, at de har en lavere status i klassen, og at de oftere holdes udenfor, end børn, der ikke har disse problemer. Så en særlig negativ konsekvens af denne form for væremåde er altså social eksklusion og afvisning fra andre.

Behovet for at føle tilhørsforhold

Mennesket er grundlæggende et socialt væsen med et fundamentalt behov for at føle tilhørsforhold, og vi er fra naturens side tilpasset til at skabe og vedligeholde nære relationer til andre. Når behovet for tilhørsforhold og nære relationer til andre ikke bliver tilfredsstillet, kan det medføre nedsat kognitiv funktion og have både mentale og fysiske negative følgevirkninger. Et særligt kendetegn ved afvisning er, at det fører til nedsat prosocial adfærd hos den, der afvises, også hos helt almindelige 'normale' mennesker. Samtidig er prosocial adfærd en af de faktorer, der øger sandsynligheden for at blive accepteret og for at danne venskaber. Det betyder, at en negativ spiral udvikles, hvor den indledende afvisning fører til nedsat prosocial adfærd, som så kan være med til at forstærke og fastholde afvisningen.

Aggressiv og forstyrrende adfærd er ofte kendetegnende for børn med ADHD, både inden de starter i skolen og nogle år inde i skoleårene, og en tidligere undersøgelse har vist, at børn, der indleder skoleårene med forstyrrende og aggressiv adfærd, er i størst risiko for at blive afvist og for at blive mobbet af deres jævnaldrende. Man fandt også, at den indledende aggressive adfærd med tiden blev mere og mere reaktiv, og som sådan blev observeret som en reaktion på mobningen. Dette mønster stabiliserede og fastholdt barnets aggressive adfærd og den indledende afvisning og medførte, at barnet med tiden internaliserede klassekammeraternes opfattelse af ham/hende og af de adfærdsmønstre, der knyttede sig til denne opfattelse. Det vil sige, at hvis vi opfatter og behandler et

barn, som om det er en forstyrrelse, en rod, et uvornt barn, vil det ende det med at se sig selv som sådan og opføre sig derefter. Der kan således i indskolingsårene skabes eller vedligeholdes nogle adfærdsmønstre, der kan få betydning for, hvordan barnet placerer sig venskabsmæssigt i forhold til klassekammeraterne.

Når man følger børn og unge over tid, finder man, at en stor del af de børn, der bliver ekskluderet af deres klassekammerater efterhånden finder sammen i det, der på engelsk kaldes *deviant peer affiliations* – altså grupper af unge, der er afvigende på den norm- og regelbrydende måde. Resultaterne af en survey-undersøgelse, der blev brugt i ph.d.-projektet, understøttede dette og viste, at unge mellem 15 og 25 år, der havde ADHD-symptomer, i højere grad var blevet mobbet i skolen end andre unge, og at de oftere havde venner, der brugte stoffer. Også, når de ikke selv brugte stoffer. Det kan der være flere forklaringer på. En af forklaringerne kan være, at afvisning fra mere normative/konforme jævnaldrende udelukker barnet eller den unge fra en socialt acceptabel arena, hvor evnen til at bevæge sig indenfor kulturelt acceptable adfærdsformer i særlig grad udvikles, justeres og forfines. Den manglende adgang til disse mere acceptable sociale arenaer vil således kunne betyde, at barnet eller den unge søger tilhørsforhold med børn og unge, der ligeledes er ekskluderet, og som har dannet deres egne normer, og som pga. modgang kan have udviklet en '*fuck the world*'-mentalitet. En anden forklaring kan være, at barnet eller den unge finder samværet med børn og unge, der bryder reglerne, mere stimulerende og sjovt og til en vis grad udvælger venner, der på den måde ligner ham/hende selv. Samtidig med, at den unge dermed opnår at få et tilhørsforhold til andre unge, vil disse *deviant peer affiliations* også repræsentere en social gruppe, hvor betingelserne for at leve op til forventningerne og til at overholde reglerne er påfaldende anderledes, da livet her ofte leves ud fra alternative værdier og normer. For nogle unge betyder det, at de bliver medlem af subkulturer, hvor en vis grad af aggression kan give status, hvor manglende efterlevelse af samfundets regler og love er normen, og hvor den unge kan få en oplevelse af at have en identitet, der er accepteret af de mennesker, han eller hun omgås.

Det er ikke alle børn med ADHD, der vokser op og udvikler et misbrug eller andre såkaldte afvigende adfærdsformer. For mange unge med ADHD gælder det, at de er ensomme og føler sig isolerede, og en stor del af dem oplever internaliserende følgevirkninger såsom depression og social angst. De unge, jeg interviewede i forbindelse med ph.d.-projektet, beskriver netop de sociale vanskeligheder som værende dem, der udgjorde den tungeste byrde ved ADHD, og som var følelsesmæssigt sværest at håndtere. De beskrev stort set alle en følelse af at være markant anderledes, af at være en skæv brik, der ikke passer ind i puslespillet. Flere af dem havde forsøgt at danne venskaber og få en plads i fællesskabet i klassen, men oplevede igen og igen at blive afvist. For flere af disse unge, der var blevet diagnosticeret som teenagere, var det en positiv oplevelse at få diagnosen. Det, at andre havde det på samme måde, at der var et ord for det, og at det var beskrevet i den medicinske faglitteratur, gav dem en følelse af ikke at være alene og dæmpede faktisk følelsen af at være unormal. For andre cementerede diagnosen deres følelse af anderledeshed og medførte et dyk i selvværd. Den sidste gruppe knyttede i særlig grad deres identitet til de negative karakteristika, der kendetegner den stereotype forestilling, der er i forhold til ADHD, og som sådan blev diagnosen oplevet som et stigma, særligt for dem, der faktisk ikke passede ind i denne stereotyp. For igen var der nogle, og her taler jeg om unge mænd, der havde misbrugs- og adfærdsproblemer, for hvem det at blive diagnosticeret med ADHD ingen betydning havde for hverken selvværd eller selvbillede. Diagnosen bekræftede blot deres selvbillede, og de havde ingen problemer med at genkende sig selv i stereotypen og tog som sådan heller ikke afstand fra den. Stofbrug var for dem en stor del af det sociale liv, og de var blevet introduceret til stoffernes verden i en meget tidlig alder. Samfundet var for dem en størrelse, der forsøgte at regulere deres liv og presse nogle normer ned over dem, som de ikke følte sig hjemme i.

Afslutningsvis vil jeg bekende, at mine skriverier her stiller noget komplekst op i en simpel kausalitetsforståelse. Det er ikke mit ønske at nedvurdere, hvor svært det kan være at have et barn, der har en svær grad af ADHD, eller hvor udfordrede vores lærerstab er blevet af udvidede åbningstider, serielle skolereformer og ikke mindst inklusionstankegangen. Men det

SHEILA JONES
PSYKOLOG, PH.D, POST.DOC.
CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

er ligeledes forsimplet kun at betragte problematikken ud fra individet, og selvom ADHD i høj grad handler om neurologiske forskelle, så vil jeg påstå, at konsekvenserne ved disse forskelle i høj grad har en social forankring, og at netop manglende muligheder for at få en plads i samfundet og/eller fællesskabet skubber en stor gruppe ud i et tomrum, hvor muligheden for at skabe tilhørsforhold skal findes i de subgrupper af samfundet, der næsten altid åbner op og inviterer ind. Rusmidlernes rolle kan her være af social karakter som noget, der knytter mennesker sammen på samme måde, som alkohol gør i de mere konforme grupper i samfundet. Rusmidlerne kan også spille en rolle som værende et middel, der anvendes til at klare sine udfordringer. Til at cope med svære følelser, ensomhed eller rastløshed. Og som sådan et middel, der indledningsvis øger personens velvære. Hvis vi ønsker at ændre på statistikken ift. ADHD og misbrug, er vi nødt til at ændre på de faktorer, der er udenfor individet, for derigennem at øge muligheden for, at han eller hun kan få en plads i fællesskabet og en rolle i samfundet. ■

LITTERATUR

Anderson, T. L., & Mott, J. A. (1998). Drug-related Identity Change: Theoretical Development and Empirical Assessment. *Journal of Drug Issues, 28*(2), 299-328.
Bagwell, C. L., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(11), 1285-1292.
Balliet, D., & Ferris, D. L. (2013). Ostracism and prosocial behavior: A social dilemma perspective. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 120*(2), 298-308.
Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*: Guilford Press, New York.
Bastian, B., & Haslam, N. (2010). Excluded from humanity: The dehumanizing effects of social ostracism. *Journal of Experimental Social Psychology, 46*(1), 107-113.
Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*(3), 497-529.
Brendgen, M., & Vitaro, F. (2008). Peer rejection and physical health problems in early adolescence. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP, 29*(3), 183-190.
Coyne, S. M., Gundersen, N., Nelson, D. A., & Stockdale, L. (2011). Adolescents' prosocial responses to ostracism: An experimental study. *The Journal of Social Psychology, 151*(5), 657-661.
Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects.*
Diamantopoulou, S., Henricsson, L., & Rydell, A.-M. (2005). ADHD symptoms and peer relations of children in a community sample: Examining associated problems, self-perceptions, and gender differences. *International Journal of Behavioral Development, 29*(5), 388-398.
DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(5), 508-515.
Hawes, D. J., Zadro, L., Fink, E., Richardson, R., O'Moore, K., Griffiths, B., . . . Williams, K. D. (2012). The effects of peer ostracism on children's cognitive processes. *European Journal of Developmental Psychology, 9*(5), 599-613.
James, W. (1890). *The principles of psychology*: Henry Holt and Company, NY.
Jones, S. *Risks associated with the co-occurrence of attention-deficit hyperactivity disorder and substance use disorder.* Ph.d.- afhandling. Center for Rusmiddelforskning, AU. 2014.
Jones, S., & Hesse, M. (2014). Adolescents With ADHD: Experiences of Having an ADHD Diagnosis and Negotiations of Self-Image and Identity. *Journal of attention disorders*.
Jones, S., Pedersen, M. M., & Hesse, M. (2016). Dårligt selskab? ADHD, venskabsrelationer og stofbrug. In M. U. Pedersen & S. Ravn (Eds.), *Ungeliv (in press)*.
Kitchens, S. A., Rosén, L. A., & Braaten, E. B. (1999). Differences in anger, aggression, depression, and anxiety between ADHD and non-ADHD children. *Journal of attention disorders, 3*(2), 77-83.
Lee, S. S., & Hinshaw, S. P. (2006). Predictors of Adolescent Functioning in Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The Role of Childhood ADHD, Conduct Problems, and Peer Status. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(3), 356-368.
Lynam, D. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., WikströM, P.-O. H., Loeber, R., & Novak, S. (2000). The interaction between impulsivity and neighborhood context on offending : The effects of impulsivity are stronger in poorer neighborhoods. *Journal of abnormal psychology (1965), 109*(4), 563-574.
Mrug, S., Molina, B. S. G., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(6), 1013-1026.
Nesdale, D., & Lambert, A. (2007). Effects of experimentally manipulated peer rejection on children's negative affect, self-esteem, and maladaptive social behavior. *International Journal of Behavioral Development, 31*(2), 115-122.
Olson, S. L. (1992). Development of conduct problems and peer rejection in preschool children: A social systems analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20*(3), 327-350.
Rutherford, L. E., DuPaul, G. J., & Jitendra, A. K. (2008). Examining the relationship between treatment outcomes for academic achievement and social skills in school-age children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools, 45*(2), 145-157.
Williams, K. D., & Nida, S. A. (2011). Ostracism: Consequences and Coping. *Current Directions in Psychological Science, 20*(2), 71-75.
Wölfer, R., & Scheithauer, H. (2013). Ostracism in childhood and adolescence: Emotional, cognitive, and behavioral effects of social exclusion. *Social Influence, 8*(4), 217-236.
Zadro, L., Williams, K. D., & Richardson, R. (2004). How low can you go? Ostracism by a computer is sufficient to lower self-reported levels of belonging, control, self-esteem, and meaningful existence. *Journal of Experimental Social Psychology, 40*(4), 560-567.
Zimmer-Gembeck, M. J., Hunter, T. A., & Pronk, R. (2007). A model of behaviors, peer relations and depression: Perceived social acceptance as a mediator and the divergence of perceptions. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(3), 273-302.

”..’Det har lært mi betale sig, s har lyst til a jeg gør det

Livsstilsperspektiv

Lektor Glenn Walters udviklet *livsstilsperspe* bejde med indsatte i f Institution-Schuylkill tivet ser kriminalitet med fire basale komp

- Uansvarlighed
- Brud af social
- Mådesløshed
- Overskridelse

Begrebet om livsstil a begreb implicit tilad

Fra artiklen *Ro på* bragt i STOF 25.

RO PÅ

Læste du artiklen om *Ro på* i sidste nummer?
Nu er arbejdsbogen til programmet tilgængelig for download på CRF's hjemmeside:
http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/redskaber/_Ro_paa__-arbejdsbog.pdf

I sidste artikel beskrev vi *Ro på*, som er et psykoedukativt program, der retter sig mod mennesker med antisocial personlighedsforstyrrelse og et mere eller mindre aktivt alkohol- og stofmisbrug.
På CRF's hjemmeside er det muligt at downloade arbejdsbogen til *Ro på* og bruge den frit - man kan tage så mange kopier man vil, og skal ikke betale for at anvende materialet. Arbejdsbogen kan anvendes til individuelle forløb, men kan også anvendes mere fleksibelt, for eksempel ved at bruge udvalgte samtaler en eller flere gange, køre forløbet flere gange med en borger, eller til grupper.
Formålet med *Ro på* er at understøtte behovet og muligheden for at tilbyde en kvalificeret indsats, der kan udføres af medarbejdere, der i forvejen er ansat på steder med kontakt med målgruppen.
Arbejdsbogen har som fokus at støtte den enkelte i at snakke om og identificere problemer, der er forbundet med den tænkning og livsstil, som karakteriserer antisocial personlighedsforstyrrelse – en tilgang, som er baseret på 'Lifestyle Issues' udviklet af Matthew D. Geyer, der behandler kriminel adfærd og tankegang ved at se kriminalitet som del af en større livsstil.
Ro på har været undersøgt i et lodtrækningsforsøg i ambulant misbrugsbehandling i Danmark, og har vist sig at have effekt på problemer med stoffer, antal dage helt uden brug af illegale stoffer og alkohol, og frafald i behandlingen.
Arbejdsbogen består af seks samtaler: Fem samtaler, der som udgangspunkt kan foregå en gang ugentligt, og en 'booster' samtale seks uger senere, hvor der samles op på forløbet og snakkes om fremtid. Temaer der arbejdes med er: 1) Formål og mål med *Ro på* og identifikation af fire typiske problemområder, 2) Opstart af arbejde med adfærdsmodel, 3) Betydningen af stolthed og selvtillid, 4) Værdier som kan udfordre eller støtte forandring, 5) Sociale netværk, der kan støtte eller udfordre forandring, 6) Booster session.

Vi er meget interesserede i at høre, hvordan du/I vælger at arbejde med arbejdsbogen og de erfaringer du/I gør. Skriv derfor gerne til:
Birgitte Thylstrup: bt.crf@psy.au.dk
eller Morten Hesse: mh.crf@psy.au.dk.

'Man skal ha' styr på sine ting!'

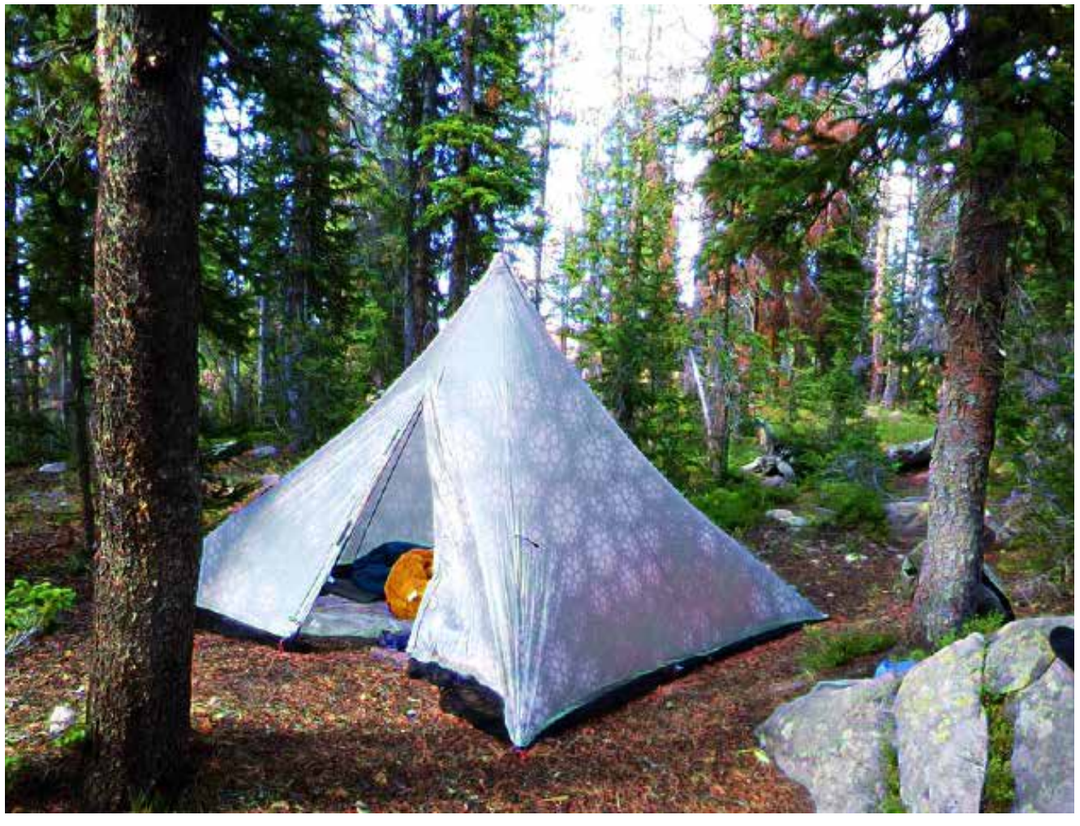
"Lige inden vi tager trippet, når vi har fundet et godt sted at være i skoven, tager vi alle sammen vores telefoner frem og tjekker tiden, og så slukker vi dem, siger: 'GO!' og så er vi i gang".

AF NIELS LØPPENTHIN

En 20-årig mand, Bo, har fortalt mig sin historie om sit brug af rusmidler. Jeg gennemførte et semi-struktureret interview af ca. 2 timers varighed med ham, hvor han fortalte åbent, beredvilligt og detaljeret om sit brug af stoffer. Han er fra København, er student og arbejder p.t. på en cafe. Han spiller musik, har en ikke-stofbrugende kæreste og bor hjemme hos sine forældre.

Han fortalte, at han har eksperimenteret med forskellige stoffer som kokain, MDMA, hash, alkohol, LSD, 25i og svampe. Dette har stået på i ca. fem år, men i de sidste godt to år er han angiveligt blevet mere bevidst om sit brug, og hvad han vil med det. Han tager LSD omtrent hver 2.–3. måned sammen med hash. Derudover drikker han 'almindeligt', hvilket vil sige 4-5 genstande om ugen og bingedrikker 1-2 gange om måneden, hvor han typisk drikker 10 øl plus nogle shots. Han ryger hash ved sjældne lejligheder, ca. en gang om måneden.

Han tager aldrig LSD alene. De er en fast gruppe på 3-4 unge mænd, som planlægger et trip nøje. De tager f.eks. til et sommerhus i en weekend, hvor de



tripper om lørdagen. De lægger vægt på at passe godt på sig selv og hinanden undervejs. Der er ikke andre stoffer involveret i gruppen, når de tripper, ud over at de 'spæder op' med joints et par gange i løbet af et trip. I den følgende analyse og diskussion beskriver og eksemplificerer jeg Bos rusmiddelbrug mere detaljeret.

I en nærmere analyse af Bos rusmiddelbrug vil jeg karakterisere bruget som rekreativt brug (Dance & Mugford). Han tager LSD sjældent og ryger stort set kun hash i denne forbindelse modsat tidligere, hvor han røg flere gange om ugen. Han syntes på et tidspunkt, at han tog for mange stoffer, men mener, at han nu har fundet sit leje. Han ser ikke sig selv som misbruger på nogen måde og mener ikke, at det går ud over noget i hans hverdag, faktisk tværtimod. Han tager stoffet af flere grunde:

Bo: *Altså, dels er der selve trippet, som er spændende, smukt og bevidsthedsudvidende, ligesom en fantastisk film. Tankestrukturen brydes helt op, og helt nye rum åbnes. Og så er der jo minderne om det i tiden efter. Altså det at tænke tilbage på en bestemt tanke eller følelse eller billede – måden, solen skinnede igennem bladene på et træ og sådan noget. Nogle gange kan jeg se skønheden i ting, som jeg ikke rigtig så før. Og så er der noget andet, altså, jeg føler faktisk, at jeg er blevet et bedre menneske. Det er måske lidt store ord, men jeg synes, jeg er blevet et menneske, som jeg er gladere for at være.*

Glæden ved stoffet beskrives af flere som et væsentlig drive i stofbrug (Hunt & Evans samt Mugford). Det samme gør sig gældende for Bo, men der er mere i det end blot simpel glæde. Han føler, at han har ændret sig til et bedre menneske, også når han ikke tripper. De positive egenskaber, der forbliver i en, efter at rusen er væk, beskriver Hunts og Evans også i artiklen *The Great Unmentionable* om unge på ecstacy. Men til forskel fra ecstacybrugerne i dansemiljøet har Bo den bevidsthedsudvidende dimension med, og den er blivende. Wolfson beskriver også oplevelsen af en blivende 'højere bevidsthed' efter indtagelse af psykedelika.

Rusen, ritualerne og fællesskabet

Bo: *Vi har jo dels alle de ting, vi gør med morgenmad, pakning og forberedelser. Lige inden vi tager trippet, når vi har fundet et godt sted at være i skoven, tager vi alle sammen vores telefoner frem og tjekker tiden, og så slukker vi dem, siger: 'GO!' og så er vi i gang. Og så har vi en vandflaske, vi tager frem efter at have trippet. Vi kalder det 'at flaske'. Det går bare ud på, at vi fylder en flaske halvt med vand, som vi kaster til hinanden. Men vi griber den ikke bare; vi griber den i dens bane, som vi så følger i sirlige mønstre og kaster den videre i en ny bane. Det er helt fast, at vi gør det, hver gang vi tripper. Og også, hvornår vi gør det. Det er megagrineren, og vi bliver nærmest ét med hinanden.*

Ritualer omkring stofbrug/beruselse beskrives af Van Gennep (i Beccaria og Sande) og indeholder tre faser, som alle markerer en overgang til noget andet. Den grundige forberedelse, gruppen foretager, pakning af vigtige ting osv., kan sammenlignes med *separationssfasen* (den synkrone slukning af mobiltelefonerne er næsten ceremoniel). Når de tager trippet og 'overgiver sig' er de i *liminalfasen*, og når de 'flasker', tripper m.v., er *inkorporationsfasen* indtrådt.

Begreber som *framing* og *keying* er også tydelige i denne case (Gusfield). En lille plet i skoven bliver pludselig rammen om et trip, ved at man lægger et tæppe frem, forbereder sig osv., og skoven er omdannet til en 'russcene'. Keying sker her, når mobiltelefonerne slukkes, og der bliver sagt 'Go'.

Årsagen til, at Bo tager stofferne, er som nævnt rekreative. Men det er ikke kun hyggen ved at tage stoffet eller en lille rus, han er ude efter.

Bo: *Jeg kan godt drikke en øl eller en sjælden gang ryge en joint, men med stofferne skal der være et formål. Det skal give mig en seriøs oplevelse, der er værd at have. Jeg tager LSD, når jeg vil væk på trip og over i en anden virkelighed.*

Det specifikke mål *at blive væk* kan til en vis grad sammenlignes med beskrivelsen af unge nordmænd og italienere (Beccaria og Sande), som trods forskelligheder i adfærd og ritualer går efter *fuldskaben – det at blive væk*.

Beruselsen er altså tydeligt målet - eller rettere: Det er *tilstanden*, der er målet. En tilstand, hvor dagligdagen og den almindelige måde at tænke på for en tid er væk og afløst af en midlertidig lykkefølelse. Er tilstanden/beruselsen det vigtigste, kommer fællesskabet lige bagefter. Bo beskriver det lykkelige i flaskelegen som uløseligt forbundet med fællesskabet og tendensen til sammensmeltning. Fællesskabsfølelsen bliver også eksponeret af ecstasybrugere (Hunt & Evans), men hvor flere af dansescenens aktører beskriver en følelse af 'kærlighed' til alle de andre (ukendte) dansere omkring sig og at ecstasyen bidrager til nedbrydelse af barrierer som følge af generthed og lignende, befæster og styrker LSD-brugerne deres venskab og fællesskab på trippet. Tilstedeværelsen af ukendte mennesker undgås netop helt bevidst ved, at settingen, der vælges, er en skov eller et andet øde naturområde. Bo siger således om forholdet til de andre i gruppen og andre mennesker i øvrigt:

Bo: *Vi er kommet tættere på hinanden, efter at vi er begyndt på at trippe. Når vi er på trip, er fællesskabet helt vildt vigtigt, og det er mindst lige så vigtigt, at vi samtidig undgår at ryge ind i alle mulige andre mennesker.*

For Bo og hans gruppe er der næppe tale om en kollektiv effervescens, som kan beskrives som en euforisk lykkefølelse i store menneskemængder, idet selve flok-elementet jo er fraværende, men mere end den fysiske flokfølelse, som er centralt for effervescens, er *identiteten* som gruppe i fokus, omend gruppen her er lille (Michaels et al).

Samfundssynet vs. Bos syn på LSD/stoffer

Det rekreative stofbrug, som Bo og hans venner praktiserer, bekræftes ikke i det officielle syn på farligheden af LSD. Ganske vist er LSD ikke øverst på listen over farlige stoffer generelt, men stoffet vurderes at være blandt de allerfarligste i forhold til at udvikle sindssygdom/psykoser (Sundhedsstyrelsen/Stofinfo).

Derudover vurderes stoffet at kunne udløse selvmord og dødsulykker og kan give kraftige bad trips.

Bo: *Altså, skrækbilleder fra psykiatriske afdelinger med folk, der er blevet sindssyge af at tage LSD, er bare slet ikke noget, jeg har kendt til eller hørt om fra nogen af alle dem, jeg kender…jeg mener…det har slet ikke noget med vores oplevelser at gøre. Jeg tror rigtig meget på, at de, som det går galt for, er dem, som ikke har forberedt sig ordentligt og tager stoffer i situationer, der er ude af det vante. Altså, man skal kun tage LSD sammen med nogen, der kender til stoffet, fordi det er en stor og meget forvirrende oplevelse på mange måder, ikke? (griner). Hele ideen er, at der skal være en basistryghed, altså, at man er et sted, hvor man kender hinanden og ved, hvad vi kan forvente af hinanden….man skal ha' styr på sine ting. Alle eksempler, jeg har hørt om, der er gået galt, er fordi de ikke har styr på noget, har taget en for stor dosis, været et sted, som ikke var rart eller bare ikke har været i stand til at planlægge noget som helst.*

De meget forskellige udlægninger er så at sige afhængige af øjet, der ser. Bos perspektiv er det selvoplevede (plus erfaringer fra venner og venners venner). Sundhedsstyrelsens fokus er - ligesom det øvrige officielle Danmarks fokus - på, hvad der *kan* gå galt. Hele formålet er at mindske og forsinke (om ikke fjerne) lysten og motivationen til at starte på at bruge stoffer (Kampen mod Narko). Af Sundhedsstyrelsens Stofinfo fremgår det, at 'forskellige stoffer giver risiko for alvorlige skader (…) men det er umuligt at sige noget om, hvem der bliver ramt hvornår'. Bo og de unge beskriver imidlertid, at man rent faktisk *har* mulighed for at forebygge og påvirke situationen. Dette fænomen ses også i Beckers klassiske beskrivelse af omgivelsernes betydning for den subjektive oplevelse og stoffets virkning på individet, samt hvordan unge hashrygere kan profitere af mere erfarne hjælpere (Becker). Det miljø, man tager stofferne i - den setting, der danner rammen - har stor betydning for den oplevelse, der bliver resultatet af rusen (Faupel et al).

Becker vurderer endvidere, at den omsorgsfulde hjælp fra mere erfarne hashbrugere til novicerne, som derved kunne få minimeret risikoen for dårlige oplevelser, ville være ønskelig, men vanskeligt genemførlig for LSD-brugere. Ikke desto mindre er det reelt netop sådan en adfærd, Bo og vennerne har praktiseret.

Ligesom samfundssynet på LSD's farlighed står i kontrast til gruppens syn på stoffet, er en lang række sociologiske og psykologiske for slet ikke at tale om biologiske forklaringer og teorier om, hvad der får unge til at tage stoffer, stærkt udfordret. De har i større eller mindre grad alle deres fokus på, at individet er i klemme. Det gælder eksempelvis teorier som *social learning*, hvor katalysatoren typisk er socialt ringe forhold eller gruppepres, og Mertons afvigelsesteori og dens senere fortolkninger om personers tilbøjelighed til at afvige (=tage stoffer), når man ikke kan leve op til samfundets krav og forventninger (Faupel et al).

Derimod synes *rational choice*-teorierne relevante i denne sammenhæng. Ingen i gruppen er belastet i nogen nævneværdig grad (de er studenter, er i arbejde, har ikke-stofbrugende venner osv.), men har *valgt* at eksperimentere med forskellige rusmidler. Relevante er også de såkaldte *naturteorier,* der hævder, at mennesket har en iboende, normal trang til indimellem at ændre bevidstheden - analogt med sult eller sexualdrift (Weil). De tidligste naturteorier blev brugt i en streng moralsk sammenhæng og var kædet sammen med en samfundsmæssig fordømmelse af rusmidlernes farer, men i dag indeholder naturteorierne ikke den negative fordømmelse. Da denne drift ligger i alle menneskers 'natur', adskiller teorien sig i øvrigt fra de biologiske teorier, som netop fremhæver, at nogle mennesker er 'syge' og andre ikke (Faupel et al).

Rusmiddelhistorier og kontrolleret kontroltab

Bo fortæller om en situation, hvor alting gik helt galt for nogle i gruppen (ikke Bo selv):

Bo: *Vi har nogle historier, som vi vender tilbage til igen og igen. Altså Thomas og Emil sad i en lejlighed og havde taget 25i. De havde taget to 'mærker' og var jo altså i forvejen i en sammenhæng, der ikke var fed. De tog to mærker efter ca. to-tre timer igen. Så kom Ib. Og så blev de enige om, at Ib også skulle prøve, og for at være 'samme sted' som dem skulle han så tage to mærker også. Men det er jo slet ikke sådan, det fungerer. Hvis man tager et mærke og så senere tager et til, så bliver trippet ikke forstærket 'dobbelt op', men bare forlænget. Derimod hvis man tager to mærker med det samme, så får man en dobbelt så kraftig rus, og det var det, Ib gjorde. Så lejligheden blev lige pludselig meget ubehagelig at være i for ham. Altså så han løb ud på gaden i underbukser, og Thomas løb så efter ham. Han vurderede ret hurtigt, at han ikke turde tage ansvar for ham og ringede til politiet. Da de kom, spurgte de Thomas om, hvad der var sket, hvorefter begge blev lagt i håndjern og taget med. De tilbragte hele natten i detentionen. Det var megavæmmeligt, især for Ib. Det var et eksempel på en dårligt planlagt tur og en fuldstændig forfejlet dosering. Og det kan vi godt i dag sidde og grine lidt af.*

Historier om rusmiddelbrug tjener flere formål (Tutenges & Rod). Denne oplevelse var voldsom på flere måder (både at have det meget skidt og blive frihedsberøvet oveni), og ved at fortælle historien igen og igen bearbejder de hændelsen og kommer dermed til bedre at forstå den og ikke mindst forholde sig til den. De bekræfter også qua fortællingen, hvad der er hensigtsmæssigt og ikke hensigtsmæssigt. Fortid, nutid og fremtid kædes dermed fint sammen, da de tager erfaringerne med sig qua italesættelsen (= vi gjorde noget dumt, vi er blevet klogere, og fremover handler vi anderledes). Historien om den fælles oplevelse styrker også identitet og sammenhold i gruppen (= vi hjælper hinanden, vi holder sammen). Han bekræfter med bemærkningen om, at de i forvejen var 'i en situation, der ikke var fed', at LSD ikke bør tages på et utrygt sted, ligesom der er læring om størrelse af dosis, hyppighed af indtag og den efterfølgende virkning i citaterne om, at de havde taget to mærker og nogle timer efter tager to mere efterfulgt af forklaringen om, hvad der så skete.

Tilbage i historien har man haft forskellige syn på rusmidler og deres farlighed. Ikke mindst det syn på rusens skader, som afholdsbevægelserne i USA og dele af Europa har været eksponent for, er – trods flere modifikationer og ændringer i synet på årsagerne til f.eks. afhængighed – fortsat relativt stærkt rodfæstet i den vestlige verden trods dens oprindelige udgangspunkt alene i alkohol (Levine). Afholdsbevægelsernes fokus på det 'farlige kontroltab' (Levine) havde kun ét svar: total afholdenhed. Når der således ikke er et rum for alternative fremstillinger, er nærværende case ikke tilstrækkelig interessant for sundhedsmyndigheder, forebyggelsesinitiativer i skoler, hos politiet og blandt ledende politikere.

Det, som Bos gruppe præsterer, er nok et kontroltab. Men samtidig også et kontrolleret et af slagsen. Gruppen ønsker et totalt sceneskift fra hverdagen, men har ingen ønsker om ikke at komme tilbage. Hver

NIELS LØPPENTHIN
CHEFKONSULENT
DIREKTORATET FOR KRIMINALFORSORGEN

ting til sin tid. Man planlægger omhyggeligt, pakker nødvendige ting hjemmefra, har spist tilstrækkeligt, har vand og frugt med og har sat tid af bagefter til at returnere til hverdagslivet med fornyet energi. Samme mønster er set blandt unge bingedrikkere i England, som 'planlagde' deres kontroltab med henblik på at minimere diverse risici og ubehageligheder og med det klare formål, at kontroltabet var tidsafgrænset, så hverdagspligterne kunne opretholdes (Measheam & Brain).

Perspektivering

Aktørerne i denne case tilhører en lille subkultur, hvor LSD og de oplevelser, bruget fører med sig, er omdrejningspunktet. LSD er meget lidt udbredt (Sundhedsstyrelsen), idet det officielle skøn er, at ca. 1 pct. af befolkningen tager stoffet. Der beslaglægges meget små mængder i forhold til andre stoffer, men antallet af doser og beslaglæggelser har dog været i stigning de senere år (Rigspolitiet). Der er altså næppe tale om en større trend, selvom der ses tendenser til, at valg af stoffer skifter i forskellige årtier, og netop psykedelika, som var populært i 60'erne, er måske ved at få en renæssance (Measham & Brain).

Psykedelika fylder ikke meget i den offentlige debat (som rusmiddel), men psykedeliske stoffer fremgår fortsat af den stadigt voksende officielle liste over illegale rusmidler og indgår således i 'det, vi kæmper mod' som samfund. Dette uagtet, at et givent stofs egenskaber er afhængige af en række andre faktorer end blot dets kemiske sammensætning.

Der kunne sandsynligvis reddes liv og forhindres en lang række ulykker, hvis sundhedsmyndighederne lavede guidelines for fornuftig omgang med stoffer. Vi vil gerne have, at vores unge lærer færdselsregler for at kunne navigere i trafikken, som vi ved er livsfarlig. Hvorfor gælder dette ikke for stofbrug? Mens skiftende regeringer holder fast i den grundlæggende linje om en nul-tolerance over for illegale stoffer, fortsætter diverse subkulturelle aktører deres adfærd. Samfundsmæssigt er det svært at få øje på det skadelige element i det rekreative brug, som det udfolder sig i casen her; de påfører tilsyneladende ikke sig selv og deres nærmeste nogen skader - og tilsvarende samfundsmæssigt. Prisen på et trip er 80 kroner, og Bo køber altid på nettet – anonymt og leveret i pakker til nærmeste posthus (så Bo og hans venner figurerer næppe i de officielle tal over, hvor mange, der bruger LSD). Nettet guider ham i forhold til pris, kvalitet og leveringstid via brugeranmeldelser. Han har aldrig begået noget kriminelt med henblik på at finansiere sit stofbrug. Han synes, det er beskæmmende, at det, de praktiserer sammen, er ulovligt, men det gør i sig selv ikke selv den ringeste forskel i hans indstilling.

Bo: *En dag vil det officielle Danmark måske anerkende os – indtil det sker, gør vi bare, som vi plejer.* ■

LITTERATUR

Weil, A (1986): *The Natural Mind: A New Way of Looking at Drugs and the Higher Consciousness.* Boston: Houghton-Mifflin.
Dance, P. and Mugford, S. (1992): *The St. Oswald's Day Celebrations: 'Carnival' Versus 'Sobriety' in an Australian Drug Enthusiast Group,* Journal of Drug Issues 22(3).
Hunt, G.P and Evans, K. (2008): *'The great unmentionable': Exploring the pleasures and benefits of ecstasy from the perspectives of drug users,* Drugs: education, prevention and policy, 15(4).
Wolfson, Phil. (2011): *Psychedelics, Spirituality, and Transformation. Tikkun 26*(1).
Beccaria, F & Sande, A. (2003): *Drinking games and rite of life projects: A social comparison of the meaning and functions of young people's use of alcohol during the rite of passage to adulthood in Italy and Norway.* Young 11 (2).
Gusfield J. R. (2003 [1987]): *Passage to play: rituals of drinking time in American society.* In: Douglas M. (ed.): *Constructive Drinking Perspectives on drink from anthropology,* London: Routledge.
Michaels, A., Wulf, C. (Eds.) (2011): *Emotions in Rituals.* London: Routledge.
Sundhedsstyrelsen (2015): *Stofinfo,* www.sundhedsstyrelsen.dk/stofinfo
Indenrigs- og sundhedsministeriet (2003): *Kampen mod narko.*
Becker, H. (1967): *History, Culture and Subjective Experience: an Exploration of the Social Bases of Druginduced Experiences.* Journal of Health and Social Behavior 8(3).
Faupel C., Horowitz A., Weaver G, (2010): *The sociology of American drug use.* Oxford: Oxford University Press.
Weil, A (1986): *The Natural Mind: A New Way of Looking at Drugs and the Higher consciousness. Boston: Houghton-Mifflin.*
Tutenges, S. and Rod, M. H. (2009): *We got incredibly drunk … It was damned fun' Drinking stories among Danish youth,* Journal of youth studies 12(4).
Sundhedsstyrelsen (2015): *Narkotikasituationen i Danmark 2014.*
Rigspolitiet (2015): *Politiets strategiske analyse.* www.politi.dk/strategiskanalyse
Measham, F. and Brain, K. (2005): B*inge drinking, British alcohol policy and the new culture of intoxication, Crime Media Culture* 1(3).
Levine, H.G. (1978): *The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America,* Journal of Studies on Alcohol, 15.

Denne artikel bygger på en eksamensopgave om kultursperspektiver på *Master i Narkotika- og Alkoholindsatser,* Center for Rusmiddelforskning, School of Business and Social Science, Aarhus Universitet.

SELVMEDFØLELSE: EN VEJ TIL ROBUSTHED

'Alene en forestilling er rigeligt til at vække stærke emotioner som angst og aggression med dertil knyttet stoftrang. Derfor giver det god mening at styrke evnen til at håndtere emotioner. En af vejene er større selvmedfølelse'.

PSYKOLOG LEIF VIND PÅ ÅRETS KABS-KONFERENCE.

AF MARIANNE BÆKBØL

Et af kendetegnene ved personer med post-traumatisk stress syndrom (PTSD) er, at de genoplever de traumatiserende hændelser igen og igen, og de rædselsvækkende erindringer skaber de samme stærke følelser og fornemmelser, som da hændelserne fandt sted. At styrke menneskers evne til at berolige sig selv kan derfor have positiv effekt, og vejen til større robusthed over for stærke emotioner går igennem opnåelse af større medfølelse for sig selv. Derfor arbejder psykolog LeifVind med medfølelses-orienteret terapi.

På KABS-konferencen i Vejle den 8. og 9. marts 2016 stod LeifVind for en af parallel-sessionerne, hvor han talte om medfølelses-fokuseret behandling med udgangspunkt i unge med misbrugsproblemer. Denne artikel er en opsummering af foredraget.

Tredje bølge inden for det kognitive

Medfølelses-orienteret terapi er en del af den såkaldt tredje kognitive bølge og har sine rødder i kognitiv adfærdsterapi, mindfulness og moderne neuropsykologi og neurovidenskab. Denne bølge læner sig op ad det kognitive, men har et følelsesmæssigt fokus.

I behandlingen af unge med misbrug handler det,

på samme måde som ved PTSD, om at styrke den unges eget beroligelsessystem, fordi det har god effekt i forhold til at blive bedre til at regulere overvældende følelser som for eksempel stress, angst, vrede, skam, manglende selvværd og på den måde blive mindre afhængig af rusmidler til at håndtere disse stærke følelser.

Neurologien bag medfølelses-fokuseret terapi

Under bestemte forudsætninger giver vores hjerne os bestemte følelser, der har til formål at få os til at gøre noget bestemt, og vi er organiseret om følgende tre følelsesregulerende systemer:

Trusselssystemet, der især udløser vrede, afsky, ængstelse og nervøsitet. Det har til formål at få os til at holde os selv i live, når vi er truet. Trusselssystemet er helt centralt i forhold til misbrugsbehandling, fordi netop disse emotioner præger mange mennesker med misbrugsproblemer. Indvendigt er det stresshormoner som adrenalin og cortisol, som er i spil.

Drivesystemet, der udløser begejstring, spænding og vitalitet, og som er i aktivitet, når der er brug for at få os til at opsøge energi til at forfølge vores mål. Vi får energi ved at gå efter det, vi ønsker os. Her mobiliseres kræfterne til at gå efter det og til dels også aggression, hvis vi ikke opnår det, vi ønsker. Drivesystemet får os også til at udholde kedsomhed på vej til målet. For mange klienter er det ofte svært, når det handler om at skulle hive sig selv op, at nå noget med sig selv. Måske kan en forklaring findes i kemien, for det kemiske stof i drivesystemet er især dopamin.

Trygheds- eller beroligelsessystemet. Her udløses tilfredshed, tryghed og tilknyttethed, som er forbundet med ro og indre balance. Alt det, der kan hjælpe os med at restituere og bearbejde ubehagelige følelser og oplevelser. Kemisk udløses der endorfiner og oxytocin (det samme stof, der udløses under en fødsel og skaber kærligheden, den hurtige tilknytning, mellem mor og barn)

Et spændende behandlingsfelt

Man har længe anset robusthedsfaktorer som temmelig stabile over mange år i folks liv. I fin samklang med dette har man set, at selvmedfølelsen både har stor betydning, *og* at det er nemt at påvirke den gennem terapeutisk arbejde, øvelser og træning. Mange praktikere kaster sig derfor med glæde over denne terapiform – man kan reelt styrke medfølelsen og dermed også graden af selvberoligelse.

'Jeg fik for eksempel en yngre kvinde ind for et par uger siden. Hun havde igennem teenage-årene haft det rigtig skidt og både været indlagt og havde talt en del med psykologer. Det havde hjulpet hende dengang, men nu var hun væltet igen på grund af et stressende job. Første gang, jeg så hende, arbejdede jeg forholdsvis ustruktureret med at bringe medfølelse til egen situation. Allerede næste gang, hun kom, havde hun det bedre og fortalte, at hun havde øvet sig helt vildt i at være medfølende over for sig selv. Hun fortalte også, at hun var glad for den ændring, hun mærkede, og meget optaget af, hvad det med selvmedfølelse kunne gøre,' fortalte Leif Vind med praktikerglæde om sine erfaringer.

Selvmedfølelsen sidder i beroligelsessystemet

Det er ikke underligt, at den unge kvinde oplevede, at metoden gav mening. Når vi ser på påvirkninger, der har tendens til at udløse tilstande som PTSD, ses det nemlig, at jo mere medfølelse personer har for sig selv, desto mindre sårbare er vedkommende over for negative påvirkninger. Selvmedfølelsen fremstår altså som en robusthedsfaktor. Selvmedfølelsen bor i beroligelsessystemet og hjælper os med at håndtere ubehagelige følelser fra trusselssystemet, fordi den fungerer som en slags kemisk bremse. Derfor handler det i behandlingsøjemed om at få beroligelsessystemet til at arbejde mere effektivt.

Problem og løsning på samme tid

Man siger, at når ét system bliver aktiveret, så organiserer hele hjernen sig omkring dette system. Det gælder for alle tre systemer. Når ét system er aktivt, kan der ikke være ret meget gang i de andre systemer samtidigt. Det aktive system sætter så at sige scenen.

'At tage sig sammen' bor for eksempel i drivesystemet og fungerer fint, hvis man er i balance. Er man til gengæld deprimeret eller angst, er der sat gang i trusselssystemet, og det er meget svært at få gang i eller kontakt til drivesystemet. Når først trusselssystemet er aktiveret, følger tankerne med, og de kredser om og fokuserer på det farlige. Tankerne fryser fast omkring 3-4 forskellige truende tanker, og de leverer signaler tilbage til trusselssystemet, der gør, at handlingerne også fryser. Alle input bliver tolket som trusler, instinktet siger kamp, død og flugt, og emotioner som vrede, angst og afsky kommer frem. Fordi det ligger i os som overlevelsesmekanismer.

En anden udfordring ved hjernen

Mennesket har egentlig tre hjerner, der ligger oven på hinanden i den rækkefølge, de er kommet til gennem vores udvikling. Krybdyrhjernen er den ældste del, der styrer menneskets mest grundlæggende behov som reproduktion og overlevelse. Den næste del er følelseshjernen eller det limbiske system, der beskæftiger sig med vores adfærdsmæssige og emotionelle udtryksmåder og er tæt koblet til trusselssystemet. Den sidste og nyest dannede del af hjernen er hjernebarken med frontallapper, der kontrollerer processer som logik, kreativitet og sprog.

Problemet med den nyeste del af hjernen er, at den også har givet os den'fejlfunktion', at alene tanken om noget kan gøre os bange, ikke kun truslen i sig selv. Den besked, der kommer fra 'nyhjernen', går direkte over i de ældre dele af hjernen og skaber emotioner, og alene en forestilling om noget er rigeligt til at vække endog stærke emotioner. Da vi fik de nyeste dele af hjernen, burde vi have haft et 'trusselssystem light' i stedet for at få så stærke følelser, som hvis vi reelt mødte en løve.

Hvad er det så, man gør?

I behandlingsøjemed er det vigtigt at øge den unges fokus på de indre processer, og derfor er selvmedfølelses-orienteret terapi også en psyko-edukerende tilgang. Den unge forklares altid og grundigt om sammenhængene mellem de tre systemer, som deres følelser og adfærd er styret af. Den unge lærer at give opmærksomhed til sine indre processer som et vigtigt element i egen heling, blandt andet via mindfulness. Nogle unge har svært ved det, for eksempel unge med ADHD, der har svært ved at have ro indeni længe nok til at få opmærksomhed på, hvad det egentlig er, der sker. Man arbejder også med at 'lægge tid ind' mellem de svære hændelser og nutiden – og hvad der er sket af gode ting siden.

Et sidste element i disse terapiforløb er, at der bringes venlighed og medfølelse til de svære følelser, for mange lærer ikke igennem barndommen at genkende, processere og acceptere følelser. Man 'genbesøger' sammen med den unge også de gamle traumer, men først et stykke ind i forløbet og i kombination med medfølelse og ved brug af forskellige elementer af sikkerhed. ■

MARIANNE BÆKBØL
JOURNALIST

OM LEIF VIND

Leif Vind er privatpraktiserende psykolog. Han har arbejdet med medfølelses-fokuseret terapi igennem de seneste 5 år. Han deler sin arbejdstid mellem supervision og klinisk arbejde. Ud over selv at praktisere metoden underviser og superviserer Leif Vind også i medfølelses-fokuseret terapi i misbrugsbehandling. Læs mere på www.leifvind.dk
Du finder powerpoint-præsentationen fra Leif Vinds oplæg nederst på KABS' hjemmeside under KABS Viden: præsentationer. www.kabs.dk

NY PULJE FRA SOCIALSTYRELSEN

Udbredelse af behandlingsmodeller til unge med misbrug

Socialstyrelsen har d. 5. april udmeldt en ansøgningspulje til udbredelse af misbrugsbehandlingsindsatserne U-turn, U18-modellen og Multisystemisk Terapi Substance Abuse (MST-SA) med ansøgningsfrist d.27.maj

http://socialstyrelsen.dk/nyheder/2016/pulje-udbredelse-af-behandlingsmodeller-til-unge-med-misbrug

Formålet med puljen er at udbrede tre behandlingsmodeller, som alle har vist lovende resultater, og derved medvirke til, at flere unge med misbrug får et målrettet, helhedsorienteret og effektivt behandlingstilbud. Målgruppen er unge i alderen 15-25 år, som har eller er ved at udvikle et behandlingskrævende stofmisbrug.

Socialstyrelsen

EN NY START

Hvilken rolle spiller fællesskabet, når marginaliserede, etniske minoritetsunge forsøger at ændre livsbane?

BIRGITTE THYLSTRUP, THOMAS FRIIS SØGAARD & TORSTEN KOLIND

Unge mænd med anden etnisk baggrund end dansk, som er involveret i kriminelle grupperinger og stofhandel, har i de seneste år fået stor opmærksomhed i medierne og været genstand for en række socialpolitiske diskussioner og politimæssige tiltag. Også inden for forskningen har der været en stigende interesse i at undersøgeproblemer knyttet til marginaliseringen af denne gruppe med fokus på, hvordan deres involvering i subkulturelle 'gadefællesskaber' udgør et fælles modsvar til deres marginaliserede position; gadefællesskaber, som kan være med til at fremme og fastholde dem i kriminalitet og stofbrug.

Det er relevant at undersøge de problemer, som de unges tilknytning til disse gadefællesskaber afstedkommer. Samtidig risikerer et for problemorienteret fokus på gadefællesskaber at overse, hvordan det at være en del af et fællesskab ikke kun er et problem, men også kan udgøre en platform for ændringer af de unges livssituation. I en undersøgelse, som vi lavede af marginaliserede etniske minoritetsunge, var det derfor vores ønske at bidrage med et bredere perspektiv på fællesskabets betydning. Artiklen her beskriver nogle af disse bidrag. I vores undersøgelse fandt vi for eksempel, at bevægelser ind og ud af kriminalitet, bander og stofbrug sjældent foregår som en lineær proces med ét afgørende forandringspunkt. At det at være en del af et fællesskab udgør en vigtig del af de unges behov for at føle, at de hører til og har betydning for nogen. At det derfor ikke er enkelt for de unge at afskrive tidligere bandefællesskaber, men at de arbejder hårdt med udvikle strategier til, hvordan de i højere grad selv kan styre, hvornår og hvordan de kan vælge gadefællesskabet uden at opgive deres mål om ændring af livsbane.

Vil man læse mere om undersøgelsen og uddrag af interviewene, henviser vi til kapitlet i antologien 'Unge liv', der netop nu er udkommet på Aarhus Universitetsforlag, og til de forskningsartikler, der indtil videre er skrevet.

Lidt om undersøgelsen

Undersøgelsen baserede sig på den kontakt, som vi fik med målgruppen gennem NY Start, et privat aktiveringstilbud, som arbejder med resocialisering af marginaliserede og kriminelle mænd mellem 18-35 år, som ikke kan rummes i andre kommunale aktiverings- og behandlingstilbud. Undersøgelsens fokus var den betydning, som de unge tillagde fællesskabs-

Jamen, jeg er vokset op i et område, der var kendt for ballade og kendt for uro og... ja, et område med kriminelle... unge kriminelle (...) Så det var vores fritid (...) så hang vi ud foran dørene, ellers så gik vi ud og stjal... eller slog nogle. Ellers så kørte vi bare rundt og prøvede at lave nogle penge eller sådan noget .

grupperinger, deres oplevelser med uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet, deres involvering i kriminalitet og rusmiddelbrugog deres motivation for at skabe forandring i deres liv.

Vores tilgang var inspireret af andre undersøgelser, der betoner, at den enkeltes mulighed for at skabe forandring af egen livsbane ikke blot er afhængig af ydre forhold (for eksempel ændringer i alder, familie- og forældrestatus, jobsituation og vennekreds), men også involverer en løbende forhandling af identitet i samspil med de sociale kontekster og fællesskaber, man deltager i.

Bevægelsen ind i kriminalitet - et strategisk valg eller en gradvis tilvænning?

Vælger man en kriminel karriere, eller er der tale om en gradvis tilvænning til en særlig kultur og adfærd? I vores snak med de unge beskrev de deres involvering i gadefællesskabet som en gradvis bevægelse, der var sat i gang som et resultat af et behov for at tilhøre et fællesskab, hvor de oplevede at være accepterede og betydningsfulde, og hvor de havde kompetencer til at deltage i de aktiviteter, som fællesskabet omhandlede.

Stort set alle var børn af forældre, som var emigreret til Danmark, og mange var opvokset i belastede boligområder med en høj grad af arbejdsløshed og kriminalitet. Herudover fortalte mange om en svær skolegang med mange nederlag, konflikter og en gennemgående følelse af ikke at passe ind. De fortalte, at de havde haft svært ved tilpasse sig skolens regler og krav, og at de havde oplevet manglende støtte fra voksne til at håndtere problemerne, både i skolen og hjemme.

Oplevelsen af ikke at passe ind hverken i skolen eller på andre sociale arenaer havde stor indflydelse på den betydning, som de tillagde venskabsrelationerne i lokalmiljøet; disse venskaber kom ofte til at fungere som modvægt til de unges negative oplevelser i andre sociale fællesskaber. For de fleste fyldte fællesskabet som modvægt til oplevelsen af eksklusion mest i starten, men blev i stigende grad også fælles aktiviteter i form af 'småkriminalitet', som med tiden eskalerede til mere grov kriminalitet. Mens deltagelsen i de forskellige kriminelle grupperinger gav adgang til status, 'hurtige penge' og spænding, herunder rusmiddelbrug og -salg, blev konsekvenserne af deltagelsen mere og mere belastende, blandt andet som følge af voldsomme bandekonflikter, hårdere kriminalitet og vold, fængselsstraffe og øgede konflikter med familien. For mange kom rusmidler (særligt cannabis) derudover også til i stigende grad til at styre deres liv. Tilsammen var dette krydspres med til at fremprovokere et ønske hos de unge om at ændre livsbane. Dette ønske var dog ofte dilemmafyldt, idet de unge både ønskede at sige fra overfor det kriminelle fællesskab, men også oplevede, at fællesskabet havde stor betyd-

Jamen, lige nu, der prøver jeg at hjælpe dem bare ved (...) og prøve at få dem på den rigtige vej, og 'lad være med at lave kriminalitet', og 'lad være med at hænge ude i gaderne'. Fordi du får ikke noget ud af det der, fordi dine andre venner, du hænger med, de ..., lige pludselig forsvinder de, de bliver gift, og så hænger du selv der, uden uddannelse, uden noget og som 30-årig. Så er det... en bums, ikk'... det er det, man bliver.

ning for deres identitet, oplevelse af socialt tilhørsforhold og ikke sjældent også udgjorde en sikkerhed i forhold til beskyttelse overfor rivaliserende bander.

Et andet dilemma, som de unge beskrev, var, at de igen mødte afvisning og oplevede eksklusion, når de søgte at blive en del af det almindelige samfund. Mange fortalte om de store barrierer, de stødte på, når de havde prøvet at starte i uddannelse eller arbejde, og om den modstand, de mødte fra 'systemet'.

Igen forklarede de deres problemer med den negative signalværdi, der lå i at være af anden etnisk herkomst og have en adfærd og attitude, som var blevet yderligere forstærket gennem deres tilknytning til gadefællesskabet og de kriminelle fællesskaber. Af samme grund udtrykte de et stort behov for at kunne bevare kontakten med vennerne fra gadefællesskabet og vigtigheden af at have mulighed for at mødes med vennerne i NY Start.

... så ringede jeg til samme firma, som jeg havde ringet til for en halv time siden og sagde, at jeg hed Anders. Så var det lige pludselig anderledes, så skulle jeg lige pludselig sende en ansøgning, og så 'kunne vi kigge på den, og så kunne vi kalde dig ind til en samtale'.

At søge forandring uden at forlade fællesskabet

International forskning har overvejende argumenteret for, at resocialiserings- og aktiveringsindsatser for unge, der har været involveret i kriminelle grupperinger, kræver, at de bryder med vennerne i disse fællesskaber. I modsætning til denne tilgang udgør en vigtig del af strategien i NY Start både at vedligeholde en løbende dialog med de unges lokalmiljø og at tilbyde dem et nyt fællesskab, hvor de fortsat kan møde tidligere venner, der også søger forandring. Baggrunden for strategien er en anerkendelse af den betydning, som de unge tillægger det at være en del af et fællesskab. Et eventuelt krav om, at de unge skal have brudt kontakten med vennerne i disse fællesskaber som en del af deres start i NY Start, anses derfor som urealistisk. I stedet er det en betingelse, at de har udtrykt ønske om forandring, ikke begår kriminalitet, ikke opfører sig overdrevent aggressivt og ikke tager/sælger stoffer i tilbuddets lokaler.

På samme måde er en central del af indsatsen i NY Start at støtte de unges ønske om at forandre livsbane ved at tilbyde dem deltagelse i et 'alternativt fællesskab', som for en stor del er bygget op omkring boksning. Sigtet er at involvere de unge i motivationsarbejde og socialiseringsprocesser, der støtter en mere prosocial adfærd og konstruktive løsningsmodeller på konflikter som modsvar til samværsformen i de kriminelle fællesskaber, hvor selvtillid og accept ofte er knyttet op omkring kriminalitet, en hierarkisk og aggressiv maskulinitet og stofbrug. På denne måde trækker NY Start tråde tilbage til værdier, der karakteriserer de kriminelle fællesskaber ved, at bokse- og styrketræningen både hviler på værdier som maskulinitet, hierarki, og aggressivitet, men også peger fremad, fordi den også involverer udvikling af selvdisciplin, samarbejde og det at turde tabe en kamp eller tabe ansigt uden at reagere aggressivt på oplevelsen af tab af status.

Det er jo ikke lederen [af NY Start], der har ligesom samlet de her unge og sagt 'okay, nu har jeg et fedt projekt, som måske kan gavne jer i fremtiden og få jer ud af kriminaliteten og skaffe jer et arbejde og et sted at bo' (...) han kender ikke området, han kender ikke folk. For os der var det jo bare, ja, kalde på alle vores venners små brødre og alle dem, man kender, ikk?

Kan systemet tilbyde fællesskaber?

Spørgsmålet er selvfølgelig, om et øget fokus på fællesskabets betydning for etniske minoritetsunge i deres bevægelse væk fra kriminalitet og stofbrug medfører en risiko for, at de i stedet for at afprøve nye samværsformer og roller kommer til at reproducere de samme værdier og konflikter, som de søger at bevæge sig væk fra? I denne undersøgelse fandt vi, at dette helt klart kunne udgøre en risiko, og at det derfor var et vigtigt opmærksomhedspunkt i tilbuddets eget arbejde med borgerne. Risikoen blev blandt andet synlig i nogle af de unges diskussioner om, hvem der kunne være en del af fællesskabet i NY Start, hvor bandetilhør og autoritet i lokalområdet var med til at afgøre rekrutteringen til NY Start. Der var dog lige så mange af de unge, der beskrev, at selvom det stadig var vigtigt at bevare kontakten til vennerne fra gadefællesskabet, var det i mindre og mindre grad vigtigt, at det var gadefællesskabet, de mødtes i. Som en del af denne bevægelse fortalte flere, hvordan det at fungere som en rollemodel for deres venner fik dem til at se anderledes på den rolle, de selv valgte at have i et fællesskab.

BIRGITTE THYLSTRUP
PSYKOLOG, PH.D., LEKTOR
THOMAS FRIIS SØGAARD
ANTROPOLOG, PH.D., ADJUNKT
TORSTEN KOLIND
ANTROPOLOG, PH.D., PROFESSOR
ALLE CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

Uanset hvor de unge placerede sig, var der en udtalt tendens til, at de fremfor at fremstille deres venner fra de kriminelle fællesskaber som nogle, der aktivt pressede dem til at deltage i kriminalitet, vold, og stofbrug, beskrev dem som positive, men problematiske fristelser. Ligeledes var det en udfordring, at de stadig følte en stærk moralsk forpligtelse til at være loyale og hjælpe, hvis deres venner var i knibe, samtidig med, at de var meget opmærksomme på de strafferetslige konsekvenser, som det kunne få for dem. De unge, der var bevidste om den udfordring, som bevægelsen mellem forskellige fællesskabsgrupperinger kunne have for deres ønske om forandring, håndterede disse dilemmaerved at udvikle forskellige strategier; for eksempel at undgå natlige byture, bestemte værtshuse og boligblokke, hvor de kunne risikere at skulle sige fra overfor vennernes opfordring til at hjælpe dem i en slåskamp, uden at det resulterede i konflikter. Andre beskrev også mere drastiske strategier, såsom at flytte længere væk eller holde deres hjemadresse skjult. Fælles for disse strategier var, at de ikke direkte afskrev eller endte i åben konflikt med gadefællesskabet. I stedet forsøgte de unge at skabe en situation, hvor de i højere grad selv kunne styre, hvornår og hvordan de kunne vælge fællesskabet til og fra uden at opgive deres mål om ændring af livsbane.

At være noget for nogen - fællesskabets betydning

Bidrog vores undersøgelse med et bredere perspektiv på fællesskabets betydning? Til dels. Ligesom andre undersøgelser fandt vi, at unge mænd med anden etnisk minoritetsbaggrund end dansk, som er involveret i kriminelle grupperinger og stofhandel, ofte har involveret sig i subkulturelle 'gadefællesskaber'på et tidligt tidspunkt i deres opvækst som et fælles modsvar til deres oplevelse af at være marginaliserede. Og ligesom andre undersøgelser fandt vi, at denne tilknytning over tid har været en afgørende faktor for fastholdelse i kriminalitet og stofbrug.Vi fandt også, at de ligesom andre unge aktivt har søgt - og stadig søger - fællesskaber, som giver mening for dem i forhold til deres aktuelle livssituation og behov.

Dette er velbeskrevne dynamikker. For at mindske uvished og ubehag i den sociale verden vælger unge fællesskaber, hvor de føler sig velkomne og accepterede, og over tid socialiseres de ind i fællesskabets kollektive normer. I vores undersøgelse betød dette en socialisering ind i en kriminel løbebane. Når dette er sagt, bidrager vores undersøgelse også med vigtige nye indsigter til den eksisterende forskning ved at sætte spot på, hvordan fællesskaber spiller ind i marginaliserede etniske minoritetsmænds forsøg på at komme ud af kriminalitet og et problematisk stofbrug.Vi fandt således, at forandringsprocesser ind og ud af kriminalitet, bander og stofbrug sjældent foregår som en lineær proces, men at det snarere er undtagelsen end reglen, at der er ét afgørende forandringspunkt, der markerer overgangen fra aktiv deltagelse i kriminelle fællesskaber til et fravalg af samme.At der ikke er tale om en lineær bevægelse med et klart skæringspunkt for forandring af livsbane stiller spørgsmål ved det hensigtsmæssige i, at resocialiserings- og aktiveringsindsatser ofte kræver, at de unge klienter bryder med vennerne i disse fællesskaber som symbol på ønsket om forandring. Dette henviser til et måske uudnyttet potentiale i forhold til at anderkende den betydning, som de unge tillægger det at være en del af et fællesskab: I stedet for at blive pålagt adskillelse fra deres venner fra de eksisterende fællesskaber giver det mulighed for at tilbyde dem et andet fællesskab, hvor de fortsat kan spejle dele af deres identitet og tilhørsforhold, mens de arbejder med forandring. Udover at øge muligheden for at tiltrække og fastholde dem i tilbuddet muliggør det måske også i højere grad, at de unge selv stilles til ansvar for deres valg og de grænser, som de drager mellem deres involvering i kriminelle fællesskaber og andre fællesskaber. Det er her vigtigt og interessant, at de fleste vi mødte i NY Start netop beskrev, at det var den mulighed, som de fik for fortsat at kunne bevæge sig mellem fællesskaber, der udgjorde en væsentlig del af deres motivation for komme i tilbuddet og fastholde arbejdet med at ændre livsbane. ■

LITTERATUR

Deuchar, R., Søgaard, T.F., Kolind, T., Thylstrup, B. & Wells, L. (2015) 'When you're boxing you don't think so much': pugilism, transitional masculinities and criminal desistance among young Danish gang members. *Journal ofYouth Studies*.(Published online before print: DOI:10.1080/13676261.2015.1098770)
Søgaard, T.F., Kolind, T., Thylstrup, B. & Deuchar, R. (2016) Desistance and the Micro-Narrative Construction of Reformed Masculinities in a Danish Rehabilitation Centre. *Criminology&Criminal Justice*, Vol. 16(1) 99–118.
Thylstrup, B., Søgaard, T.F. & Kolind, T. (2016) Fællesskab og forandring blandt marginaliserede etniske minoritetsunge. I: Pedersen, M.U. & Ravn, S (red.). *Unge liv – tilhør og udfordringer*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Arbejder du med udsatte unge?

Selvom der ikke ses en markant stigning i antallet af unge, der bruger rusmidler, ender stadig flere og flere unge i behandling for deres forbrug af hash.

AF KATRIN LEICHT SCHNOHR & METTE KRONBÆK

I efteråret 2015 påbegyndte vi det første nye diplommodul på rusmiddelområdet: '*Problemstillinger og teoretiske perspektiver i relation til en udvalgt målgruppe - Udsatte unge med et problematisk brug af rusmidler*'. Diplommodulet er et af en række nye kompetencegivende efter- og videreuddannelsestilbud, som Professionshøjskolen Metropol i København fremover vil udbyde. Uddannelsen er udviklet i et samarbejde mellem Stofrådgivningen og Metropol, Institut for velfærdsfaglig efter- og videreuddannelse. På modulet er begge organisationers ekspertise i spil. De studerende bliver introduceret for den nyeste forskning på rusmiddelområdet, kombineret med praksiskendskabet til virkningsfulde metoder og redskaber, som konkret kan bruges i det daglige arbejde med at hjælpe unge, der har et problematisk brug af rusmidler. Trine Ry, leder af Stofrådgivningen beskriver det således: 'Efter at have gennemført kurser i mange år i Stofrådgivningens regi er det spændende nu at bringe vores faglighed og store kendskab til praksis ind i et samarbejde med Metropol, der supplerer med den mere akademiske viden på området'.

I undervisningen veksles der didaktisk mellem det konkrete niveau med undervisning i metoder og redskaber – og det generelle niveau med afsæt i at forstå unges forbrug af rusmidler i en samfundsmæssig kontekst. Jakob, som deltog i det første uddannelsesforløb, fortæller, hvordan han efterfølgende har oplevet, at: *'Jeg kan bruge mit teoretiske fundament til at argumentere for mine faglige beslutninger og valg, og den teoretiske overbygning giver mig en ballast til at bruge metoderne'*.

Det at kunne se sit arbejde i en større kontekst og at have kendskab til de tanker om læring og udvikling, som ligger bag den metode, man arbejder med, giver fagligt overskud og overblik i hverdagen.

Hvorfor kun unge?

Vi har valgt at udvikle et modul specifikt med fokus på unge med rusmiddelproblematikker, da arbejdet med unge mennesker adskiller sig markant fra arbejdet med voksne stofbrugere. Unges rusmiddelforbrug er ofte langt mere socialt forankret i kammeratskabsgrupper. Der er desuden ofte mere tale om et problematisk brug end et egentligt misbrug, og familiesamarbejde spiller en stor rolle. Vi ved fra forskningen, at unges motivation til at tage rusmidler adskiller sig fra voksne stofbrugeres. Det betyder, at den professionelles tilgang til de unge skal være anderledes, hvorfor det er relevant at tilbyde en kompetencegivende uddannelse på rusmiddelområdet netop med fokus på ungemålgruppen.

Mange professionelle omkring unge med rusmiddelproblematikker

Vi tilrettelagde det første modul således, at det ville være relevant for professionelle *på tværs af* forskellige typer indsatser og institutioner, som har berøring med udsatte unge. Vores vurdering var, at både medarbejdere fra socialforvaltninger, gadeplansarbejdere, ungdomsindsatser, bo- og opholdsinstitutioner, skole- og fritidsinstitutioner, SSP, sundhedspersonale m.fl. kunne have gavn af uddannelsen. Samtidig skulle bredden blandt deltagerne løfte det faglige samspil i læringsrummet. Første holds deltagere repræsenterede en vifte af fagligheder fra det socialfaglige og sundhedsfaglige område. Alle havde det til fælles, at de arbejdede med unge, der på forskellig vis var udfordret i forhold til brug af rusmidler. Jakob fortæller endvidere, hvordan han oplevede det: *'Godt med et blandet miljø. Det, at folk kom fra forskellige praksisser, gjorde, at de kunne byde ind med forskellige vinkler fra deres praksis, som var berigende for undervisningen'*.

Som underviser var det tydeligt, at det, at deltagerne kom fra eksempelvis både psykiatrien og forskellige misbrugsbehandlingstilbud, gav en god dynamik i de faglige diskussioner fx i forhold til diskussioner omkring problemforståelse - hvornår noget kan betragtes som henholdsvis brug og misbrug, og hvorledes hjælper man bedst en ung? Undervisningen henvender sig til en stor gruppe indenfor velfærdsprofessionerne, og der arbejdes på at få en endnu bredere tværprofessionel gruppe af studerende, eksempelvis undervisere, UU-vejledere, studievejledere, mentorer på ungdomsskoler eller erhvervsskoler samt SSP-medarbejdere, da deres bidrag i de tværfaglige diskussioner er relevante for at forstå målgruppens udfordringer og ressourcer.

KATRIN LEICHT SCHNOHR
UDDANNELSESKONSULENT
METTE KRONBÆK
SOCIOLOG, PH.D.,ADJUNKT
BEGGE PROFESSIONSHØJSKOLEN METROPOL

Indhold og forløb

Undervisningen består af 8 undervisningsdage, som er fordelt over en periode på 3 måneder. De studerende har mulighed for at tage modulet sideløbende med arbejdet. Modulet er bygget op omkring en målsætning om at give de studerende viden om udsatte unges livssituation med særligt fokus på problemstillinger knyttet til brug af rusmidler. På forløbet bliver de studerende introduceret til perspektiver og metoder til at styrke den pædagogiske og socialfaglige indsats med de unge. De får mulighed for at arbejde med forståelsen af unge rusmiddelbrugeres livsbetingelser og bliver undervist i teorier, begreber og perspektiver til at give større indsigt i, hvordan man kan forstå rusmiddelforbrug, og hvad der skal til for at hjælpe unge, som har et problematisk forbrug af rusmidler. Diplommodulet sigter mod, at de studerende skal kunne:

- Mestre konkrete samtaleværktøjer, som fremmer motivation og handlinger frem mod de unges reduktion eller ophør med et skadeligt forbrug.
- Beskrive, analysere og vurdere målgruppernes sociale problemer i et helhedsperspektiv.
- Reflektere over anvendelsen af metoder og redskaber i arbejdet med unge med rusmiddelproblematikker.
- Anvende lovgivningen i forbindelse med målgrupperne og reflektere over myndighedsudøvelse.
- Gennemføre et struktureret samtaleforløb, der tager højde for de forskellige faser, der er typiske i forbindelse med, at en ung skal stoppe med et skadeligt forbrug.

Metropol og Stofrådgivningen arbejder løbende med at udvikle og forbedre modulet og går med overvejelser om at udbyde flere moduler, som kan give plads til mere fordybelse, træning og øvelser.
Metropol udbyder modulet igen i efteråret 2016 med start den 23. august. Det er allerede nu muligt at tilmelde sig. Optagelse på uddannelsen forudsætter, at ansøgeren har gennemført en relevant kort eller mellemlang videregående uddannelse. Derudover skal man kunne dokumentere mindst to års relevant erhvervserfaring, efter at man har gennemført sin uddannelse. Hvis ansøgerne ikke kan leve op til disse adgangskrav, kan der søges om realkompetencevurdering, som måske vil give mulighed for at deltage alligevel. Der kan læses mere om dette på Metropols hjemmeside: phmetropol.dk. ■

Andre initiativer

Ud over det beskrevne nye diplommodul tilbyder Metropol andre moduler indenfor misbrugsområdet:
Dobbeltproblematikker:
Socialt arbejde på rusmiddelområdet, udvalgte socialfaglige problemstillinger og teoretiske perspektiver. Få viden om udsatte voksnes mere generelle livssituation med særligt fokus på mennesker med komplekse problemstillinger såsom sindslidelse og flygtninge/indvandrerbaggrund udover rusmiddelbruget.
Metoder i socialfagligt arbejde på rusmiddelområdet:
Modulet vil give dig viden om teorier bag anvendte metoder i misbrugsbehandling, og hvordan de udformer sig i praksis.

Du kan læse mere om Metropols uddannelser på misbrugsområdet her: http://www.phmetropol dk

UNDERVISERE PÅ MODULET:

Mette Kronbæk: Sociolog, Ph.D., adjunkt, underviser på Professionshøjskolen Metropol.
Henrik Rindom: Psykiater, behandlingsansvarlig overlæge i og stifter af Stofrådgivningen.
Charlotte Silas Houlberg Bengtson: Aut.cand. psyk, specialist i psykoterapi og behandlingskoordinator i Stofrådgivningen.
Mette Vestergaard Gylling: Socialrådgiver og narrativ samtaleterapeut.

ØKONOMISK STØTTE

Frem til 2018 kan du søge om støtte på op til 25.000 kr. årligt til denne uddannelse. Det kræver, at du er omfattet af en overenskomst mellem KL og Dansk Socialrådgiverforening, BUPL, FOA, Forhandlingskartellet, HK Kommunal, Dansk Metal, Socialpædagogernes Landsforbund, Teknisk Landsforbund eller 3F. Læs mere, og ansøg på Den kommunale kompetencefond: **www.denkommunalekompetencefond.dk**

FRA SVERIGE TIL GADEN I KØBENHAVN

Hvad får unge, svenske stofbrugere til at vælge et liv på gaden i København, hvor deres rettigheder er begrænsede, frem for et liv i Sverige, hvor de har mulighed for hjælp?

AF GRY BRUN ANKER

Sverige og Danmark kan synes meget identiske, men inden for stofmisbrugsområdet adskiller landene sig fra hinanden. Som Bengt Svensson udtaler: *'Mellan svensk och dansk narkotikapolitik* är *inte ett sund, utan en ocean'*. I behandlingen af stofmisbrugere har Sverige fokus på stoffrihed og Danmark på skadesreduktion. Den mere restriktive svenske narkotikapolitik har sine rødder i den restriktive svenske alkoholpolitik.[1]

Indtil 2001 havde de svenske myndigheder to svenske socialarbejdere ansat til at udføre opsøgende arbejde i København. De tog sig af svenske vildfarne, sindslidende og narkomaner, som havde taget ophold i København. Socialarbejderne blev opsagt, selvom antallet af henvendelser var blevet mere end femdoblet på tre år. Årsagen til opsigelsen var, at Socialstyrelsen (myndighed i Stockholm) ikke ønskede at finansiere dem længere, da man mente, at det var en kommunal opgave.[2] På den anden side vurderede Malmø Kommune det ikke som et primært Malmøproblem, og virksomheden måtte derfor stoppe. Herefter tog Københavns Kommune over og oprettede en indsats, som skulle tage sig af udenlandske hjemløse og hjemløse, der ikke hørte hjemme i Københavns Kommune. Herunder svenske hjemløse og misbrugere.[3]

Der findes ingen præcise opgørelser over, hvor mange svenske stofmisbrugere, der opholder sig i København. De følgende tal fra Hjemløseenheden og Stofindtagelsesrummene i København giver et indtryk af, hvordan situationen ser ud:

Tal fra Hjemløseenheden opgjort i 2014 viser, at mere end hver tredje af alle udenlandske borgere, som enheden har kontakt med, kommer fra Sverige.[4] De nyeste tal fra Stofindtagelsesrummene på Vesterbro viser, at 39 % af alle deres svenske brugere er mellem 18 og 30 år. (Optælling fra januar 2015 til juli 2015). I 2013 drejede det sig om 26 %. En optælling fra Stofindtagelsesrummene på Vesterbro viser, at de i alt havde 4.489 brugere, og at 477 af dem var svenskere. (Optælling september 2015).[5]

I 2006 skrev Jens Sjölander og Bengt Svensson en rapport omhandlende *'Svenska hemlösa och missbrukare i Köpenhamn'*, men siden er der ikke blevet fulgt op på svenske stofbrugere, deres liv på gaden i København og deres problematikker.

I forbindelse med min socialrådgiveruddannelse valgte jeg at skrive bacheloropgave om unge svenske stofbrugere, som opholder sig på gaden i København, da jeg igennem mit arbejde på et hjemløsetilbud i København blev opmærksom på denne målgruppe. Jeg blev interesseret i at finde ud af, hvad der får de unge svenske stofbrugere til at vælge et liv på gaden i København, hvor deres rettigheder er begrænsede - frem for et liv i Sverige, hvor de har mulighed for hjælp. Ligeledes fandt jeg frem til, at der mangler undersøgelser af, hvorfor denne målgruppe søger til København.

Bachelorperioden strakte sig over 5 måneder, hvor jeg bl.a. kom i kontakt med to professionelle, som arbejder med målgruppen, samt to unge svenske stofbrugere, der lever på gaden i København og har et ønske om at komme i metadonbehandling. Den ene, X, er 24 år og har opholdt sig i København i et halvt år. Han har tidligere været i behandling for amfetaminbrug. Hans stofbrug omfatter hash, alkohol, heroin og benzodiazepiner. X kommer fra Nordsverige. Den anden, Y, er 32 år og har boet i København i knap to og et halvt år. Han kom til København første gang som 17-årig og har boet på gaden i København, siden han var 30. Y har et forbrug af metadon, hash og benzodiazepiner. Y er vokset op syd for Stockholm. For begge informanter gælder, at de ingen indkomst har.

Denne artikel og artiklen 'Et spørgsmål om inddragelse' side 69 illustreres med stillbilleder fra dokumentarfilmen 'Monalisa Story'

'Monalisa Story' er historien om heroinmisbrugeren Monalisas lange vej ud af misbruget. Gennem 8 år fulgte instruktøren Jessica Nettelbladt med vedholdenhed og nærvær Monalisa og hendes kamp for et værdigt liv. Det er der kommet en gribende, ærlig og livsbekræftende film ud af - en film om misbrugets anatomi, om svigt, mod og håb. Gennem Monalisas modige og intime beretning skildrer Jessica Nettelbladt ikke bare et enkelt menneskes livshistorie, men også et bredere samfundsproblem, der er knyttet til social arv, misbrug og selvdestruktiv adfærd.

'Monalisa Story' udkommer i Danmark i sensommeren 2016. I denne periode vil filmen blive vist til en række arrangementer rundt om i landet. Mere information vil blive offentliggjort løbende. Ønsker du mere information omkring filmen, samt om hvor den vil blive vist, så er du velkommen til at skrive til filmens danske co-producent Magic Hour Films på: kb@magichourfilms.dk.

Juridiske og politiske forskelle på Sverige og Danmark

I Sverige er målsætningen med den nationale narkotika-handleplan et stoffrit samfund samt nultolerance over for narkotika.[6] Siden 1960 har man i Sverige haft substitutionsbehandling. Fra 1983-2005 var behandlingen underlagt begrænsning af behandlingspladser for ikke at gøre behandlingsformen for let tilgængelig.[7]

I 2015 kom LARO-behandlingen (substitutionsbehandling) for første gang med i de nationale retningslinjer for pleje og støtte af misbrugere.[8] Brugere, som ikke umiddelbart kan opnå stoffrihed, kan i dag individuelt få hjælp, fx i form af længerevarende substitutionsbehandling, men det overordnede mål om stoffrihed fastholdes. I Sverige skal en patient være fyldt 20 år og have et dokumenteret misbrug minimum et år tilbage for at komme i behandling. Behandlingen tilbydes ikke patienter, der er afhængige af alkohol eller andre stoffer end opiater, og patienten må ikke være udelukket fra en sådan behandling i løbet af de sidste tre måneder, med mindre der er særlige medicinske grunde herfor. Behandlingen af patienten skal afbrydes, hvis patienten overtræder én af følgende regler: Hvis patienten har flere tilbage-

fald i misbrug, hvis patienten misbruger alkohol i et omfang, der betyder en væsentlig medicinsk risiko - eller hvis patienten gentagne gange manipulerer med urinprøver. I Sverige kontrollerer man patienten, når denne er i behandling. De første 6 måneder i substitutionsbehandling skal patienten afgive urinprøver. Dette for at udelukke et sidemisbrug. Viser det sig, at patienten har et sidemisbrug, kan han/hun risikere bortvisning. Efter tre måneder kan patienten dog påbegynde behandling igen.

I Sverige er det ligeledes muligt at tvangsindlægge patienterne.[9] En patient kan tvangsindlægges, hvis denne som følge af misbruget udsætter sig selv for alvorlig fare, løber en åbenlys risiko for at ødelægge eget liv eller er alvorligt til skade for pårørende. LVM (*Lag om vård av missbrukare*, Lov om pleje af misbrugere) giver mulighed for, at de sociale myndigheder kan tage sig af personer med et misbrug. Det er de sociale myndigheder i kommunen, som tager beslutning om fjernelse og anbringelse på et behandlingshjem.[10] I 2012 var der 948 patienter, som var tvangsindlagt. 77 % af disse blev indlagt med øjeblikkelig tvang. 19 % af alle dem, der bliver tvangsindlagt, er afhængige af opiater. Den yngre gruppe af patienter er overrepræsenteret, når det gælder behandling for misbrug af opiater. Cirka halvdelen af alle indlagte patienter er yngre (18-29 år) med et blandingsmisbrug.[11]

I Sverige har man såkaldte 'sprøjtebytte-programmer', hvor brugerne kan hente rene kanyler/sprøjter. For at få en ren kanyle skal en brugt afleveres, man skal være fyldt 20 år og kunne dokumentere bopæl i landstinget (svarende til region i Danmark), hvor sprøjtebytteordningen hører til. Det er derudover ikke muligt at købe sprøjter på apoteket, med mindre man har en recept.[12] I København udleveres der rene sprøjter/ kanyler på diverse væresteder og i stofindtagelsesrummene, og her skal man ikke aflevere det brugte for at få nyt.

Danmark

Handlingsplanen mod narko er i indskrevet i 'Kampen mod narko II' fra 2010. Her fremhæves blandt andet, at skadesreduktion vil være en grundpille i narkotikapolitikken i Danmark.[13] Målet med den nationale handleplan er et ønske om et samfund fri for narkotikamisbrug, men realistisk set er det uopnåeligt.[14]

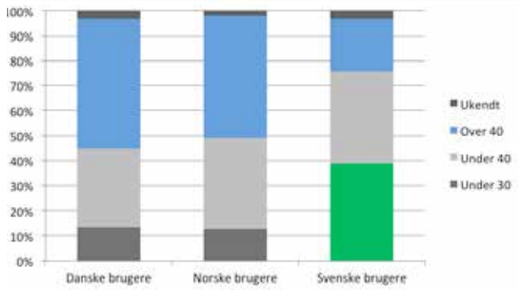
For at komme i substitutionsbehandling skal der foreligge afhængighed af opioider, som det er defineret i WHO ICD-10; desuden kan der forekomme psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser. Behandlingen skal være frivillig, og anden relevant behandling skal være overvejet. Når en ny patient starter i et behandlingsforløb, skal substitutionspræparatet i udgangspunktet indtages dagligt og under opsyn, indtil patienten er på en passende dosis, og samarbejdet om behandlingen er sikret. Når behandlingsforløbet er stabilt, kan patienten selv få lov til at administrere sin medicin, der som hovedregel udleveres til en uge af gangen. Kontrollen i behandlingen skal tage hensyn til patienten, så denne har mulighed for at leve en så normal tilværelse som muligt. Der kan blive anvendt urinanalyser med henblik på at vurdere den igangværende behandling, og resultatet heraf kan ikke medføre sanktioner i form af udskrivelse fra behandling. I Danmark ses det ofte, at brugerne har et sidemisbrug/ blandingsmisbrug, men patienterne udskrives ikke på baggrund af dette.[15]

Ophold i Danmark

En nordisk statsborger kan uden tilladelse rejse ind i Danmark og opholde sig der.[16] Ifølge Nordisk konvention kan en nordisk statsborger, som under midlertidigt ophold får behov for social bistand eller sociale tjenester, modtage en sådan bistand efter landets lovgivning.[17] For at modtage social bistand skal man have lovligt ophold i Danmark. Når en nordisk statsborger søger kontanthjælp, skal denne have været udsat for ændringer i sine forhold, eksempelvis i form af sygdom eller arbejdsløshed.[18] Retten til at opholde sig i Danmark kan bortfalde, hvis der af forsørgelsesmæssige grunde er truffet afgørelse herom.[19] Dette kan blandt andet være, hvis en nordisk statsborger har brug for vedvarende hjælp, hvilket vil sige, at ydelsen har varet - eller forventes at skulle vare - mere end ½ år.[20] Hvis opholdsretten bortfalder, kan brugeren risikere at blive udvist. Dette kan også være en årsag til, at de nordiske statsborgere ikke opsøger kommunen for at søge økonomisk bistand. Dette er dog en hypotese og ikke noget, brugerne selv har nævnt.

Hvorfor søge til København?

De to svenske stofbrugere, jeg har mødt i forbindelse



Figur 1. Unge svenske stofmisbrugere under 30 år (markeret med grøn) udgør over en tredjedel af alle svenske brugere på de københavnske stofindtagelsesrum. Det tilsvarende tal for unge norske brugere er 12,7% og for danske brugere 13,4%.

KILDE: STOFINDTAGELSESRUMMENE PÅ VESTERBRO, KØBENHAVN, 2015.

med min opgave, har begge været i misbrugsmiljøet siden deres tidlige teenageår. Brugerne socialiseres i et felt, hvor det er okay at have et forbrug af rusmidler, og på denne måde er rusmidlerne blevet en naturlig del af deres adfærd og hverdag. Begge fortæller, at de har oplevet svigt i deres barndom og har haft svært ved at passe ind. Som en konsekvens af dette søger de bekendtskaber i form af sociale netværk, hvor de passer bedre ind og føler sig anerkendt. For disse to personer drejer det sig om misbrugsmiljøer.

Begge stofbrugere har deltaget i et eller flere mislykkede misbrugsbehandlingsforløb i Sverige. Det samme fortæller Niels Holbraad, der er socialrådgiver i Sundhedsrummet i København. Han har ofte kontakt med unge svenske stofbrugere og nævner, at brugerne selv fortæller, at de søger til København grundet mislykkede behandlingsforløb. Flere udsagn tegner et billede af, at stofbrugerne finder det svært at indordne sig under de rammer og krav, som bliver stillet for at kunne deltage i et behandlingsforløb i Sverige. Som en konsekvens af dette er de stukket af og har søgt mod København.

Ifølge sociolog Erving Goffman bliver personer, som stigmatiseres, ekskluderet fra en række udfoldelsesmuligheder og den almindelige respekt, som tilkommer normale mennesker i samfundet.[21] Dette ses blandt andet, når brugerne bliver underlagt kontrol i behandlingsforløbet og derved begrænses i deres hverdag. Konsekvensen af, at stofbrugerne oplever eksklusion fra deres udfoldelsesmuligheder, gør, at de fravælger at opsøge stofmisbrugsbehandlingen i Sverige. Der kan altså ses en uoverensstemmelse imellem behandlingssystemets krav og indretning og de forventninger, brugerne har til dette.

Der kan opstå en kamp om definitionen af 'det gode liv' mellem den professionelle og brugeren. Behandlingsstrategien i Sverige kan tyde på, at systemet mener, at man når længst muligt inden for rammerne af den enkelte brugers potentiale ved at fastholde stoffrihed som målsætning. Herved defineres det gode liv fra systemets synspunkt som det at være stoffri. Brugernes opfattelse er dog en anden: *'Du kan ikke ryge hash. Hvis du ryger hash én gang… skrid ud! Du får ikke din medicin. Du kan ikke, der er så mange ting, du ikke kan.'*

Den professionelle har på baggrund af lovgivningen magt til at definere, hvad der er rigtigt og forkert. Hvis den professionelle og stofbrugeren har forskellige hensigter med behandlingen og hver deres tolkning af det gode liv, så bliver både magten og modstanden tydelig. Konsekvensen af dette kan være en konflikt imellem de to parter og en yderligere forstærkning af brugerens oplevelse af at blive set ned på af behandlingssystemet som stofbruger. Niels Holbraad fortæller, at flere af de unge svenske stofbrugere, han har mødt, siger, at de føler sig mere accepteret i København. I København føler de sig ikke set ned på. De har en oplevelse af, at det danske samfund generelt er mere anerkendende over for stofbrugere end det svenske samfund. De to svenske brugere, jeg talte med, fortalte ligeledes, at de i Sverige både føler sig set ned på i behandlingen og ude i det svenske samfund.

Den svenske narkotikapolitik har samtidig som sagt fokus på stoffrihed som det mest rigtige. Dette kan være en forklaring på, hvorfor det svenske samfund ser ned på deres stofbrugere. Det at være stoffri er en 'samfundsnorm', og de, der ikke lever op til dette samfundssyn, bliver der set ned på. Den ene bruger, jeg talte med, fortalte, at han føler sig bedre behandlet i København: '*Her er mennesker mere humane og tolerante og… ja… behandler dig som et menneske… Selvom du er misbruger…. Nej, i Sverige ser folk meget mere ned på dig. Og ligesom..'.* (Lader samtidig som om han spytter).

Hvis stofbrugerne ikke overholder visse regler i behandlingen, bliver den afbrudt. Herefter risikerer de igen at komme ud i et misbrug, da de endnu ikke

er færdigbehandlet, og den sociale ulighed opretholdes. Stofbrugerne får derved ikke de samme udfoldelsesmuligheder som resten af borgerne i samfundet, da de afskæres fra en behandling, de har brug for.

I Sverige bruges der urinprøver for at sikre, at brugerne ikke har et sidemisbrug. Etableringen af gensidige tillidsforhold er afgørende for behandlingens succes. Forskning viser, at en kontrollerende relation kan risikere at forhindre etableringen af en gensidig tillid patient og professionel imellem.[22] Opdages et sidemisbrug, kan brugerne i Sverige blive udskrevet fra behandling. En af de stofbrugere, jeg talte med, var ærlig over for behandlingsstedet og fortalte, at han den ene weekend havde taget coke, hvilket medførte bortvisning fra behandlingen. Han havde håbet, at denne ærlighed ville medføre en tillid til ham. Brugerne bliver marginaliseret ved at de udelukkes fra behandlingen i en kortere eller længere periode. De får derved ikke mulighed for at få deres medicin, og derfor vælger flere af dem så at søge til København, som har en stor stofscene, og hvor stofferne er let tilgængelige og billigere på 'Det sorte marked' end i Sverige.

Livet på gaden i København

Stofbrugernes fortællinger om det svenske behandlingssystem tyder på en uoverensstemmelse imellem den svenske stats målsætning om stoffrihed og brugernes behov for forståelse og anerkendelse som mennesker. Der er med andre ord tydelige grunde til, at de unge svenske stofbrugere ikke føler sig tilpas i det svenske system. Dette forklarer imidlertid ikke, hvorfor de føler sig godt til rette i Danmark - og i særdeleshed i København. I det følgende vil jeg redegøre for brugernes tilværelse i København og under hvilke forhold, de lever.

Muligheder

Den ene bruger fortæller, at han oplever mere hjælp fra forskellige organisationer i København end i Sverige og mener, at der er mange flere, som gerne vil hjælpe. I Sverige skal de skjule deres stofbrug for ikke at blive set ned på. I Danmark er der 'tilbagetrukne' steder, hvor stofbrugerne kan vise sig åbent og opleve, at de ikke behøver at skjule deres stigma.

Nogle håber også på at kunne få et job og en bolig, så de kan komme i misbrugsbehandling i København og herved starte et nyt liv. Dette er desværre ikke noget, der sker for ret mange. Ofte finder brugerne sammen med andre, der er i samme situation som dem selv. Hos disse kan de søge tilflugt og blive accepteret som dem, de er.

En af stofbrugerne fortæller, at livet som misbruger er lettere i København: '*Det er meget lettere i Danmark, der er meget større udbud af hjælp end i Sverige. Så du kan klare dig lettere som misbruger i Danmark end i Sverige'*. Muligheden for gratis overnatningstilbud findes ikke på samme måde i Sverige, fortæller brugerne. I forhold til metadon, hash og andre stoffer er det også nemmere og billigere at få fat på i København. I København er der mulighed for at få de basale behov opfyldt såsom gratis mad, gratis tøj, gratis overnatning og muligheden for billige stoffer og selvmedicinering. Livet bliver også nemmere i København, da brugerne ikke skal skaffe penge til meget andet end lidt mad og deres misbrug.

Begrænsninger

Når stofbrugerne kommer til København, risikerer de at komme ind i en udstødelsesproces, da de er udelukket fra flere livsområder.[23] Brugerne får ingen økonomisk bistand fra hverken Sverige eller Danmark, og de har ikke mulighed for at finde et ordentligt sted at bo. Nogle gange overnatter de på natcaféer, andre gange på gaden. Brugerne har ikke noget arbejde, og da de har et stofmisbrug, kan det ligeledes være svært for dem at varetage et job. De klarer sig igennem dagen ved at begå kriminalitet (stjæler spiritus eller andet, som de sælger på gaden), ved at sælge Hus Forbi, samle flasker, tiggeri eller prostitution.

Brugerne kan benytte stofindtagelsesrummene i København, men de har ingen mulighed for at komme i misbrugsbehandling, da de ikke har nogen bopæl i Danmark. Niels Holbraad fortæller, at målgruppen er stærkt overrepræsenteret blandt overdoser i Stofindtagelsesrummene. Han mener, at halvdelen af Stofindtagelsesrummenes overdoser ligger hos svenskerne.

Hvad kan vi som professionelle gøre?

Selvom stofbrugerne er nordiske statsborgere, er den professionelles mulighed for at hjælpe dem begrænset, da brugerne bor på gaden, intet arbejde har, og da deres sociale problemer ikke er opstået i København, men er nogle, de har taget med sig fra Sverige. Lovgivningen er med til at begrænse de professionelles handlingsmæssige råderum. For at hjælpe brugerne videre, er det muligt at kontakte Københavns Kommunes Hjemløseenhed, men også her er den professionelle begrænset af, at brugerne skal have lyst til at samarbejde. Som professionel bliver man afhængig af - og reagerer på - brugernes eget ønske om hjælp, og relationen til brugerne bliver dermed helt central. Relationsdannelse kan være nøglen til at hjælpe brugerne. Uden skabelsen af en tillidsfuld kontakt til brugerne vil det være en næsten umulig opgave for de danske professionelle at få brugerne i behandling i Sverige. Desværre rækker muligheden for at hjælpe kun 'til grænsen'. Niels Holbraad fortæller, at han desværre ser flere, som vender tilbage til København - og med nye sociale problemstillinger. For at en effektiv behandling af brugerne kan gennemføres, er det altså ikke kun nødvendigt med en god relationsdannelse i Danmark. De svenske professionelle skal ligeledes påtage sig et ansvar for at fastholde brugerne i behandlingen ved at udvise tillid og forståelse for brugernes behov. Dette er blandt andet noget af det, brugerne fortæller, at de mangler i Sverige. De føler sig ikke anerkendt.

Opsamling

Med baggrund i mit bachelor-projekt på socialrådgiveruddannelsen har jeg i denne artikel forsøgt at belyse, hvilke grunde unge, svenske stofmisbrugere har til at søge mod København, og under hvilke forhold de lever i København. Ved at analysere udtalelser og fortællinger fra tre informanter (to svenske brugere og socialrådgiver Niels Holbraad), har jeg identificeret en række forhold, som er afgørende for brugernes valg. Baseret på denne undersøgelse mener jeg at kunne konkludere, at der er tale om en Push-Pull effekt imellem det svenske og danske system.

Når stofbrugerne kommer til København, lander de imellem to systemer. I København har de ingen rettigheder, og i Sverige kan de ikke få opfyldt deres ønske om et behandlingsforløb, der respekterer deres individuelle behov. Der opstå her et etisk dilemma, hvor den danske professionelle gerne vil hjælpe, men er begrænset af lovgivningen i Danmark og af paradigmet om stoffrihed i behandlingen i Sverige. Samtidig mener de professionelle i København, at de ikke har de rette værktøjer til at hjælpe brugerne; dette skyldes blandt andet, at de intet eller meget lidt kendskab har til den svenske lovgivning samt misbrugsbehandling.

Min analyse peger på, at der er flere grunde til, at brugerne søger fra Sverige til København. Brugerne

STILL FRA DOKUMENTAREN 'MONALISA STORY

GRY BRUN ANKER
SOCIALRÅDGIVER PÅ NATCAFÉEN PÅ SUNDHOLM

har oplevet omsorgssvigt i deres opvækst. De fortæller, at de ikke blev anerkendt som børn, hvilket har fået dem til at søge bekendtskaber i kredse, hvor det har været normalt at tage stoffer. Når de senere vælger at tage til København, er det derfor også for at søge accept hos ligesindede.

I Sverige er der i behandlingssystemet fokus på kontrol, hvilket medfører, at stofbrugerne oplever et ulige magtforhold imellem sig selv og de professionelle. Denne ulighed af magt samt kontrol kan være med til at få brugerne til at afbryde behandlingen. I behandlingsforløbene i Sverige må brugerne ikke have et sidemisbrug, hvilket ikke er muligt for alle brugere at overholde. Ved overtrædelse af denne regel bliver brugerne afskåret fra behandling i en periode. Kontrol i behandlingen er ligeledes med til at forklare, hvorfor brugerne mener, at der bliver set ned på dem i Sverige. De oplever kun at blive set som stofbrugere, ikke som individer. Bliver brugerne ufrivilligt udskrevet af behandlingen i Sverige, er priserne på stofferne på det sorte marked i Sverige højere end i Danmark. Samtidig skal man i Sverige betale for at overnatte på væresteder for hjemløse.

Brugerne bliver i Sverige som sagt skubbet ud af misbrugsbehandlingen, hvis de ikke overholder de regler, der er i behandlingssystemet. Samtidig fortæller de, at stofmisbrugere bliver set ned på i Sverige. Disse forhold er medvirkende årsager til, at brugerne bliver skubbet til København (**Push**).

I København er stofferne billigere og lettere tilgængelige på gaden, end de er i Sverige. Med indførslen af Stofindtagelsesrummene i 2011 blev det ligeledes muligt for stofmisbrugere at indtage deres 'ulovlige' stof i trygge rammer, uden frygt for at blive arresteret, få stoffet konfiskeret eller lignende. Der er mulighed for gratis sovepladser, og de behøver således ikke at tænke på at skulle stjæle for at betale for et sted at bo. Det samme gælder bad, tøjvask med mere. Brugerne kan på denne måde få opfyldt de mest basale behov, hvilket er med til at trække brugerne til København (**Pull**).

Brugerne har lov til at opholde sig på natcaféer på lige fod med danskere i samme situation. Skal de have hjælp til medicin, behandling eller lignende, skal de dog tilbage til Sverige. Så man kan sige, at der her foregår en Push-Pull-Push effekt, da der i sidste ende i Danmark også er fokus på, at brugerne skal tilbage til Sverige.

Det politiske mål om et stoffrit samfund i Sverige er med til at udelukke de personer, som ikke har mulighed for at opnå stoffrihed. Der er en herskende diskurs om, at det vigtigste er at blive stoffri. Dette er med til at fastholde stofbrugerne i en marginaliseret position i samfundet, da de udelukkes fra visse områder, hvis de ikke kan indgå i behandlingen på de gældende præmisser. Dette er med til at få brugerne til at søge mod København. Den stramme kontrol er ligeledes medvirkende til at få brugerne til at frygte at vende tilbage til Sverige, da de frygter for endnu et nederlag og for ikke at blive accepteret. Brugerne håndterer deres situation ved at søge væk fra Sverige og til København. I København får stofbrugerne opfyldt deres basale behov og mulighed for at skaffe stoffer nemt og billigt. Selvom de ikke har nogle rettigheder i København og generelt set synes at være dårligere stillet, vælger de at blive, da de i København oplever en øget livskvalitet. ■

NOTER

1 *Svensk och dansk narkotikapolitik. Fredrik Nilsson & Bengt Svensson (Red).* Gränsløs nr. 3. Lund: Centrum för Öresundsstudier. 2014.
2 *Juhl, L. W., & Vaaben, L. (25. februar 2003). Berlingske, Nationalt. Hentet 29. november 2015 fra Berlingske: http://www.b.dk/danmark/svenske-socialarbejdere-fyret*
3 *Sjölander, J., & Svensson, B. Svenska hemlösa och missbrukare i Köpenhamn. Stockholm: Mobilisering mot narkotika, s. 13-14. 2006.*
4 Hjemløseenheden, 2014.
5 Stofindtagelsesrum, 2014.
6 Regeringskansliet. *Regeringens åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.* Stockholm: Socialdepartementet, s. 12. 2015.
7 *Svensk och dansk narkotikapolitik. Fredrik Nilsson & Bengt Svensson (Red).* Gränsløs nr. 3. Lund: Centrum för Öresundsstudier. S. 39. 2014.
8 *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.* (1985:796) *(SOSFS 2013:10)*
9 *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. (1988:870) (SFS 2014:751)
10 http://behandlingshem.se/lvm-lagen-om-vard-av-missbrukare/
11 Rapport, Statens institutions Styrelse, Personer intagna på SiS LVM-hem 2012
12 *Svensk och dansk narkotikapolitik. Fredrik Nilsson & Bengt Svensson (Red).* Gränsløs nr. 3. Lund: Centrum för Öresundsstudier. S. 11-12. 2014.
13 Regeringen. *Kampen mod narko II, Handlingsplan mod narkotikamisbrug.* Albertslund: Rosendahls – Schultz Distribution. 2010.
14 Benjaminsen, L., Andersen, D., & Sørensen, M. *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.* København: SFI, s. 40-41. 2009.
15 *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*. VEJ nr 42 af 01/07/2008.
16 *Bekendtgørelse af udlændingeloven*. LBK nr 1021 af 19/09/2014.
17 *Bekendtgørelse af Nordisk Konvention*. (21. november 1996). BKI nr 150 af 21/11/1996.
18 *Bekendtgørelse af lov om aktiv socialpolitik*. LBK nr 806 af 01/07/2015.
19 *Bekendtgørelse af udlændingeloven*. LBK nr 1021 af 19/09/2014.
20 *Bekendtgørelse af lov om aktiv socialpolitik*. LBK nr 806 af 01/07/2015.
21 Goffman, E. *Stigma, Om afvigerens sociale identitet.* Frederiksberg: Samfundslitteratur, s. 22..2009.
22 Pedersen, M. U. Fra viden til villen. STOF , s. 68-73. Juni 2005.
23 Kristensen, C. J. Marginalisering - en begrebsudredning. I J. Larsen, *Kontinuitet og forandring : kontinuiteter og forandringer i samfundets differentierings- og integrationsformer* (s. 141 -155). Frederiksberg: Samfundslitteratur. 2000.

'ET ØJEBLIK ...'

Dette 'øjeblik' er den tredje artikel i en serie, hvor vi gerne vil beskrive nogle af de tilbud om hjælp og støtte, der findes på feltet; tilbud, der ofte drives af ildsjæle - frivillige eller lønnede.
Denne gang om Migrantgruppen.
Tip os om steder & tilbud, der fortjener omtale, eller skriv selv om dem.

MIGRANTGRUPPEN, HJEMLØSEENHEDEN, HILLERØDGADE, KØBENHAVN, MANDAG D. 21. MARTS, KLOKKEN 9.00

Malin og Robert er mødt op hånd i hånd på herberget i Hillerødgade for at mødes med Steinar Rong fra Migrantgruppen under Hjemløseenheden i Københavns Kommune. I de sidste tre uger har de sovet hos en ældre dame, de har mødt på gaden – ellers er nætterne forløbet på madrasser på Københavns herberger og under åben himmel i sommerhalvåret. De to kærester, der begge er metadonbrugere, er fra Falun i Sverige og har været uadskillelige de sidste to et halv år, afbrudt i efteråret 2015 af et afvænningsforløb i deres hjemby på et LVH-hem, som man kalder de tvungne afvænningscentre i Sverige. Ingen af dem gennemførte, og nu er de tilbage i København. For anden gang. Første gang tog de herned i november 2014. Robert var blevet smidt ud af metadon-programmet i Falun, fordi han havde taget amfetamin én gang, og måtte i stedet købe sin metadon på gaden i Falun. Kort tid efter tog de til Danmark for at få adgang til den billigere metadon på det sorte marked i København.

Steinar, Malin og Robert har mødt hinanden mellem ti og 15 gange over det sidste halvandet år, og Steinar var blandt andet med til at køre dem til Falun sidste sommer, da de skulle på hospitalet for at blive stabiliseret. I dag skal de mødes for at ringe til en socialrådgiver, der hedder Åke, på sygehuset i Falun. Han er en af dem, der administrerer misbrugsbehandlingen, og Steinar har allerede lavet en aftale med Åke om, at han vil være tilgængelig ved telefonen.

Hillerødgade er et godt sted at mødes for alle parter – blandt andet, fordi Robert og Malin har sovet en hel del i herbergets køjesenge.

Robert: Jeg forstår ikke rigtig det her. Jeg VIL ikke hjem til Sverige.

Steinar: Men du behøver din medicin (metadon,

FOTO: HELGA THEILGAARD

red.). Og det er jo det, du skal snakke med Åke om.

Steinar får hul igennem til Åke og giver Robert telefonen. Han skal lige tale sig lidt varm og får så spurgt til ventetiden i forhold til at komme ind i metadon-programmet.
Robert: Jeg vil jo helst blive her, men ellers vil jeg ikke rejse, før det er helt klart. Lige nu har vi et sted at bo også … Men hvad sagde du - har jeg en plads fire? … Mellem pegefinger og tommelfinger, hvor lang tid handler det om? … Okay, så ved jeg lidt mere i hvert fald. Malin vil også gerne tale med dig.
Malin: Hej, hvordan går det? … Har du sat mig med i køen? … Okay. Havner jeg længst nede, eller findes der … jeg vil gerne ind. … Men det havde jo været godt, hvis Robert og jeg kom ind samtidigt, så det ikke bliver som sidste gang (da blev de adskilt på hver sit behandlingsafsnit, red.). … Er der mulighed for, at jeg kan hoppe frem i køen, nu hvor jeg har været med i programmet før? … Skal jeg maile til dig? … Kan jeg ikke skrive et brev? … Men I kender jo til min situation!
Malin går straks i gang med at formulere et brev. Uden tøven. Robert har fået Åke i røret igen og spørger til muligheden for at få hjælp til en lejlighed i Falun. Det er ikke Åkes ansvar, men forhold, der hører under socialforvaltningen. Robert beder Åke om at få den ansatte fra socialforvaltningen til at ringe til Robert, hvis han taler med ham, og giver Åke sit telefonnummer – og siger farvel og tak.
De sidder lidt og ser på, at Malin griffer derudad på det stykke papir, som Steinar fik givet hende.
'Det var vel meget godt,' siger Steinar.
'Joee,' svarer Robert, der har fået at vide, at han er på en plads fire, og at der kan gå mellem en og tre måneder, til han kan komme ind i metadon-programmet igen. Malin har fået at vide, at hun skal skrive sig op til at komme på ventelisten igen.
'Men jeg VIL jo ikke til Sverige,' gentager Robert.
Steinar: Det, Åke har sagt, er, at uanset om I er her, så holder hospitalet muligheden åben for, at I kan få hjælp deroppe.
Robert: Jeg kan forstå på Danmark, at I ikke vil have, at vi kommer her og lever på gaden og tager plads på herbergerne. Hvad vi egentlig vil er jo at få et job og en lejlighed at betale for.
Steinar: Det er hårdt nok, det liv, I lever, vi behøver ikke kritisere det på toppen af, at I skal leve det hårde liv. Men der kræves jo meget, når en person skal flytte fra et land til et andet, og hvis man så har et misbrug på toppen af det hele, så skal man også kæmpe med det. Det, vi prøver at redegøre for jer, er, hvad der kræves af jer, forat I kan bo i Danmark, og hvis I kan få flyttet medicinen (metadonen, red.) over fra Sverige til Danmark, er dét det hurtigste og letteste.

Steinar forklarer, at der faktisk er en lov om, at man har mulighed for at tage sin lægeordinerede medicin med sig, hvis man som svensker flytter til Danmark på grund af arbejde og bolig. Men i Malin og Roberts tilfælde kræver det, at de allerede er i metadon-programmet, og at de har en legal bolig i Danmark.
Steinar: Så der er en lang vej, inden det kan lykkes. Men det er det, jeg prøver at holde åbent for jer begge to.
Robert: Det er helt nyt for mig, at man kan få flyttet medicinen over.

Malin er blevet færdig med sit brev og læser det op:
'Hej Åke. Jeg vil gerne komme med i programmet igen. Min kæreste, Robert, er på vej ind i programmet, og vi vil gerne komme ind sammen. Sidste gang gik det ikke godt, eftersom jeg kom ind og ikke Robert, og da rejste Robert til Danmark, og jeg vil ikke leve uden ham. Derfor rejste jeg ned til Danmark igen. Vi behøver virkelig hjælp med metadonen, og vi vil gerne holde sammen.'
Steinar: Det er vældigt flot, at du fik skrevet et brev, Malin. Jeg skal nok sende det af sted for dig. Og I kom til tiden i dag, det var jo også vældigt godt.
Robert: Ja, men det går faktisk bedre, efter vi er flyttet i lejligheden. Nu har jeg drukket lidt i dag, for jeg var lidt nervøs, fordi der skulle komme en journalist. Ellers nøjes jeg med at tage min metadon.
Malin: Ja, for vi blev jo smidt ud her fra Hillerødgade.
Steinar: Men ved du, hvorfor du blev smidt ud fra natherberget her i huset, Robert?
Robert: Nej.
Steinar: De var bange for at finde dig død på grund af dit hjerte. De troede jo, du var stendød en morgen. (Robert har problemer med sin højre hjerteklap og har haft et slagtilfælde, hvor han blev indlagt på skadestuen, red.)
Robert: Jo, men er det ikke bedre, at de har lidt styr på én, end at man ligger død et andet sted. Er det, fordi de ikke vil have i statistikken, at de finder en død

FOTO: HELGA THEILGAARD

person her? Det ser vel ikke godt ud for dem!
Steinar: De vil, at du bliver indlagt på sygehuset, så man finder ud af, hvad der er med dit hjerte. Jeg ville ønske, at du blev indlagt på Lund Sygehus (Robert har ikke ret til sygehusbehandling i Danmark, red.) og udredt, men jeg ved jo, at der er en risiko for, at du bliver anholdt (Robert stak af fra LVH-hjemmet i efteråret, red.). Sygehuset vil aldrig ringe til politiet, men de kan måske finde dig alligevel. Vi ved, at nogle menneskers hjerte reagerer negativt på metadon, og du er en af dem.
Robert: Jo, men jeg har det jo godt. Den eneste gang, hvor jeg er blevet dårlig, var jo, da jeg gjorde sådan her (han gestikulerer et fix med en sprøjte ind i armen, red.), og det er jeg jo sluttet med for flere år siden. Det hænder så indimellem, at jeg falder i, og så bliver jeg dårlig. Men ikke, når jeg spiser metadon.
Steinar: Malin og Robert, er det okay, at vi holder kontakten? Jeg er meget taknemmelig for, at I kom i dag. Og nu kan I kyle mig ud, og så kan I sige præcis, hvad I vil til journalisten, og så kan vi mødes igen, og jeg vil holde alle muligheder åbne. Jeg ved, at I gerne vil blive i Danmark, men I skal holde mulighederne åbne i Sverige, for at det kan blive så godt som muligt. Og nu er I vist også lidt trætte af mig.
Malin: Nej, vi er ikke trætte af dig. Jeg kan godt lide dig.
Steinar: Jeg synes også om dig, Malin, og jeg forsøger at holde motivationen oppe og fastholde samarbejdet med jer.
Malin: Ja, men du ved jo, hvordan det gik sidst. Der var jo intet, der blev, som I havde lovet os.
Steinar: Nå, men nu går vi. Tager I kaffekanderne med ned i køkkenet.
Malin: Ja, ja. Ha' en god påske.
Robert: Ha' det godt.
Da Steinar er gået, knytter Robert følgende ord til Migrantgruppen: 'De vil jo, at vi skal hjem til Sverige. Og jeg siger, at jeg vil have noget andet ud af livet hernede, og jeg ved, at jeg kan få et godt liv her på medicin. Indimellem er de lidt oversøde, tror jeg. Sådan tror jeg, det er. Steinar og Thomas (en kollega, red.) ville jo vældig gerne hjælpe os sidst, men da vi kom hjem til Sverige, var det slet ikke, som de sagde. Men nu vil Steinar så forsøge at hjælpe os med, at vi får medicinen herned til Danmark. Jeg er meget overrasket over, at han sagde det nu. Det er helt nyt for mig.

Pædagogisk konsulent Steinar Rong:

Robert og Malin vil gerne leve i Danmark, og de vil være sammen som par hele tiden, selvom Sverige vil have dem adskilt i behandlingen. Jeg tror, vi kommer længst med at hjælpe dem som et par. Det er blandt andet det, jeg forsøger at få igennem i min dialog med de svenske myndigheder.

Da jeg mødte Malin og Robert første gang, var de meget syge og påvirkede af deres aktive sidemisbrug, og det var derfor vi hjalp dem til Falun, hvor de blev indlagt. De fik information om, at vi ville køre dem direkte til sagsbehandlingen på Falun Sygehus, og så skulle de til en samtale om, hvorvidt de skulle indlægges. Begge blev indlagt på hver sin psykiatriske afdeling, der også tager sig af sidemisbrug, og samtidig skrevet op til siden at komme i metadon-programmet. De drak en kasse øl på vejen derop. Det var betingelsen for, at de overhovedet ville køre med os. Nu er de så tilbage i København igen, og jeg prøver at hjælpe dem ind i metadon-programmet i Falun igen.

Jeg startede i en projektstilling i Migrantgruppen i august 2001. 14 dage efter lukkede det svenske socialkontor i København. Jeg er uddannet pædagog, kom direkte fra en lederstilling i Københavns Amts, på et hjem for voksne med fysiske handikaps. Jeg blev ansat, fordi der sidst i 1990'erne var undersøgelser, der viste, at der omkring Mariakirken og Mændenes Hjem var mange udenbys og udenlandske personer, som hang fast i stof- og hjemløsemiljøet. Dem ville man lave en specialindsats for.

Jeg møder mange spændende mennesker med en hel anden tilgang til livet, end jeg selv har. Mange af dem er stærke mennesker, som gerne vil mange ting med deres liv. De har bare ikke redskaberne til at få det gjort. Jeg kan godt lide, at jeg har mulighed for at åbne nogle døre for de her mennesker og vise, at der faktisk findes en mulighed for noget andet end det, de selv har tænkt over. Så længe, der er dialog med myndighederne i de lande, de kommer fra, er der mulighed for mange gode tiltag. Vi holder konferencer, hvor socialarbejdere fra Europa mødes og lærer af hinanden og er brobyggere i det her arbejde. Når det gælder det enkelte menneske, er det vigtigt, at vi holder fast i kommunikationen og ikke bare tager beslutninger hen over hovedet på dem. Derfor skal vi hele tiden vende tilbage og informere dem om, hvad der findes af muligheder, og hvad der kan lykkes for dem.

Det er vigtigt, at man er robust og har rimeligt tjek på sit eget liv for at kunne arbejde i Migrantgruppen. Derudover skal man have en stor grad af empati og vise det enkelte menneske, at man gerne vil hjælpe. De kan jo ret hurtigt aflæse, om man bare vil det her stykke arbejde for pengenes skyld, eller om man virkelig vil dialogen med dem. Jeg har fundet ud af, at det er min niche. Tidligere har jeg arbejdet i psykiatrien med mennesker med dobbeltdiagnoser og været på et stofrådgivningscenter, hvor man udleverede metadon, så jeg kender en del til den her målgruppe.

Der er jo forfærdelige historier fra mit arbejdsliv, som man aldrig glemmer. Jeg havde en sag med en norsk pige, vi havde knoklet med i to år, og to uger, før hun skulle hjem til Norge, fandt vi hende død på en togstation. Men så har vi til gengæld lige fået en opringning fra en polsk mand, der levede som stofbruger på gaden i Danmark i seks år, og han fortalte, at han aldrig har haft det så godt i sit liv, som efter vi har hjulpet ham hjem til Polen.

Hvert år sender vi mellem 60 og 70 hjemløse hjem til Sverige. 80 procent af dem ser vi aldrig igen. Hvor mange svenske hjemløse stofbrugere, der befinder sig i Danmark, ved vi ikke helt præcist, men vi plejer at sige, at det er et trecifret tal. Der findes grupperinger omkring Christiania, på Sundholm, Christianshavn, Nørrebro, ved den svenske kirke på Østerbro og ved Sydhavnstippen. Nogle opholder sig alene, andre er i grupper. Nogle er her blot et par dage for at købe stoffer på det sorte marked, andre bliver hængende. ■

AF BIRGITTE ELLEMANN HÖEGH

Om Migrantgruppen:

I Migrantgruppen under Hjemløseenheden i Københavns Kommune er der ansat fire medarbejdere, der alle har udgående stillinger, hvor de bliver kontaktet af hospitaler, politi, DSB og forskellige andre offentlige myndigheder og interesseorganisationer, som arbejder med socialt udsatte, når disse støder på udlændinge med helbredsproblemer, der opholder sig på gaden i København. Migrantgruppen skal skabe kontakt og motivere udlændingene til, at de i fællesskab finder en anden løsning end gadelivet og i bedste fald bliver sendt hjem til deres hjemland. Det kræver en stor grad af samtykke, for at det kan lykkes.

MALIN OG ROBERT

Efter at have været igennem det svenske misbrugsbehandlingssystem har to svenske metadonbrugere fra Falun intet ønske om at vende tilbage til Sverige. De vil være her i Danmark, hvor de køber deres metadon på det sorte marked, benytter sig af Københavns væresteder og har mulighed for at være sammen hele tiden. For efter to et halv år på gaden er de nærmest smeltet sammen og har stærkt brug for hinandens hjælp og kærlighed.

I november 2014 stod 37-årige Robert på gaden i Falun i Dalarna i Sverige. Han havde gennem to og et halvt år været i et metadon-program, der var tilknyttet sygehuset i Falun, taget sin metadon fast og afleveret urinprøverne, som man bliver bedt om. Flere af hans bekendte fra miljøet havde fået adskillige chancer, efter de var 'plasket i bassinet' med et sidemisbrug - røget hash, taget benzodiazepiner eller amfetamin. Men da Robert havde taget amfetamin én gang, faldt hammeren, og han blev smidt ud af metadon-programmet og ud af den lejlighed, der var tilknyttet forløbet.

'De sagde bare til mig, at jeg ikke passede ind i programmet længere,' fortæller Robert, som vi møder i København sammen med sin kæreste Malin.

Men Robert havde stadig brug for sin metadon, så i stedet måtte han begynde at købe den på gaden i Falun.

' … bare så jeg kunne blive rask. Hvis du tager opiater, bliver man jo meget syg, når man stopper,' fortæller han.

Robert havde brug for fire tabletter a 20 milligram stykket til en samlet pris på 480 svenske kroner om dagen. Han fik 50 kroner om dagen af de svenske myndigheder til at leve for. Det er tariffen for hjemløse i Sverige. Det var slet ikke nok til at dække hans metadonbehov.

Til gengæld havde han fået en kæreste. Hun hedder Malin og er førtidspensioneret på grund af en

FOTO: HELGA THEILGAARD

nakkeskade efter en voldsom bilulykke tilbage i 1996, og hun hjalp ham med pengene til metadonen, når det kneb. Andre muligheder havde han ikke. Han ville i al fald ikke sætte sig ned på gågaden og tigge. Det var kun rumænerne, der gjorde sådan i Falun. Desuden har han tre børn i alderen 8,14 og16 år, som bor hos deres mor i samme by. De skulle ikke finde ham der.

Robert har været til og fra arbejdsmarkedet gennem hele sit voksenliv. Han er uddannet som bilmekaniker og er en dygtig én af slagsen. Når han arbejder, går det godt, men siden sin tidlige ungdom, hvor han som 16-årig begyndte at eksperimentere med stoffer – i første omgang heroin – er han faldet i igen og igen. Så har han arbejdet i en del år, og så har stofferne pludselig igen knækket ham for en tid.

'Senest sluttede jeg med at arbejde for to år siden, hvor jeg havde været i gang i to år. Jeg var ramlet ind i en betonkant, da jeg skulle smide noget skrald ud i en container, og fik en stor infektion, fordi såret var så dybt, og der gik flere måneder, før det helede op. To gange om ugen skulle jeg til sygeplejerske for at få det renset. Jeg var hjemme hele tiden, og så begyndte jeg at tage 'ting og sager',' fortæller han.

Dansk ly for natten

Malin er 41 år og har en 16-årig datter, der bor i sine søskendes hjem. Frem til 21-årsalderen arbejdede Malin som tjener på barer og restauranter, men måtte stoppe, da hun kom ud for bilulykken, der låste hendes nakke helt fast gennem fire måneder. Smerterne fortsatte, og hendes læge begyndte at ordinere hende opiater, der blev stærkere og stærkere – først tramadol, så citadol og siden subutex, der endte med at blive erstattet med metadon.

Da Robert mødte Malin, var hun kommet på metadon og havde et sidemisbrug af alkohol og benzodiazepiner. Hun levede af sin pension, som Robert gjorde et dagligt indhug i. Og da han ikke syntes, han kunne blive ved med at bede sin kæreste om at dække sit månedlige metadonforbrug, der løb op i cirka 15.000 svenske kroner, tog de en fælles beslutning om at rejse til Danmark, hvor de vidste, at man kunne få metadon til en meget lavere gadepris. Finder man en 'god' pusher, kan man få metadon ned til 50 kr. for en pille på 20 milligram, hvor de skulle give 120 kroner i Falun.

'Jeg har jo været i Danmark mange gange før, fordi jeg kan lide landet - og at rejse rundt i det hele taget. Og hvis jeg har været her i to dage, så har jeg valgt at bo på herbergerne, fordi det er billigt,' fortæller Robert.

Derfor var Robert velorienteret om overnatningsmulighederne i Danmark, da de ankom, og det var selvsamme herberger, Robert og Malin var indstillet på at begynde at sove på - i Hillerødgade og på Sundholm, mens de i sommerhalvåret lagde sig udendørs og havde soveposer med på slæb i store tasker.

'I Sverige er der jo slet ikke sådan nogle steder at bo. Nu kunne vi i al fald få tag over hovedet, ' siger Malin.

Vi har mødt det svenske kærestepar på Hillerødgade i København, hvor de er bekendt med omgivelserne og går hjemmevant ned i køkkenet og henter kaffe. Det er en af årets første forårsdage, og der er gået to et halvt år, siden de første gang sammen kom til København. Robert har drukket en øl her til morgen. Det er han ellers holdt op med, men han var nervøs på grund af interviewet, forklarer han. Ellers holder han sig mestendels til sin metadon. Det samme gælder Malin, der for ikke ret lang tid siden har været oppe på store mængder alkohol hver eneste dag samt benzodiazepiner.

Adskilt aflåsning

Tilbage i juni 2015 blev Malin indlagt på Hvidovre Sygehus på grund af et epilepsianfald, der var relateret til hendes misbrug. Hun var tidligere blevet opereret for mavesår, og arret i maven gav hende mavesmerter. Hospitalet tilkaldte Migrantgruppen under Hjemløseenheden, som de har fast kontakt til. Her mødte to ansatte op og fandt Malin i hospitalssengen og Robert sovende på gulvet. Siden har de to svenskere holdt kontakten til Migrantgruppen, og allerede en måned efter - i juli 2015 - blev Malin og Robert overtalt af Migrantgruppen til at blive kørt til Sverige igen for at komme i behandling, fordi de begge to var for syge og aktivt misbrugende til at klare sig på gaden.

To ansatte fra Migrantgruppen fulgte dem op til Dalarne. Aftalen var, at de fik lov til at drikke en kasse øl på turen op til sygehuset i Falun, som er et sted, der står for misbrugsbehandling. Her kom de direkte til en samtale med sagsbehandlingen, der valgte at indlægge dem på hver sit psykiatriske afsnit, som også tager sig af sidemisbrug. Siden kom Robert på LVH-hem (det kaldes de tvungne afvænningscentre i Sverige), hvor han blev tvangsindlagt til at være i stofafvænning i seks måneder for så at blive skrevet op til at komme ind i metadon-programmet bagefter. Malin kom også på et aflåst LVH-hem, men kom allerede efter tre måneder over i metadon-programmet, fordi hun var god til at samarbejde.

'De lovede os, at vi skulle få hjælp, og at vi ville være sammen, men lige så snart, vi kom til Sverige, splittede de os ad, og vi fik overhovedet ikke den hjælp, de lovede os,' fortæller Malin.

'De låste mig inde i seks måneder, fordi jeg har taget stoffer. Det eneste andet land, jeg ved, der ellers gør sådan, er Canada,' tilføjer Robert.

'Det var jo, fordi vi havde taget metadon hernede i København, så vi blev afgiftet og fik ingenting. Det var fuldkommen som at være i fængsel. Alt er aflåst, du skal for eksempel gå ud i et bur for at ryge. Og så blev vi adskilt på et sted for mænd og et andet for kvinder.' siger Malin.

'Og så var det, at jeg stak af efter fem måneder,' siger Robert. Jeg kunne ikke holde ud at være der længere. Og det er derfor, at jeg nu kan komme i fængsel, hvis jeg kommer tilbage til Sverige. Men jeg er ikke højprioriteret efterlyst, hvis de ser mig, jeg mener … politiet har taget mig her, fordi jeg har stjålet alkohol, og når de ringer til Sverige, ved de jo, at jeg er efterlyst, men gør ikke noget ved det,' siger Robert.

'Jeg blev udskrevet, fordi jeg kom ind i metadonprogrammet. Så mit forløb var helt normalt. Jeg kom ud derfra efter tre måneder. Og bagefter kom jeg i 'programmet' og fik hjælp med en træningslejlighed. Men så fandt de ud af, at jeg havde drukket alkohol, da jeg var hos min søster, og når man bor i den dér lejlighed, er der nul-tolerance. Det vidste jeg ikke også gjaldt, når jeg var hos min søster, så jeg blev sparket ud af lejligheden, og så tog Robert til Danmark. Jeg var jo i 'programmet' i Sverige, men jeg ville jo være sammen med ham, så derfor tog jeg også herned,' siger Malin.

Midlertidigt helle

Tre uger før interviewet er Robert og Malin flyttet ind i en lejlighed hos en ældre dame, hvilket har stabiliseret dem en hel del. Forinden havde Robert fået et ildebefindende på herberget på Hillerødgade, hvor personalet en morgen fandt Robert i en tilstand, der fik dem til at tro, at han var død, og fik ham kørt på skadestuen. Robert har problemer med sit højre hjertekammer og er blevet opfordret af Migrantgruppen til at få det udredt. De mener, at hjerteproblemet hænger sammen med hans metadonindtag. Men fordi Robert ikke har adresse i Danmark, kan han ikke benytte sig af det danske sygehusvæsen, så han skal til Sverige og udredes. Det vil Robert meget nødigt. Roberts hænder er hævet helt op og er i kontrast til hans ellers spinkle krop.

'Jeg ved ikke helt, hvad det er, men når jeg har gjort sådan her (Robert gestikulerer, at han fixer med en sprøjte, red,) så sker der noget. Jeg er jo stoppet med at fixe fast, men hvis jeg gør det en gang imellem, kan jeg ikke gå, og jeg besvimer næsten hele tiden. Jeg tror kun, det handler om at holde mig fra stofferne, og sidste gang, jeg prøvede det, blev jeg virkelig bange. Så nu tør jeg ikke fixe mere,' siger han.

'Men det hele begyndte med en lungeinflammation, og så kom det med hjertet,' skyder Malin ind.

'Det er blevet slemt for fem uger siden. Jeg tror, det hænger sammen med, at jeg har fixet ikke-filtrerede stoffer. Men vi har jo fået det meget bedre, efter vi er kommet indendørs i en toværelses lejlighed med et køkken, og vi kan se fjernsyn,' fortæller han.

Damen, de bor hos, mødte de på gaden sammen med hendes hund. Og da hun hørte om deres situation, som blandt andet indbefattede, at de ikke længere måtte sove på Hillerødgade, der ikke ville tage ansvar for hans hjerteproblemer, inviterede hun dem indenfor. Robert og Malin har fået hendes soveværelse. Selv sover hun på sofaen i stuen, hvis hun ikke er i sit sommerhus.

'Hun fortalte, at hun havde pladsen og ikke var hjemme så tit, så hun tilbød os at forsøge og se, om hun kunne stole på os. Det var meget sødt af hende. Jeg ved ikke hvorfor,' fortæller Robert.

'Hun er 55 til 60 år, men har store problemer med sin cancer. Når hun skal ind til strålebehandling, er hun i lejligheden, ellers er hun i sommerhuset. Vi hjælper hende meget. Jeg gør rent og vasker op, går ud og handler og henter hendes medicin, fordi hun har problemer med at gå,' siger Malin.

'Hun har det ikke nemt, så nogle gange er hun presset, men hun kan lide, at vi hjælper hende. Vi sætter så meget pris på det, så jeg vil virkelig gerne vise hende, at vi fortjener det. Jeg vil meget gerne have hendes accept. Så jeg vil meget gerne hjælpe hende, for hun hjælper jo virkelig mig. Når hun er i sommerhuset, betaler vi 100 kroner om dagen, men når hun er hjemme, gør vi ikke,' fortæller Robert.

Hele sammen

I Robert og Malins første tid i Danmark tiggede de på gaden for at få råd til deres metadon og kom siden i gang med at sælge Hus Forbi. Nu står de på hver deres stamsted foran nogle supermarkeder på Nørrebro hver dag. Ud over indtjeningen fra avissalget har Malin sin pension fra Sverige, så de kan godt få hverdagen til at løbe rundt økonomisk. Men de ved godt, at de bor på lånt tid hos den ældre dame, og det tvinger dem til at tænke fremad. Efter at de nu har fået skåret alkoholen ned til et par øl om dagen, har Robert en forhåbning om, at han kan få et job som bilmekaniker i Danmark, der kan give dem råd til deres egen lejlighed:

'Jeg har spurgt flere værksteder, om jeg kan få job, og der er i al fald et sted, der er meget interesseret, for de spurgte, om jeg kunne noget specielt. Og da jeg fortalte dem, at jeg kan skifte kilerem, sagde de, at de måske ville ringe igen. Det er dét, jeg går og venter på. Jeg er en god mekaniker. Hvis de lader mig gøre forsøget, tror jeg, de kan se det. Og så søger vi efter en lejlighed. Jeg fungerer jo virkelig godt, hvis bare jeg tager min metadon regelmæssigt,' siger Robert.

'Og jeg vil jo gerne være hernede sammen med Robert. Jeg kan ikke arbejde på grund af min nakke, så jeg vil gerne være hjemme og tage hånd om Robert og gå og sælge Hus Forbi.'

Sådan er fremtidsplanerne for Malin og Robert lige nu. Der er meget, der skal falde på plads, for at det skal lykkes. De hører til i behandlingssystemet i Sverige, og det er også der, de skal have deres metadon (det kan man læse mere indgående om i den foregående artikel 'Et øjeblik', red.). Men det væsentligste for Malin og Robert er, at de vil være sammen.

'For vi elsker jo hinanden,' siger Robert.

Malin nikker og supplerer:

'Vi har brug for hinanden. Med Robert føler jeg mig hel, og når man har boet sammen på gaden, bliver man meget tætte.'

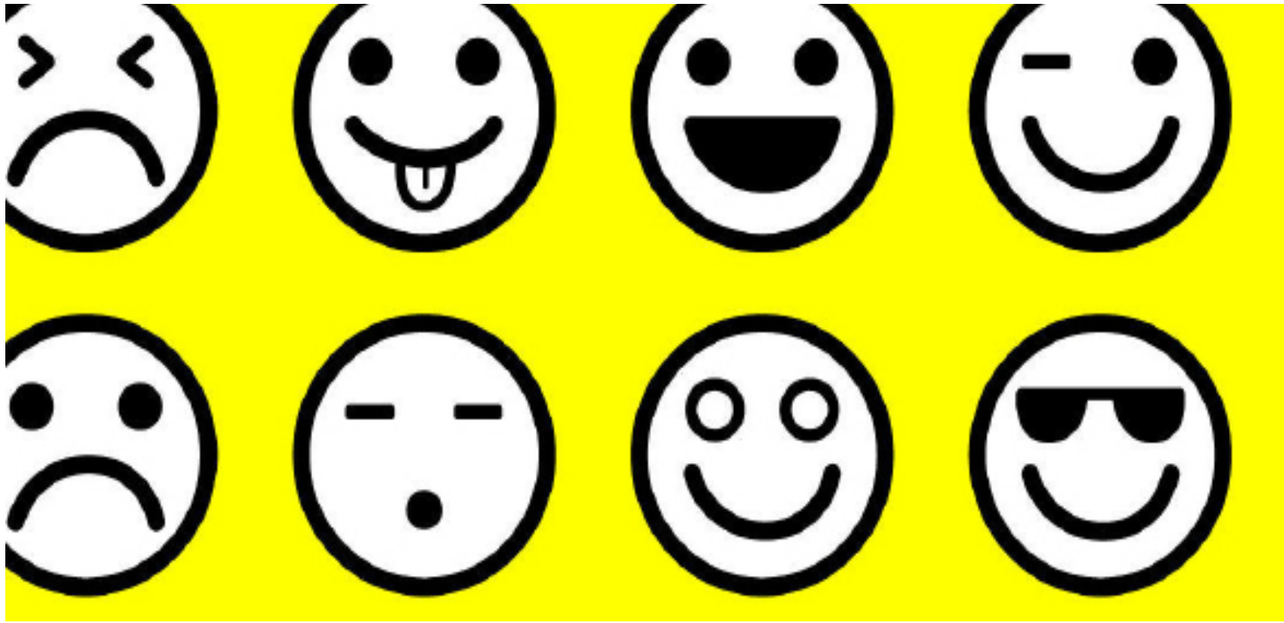
Det er også sådan, Migrantenheden opfatter dem. Som Kling og Klang forklarede de, da STOF henvendte sig til dem. Og det er derfor også det udgangspunkt, Migrantenheden forsøger at hjælpe dem med at bibeholde, når de kontakter de svenske myndigheder for at få lavet nogle aftaler om deres fremtidige liv. Men selvom de er i kontakt med Falun Sygehus, som står for misbrugsbehandlingen, så har Malin og Robert intet ønske om at vende hjem til Sverige. De vil være her i Danmark og af flere årsager.

'Vi får meget bedre hjælp her. Det svenske behandlingssystem er noget lort. Du får overhovedet ingen hjælp,' siger Malin

'Jeg var så syg, at jeg næsten ikke kunne klare det, da jeg blev afgiftet, men de hjalp mig overhovedet ikke. Og så trives jeg bare meget bedre i Danmark. Jeg kan lide mentaliteten hernede. Folk er mere åbne. Her er mere liberalt og mindsettet er mere europæisk. Så jeg VIL ikke tilbage til Sverige,' slutter Robert. ■

AF BIRGITTE ELLEMANN HÖEGH

Malin og Roberts efternavne er redaktionen bekendt. Deres fortælling beror alene på deres udsagn og oplevelser. Vi har ikke tjekket deres oplysninger med de svenske myndigheder om årsagen til, at de blev smidt ud af metadon-programmet.



BETYDNINGEN AF FEEDBACK FRA 'ERFARINGS-EKSPERTEN'

Den bedste indikator på, om indsatsen virker, får man ved at spørge borgeren selv.

AF FINN BLICKFELDT JULIUSSEN

Denne artikel omhandler den dokumenterede meta-metode: Feedback Informed Treatment (FIT). Meta-kan i denne sammenhæng betyde: fleksibel. Fleksibel, fordi FIT passer i forhold til mange målgrupper. Fleksibel, fordi meta-metoden FIT passer ind på tværs af sektorer og forvaltningsgrene. FIT kan således passe ind både i psykoterapi og generelt i socialfaglige og sundhedsfaglige indsatser.

Den fleksible meta-metode FIT er enkel at forstå: Fagprofessionelle skal blot arbejde videre, som de altid har gjort. Den eneste forskel er, at fagprofessionelle systematisk og regelmæssigt indhenter en bestemt form for feedback fra 'erfarings-eksperten', som er borgeren. Denne systematiske og regelmæssige feedback vil til gengæld - på markant vis – påvirke selve den fagprofessionelle rolle- og opgave-forståelse. Selvom FIT er enkel at forstå, er FIT ikke altid enkel at implementere. Alligevel er der i stigende grad ønske om at anvende FIT for derved at inddrage erfaringseksperternes perspektiv på den fagprofessionelle indsats. Blandt andet, fordi inddragelse og feedback fra erfarings-eksperterne ofte fører til bedre resultater. Borgerne kommer simpelthen længere i recovery- og rehabiliteringsprocessen.

I dansk sammenhæng implementeres FIT mange steder. Blandt andet i bo-støttearbejdet i Københavns Kommune, i misbrugsbehandlingen i Helsingør Kommune, i unge-indsatsen i Gladsaxe Kommune, i familiebehandlingen i Holstebro Kommune, i socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk, Gentofte og Slagelse kommuner.

Implementeringen af FIT er vokset op fra praksisfeltet, fra ledelse og nøgle-medarbejdere. FIT er derfor generelt anerkendt og ønsket af praksis-feltet. FIT er i dag også officielt anerkendt. Bl.a. driver Socialstyrelsen et projekt, som implementerer FIT i socialpsykiatriske botilbud. FIT er således en 'populær' metode, hvilket kan vise sig at lette implementeringen.

Men inden FIT her foldes ud, er det indledningsvis nødvendigt at sætte FIT ind i en kontekst. Konteksten refererer til en generel udvikling i landets kommuner og regioner. En udvikling, hvor borgerens selvbestemmelse og indefra-perspektiv tillægges stadig større betydning. På tværs af målgrupper.

'Hvorfor al den snak med borgerne – kunne vi ikke bare sætte dét i gang, vi ved vil virke? Det kunne vi godt, men det ville være dumt og i strid med de forskningsresultater, vi har – der samstemmende peger på, at hvis en indsats skal virke for borgeren, skal den både være nyttig og opfattes som nyttig'.

(BIRGITTE ANKER, DIREKTØR, SOCIALSTYRELSEN. 2015.)

Selvbestemmelse, samarbejde og recovery

Der er et stigende fokus på selvbestemmelse og samarbejdsorientering i relationen mellem borgere og fagprofessionelle, fordi øget inddragelse og selvbestemmelse ofte medfører bedre resultater. På den baggrund vinder recovery-begrebet terræn. Recovery-begrebet omhandler netop øget selvbestemmelse til borgeren. Der kaldes derfor på redskaber, som kan understøtte, at borgeren opnår en højere grad af selvbestemmelse og kontrol i eget liv. FIT er et sådant redskab.

Da recovery er tæt sammenvævet med øget selvbestemmelse, kan der være behov for en begrebsafklaring. Mange kan have den misforståelse, at recovery-begrebet alene omfatter mennesker med en psykiatrisk diagnose.

Recovery-begrebet består af tre dimensioner:

Recovery dimension 1: At komme sig i klinisk forstand. Fagprofessionelt udefra-perspektiv med fokus på symptomfrihed. Omkring 25 pct. kommer sig helt fra svære psykiske vanskeligheder (dokumentation indhentet ift. diagnosen skizofreni).

Recovery dimension 2: At komme sig socialt. Fagprofessionelt udefra-perspektiv med fokus på mestring. Her kan borgeren stadig have symptomer, men borgeren magter at mestre disse symptomer (med eller uden støtte). Symptomerne hindrer ikke borgeren i at deltage i fx arbejde eller uddannelse. Symptomerne reducerer ikke skadeligt borgerens deltagelse ift. netværk og sociale aktiviteter. Omkring 35 pct. kommer sig socialt fra svære psykiske vanskeligheder (dokumentation indhentet ift. diagnosen skizofreni).

Recovery dimension 3: Personlig recovery. Borgeren ses her som erfarings-ekspert. Denne tredje dimension af recovery-begrebet omhandler erfarings-ekspertens indefra-perspektiv. Borgerens eget syn på trivsel og opfattelse af, hvad 'det gode liv' er, og hvad det gode liv består i. Det drejer sig fx om det enkelte menneskes personlige drømme, ønsker og håb. Da personlig recovery omhandler det individuelt fortolkede (gode) liv, dækker det personlige recovery-begreb alle målgrupper. Begrebet dækker både unge og gamle erfarings-eksperter med fysiske og psykiske handicap, sociale problemer og psykiske vanskeligheder.

Den tredje dimension af recovery-begrebet, *personlig recovery,* omfatter således alle målgrupper. Borgerens indefra-perspektiv er ikke objektivt, men subjektivt. Indefra-perspektivet omhandler ikke naturvidenskab, patologi eller afgrænsede målgrupper. Indefra-perspektivet tager sit afsæt i filosofien, i eksistentialismen, og tilhører derved det enkelte menneskes subjektive livsverden. Her handler det ikke om opdeling i 'raske og syge' eller 'dem og os'. Her handler det om dig og det individuelle syn, du har på trivsel og det gode liv. I den forstand omfatter det personlige recovery-begreb alle. Funktionsnedsættelse eller ej.

Personlig recovery blev oprindelig defineret således: '… en dybt personlig, unik proces som indebærer ændring af ens holdninger, værdier, følelser, mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et liv på, som giver håb, trivsel og mulighed for at bidrage- på trods af de begrænsninger, som vanskelighederne repræsenterer. Personlig recovery indebærer ny mening og nye mål for livet og muligheder for at vokse og udvikle sig'.

Den kvalitative forskning af recovery viser, at recovery-processen ofte involverer fem processer: 1) forbundethed; 2) håb og optimisme om fremtiden; 3) identitet; 4) mening i livet; og 5) empowerment.

Recovery-orientering af den fagprofessionelle indsats

Recovery-orientering afspejler, at mødet mellem borger og fagprofessionel er et møde mellem to ekspert-positioner. På den ene side borgeren som erfarings-ekspert med indefra-perspektivet i forhold til personlige livserfaringer, drømme og ideer om, hvad et godt liv er og indeholder. På den anden side de fagprofessionelle eksperter med udefra-perspektivet, metoder og redskaber. I mødet mellem disse to ekspert-positioner stiller den fagprofessionelle en samarbejdsorienteret, tidsbestemt, koordineret og vidensbaseret indsats til rådighed for borgeren (de operationelle elementer i rehabilitering).

Recovery-orientering af den fagprofessionelle indsats kan defineres således:

1) Indsatsen personorienteres i forhold til den individuelle erfarings-ekspert
2) Indsatsen personinvolverer gennem aktiv inddragelse af erfaringsekspert-perspektivet
3) Indsatsen baseres på erfarings-ekspertens selvbestemmelse og ret til at vælge mellem forskellige tilbud
4) Indsatsen baseres på, at alle har potentiale for udvikling, og at håb derfor er det mest realistiske fagprofessionelle udgangspunkt.

Den kvalitative forskning knytter recovery-orientering tæt til borgerens mulighed for at (få lov til at) udøve selvbestemmelse og dermed mulighed for at samarbejde. Indsatsen skal derfor optimalt understøtte den enkelte borgers oplevelse af de fem nævnte processer: forbundethed med netværk; håb og optimisme om fremtiden; positiv identitet-oplevelse; følelse af mening i livet; og mulighed for empowerment.

Kontrol og samarbejde

Forskning viser, at menneskers evne til samarbejde i høj grad afhænger af menneskers mulighed for at opleve kontrol i eget liv (empowerment).

Når borgeren har oplevelse af en vis kontrol, kan borgeren uddelegere en del af denne kontrol til eksempelvis en fagprofessionel. Dette går under betegnelsen 'samarbejde'. Hvis borgeren mister oplevelsen af kontrol i eget liv, kan der let optræde angst. Angst i forbindelse med den psykologiske kamp-/flugtmekanisme kan resultere i, at borgeren ikke magter sin del af samarbejdet (uddelegeringen af kontrol til fagprofessionelle). Hvis borgerens tilbagetrækning umuliggøres, kan situationen eskalere. Det er afgørende for samarbejdet, at borgeren opnår øget fornemmelse af kontrol i eget liv i forhold til egne følelser og tanker og i forhold til målene for indsatsen.

Empowerment er således et begreb, der sætter fokus på processer, hvorigennem borgeren bliver i stand til at modvirke afmagt og afhængighed. Målet er den selvstændige og myndige borger, der har magten over eget liv. For nogle er empowerment en tilgang, et 'mind-set', hvor borgere generelt forstås som de bedste eksperter i eget liv. For andre er det et etisk eller metodisk princip, som påpeger, at borgere flytter sig bedst ved selv at være ansvarlige for egen udvikling.

'Helsing-ung'i Helsingør er et eksempel på en fleksibel praksis, som øger borgerens oplevelse af at blive mødtindividuelt. 'Helsing-ung' tager afsæt i den situation, hvor den unge selv oplever at være – og kan derfor **øge** den unges oplevelse af magtfuldhed i eget liv. 'Helsing-ung'har implementeret FIT gennem flere år. 'Helsing-ung'bygger **på** tre grundsten:

1) Accept af den unge, som den unge er.

SKEMA : 1 ORS-SKEMAET

Skema 1 (ORS) til afkrydsning i starten af samtalen (eksempelvis en handleplansamtale).
Den fagprofessionelle siger fx: 'Når du ser tilbage på den sidste tid, inklusive i dag, vil jeg bede dig vurdere, hvordan du har haft det på følgende områder af dit liv: (En markering til venstre for midten markerer, at du har haft det dårligt, mens en markering til højre for midten markerer, at du har haft det godt.)'

Individuelt

Din individuelle trivsel – eller mangel på trivsel

0----------10

Nære relationer.

Din trivsel i forhold til nær familie, venner og andre betydningsfulde personer

0----------10

Socialt

Din trivsel socialt

0----------10

Generelt

Din generelle, alt-i-alt oplevelse af trivsel i livet – eller mangel på trivsel

0----------10

Efter at borgeren har sat fire kryds i skema 1, ORS-skemaet, finder samtalen eller aktiviteten sted. Når samtalen/aktiviteten slutter, sætter borgeren fire kryds i skema 2, SRS-skemaet. Den fagprofessionelle siger fx: 'Når du ser tilbage på vores samtale, vil jeg bede dig vurdere mødet ved at sætte et kryds på hver af de fire linjer. Du skal placere dit kryds tættest på den beskrivelse, som bedst passer med din oplevelse af vores møde.'

SKEMA : 2 SRS-SKEMAET

Relation

0---------- 10

Jeg har ikke følt mig hørt, forstået, respekteret og eller accepteret

Jeg har følt mig hørt, forstået, respekteret og accepteret.

Mål og emner

0---------- 10

Vi har ikke arbejdet med eller talt om det, som jeg gerne ville

Vi har arbejdet med og talt om det, som jeg gerne ville

Tilgang eller metode

0---------- 10

Den fagprofessionelles tilgang eller metode passer ikke til mig

Den fagprofessionelles tilgang eller metode passer godt til mig

Generelt

0---------- 10

Noget manglede i samtalen,i dag, jeg følte mig ikke engageret

Generelt fungerede samtalen godt i dag, jeg følte mig engageret

2) Den unge bestemmer tempoet.
3) Den unge bestemmer vejen til et mindre misbrug eller evt. stop.

'Helsing-ung' tilbyder behandlingsforløb, dér hvor den unge gåri skole. Der er på nuværende tidspunkt gennemført tre behandlingsforløb – et i folkeskolen og to på produktionsskolen. Udviklingen er gået fra i alt 60 indskrevne unge i 2009 til 143 i 2011. 34 % har efterfølgende stoppet deres forbrug, 20 % har nedsat deres forbrug, mens 16 unge har samme forbrug som før kontakten til 'Helsing-ung'.

Det er vigtigt at blive mødt på måder, hvori man kan genkende sig selv. Noget kan tyde på, at en stor del af unge-målgruppen ikke identificerer sig med de problemstillinger, som indsatserne er rettet mod. At unge i mange tilfælde ikke oplever deres problemstillinger i samme grad, som systemet tænker dem. Det nødvendiggør indsatser og ikke mindst en retorik omkring fx misbrug, der undgår at italesætte de unge som nogle, de ikke kan identificere sig med, eller udstiller de unge i forhold til problemstillinger, som de ikke oplever at have.

FIT konkret

FIT praktiseres ved hjælp af to korte spørgeskemaer, ORS-skemaet og SRS-skemaet. Det tager borgeren 5-10 minutter at afkrydse de to spørgeskemaer. Borgeren afkrydser skema 1, ORS-skemaet (Outcome Rating Scale), når samtalen eller aktiviteten begynder. Borgerens afkrydsning iORS-skemaet afspejler borgerens aktuelle funktionsniveau. Borgeren afkrydser skema 2, SRS-skemaet (session rating scale), når samtalen eller aktiviteten slutter. Borgerens afkrydsning iSRS-skemaet afspejler borgerens oplevelse af alliance med den/de fagprofesionelle.

De to skemaer, ORS og SRS - afkrydses ved hvert møde med den/de fagprofessionelle. Resultatet af scoringerne tastes hver gang ind på i-pad. På den baggrund dannes efterhånden to kurver. En ORS-kurve og en SRS-kurve. Kurverne betyder, at udviklingen i forhold til borgerens funktionsniveau (ORS) og borgerens oplevelse af alliance med den/de fagprofessionelle (SRS)kan følges over tid. Og drøftes af borgeren og den/de fagprofessionelle.

FIT – En case

Det følgende er en redigeret og efterbearbejdet case, som oprindeligt er udarbejdet af H. Obbekær, DSI Nettet, Kgs. Lyngby, og har været bragt som artikel i bladet Socialpsykiatri nr. 1, 2011, under titlen: Handlingsplan med fokus på udvikling.
Ergoterapeuten Trine fortæller:
'I løbet af de sidste to år har vi haft en udskiftning på 60 procent her i det psyko-sociale trænings- og bofællesskab. Nogle er kommet ud i egen lejlighed, mens en er flyttet til tilbud med mere støtte. Vi er simpelthen blevet skarpere på at finde ud af, hvad folk ønsker og har brug for - og at hjælpe dem derhen. En væsentlig årsag til denne udvikling er den metode, der hedder Feedback Informed Treatment (FIT), som vi indførte for tre år siden.' Borgeren, Nils Jensen, som bor i botilbuddet, har meget tillid til FIT. Nils har boet i botilbuddet i godt tre år, og han arbejder målrettet på at komme i egen bolig. Han fortæller: 'FIT har været med til at øge forståelsen mellem de fagprofessionelle i forhold til mig og mit netværk.'

I trænings- og bofællesskabet bor der ti beboere, og alle benytter FIT-redskabet. Ergoterapeuten Trine fortæller om baggrunden for at begynde at arbejde med FIT som metode: 'Vi har i mange år arbejdet med borgerinddragelse, og hvordan vi bliver bedre til at gøre borgerne interesserede og dermed motiverede for at tage større ansvar i eget liv. Vi kalder det 'aktør i eget liv'. Hvor vi måske tidligere var meget fokuserede på at rumme folk, har vi i dag mere fokus på at finde ud af, hvordan vi kan hjælpe folk videre, og i den proces er feedback fra borgerne gennem brug af FIT-metoden afgørende.'

Som tidligere beskrevet består FIT af de to parallelle redskaber: ORS-skemaet og SRS-skemaet. I bofællesskabet bruges ORS-skemaet én gang om måneden, hvor borgeren vurderer, hvordan han/hun har det. SRS-skemaet bruges i forbindelse med en ugentlig samtale, hvor borgeren vurderer, hvordan ugen er gået. Hvad er der sket i ugens løb? Hvilke aktiviteter har borgeren deltaget i? Og hvordan har aktiviteterne passet med borgerens mål? Resultaterne bliver indtastet på en i-pad og vises i en graf, hvor man kan se udviklingen over tid.

Nils siger: 'Jeg plejer at score højt på skalaen. Det er også lidt med vilje. Du ved – det fungerer selvforstærkende, hvis man ser positivt på sit liv. Det skal selvfølgelig også være rigtigt, men der er jo forskellige måder, man kan se det samme på. Jeg kan godt have syntes i går, at det har været en dårlig uge, men når jeg så får ORS-skemaet, så har jeg måske fået forståelse for, hvad der skete, som gjorde det til en dårlig uge. På den måde kan skemaet være med til at give større forståelse.' Nils fortæller, at han forbereder sig til den ugentlige samtale ved at tænke over, hvordan det går.

'Til hver gang tænker jeg over mit liv, og hvordan jeg har det. Jeg tænker over min situation. Desuden gør ORS-skemaet det lettere at tale med min ven. Jeg hører, hvad han har at sige. Det er meget godt at tage sin hverdag op, når man er i min situation.'

En stor styrke ved den evidensbaserede FIT-metode er, at der hele tiden følges op på den enkeltes mål. Det betyder, at man kan have fokus på de nærværende mål. Ergoterapeuten siger: 'Via FIT er man i stand til at lave meget små målsætninger, fordi man laver dem hyppigt. Dermed øger man sandsynligheden for succes – fordi målene bliver overskuelige. På den måde er de en modsætning til nytårsforsætterne, som jo nærmest er dømt til fiasko, fordi barren bliver sat alt for højt.

Endnu en fordel ved FIT er ifølge ergoterapeuten, at skemaerne udfyldes sammen med borgeren, hvilket betyder, at der ikke går dyrebar tid fra det rehabiliterende arbejde.

Ergoterapeuten Trine og beboeren Nils fortæller, at skemaerne i deres samarbejde har betydet, at de fagprofessionelle er blevet klar over, hvor målrettet Nils er. Det betyder samtidig, at de fagprofessionelle er blevet bedre til at fokusere på de ting, som er vigtige for Nils i forhold til fx at kunne flytte i egen lejlighed, påbegynde en uddannelse og finde venner.

'FIT-modellen kan potentielt forbedre relationen mellem borger og sagsbehandler og derigennem øge effekten af bostøtte-indsatsen. FIT har i andre sammenhænge vist sig effektiv i forhold til at forebygge og reducere frafald. Det er væsentligt i bostøtte-indsatsen. I bostøtte-indsatsen er en stor del af målgruppen socialt marginaliserede borgere, der kan være svære at fastholde og ofte falder fra, før der er opnået forbedringer i deres situation.'

(Seniorforsker og projektleder Jan Hyld Pejtersen, SFI)

FOTO: HELGA THEILGAARD

Trine: 'Det at blive spurgt ind til har en helbredende effekt i sig selv, fordi det sætter fokus på den enkelte, og at personen har et ansvar og kan handle på sit eget liv.' Nils supplerer med at fortælle, at en god effekt af FIT er, at det giver struktur på samtalerne med de fagprofessionelle.

'ORS-Skemaerne fungerer lidt som en dagsorden, hvor vi gennemgår ugen. Det giver også tryghed, at det er den samme måde, vi taler om tingene på hver uge. Især fordi det også er nogle fornuftige ting, vi tager op.'

Det er ikke kun borgerne, der har glæde af redskabet – også de fagprofessionelle har stor gavn af at få feedback fra borgerne. Det har været med til at øge kvaliteten af den rehabiliterende indsats. Trine uddyber: 'Dels er vi blevet bedre til at tale konkret om indsatsen med sagsbehandler og jobkonsulent, dels bliver vi skærpet på at finde ud af, hvad den enkelte vil, og kan dermed give en mere målrettet indsats. Desuden bliver vi forpligtet på det, vi sætter i gang, fordi vi følger op hver uge. Det giver mere konsekvens i de aftaler, vi laver, og for nogle kan det være med til at speede processen op'. Trine fortæller, at det kan være lidt svært for det kommunale system at følge med. Systemet er nemlig ikke gearet til, at borgerne er blevet bedre fungerende og begynder at stille krav om fx jobtilbud. Der mangler samarbejde, koordinering og viden om, hvordan man imødekommer denne borgergruppe. Det gør det rigtig vigtigt at kunne dokumentere indsatsen og resultaterne. Også her har FIT-metoden en force: 'Vi kan bruge resultaterne fra FIT som dokumentation. Vi kan vise udviklingen for de enkelte borgere over tid, fordi vi følger dem så tæt. Dermed kan vi dokumentere, at borgerne flytter sig, og at vi lever op til vores virksomhedsplan om at tilbyde en recovery-orienteret rehabiliteringsindsats,' forklarer Trine.

Vidensgrundlaget under FIT

Borgerens engagement og vurdering af indsatsen er det, der med størst sandsynlighed kan forudsige effekten af indsatsen. Den fagprofessionelles evne til at engagere borgeren iindsatsen er derfor afgørende for effekt. På denne baggrund kan følgende kerneelementer for effekt identificeres:

1) Borgeren har et ønske om forandring og er derfor engageret.
2) Borgeren oplever tillid til den/de fagprofessionelle ift., at disse formår at understøtte den ønskede forandring.
3) Den fagprofessionelle formår herved at fastholde og øge borgerens engagement og nærvær.
4) Alliancen forstærkes ved, at borgeren antager den fagprofessionelles forklaring på borgerens problemer og antager den fagprofessionelles bud på, hvordan borgerens problemer kan løses.

Alliancen mellem den fagprofessionelle og borgeren er således den mest betydningsfulde enkeltfaktor i forhold til effekten af indsatsen. Alliance opbygges mellem borger og fagprofessionelle ift: a) borgerens egen forståelse af problemet, b) borgerens mål med at modtage hjælp, c) borgerens egen forståelse af, hvad der kunne hjælpe og skabe bedring, d) borgerens egen forståelse af den fagprofessionelles rolle i denne proces.

Forskning underbygger gyldigheden af, at når fagprofessionelle opleves nyttige af borgeren, så får indsatsen større sandsynlighed for effekter som bedring og progression. FIT understøttes af 13 randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) og 12.374 individuelle forløb. På den baggrund konkluderes at:

- FIT fordobler effekten af indsatsen gennem systematisk og regelmæssig feedback.
- FIT nedbringer borgernes'drop-out' med 50 pct.
- FIT nedbringer forværring med 33 pct.
- FIT nedbringer hospitalisering og forkorter indlæggelsesperioden med 66 pct.
- FIT reducerer behandlingsudgifter.

Amerikanske undersøgelser viser, at 5-10 pct. af borgerne får det værre, mens de er i samtalebehandling generelt. 10 pct. af borgerne får det hverken bedre eller dårligere under indsatsen, men tegner sig for en meget stor del af udgifterne (op mod 70 pct. af udgifterne). Fagprofessionelle mislykkes regelmæssigt med at identificere, hvilke borgere der ikke får det bedre, eller hvilke borgere der oplever forværring og dermed er i størst risiko for at falde ud og opleve negativ effekt. Gennem FIT kan borgere, der ikke profiterer af indsatsen – eller bliver dårligere på trods af indsatsen - tidligere identificeres og tilbydes anden indsats.

Det danske Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) understøtter denne forskning og konkluderer:

- FIT kan være med til at forbedre borgernes trivsel og udvikling, målt med WHO's (dansk-udviklede) validerede skala om livskvalitet (WHO5).
- FIT kan forebygge og reducere frafald i støtteforløb.
- FIT kan afklare og reducere lange støtteforløb.
- FIT har en positiv effekt på at gøre borgerne mere selvhjulpne og på deres evne til at opretholde egen bolig.

Dansk forskning i FIT

Københavns Kommune implementerer aktuelt FIT ibostøtte-indsatsen. Samtidig tester SFI effekten af at bruge feedback i forbindelse med socialpædagogisk støtte ibostøtte-indsatsen i Københavns Kommune. Bostøtte-indsatsen består af socialpædagogisk og praktisk støtte til udsatte, misbrugere og psykisk sårbare borgere i eget hjem. Forsknings-projektet tager udgangspunkt i tre forskellige bostøttetilbud, hvor man arbejder med at få tidligere hjemløse borgere til at forblive i egen bolig. Målet med bostøtten er helt overordnet at forbedre borgerens psykiske, fysiske og sociale trivsel, og gøre borgeren i stand til at opretholde en tilværelse i eget hjem.

SFI's forskning er et såkaldt RCT-studie (randomiseret kontrolleret forsøg). RCT betyder her, at halvdelen af de sagsbehandlere, som arbejder med disse bostøtte-tilbud, bliver udtrukket ved lodtrækning og får træning i at anvende FIT. Den anden halvdel skal fungere som kontrolgruppe og skal fortsat arbejde uden det nye redskab. Kontrolgruppen skal altså arbejde videre, som de plejer. Forskerne kan på den måde kontrollere effekten af indsatsen. Der er tale om ca. 60 sagsbehandlere i alt.

FIT kan også have positiv virkning på længden af bostøtte-forløb. Mange bostøtte-forløb er lange, og i kommunerne efterspørges der viden om, hvornår et bostøtte-forløb bør ændres eller afsluttes. FIT kan bidrage til, at lange støtteforløb enten ændres eller afsluttes, hvis ikke de løbende forbedrer borgerens situation. ■

Artiklen er skrevet af faglig konsulent Finn Blickfeldt Juliussen, Socialstyrelsen. Men artiklen er ikke nødvendigvis et udtryk for Socialstyrelsens synspunkter.

FIT-IMPLEMENTERING – EN CASE

IMPLEMENTERING AF FEEDBACK INFORMED TREATMENT (FIT) I ET SOCIALPSYKIATRISK BOTILBUD.

A) Implementering i botilbuddet: Omkostninger

I forbindelse med den beskrevne implementering, har det kommunale socialpsykiatriske botilbud brugt FIT instruktører til følgende:

- Fælles intro til borgere og fagprofessionelle - 2 timer.
- Undervisning af fagprofessionelle - 16 timer x 2.
- FIT supervision - 6 timer x 2.
- Opfølgende undervisning - 8 timer x 2.

Dertil kommer licenser ift. anvendelse af FIT.
FIT-skemaerne til hver fagprofessionel er lagt på den i-pad, som hver fagprofessionel har fået udleveret.

B) Implementering i botilbuddet: Forventninger og mål

Opsamling fra teamseminar: Forventninger til samarbejde om Feedback InformedTreatment (FIT):

- Fælles fodslag omkring FIT.
- Et redskab, der bruges sammen med borgerne.
- At alle er engagerede og har interesse i FIT projektet.
- Står sammen og løfter i flok.
- Skubber til hinanden for at holde os engagerede i FIT.
- Være gode sammen.
- Målet med FIT i det socialpsykiatriske botilbud:
- At få større viden om, hvordan borgerne har det.
- At udvikle samarbejdet med borgerne.
- En indikator på, om vi gør vores arbejde godt nok.
- Mere fokus på at opbygge virksomme relationer med borgerne.
- At benytte en metode, hvor borgeren er medspiller.
- At gøre Feedback InformedTreatment (FIT) til et fælles interesseprojekt sammen med borgerne.
- At kunne se borgerens udvikling og synliggøre den i et dokumentationssystem.

C) Implementering i botilbuddet: Skridt for skridt, del 1.

PROCEDURER / GUIDELINES FOR, HVORDAN FIT BRUGES I BOTILBUDDET:

OPGAVE	PLAN	TOVHOLDER
Tidsperspektiv og pilotfase. **Hvornår går vi igang med at afprøve FIT-skemaerne med borgerne?**	Fra og med maj måned og frem til november 2015, hvor der er opfølgningsdage på teamseminarer. Alle kan godt gå i gang nu med at afprøve FIT skemaerne sammen med borgerne. Det er godt at komme i gang, mens motivationen er i top.	Alle kontaktpersoner.
Hvem udfylder FIT skemaerne?	Alle udfylder FIT-skemaerne med borgerne. Det er her i starten vigtigt, at alle kontaktpersoner får gang i at benytte redskabet. FIT skal udfyldes systematisk med borgerne og kan udfyldes af skiftende kontaktpersoner.	Alle kontaktpersoner udfylder FIT for nogle borgere. Kontaktmakkerpar afklarer, hvem der udfylder for hvem - og holder hinanden opdateret. Dokumenteres i elektronisk registrerings-redskab.
Hvor ofte udfyldes FIT skemaerne?	Til at starte med - og for at komme i gang og få fornemmelse af redskabet - udfylder alle kontaktpersoner FIT skemaerne hver 14.dag med borgere. Samtalerne om FIT afholdes, når muligheden er til stede i forhold til, hvilken kontaktperson der sammen med borgeren udfylder.	Alle kontaktpersoner sikrer, at ORS-skemaet, SRS-skemaet samt udviklingsdokumentet (se nedenfor) systematisk udfyldes hver 14. dag sammen med borgere. Dato og tidspunkt dokumenteres i elektronisk registrerings-redskab.
Hvornår og hvordan udfyldes FIT?	Skemaerne Outcome rating scale (ORS) og Session Rating scale (SRS) udfyldes ved samme samtale, som kontaktpersonen har med borgeren. Først udfyldes ORS-skemaet - på i-pad - og kontaktpersonen noterer i borgerens udviklingsdokument om udviklingen og borgerens begrundelse herfor - og fokus fremadrettet. Dernæst udfyldes SRS-skemaet om samarbejdet - og begrundelser herfor, og hvad der kan blive bedre. Også dette noteres i borgerens udviklingsdokument. Hvis en borger ikke kan udfylde alle parametrene på en dag - kan de første scoringer nedfældes på ORS/SRS-papir. - Derefter indtastes de samlede scorer, når borgeren en af de efterfølgende dage fuldfører alle scoringerne.	Kontaktperson ansvarlig for at medbringe i-pad - have borgerens ORS -session klar. Kontaktpersonen sikrer notater om begrundelser for scoringer i udviklingsdokumentet i forbindelse med udfyldelsen af ORS-skemaet og SRS-skemaet. Disse notater/beskrivelser skal gengive borgerens egne ord - og ikke den fagprofessionelles fortolkninger. Udviklingsdokumentet er et internt arbejdsdokument, som opbevares i papirudgave i borgerens planmappe i teamrummet.
Hvad refererer vi til, når vi spørger til mål i SRS-skemaet?	Vi tager udgangspunkt i vores faglige mål og hele indsatsen i botilbuddet. Spørgsmålene må gerne her i eksperimentalfasen være ret åbne.	Kontaktpersonerne har et kendskab til arbejdet med de faglige mål og de sidste 14. dages indsatser og øvrige aktiviteter med borgeren.
Dokumentation af FIT i forhold til botilbuddets dokumentations-system.	Alle udfylder udviklingsdokumentet, hver gang FIT laves. Udviklingsdokumentet er et internt stykke arbejdspapir, som efterfølgende sættes i beboernes planmapper. Såfremt man i udviklingsdokumentet noterer og sammen med borgeren træffer beslutninger om ændringer i indsatsen - noterer kontaktpersonen disse ændringer i skemaet 'Støttebehov og primære ydelser'.	Alle kontaktpersoner er ansvarlige for at sætte udviklingsdokumenterne ind i borgernes mapper - og overføre ændringer i borgerens skema om støttebehov og primære ydelser.
Hvordan øver vi os på FIT?	Alle øver selv på individuel basis for at blive fortrolig med FIT-outcomes. Alle forbereder sig, inden man går ind til en borger. Kontaktpersonmakkerpar/kolleger kan give hinanden sparring, når der er tid. Tjek de tilsendte hjemmesider ud med små videoklip (se materialet fra seminar). Øv jer ved at optage jer selv på jeres i-pad, og se det igennem :-) Og del det evt. til supervision.	Eget ansvar i opstartsfasen at få øvet – udover den øvelse, der ligger i at udfylde FIT systematisk hver 14. dag med borgeren. Eget ansvar at dele sparring med kollegaer i dagligdagen.
Hvor deler vi viden om ORS og SRS - og alle de spørgsmål, viibegyndelsen har til FIT?	Team-møderne skal bruges til dette.	S. er FIT-ressourceperson i Rødt team. L. er FIT-ressourceperson i Blåt team. De er inspiratorer og koordinatorer på FIT-pilotfasen i samarbejde med forstanderen.
Opsamling, undervisning samt konsultation.	Der planlægges en opsamlingsdag i november med eksterne FIT-specialister. Undervejs i pilotfasen kan ressourcepersonerne og forstanderen samle spørgsmål og sende dem til de eksterne FIT-eksperter pr. mail.	Kontaktpersoner videregiver dilemmaer og spørgsmål omkring FIT til S. og L., som sikrer, at disse deles på teammøder, og henter svar på spørgsmål via kontakten til de eksterne FIT-specialister i forhold til, hvordan processen kommer videre.

Opmærksomhedspunkter hos de fagprofessionelle i implementerings perioden:

- At ændre strategi – på et fagligt og personligt plan = udfordring.
- At blive konfronteret med fejl og mangler = faglig og personlig udfordring.
- At sælge projektet = faglig udfordring.
- At bryde gamle rutiner = udfordrende at skulle 'turde vove'.
- Den gode implementering – hvad er det, og hvordan ser den ud?
- Svært at begrænse alle spørgsmålene - og gøre det kort.
- Hvad er succeskriterierne i forhold til at implementere FIT?
- Hvor skal vi gøre data fra FIT-outcomes tilgængelige?

D) Implementering i botilbuddet: Skridt for skridt, del 2.

Opsamling fra 2. FIT-kursusdag for botilbuddet.

Målet med FIT i botilbuddet er at:

- udvikle dialogen og samarbejdet med beboerne, så de får mere indflydelse på, hvordan støtten i botilbuddet skal gives i forhold til indsatsmålene.
- synliggøre og dokumentere, om samarbejdet er virksomt for både borger og kontaktpersoner – eller om det skal justeres og i givet fald hvordan?
- øge borger-involveringen i evalueringen af botilbuddets arbejde.

PROCEDURER FOR FIT I BOTILBUDDET: NOVEMBER 2015 – MAJ 2016

OPGAVE/ SPØRGSMÅL	PLAN	TOVHOLDER / VEJLEDNING
Hvem udfylder FIT skemaerne med beboerne?	Begge kontaktpersoner kan udfylde FIT med den samme borger. Det betyder, at det ikke er nødvendigt, at det er den samme kontaktperson, der udfylder FIT hver gang. Det er vigtigere, at FIT udfyldes systematisk med borgeren af skiftende kontaktpersoner.	Alle kontaktpersoner udfylder FIT for de borgere, de er kontaktperson for. Kontaktmakkerpar afklarer, hvem der udfylder for hvem hvornår. For at alle kontaktpersoner kan udfylde for den samme borger, skal i på i-pad give hinanden adgang til alle beboere i jeres team.
Hvor ofte udfyldes FIT skemaerne?	Dette aftales individuelt med borgerne - men minimum 1 gang om måneden.	Kontaktmakkerpar afklarer med borger og hinanden, hvor ofte de udfylder FIT med borgeren.
Hvornår og hvordan udfyldes FIT?	ORS-skema og SRS-skema udfyldes ved samme samtale, som kontaktpersonen har med borgeren. Først udfyldes ORS-skema på i-pad, og kontaktpersonen noterer i udviklingsdokumentet om status i udviklingen og borgerens begrundelse herfor - og fokus fremadrettet. Dernæst udfyldes SRS-skema om samarbejdet - og begrundelser herfor og hvad der kan blive bedre. Herefter udføres dagens planlagte samtale/gøremål.	Kontaktpersonen er ansvarlig for at medbringe i-pad - have borgerens ORS-session klar. Kontaktpersonen sikrer notater i udviklingsdokumentet i forbindelse med udfyldelsen af ORS-skema og SRS-skema.
Hvad refererer vi til, når vi spørger til mål i SRS-skemaet?	Vi tager udgangspunkt i de overordnede mål/ indsatser for borgeren / og hele indsatsen i botilbuddet. Spørgsmålene må gerne være åbne.	Kontaktpersonen skal være opdateret med hensyn til borgerens indsatsmål og delmål.
Intern FIT-sparring. **FIT–konsultation.**	Intern kollegial FIT-supervision skal ligge fast i arbejdsplanen, så man husker det – og der er afsat tid i til, at man kan gå fra til det. Der planlægges FIT-konsultation med ekstern FIT–supervisor.	Dgl. leder sørger for at lægge FIT-sparring ind i arbejdsplanen. Forstanderen sørger for at planlægge FIT-konsultation med eksterne FIT-supervisor i første ½ del af 2016.
FIT på teammøder.	På teammøderne indtænkes FIT som en fast del af indsatsmålene og dokumentationen. Dvs., at man kigger på FIT-grafer og FIT-udviklingsdokumenter, når man drøfter indsatsmål med/for borgeren.	Dgl. leder er tovholder på, at FIT tænkes fast ind på teammøderne. Kontaktpersonerne sikrer udfyldelsen af FIT og adgang til data på i-pad.
FIT i elektronisk registrerings-redskab.	Alle lærer at scanne FIT-graf / eller tage et PrintScreen af graf til elektronisk registrerings-redskab. Udviklingsdokumentet scannes også ind i elektronisk registrerings-redskab. Eller indgår i borger mapper – så kontaktpersoner kan se, hvad der ligger bag tidligere scoringer og feedback.	Alle kontaktpersoner scanner FIT-grafer og udviklingsdokumenter ind i elektronisk registrerings-redskab.
FIT ift. til handleplaner.	FIT bruges som en del af evalueringen af handleplaner / personlige mål for borgerne. På sigt kan FIT-grafer og udviklingsdokumenter indtænkes i statusnotater til borgerens sagsbehandler i kommunen.	Alle kontaktpersoner.
FIT-introduktion til nye medarbejdere.	Introduktion til FIT – indtænkes i botilbuddets introprogram til nye fagprofessionelle.	Dgl. leder er ansvarlig for, at nye fagprofessionelle introduceres til FIT og får FIT-login.
FIT-mantra i botilbuddet.	ØVE – ØVE – ØVE FIT skal være en del af vores samarbejdskultur. Vi skal være tålmodige. Vi skal hjælpe hinanden med at fastholde struktur omkring FIT.	

Kilde: Gentofte Kommunes implementerings-model. Forkortet og tilrettet case. Kontakt forfatteren af denne artikel for kontakt-oplysninger til videnspersonerne i Gentofte.

FINN BLICKFELDT JULIUSSEN
FAGLIG KONSULENT I SOCIALSTYRELSEN

KILDER

KILDER TIL DET INDLEDENDE AFSNIT:

Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid. Volume 12 nr 4 2015. Side 322. Universitetsforlaget.
Nasjonal Helseplan for Norge 2007-2010.
Afsnittet 'Selvbestemmelse, samarbejde og recovery':
Davidson, Larry (2003): Living outside mental Illness: qualitative studies of recovery. Schizofrenia. New York University Press
Strauss, John (1989): Subjective experiences of Schizofrenia – Toward a new dynamic psychiatry'. Schizofrenia Bulletin, 15(2).
Topor, Alain, et.al (2011): Not just an individual journey – social aspects of recovery. International Journal of Social Psychiatry.
Topor, Alain (2011): Managing the contradictions – recovery from severe mental disorders, Ph.D. afhandling, StockholmsUniversitet.
Harrison, G et.al (2011): Recovery from psychotic illness: a 15 and 25-year follow up study'. British Journal of Psychiatry, 178.
Topor, Alain (2002): At komme sig. Et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse. Videnscenter for Socialpsykiatri.
Mary Leamy, et.al (2011): Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. British Journal of Psychiatry, 445-452.
Davidson, Larry m.fl (red) (2005): Recovery from severe Mental Illnesses. Research, Evidence and Implications for Practice. Volume 1. Centre for Psychiatric Rehabilitation, Boston University .
Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. Innovations and Research 1993; 2: s 17–24.
The British Journal of Psychiatry. 2011. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Mary Leamy, Victoria Bird, Clair Le Boutillier, Julie Williams, Mike Slade. 199 (6) 445-452; DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733 2011 http://bjp.rcpsych.org/content/199/6/445 .
Marit Borg, Bengt Karlsson og Anne Stenhammer. NAPHA. 2013Recovery-orienterede praksisser. En systematisk vidensopsamling. http://socialstyrelsen.dk/filer/handicap/psykiske-vanskeligheder/recoveryorienterede-praksisser-en-systematisk-vidensopsamling/napha_dk_v2_web.pdf
The British Journal of Psychiatry. 2011. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Mary Leamy, Victoria Bird, Clair Le Boutillier, Julie Williams, Mike Slade. 199 (6) 445-452; DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733 2011 http://bjp.rcpsych.org/content/199/6/445 .
Vidensnotatet Mennesker med psykiske vanskeligheder – sociale indsatser der virker. Socialstyrelsen 2013.

AFSNITTET 'RECOVERY-ORIENTERING AF DEN FAGPROFESSIONELLE INDSATS':

Hvidbog om rehabilitering. Marselisborgcenteret og Rehabiliteringsforum Danmark. 2004.
Cohen (2007) Aarhus kommunes masterplan for recovery-orientering.
Farkas. (2007) The vision of recovery today. World Psychiatry official journal of the world psychiatric association.
Borg. Karlsson. Stenhammer (2013) Recoveryorienterte praksisser. En systematisk kunnskapssammenstilling. NasjonaltKompetansesenter for Psykisk Helsearbeid.

AFSNITTET 'KONTROL OG SAMARBEJDE':

Evidence-based guidelines to reduce the need for restrictive practices in the disability sector. The AustralianPsychological Society. 2011.
Uhrskov (2012). En undersøgelse af Low Arousal metodens teoretiske grundlag og de mulige
implikationer for den professionelle praksis. Københavns Universitet.
Høgsbro m.fl (2012) Når grænserne udfordres. Aalborg Universitet.
Dansk Selskab for Psykosocial Rehabilitering. http://www.psykosocialrehabilitering.dk/empowerment.html .
KONCERN FÆLLES UNGE UDREDNING Redigeret af Center for Børn, Unge og Familier, Socialstyrelsen September 2015. www.helsingung.nu

AFSNITTET 'FIT KONKRET':

Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(4), 693-704.
Reese, R. J., Norsworthy, L. A., &Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46(4), 418-431.
Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. Journal of Brief Therapy, 5(1), 5-22.
Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., &Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47(4), 616-630.
Campbell, A., &Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. Clinical Psychologist, 13(1), 1-9.
Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., &Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. Journal of Brief Therapy, 2(2), 91-100.
Susanne Bargmann Manual 1: Hvadvirkeriterapi.
Psykometri. Anvendelse i klinisk praksis. Ambulatorium for belastnings og tilpasningsreaktioner OAC. P.C. Stolpegård 2012 Lars Sachse Mikkelsen og Maria Willer Meisner.

AFSNITTET 'VIDENSGRUNDLAGET UNDER FIT':

Scott D Miller fraICCE (International Center for Clinical Excellence) og Barry Duncan ved the Heart and Soul of Change Project – se hhv. http://scottdmiller.com og http://heartandsoulofchange.com.
Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(4), 693-704.
Reese, R. J., Norsworthy, L. A., &Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46(4), 418-431.
Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible. Journal of Brief Therapy, 5(1), 5-22.
Reese, R. J., Toland, M. D., Slone, N. C., &Norsworthy, L. A. (2010). Effect of client feedback on couple psychotherapy outcomes. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47(4), 616-630.
Campbell, A., &Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. Clinical Psychologist, 13(1), 1-9.
Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., &Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. Journal of Brief Therapy, 2(2), 91-100.
Susanne Bargmann Manual 1: Hvadvirkeriterapi.
Psykometri. Anvendelse i klinisk praksis. Ambulatorium for belastnings og tilpasningsreaktioner OAC. P.C. Stolpegård 2012 Lars Sachse Mikkelsen og Maria Willer Meisner.

AFSNITTET 'DANSK FORSKNING I FIT': SFI 2014.

STILL FRA DOKUMENTAREN 'MONALISA STORY'

Et spørgsmål om inddragelse

Oplever brugerne, at de inddrages i døgnbehandlingen - og tillægges deres oplevelser betydning?

AF CHARLOTTE VANGE LØVSTAD

Denne artikel er et resultat af et igangværende forskningsprojekt på VIA University College. Projektet er knyttet til professionshøjskolernes efter- og videreuddannelsesafdeling (EVU) på det sociale område. Det overordnede mål er at give brugerne en stemme, midt i et stort forandringsarbejde i eget liv, hvor det normative spørgsmål stilles, om de oplever at blive inddraget i døgnbehandlingen. Projektet fokuserer på, hvilken betydning brugernes oplevelser har, både menneskeligt og juridisk.

Projektets forløb

Undersøgelsen er gennemført i foråret/sommeren 2015 som kvalitative interviews på to forskellige behandlingsinstitutioner med to forskellige behandlingsideologier. Der er gennemført i alt 9 interview på de to forskellige behandlingsinstitutioner. Deltagerne har givet samtykke til, at deres oplevelser må bruges, men af hensyn til borgernes anonymitet vil hverken navne eller behandlingsinstitutionernes navne fremgå af nærværende artikel.

I første omgang var formålet med denne undersøgelse at forsøge sige noget om brugernes oplevelse af at blive inddraget i et døgnbehandlingsforløb, herunder i hvilket omfang disse oplevelser tillægges vægt i den skriftlige dokumentation, som formidles til den visiterende myndighed. Men undervejs i arbejdet er det blevet tydeligt, at hele spørgsmålet om brugerinddragelse væver sig sammen med 'den institutionelle identitet'. (2) Det er også blevet tydeligt, at det ikke er den specifikke behandlingsideologi, der er styrende for, om man påtager sig den institutionelle problemidentitet, men nærmere den mere generelle institutionelle kontekst og dermed også en samfundsmæssig og

historisk forståelse, som er indlejret i institutionen. I artiklen er det spørgsmålet om objekt/subjekt-forholdet, som bliver omdrejningspunktet. Samtidig viser det sig, at hele spørgsmålet om brugernes oplevelse af at blive inddraget er komplekst og sammensat og til tider svært at få greb om.

Jeg skylder de mennesker, som har stillet sig til rådighed for mine interview, en stor tak – uden dem ingen forskning. Det skal selvfølgeligt også nævnes, at de respektive behandlingsinstitutioner velvilligt har ladet mig komme på stederne og gennemføre mine interview og samtidig har delt deres overvejelser omkring behandlingsideologier og brugerinddragelse med mig. Det har været en stor hjælp.

I den aktuelle sammenhæng skal rusmiddelmisbrug forstås som en kompleks og sammensat størrelse, hvor den enkelte har sociale, fysiske og evt. psykiske problemer ud over rusmiddelforbruget. Projektet er som nævnt optaget af at give brugerne en stemme. Derfor inddrages behandlingsinstitutionernes perspektiver og begrundelser ikke. Det kan betyde, at læseren i nogle sammenhænge måske vil opleve, at deltagernes udsagn står afkoblet fra det samlede forløb – det er en præmis i artiklen. Projektets sigte er at give brugerne en stemme, og dermed er det ensidige fokus et bevidst valg fra min side.

Konkret har projektet været optaget af at undersøge, hvordan brugerne oplever at blive inddraget i behandlingsforløbet, og hvilken vægt oplevelserne tillægges, særligt i den skriftlige dokumentation. Projektets tese er, at det har en betydning, hvorvidt brugerne inddrages eller ej, særligt med henblik på overgange mellem forskellige systemer/indsatser, med henblik på ejerskab over eget behandlingsforløb - og på langt sigt også med henblik på, at manglende inddragelse kan skabe grobund for et muligt tilbagefald. Undersøgelsens resultater har overrasket, men også bekræftet de forudgående antagelser.

Helt overordnet peger undersøgelsen på et centralt paradoks: forholdet mellem at være et subjekt og samtidig påtage sig behandlingsideologiens forståelse af afhængighed og den rette behandling. På den ene side understreger deltagerne, at de i behandlingen for første gang i lang tid bliver mødt som mennesker, subjekter med de særlige vilkår, som gør sig gældende for netop dem. På den anden side kategoriseres de samtidigt som afhængige objekter, hvor rusmiddelforbruget og adfærden primært forklares med afhængigheden. De oplever at skulle påtage sig den problemidentitet og forståelse af afhængighed, der gør sig gældende i døgnbehandlingen. Denne objektgørelse spiller en central rolle i forhold til brugernes oplevelse af at blive inddraget i behandlingsforløbet.

Derudover peger de primære resultater i retning af:

Brugernes oplevelser inddrages i et begrænset omfang i den skriftlige dokumentation, men i højere grad som en løbende integreret del af den daglige praksis, fx i de daglige samtaler og opgaver under behandlingsforløbet. Et eksempel er en bruger, som ser en statusrapport 45 minutter før statusbesøget afholdes og får øje på, at den alene indeholder behandlingsinstitutionens vurdering af forløbet.

Brugerne oplever ikke, at et redskab som handleplanen er relevant, hverken i forbindelse med visitationen til døgnbehandling eller under behandlingsforløbet. En bruger udtaler konkret, at det virker, som om alle parter er enige om, at handleplanen skal udfærdiges som en del af visitationen til et behandlingsforløb. Men den inddrages kun i ringe omfang i selve behandlingsforløbet. Her udarbejdes oftest en behandlingsplan, som har fokus på det konkrete behandlingsforløb. Der er forskellige oplevelser af, i hvor høj grad brugerne inddrages i udarbejdelsen af denne behandlingsplan.

Hovedparten af brugerne giver udtryk for, at de ikke har overskud til at bekymre sig om, hvorvidt deres oplevelser inddrages i den institutionelle afrapportering – de har nok at gøre med at blive stoffri/ædru.

Det er ikke muligt at sige noget om risikoen for et tilbagefald. De to brugere, som har flere behandlingsforløb bag sig, peger på mange forskellige årsager til tilbagefaldet, og det er ikke muligt at trække paralleller ud over, at der er et sammensurium af forskellige årsager til og forklaringer på, at de tilvælger stoffer efter perioder med stoffrihed.

Brugerne siger samstemmende, at de ved indskrivningen i døgnbehandling oplever at blive mødt som mennesker - for første gang i lang tid. De taler om en oplevelse af at blive mødt med respekt, at få en menneskelig behandling, og at de oplever, at de er okay – noget hovedparten giver udtryk for, at de ikke har oplevet længe.

STILL FRA DOKUMENTAREN 'MONALISA STORY'

Artiklen er bygget op kronologisk, således den først ser nærmere på forløbet op til behandlingsstart og efterfølgende retter fokus på brugernes oplevelse af at blive inddraget i selve behandlingsforløbet. Artiklen afsluttes med nogle betragtninger om, hvad der kunne være relevant at undersøge yderligere.

Før afgang til døgnbehandlingen

Handleplanen er et centralt værktøj i forhold til at sikre brugerinddragelsen i egen sag. Det er her brugeren har mulighed for at italesætte sine perspektiver og behov i forhold til egen livssituation. Brugerinddragelsen skal også sikre, at brugerens ønsker rent faktisk indgår i beslutningsgrundlaget for afgørelsen. Samtidigt er der i Servicelovens § 101 nogle rettigheder i forbindelse med ret til behandling for et stofmisbrug, herunder valg af behandlingsinstitution (se faktaboks).

Undersøgelsen peger dog på flere udfordringer i brugerinddragelsen, både når det drejer sig om visitationsgrundlaget og valget af behandlingssted.

Hovedparten af brugerne taler på forskellig vis om standardhandleplaner: *'Jeg tror faktisk ikke, jeg nogensinde har været i en behandling, hvor man specifikt har gået ud fra handleplanen, med mindre der har været noget specifikt såsom mor-barn-hjem eller noget virkeligt noget, hvor de (kommunen red.) blev hængt op på det her, det skal man have været igennem.Vi arbejder ud fra det, som situationen må blive hen af vejen'.* Der er en aftale om, at: ja, vi laver en handleplan, ja, klienten underskriver den, og ja, behandlingsinstitutionen kvitterer for modtagelsen. Men den bruges ikke i selve behandlingsarbejdet. Brugeren fortsætter, at vedkommende ikke selv har oplevet, at den justeres løbende … *'vi har den bare, men vi bruger dem ikke'.*

Hovedparten af brugerne har ikke selv valgt, hvor de ville i døgnbehandling. Der er enten blevet peget på institutionen, eller de har fået valget mellem to forskellige institutioner. I et tilfælde er brugeren alene blevet visiteret til døgnbehandling grundet en dom, hvor Kriminalforsorgen insisterede på døgnbehandling, mens det kommunale misbrugscenter ikke var

indstillet på at sende pågældende i døgnbehandling. Dette begrundet i, at brugeren har mange afbrudte døgnbehandlingsforløb bag sig og dermed har vist, at vedkommende rent faktisk ikke profiterer af at komme i døgnbehandling. Dette på trods af, at brugeren rent faktisk har haft flere længerevarende stoffri perioder bag sig. Det kan indikere, at det frie valg tilsyneladende, i de her sammenhænge, er suspenderet, og det er problematisk, uanset om brugerne er glade for at være på døgnbehandlingsinstitutionen eller ej, særligt fordi Servicelovens § 101 indeholder en mulighed for at vælge frit. (8)

En anden udfordring i forhold til at blive inddraget i forløbet op til døgnbehandlingsforløbet er selve samarbejdet mellem misbrugsbehandler og bruger. En rapport fra Rådet for Socialt Udsatte (1) peger på, at mødet mellem den professionelle og brugeren er afgørende for, hvorvidt det efterfølgende bliver et godt forløb. Brugerne giver udtryk for, at forløbet op til døgnbehandlingen ofte er præget af tilfældigheder, hvorvidt det bliver et godt møde og et godt forløb. Brugerne begrunder det i, at der ofte sker skift i sagsbehandler/misbrugsbehandler, hvilket vanskeliggør et godt forløb. Samtidigt fortæller de også, at det gode møde og det gode forløb er personafhængigt. De mange skift og en oplevelse af tilfældigheder betyder, at brugerne efterlades med en oplevelse af at være ligegyldige i systemet. Det giver udfordringer i samarbejdet, og brugerne oplever ofte ikke en gensidighed eller en konstruktivitet i samarbejdet, men oplever ofte at være sat uden for inddragelse.

Det udtrykkes blandt andet i dette citat, hvor en af brugerne udtrykker systemets definitionsmagt i forhold til den enkelte misbrugers muligheder i behandlingssystemet: *'Det er jo dem, der bestemmer'*. Samme bruger udtrykker efterfølgende i forbindelse med spørgsmålet om inddragelse i den handleplan, som blev udarbejdet forud for døgnbehandlingsforløbet: *'Der blev ikke lavet en handleplan på mig … eller en revideret handleplan, det er en kopi af en gammel handleplan.'* Brugeren blev inddraget i udarbejdelse af den første handleplan, som blev kopieret, men som brugeren selv så præcist tilføjer, så har situationen jo ændret sig siden sidst.

En af brugerne udtrykker om samarbejdet med kommunens misbrugsbehandler i forhold til oplevelsen af at blive hørt i forløbet op til døgnbehandlingsforløbet: *'Det er sgu da ham, der skal være flov over ikke at kunne huske fra næse til mund'*, hvor brugeren taler om ved flere møder i træk at have fået stillet de samme spørgsmål, som omhandlede, hvorfor pågældende overhovedet skulle i misbrugsbehandling.

En enkelt bruger, som har været i døgnbehandling gentagne gange, fortæller, at han oplevede, at blive inddraget i starten (ved de første døgnbehandlingsforløb), men på et tidspunkt oplevede han, at det hørte op. Det er hans oplevelse, at misbrugsbehandlerne på et eller andet tidspunkt tænker: *'Nu har vi hørt nok på ham'*. Han fortæller, at han nogle gange har udtrykt ønske om, hvor han gerne vil hen i døgnbehandling, men at det er blevet fejet af bordet. Han giver dog samtidigt udtryk for, at han godt kan forstå misbrugsbehandlernes dilemmaer – han har ikke opnået varig stoffrihed, når han selv har fået lov at vælge. Derfor kan han godt forstå, at han visiteres til døgnbehandling på baggrund af misbrugsbehandlernes vurderinger af, hvad der var det rigtige for ham. Han giver også udtryk for, at han jo da har lært noget alle de steder, han har været indskrevet.

Objekt eller subjekt i behandlingen

En del af udfordringen ved den afrapportering, der sker under et behandlingsforløb, er, at der sker en standardisering af de menneskelige problematikker. Dokumentationen udspringer i højere grad af de generelle problemkategorier og professionelle løsningsmodeller og ikke af en individuel hensynstagen.(3) Den institutionelle logik '*forudsætter således, at klienten tilpasses institutionen; ingen velfærdsinstitution kan forholde sig til 'et helt menneske'. Individet og dets problemer må derfor først ændres til et format, som passer sammen med institutionens problemkategorier, regler og rutiner*'. (2) Med andre ord betyder problemidentiteten eller den institutionelle identitet, at velfærdsinstitutionerne retter fokus på en del af det hele menneske, i det her tilfælde afhængighedsproblematikken.

I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt man inddrages i den skriftlige dokumentation undervejs i behandlingsforløbet, oplever brugerne i meget begrænset omfang, at de ser den skriftlige dokumentation, der går ud af huset til den visiterende myndighed. Men brugerne oplever det ikke nødvendigvis som et problem. En bruger udtrykker det sådan: *'Jeg skulle fokusere på at blive ædru og clean'*, og derfor er der ikke det nødvendige overskud til at koncentrere sig om, hvad der skrives om den enkelte.

Samtidigt udtrykker brugerne dog også en vis ambivalens, særligt i forhold til de konkrete statusrapporter som omhandler status på behandlingsforløbet. På den ene side har de ikke overskuddet til at fokusere på, hvad der skrives, og på den anden side giver flere udtryk for, at når de så ser de konkrete statusrapporter, så oplever de, at der ensidigt fokuseres på afhængighedsbehandlingen. Ambivalensen træder tydeligt frem i det her citat: *' … min logik siger jo: Det dér er ikke okay. Men dem, der laver det dér, er jo de bedste sparringspartnere til min helbredelse, som jeg har mødt, og derfor så får de altså noget goodwill. Hvis jeg nu holder fast på, at jeg skal være med inde overalt, så vender de det om og vil sige ….At det handler om min afhængighed … men jeg har tillid til dem, der er her, og til min misbrugskonsulent. Jeg må prioritere … ligesom sindsrobønnen'*.

Citatet peger på en anden central problematik, nemlig dilemmaet mellem at være et subjekt, et individ med individuelle behov og ønsker, og så samtidigt blive objektgjort gennem behandlingsideologien på stedet. Her skinner Minnesota-tilgangen igennem. Brugeren taler om helbredelsen, at have tillid og at give slip og dermed også overgive sig og slippe kontrollen og dermed indlejre forståelsen af, at vedkommende er syg og skal arbejde med sin helbredelse.

En anden bruger siger: *'Jeg ser dem (statusrapporterne, red.) her, - men det er ikke afgørende, når vi (bruger og behandler, red.) har en aftale om, at handleplanen ikke er vigtig'*. Brugeren siger dog også, at sporadisk føler han sig inddraget, så længe han ikke er for kritisk og *'stiller sig på bagbenene'*. Der peges her i retning af, at inddragelsen tilsyneladende er personafhængig og til en vis grad styret af tilfældigheder både i forhold til, hvor ofte, hvordan og i hvilket omfang brugeren inddrages.

Denne objektgørelse, som brugerne giver udtryk for, at de oplever i samarbejdet med eksterne aktører (visiterende myndighed), opleves også som modsætningsfyldt i forhold til hverdagen. De oplever

altovervejende at blive mødt som mennesker med respekt og med en omsorg for den enkelte (subjektiveringen). Dette modsætningsfyldte forhold mellem objekt og subjekt er vanskeligt at gribe om og sætte ord på for den enkelte. Brugerne ved godt, at de *'har spillet fallit'* (som en bruger udtrykker det) og skal have hjælp, men samtidigt holder de fast i, at de er mennesker med deres egne særlige livssituationer. Denne kamp mellem at være det unikke individ og påtage sig en institutionel problemidentitet kendes også fra anden forskning omkring relationen mellem klient og velfærdsinstitution, hvor mennesket 'omdøbes til en sag'. (2)

Endelig handler objektgørelsen også om et fælles mål for brugeren og behandlingsinstitutionen: at sikre de bedste forudsætninger for et liv uden brug af rusmidler, når brugeren udskrives. Således kan objektgørelsen også blive et strategisk middel for begge parter i kampen om bevillingen. En bruger udtrykker det således: *'så længe jeg er her, kan jeg klare mig uden amfetamin'*. At tage problemidentitet og objektgørelse på sig er et middel til at forlænge bevillingen og dermed fortsat være indskrevet i døgnbehandlingen og for en stund at være på sikker grund i forhold til et liv uden brug af rusmidler. Med andre ord så accepterer brugeren etiketten 'afhængig' i forhold til visiterende myndighed, så længe det sikrer en forlængelse af opholdet i de sikre rammer, når det handler om at fastholde et liv uden brug af rusmidler.

Objektgørelsen viser sig også i oplevelsen af at være inddraget på en måde, som brugeren ikke nødvendigvis er sig bevidst. Man kan antyde, at inddragelsen her reflekterer den institutionelle og sociale kontekst, som brugeren indgår i – i stedet for at være en mere privat forståelse af sig selv. (1) Det kan lejlighedsvis identificeres i brugerens sprogbrug, hvor behandlingsideologiens termer anvendes, måske endda integreres i brugerens sprog. Der kunne argumenteres for, at der påbegyndes en identitetsforandring mod en rusmiddelfri identitet. Man kunne også argumentere for, at objektgørelsen indlejres i den enkelte, særligt når talen falder på spørgsmålet om inddragelse i forhold til behandlingsforløbet, hvor behandlingsideologiernes termer kommer i spil. En bruger taler konkret om, at det er vigtigt, at hun accepterer sin afhængighed, at hun skal bede om tilgivelse og være ærlig, at hun må vende sig mod de højere magter, at hun må tage en dag af gangen. Hun benytter her begreberne fra Minnesota-behandlingen som udtryk for, at hun inddrages og høres i behandlingsforløbet.

Et andet eksempel er, hvor en bruger kort tid inde i sit behandlingsforløb bliver sat på tænkepause og skal overveje, hvorvidt hun ønsker at indgå i behandlingen. Her fortæller brugeren, at hun stillede spørgsmålstegn ved programmet og havde overvejelser om, hvorvidt *'det kørte på den rigtige måde i forhold til mig'*, hvilket medførte, at hun blev betragtet som værende på vej i et tilbagefald og derfor blev sendt på en tænkepause på institutionen (det vil sige, at hun primært skal opholde sig på sit værelse, ikke indgå i behandlingsprogrammet og skal begrænse kontakten til de øvrige beboere, indtil hun har truffet en beslutning om, hvorvidt hun ønsker at indgå i behandlingsforløbet og arbejde med sin stoffrihed). Her har inddragelsen vanskelige kår, da der stilles spørgsmålstegn ved hele fundamentet i behandlingsinstitutionen. Hun fastholder sin ret til at være et subjekt og protesterer mod objektgørelsen. Det får konsekvenser i form af en vurdering fra behandlingsinstitutionens side, hvor man stiller spørgsmålstegn ved, om hun overhovedet ønsker at blive stoffri.

Både subjekter og objekter skal acceptere deres afhængighed

Uanset at jeg har undersøgt to forskellige døgnbehandlingsinstitutioner med to forskellige behandlingsideologier, så er den proces, brugeren går igennem, og de oplevelser brugerne giver udtryk for, sammenlignelige. Der er forskellige forståelser af afhængighed (sygdom/ikke sygdom), og der er forskellige tilgange til, hvordan man kan arbejde med at blive ædru og stoffri. Uanset behandlingsideologi er processen, at brugeren skal påtage sig problemidentiteten som afhængig og acceptere (måske endda integrere) den for at få den rette hjælp. Brugerne oplever, at deres adfærd hovedsageligt forklares med afhængighed, og personalet har definitionsmagten. *'I de tilfælde, hvor klientens selvbillede afviger fra personalets, betragtes personalets billede som det rigtige'*. (2) Det kan betyde, at personens subjektive opfattelse kan komme under pres og tillægges mindre værdi end institutionens opfattelse. Personen må underkaste sig institutionens

STILL FRA DOKUMENTAREN 'MONALISA STORY'

opfattelse for at kunne hjælpes (2), og som en af brugerne siger *'Jeg er på en genopdragelsesanstalt'*.

Samtidigt med, at denne objektgørelse udspiller sig, peger brugerne også på det at blive mødt som et subjekt som centralt i behandlingsforløbet. Cand. mag. Lis Møller, tidligere lektor i psykologi ved University College Nordjylland, og som bl.a. arbejder med anerkendelse og relationer i professionelt arbejde, peger på, at hvis relation skal være udviklingsstøttende, må den være præget af anerkendelse og ligeværdighed. *'Ligeværdigheden vedrører gyldigheden af menneskers oplevelsesverden, og udviklingsstøttende relationer bæres netop af ligeværdighed i den betydning, at begge parters oplevelser har lige stor gyldighed'*. (5) Det er denne anerkendelse og ligeværdighed, som brugerne også påpeger, når de udtrykker, at det er første gang i lang tid, at de oplever sig mødt som mennesker. At omsorgen og det at være en del af et fællesskab er afgørende. Det er også i denne medmenneskelighed, at de finder en form for tilgivelse for den manglende inddragelse fra tid til anden. Dette kombineret med, at de godt selv ved, at de *'har spillet fallit'*, som en bruger udtrykker det, gør, at de har tillid til, at de professionelle ved bedst.

Der er en række forskellige logikker i spil, som kan være vanskelige at skille fra hinanden. Logikkerne kan identificeres på forskellige niveauer og er også kulturelt og historisk betinget. Uanset at brugerne bliver forstyrret af den manglende inddragelse op til døgnbehandlingsforløbet, så er det tydeligt, at de har sværest ved at sætte ord på det paradoks, som de oplever i døgnbehandlingsforløbet: at være et subjekt, som skal påtage sig objektgørelsen for at få den rette hjælp. Samtidigt indikerer undersøgelsen, at netop når brugerne påtager sig problemidentiteten, og der sker en accept eller integration af behandlingsideologiens forståelse af, hvad afhængighed er, og hvilken behandling de har brug for, så gennemfører de også forandringer i deres livssituation og arbejder hen imod stabilitet i stoffriheden.

Uanset at undersøgelsen har undersøgt to forskellige behandlingsideologier, så er der en parallel forståelse af at være afhængig. At netop afhængigheden er noget, som rusmiddelbrugeren er nødt til at

CHARLOTTE VANGE LØVSTAD
SOCIALRÅDGIVER, CAND.SOC.
ADJUNKT, VIA UC, EVU

erkende og dermed også påtage sig, før det er muligt at opnå stoffrihed. Implicit betyder det også, at indtil brugeren har opnået denne erkendelse, så vil brugeren være utroværdig forstået på den måde, at brugeren foretager handlinger eller har holdninger, som for omverdenen fremstår destruktive i forhold til målet om stoffrihed, fordi de styres af afhængighed og stoftrang. Denne utroværdighed har indflydelse på omfanget af inddragelsen. Man kunne antyde, at brugerne betragtes som utroværdige, når de er aktive rusmiddelbrugere. En bruger sammenfatter det meget præcist i dette citat, hvor han taler om en episode med stoftrang under behandlingsforløbet, hvor en behandler konfronterer ham med, at han taler for meget om rusmidler '… *om jeg ikke har fattet en skid, om jeg vil på en ommer*'.

Ansvar og balance i livet

Brugernes svar rejser mange vigtige dilemmaer og spørgsmål om hele forholdet mellem den enkelte og velfærdssamfundets indretning. Samtlige brugere vender tilbage til spørgsmålet om det individuelle ansvar. En del af brugerne peger på, at netop fordi de er bevidste om deres individuelle ansvar for eget liv og tager det alvorligt (de forlader sig ikke på, at bare de påtager sig behandlingsideologiens forståelse af afhængighed, er den hellige grav velforvaret), så har de en overbevisning om, at de har større muligheder for at fastholde et liv uden brug af rusmidler.

Samtidigt peger en anden del af brugerne på, at noget af udfordringen ved velfærdssystemets indretning og det at indgå i en specifik behandlingskontekst også kan fratage den enkelte vedkommendes personlige ansvar. Det er 'for nemt' at få hjælp, og det har en indvirkning på ens fastholdelse af motivation for stoffrihed, når det er svært i behandlingen. Det kunne også give anledning til at undersøge hele spørgsmålet omkring motivation til at indgå i stoffri døgnbehandling.

Et andet interessant forskningsområde kunne være spørgsmålet om balance i livet, balance *'mellem leverpostej og adrenalin'*, som en af brugerne udtrykker det. Nogle af brugerne peger på, at det er mere end bare vanskeligt at leve det liv, som de higer efter, når de så har muligheden. Hvilke logikker er der på spil? Hvordan oplever den enkelte bruger forholdet mellem at være afhængig og rusmiddelfri? Og hvad skal der til, for at et liv uden stoffer rent faktisk også bliver en mulighed?

Endeligt er det også interessant, at flere af brugerne har vanskeligt ved at forstå rammerne og logikken i den læring, som ligger ud over det, der opfattes som selve behandlingen. Der protesteres mod at skulle gøre rent, lave mad, møde til op til bestemte tidspunkter – den del af behandlingen, som i højere grad retter sig mod den sociale adfærdstræning og det at indgå i et fællesskab. Omvendt set understreger brugerne også samstemmigt, at det er i fællesskabet, at de henter stor støtte og forståelse for den livssituation, de befinder sig i, og netop accepten fra fællesskabet spiller en stor rolle i både accepten af sig selv, men også i forhold til at forpligte sig på sit eget behandlingsforløb. ■

LITTERATUR

1. Rådet for Socialt Udsatte: Hvad vil de mig? Socialt udsattes borgeres erfaringer med førtidspensions- og kontanthjælpsreformerne. 2014.
2. Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer: At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde. 1. udgave, 3 oplag, Hans Reitzels Forlag. 2004.
3. Asmussen, Vibeke og Steffen Jöhncke: Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik. 1. udgave, 1. oplag, Aarhus Universitetsforlag. 2004.
4. Pedersen, Esben Houborg ogChristofferTigersted (red.): Regulating drugs – between users, the police and social workers. NAD PUBLICATION No. 43. 2003.
5. Møller, Lis:'Udviklingsstøttende relationer' i Lihme, B. (red): Invitation til socialpsykiatri. Akademisk Forlag. 2012.
6. Pedersen, Mads Uffe: Dokumentation, kvalitets- og effektstyring af socialt arbejde med socialt udsatte. Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet. 2010.
7. Kolind, Torsten: Hvad lægger brugerne vægt på? Center for Rusmiddelforskning. 2005.
8. https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=175036

FAKTA

BORGERINDDRAGELSE:
Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område § 4: Borgeren skal have mulighed for at medvirke ved behandlingen af sin sag. Kommunalbestyrelsen tilrettelægger behandlingen af sagerne på en sådan måde, at borgeren kan udnytte denne mulighed.

HANDLEPLAN:
Lov om Social Service § 141, som angiver, at den kommunale forvaltning er forpligtet til at tilbyde udarbejdelsen af en handleplan, som angiver formålet, indsatsen, varighed og andre særlige forhold. Endvidere siger *Stk. 4.*: Handleplanen bør udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.
Stk. 5. Når en handleplan indebærer, at en person visiteres til et socialt døgntilbud efter §§ 107-110 eller til et behandlingstilbud for stofmisbrugere efter § 101, skal relevante dele af handleplanen udleveres til tilbuddet. Dette for at sikre, at borgeren inddrages, og at der sker en koordineret indsats mellem visiterende myndighed og tilbuddet, som er ansvarlige for indsatsen.

KONFERENCE-NYT

STOFMISBRUG 2016 – BEHANDLING VED EN SKILLEVEJ

Opsamling fra KABS-konferencen 8. og 9. marts 2016 i Vejle.

AF MARIANNE BÆKBØL

'Vi skal gå investeringsvejen, påvise, at det kan betale sig at investere i socialt arbejde, for det kan det', sagde Majbritt Berlau, da hun sluttede årets KABS-konference af den 9. marts. 'Ved at dokumentere, hvor og hvordan det kan betale sig at investere, kan det åbne dørene til økonomidrengene, og det er nødvendigt at erkende, at vi må tale deres sprog for at komme igennem.' Socialrådgivernes formand var et af de handlingsanvisende indslag på konferencen, der også var præget af alvorstunge analyser. I det følgende får du et indblik i et par af indlæggene på konferencen.

Recovery fjerner sig fra skadesreduktion

Psykolog og institutionschef i Oslo, Liese Reecke, lagde op til en problematisering af, hvad der sker, når Recovery bliver til idelogisk styring. I et historisk rids fortalte Liese Reecke, hvordan Recovery-bevægelsen i Danmark, efter inspiration fra blandt andet USA, i starten af 1960'erne udgjorde et oprør. 'Galebevægelsen' ville ikke acceptere psykiatriens begreber og dens forestillinger om psykiske lidelser som kroniske tilstande. Samfundet skulle desuden gøre plads til de gale. Det var ikke de gale, der enten skulle tilpasse sig samfundet eller spærres inde. Bevægelsen stillede også krav om højere grad af selvforvaltning af medicin og selvvalgt brug af ydelser.

50 år senere er Recovery-tankegangen ændret radikalt. Den tidligere oprørsbevægelse har udviklet sig i takt med tidsånden, og det handler nu i stedet om komplians og samarbejde. Udviklingen bevæger samtidig Recovery-orienteringen væk fra skadesreduktion, ligesom den nu udleves som organisatoriske strategier, hvor rammebetingelser og magtforhold, jævnfør Liese Reecke, ofte underkommunikeres.

Nyt mantra: Afholdenhed er den bedste skadesreduktion

Recke var samtidig bekymret for, at den seneste forandring af Recovery-begrebet i USA og England skal komme til Danmark. I England har man introduceret strategien 'Putting Full Recovery First'. Altså, at målet for Recovery er, at alle skal trappes ud og blive 'chemicalfree', det gælder også metadon. Ordet skadesreduktion er fjernet fra alle officielle tekster om misbrugsbehandling, for: 'Den bedste skadesreduktion er afholdenhed'. Som afskedsreplik afleverede Liese Reecke disse anbefalinger til imødegåelse af,at det samme skal ske i Danmark:

- Bæredygtige definitioner på Recovery i stofbehandling bør findes og formidles sammen med forskellige brugerrepræsentanter.
- Hvilke rammer, der bedst kan understøtte Recovery, bør overvejes.
- Hvilke kompetencer, som medarbejdere og brugere har brug for, og hvordan de får dem, bør overvejes.
- Rammer og begrænsninger, som mandater, lovgivning og økonomi sætter for den enkelte, bør formidles tydeligt.
- De skader, som stofbrugere kan pådrage sig i Recovery-baseret behandling, bør identificeres og reduceres.
- Overveje og udnytte, hvordan man kan støtte selvhjælp.

Forandret menneskesyn kræver en særlig bevidsthed i socialt arbejde

'Vi er alle en del af dette samfund og bliver påvirket af dets menneskesyn, og vi bliver påvirket af det i vores virke inden for socialt arbejde. For eksempel har den store forandring i kravet til selvansvar hos borgeren haft væsentlig indflydelse. Det skal vi være bevidste om', var lektor i sociologi på Aalborg Universitet, Marianne Skyttes indgangsreplik.

Hvor staten før var nødt til at gøre en indsats for at garantere arbejdsstyrkens vedligeholdelse, er en masse opgaver nu outsourcet til lande med billig arbejdskraft. Staten har ikke længere behov for de fattige som arbejdskraftreserve, og interessen for dem er derfor dalende. Hvor man før så mennesket som et homo socius, der ser sig selv som en del af samfundet og har glæde af samfundet, er dette billede ændret i takt med konkurrencestatens overtag efter velfærdsstaten.

Præstationsindividet i konkurrencestaten

Mennesket ses nu som økonomisk drevet, nyttemaksimerende, kalkulerende og egoistisk. Alle er alene bundet til egne interesser. Dette giver mistænksomhed mod dem, der nyder godt af velfærdsstaten. Man er bekymret for, at der udvikler sig en krævementalitet, hvis det er for let at få hjælp. Pligt går nu klart forud for ret til sociale ydelser. Denne liberale tankegang er med i udviklingen af vores socialpolitik og i udtænkningen af, hvordan man skal undgå, at de dovne får adgang til offentlige kasser. De, der ikke kan klare sig selv, skal gøre sig fortjent til hjælp fra os, der i modsætning til dem har styr på livet. Før tænkte vi, at vi alle kan risikere at få hjælp behov, men i dag tænker vi i stedet i 'os, der altid har stået tidligt op' og 'de dovne, der altid har ligget på den lade side'. Vi skal passe på, at de ikke bare får uhindret adgang til vores andres penge. Konkurrencestatens præstationsindivid vil tage ansvar for egen situation. Alle er i stand til at overskue deres muligheder og kan derfor også tage ansvar for sig selv. På samme måde er individet bevidst om de omkostninger, der er ved forskellige valgmuligheder, og derfor også villig til at betale prisen, hvis man skulle komme til at vælge forkert.

Slut med stolthed over at holde hånden under alle

Marianne Skytte opsummerede, at hvor vi tidligere som nation var stolte af, at vi kunne forsørge fattige på et nogenlunde niveau, er det noget andet i dag. For både rød og blå blok er det i stedet blevet til et grundlæggende problem for samfundet, at vi har borgere på overførselsindkomster, der kan leve nogenlunde o.k. uden at kunne bidrage i samme grad som os andre. I stedet for at skabe retfærdighed skal der nu skæres på ydelserne til fattige. Skytte beskrev, hvordan tidens ideal med at understøtte markedskræfterne vil medføre mere kynisme frem for mindre i de kommende år – og denne bølge, hvor socialt arbejde ses som en investering og ikke som omsorg, er langt fra slut.

Velkommen til diagnosekulturen

Der gik en direkte linje fra skitseringen af konkurrencestaten til en af dens udtryksformer – diagnosekulturen. Anders Petersen, lektor i sociologi på Aalborg Universitet, indledte sit oplæg ved at belyse udviklingen med at sætte konkrete tal på omfanget af psykiatrisk diagnostik. I den første psykiatriske diagnosemanual, DSM-I, der udkom i 1952, var der på cirka 100 sider beskrevet cirka 100 lidelser. I den seneste udgave fra 2013 bruges der omkring 1.000 sider på at beskrive hele 400 lidelser. Blandt de nytilkomne finder man lidelser som præmenstruel forstyrrelse, hamstringsforstyrrelse og nikotinafhængighed. Til gengæld er andre lidelser forsvundet som selvstændige diagnoser, for eksempel Aspergers Syndrom. Dette sagt for at understrege, at en diagnose er en social konstruktion, ikke en sandhed hugget i sten.

KABS

DU FINDER KONFERENCEPROGRAM OG ALLE PRÆSENTATIONER FRA 2016 HER:
http://www.kabs.dk/kabs-viden/oplaeg-praesentationer/
Den 14. og 15. marts 2017 afholder KABS sin årlige konference om stofmisbrug.

Har du x antal symptomer i en vis periode, lider du af y

Diagnosekulturen tog for alvor fart fra 1980, hvor man fjernede al psykodynamisk tænkning fra DSM-manualen. Herefter har man isoleret taget udgangspunkt i symptomer. Kulturen udtrykker i følge Anders Petersen en bio-medicinsk designet ordenslogik, der afspejles i diagnosernes filosofi. En filosofi, der alene spørger om, hvad det er for elementer, diagnosen indeholder. Dette afspejles i den dominerende tjeklistediagnosticering: 'Har du x antal symptomer i en given periode, lider du af y'.

Og diagnosekulturen passer til konkurrencekulturen. Præstationsindividet skal være fleksibelt og omstillingsparat, hele tiden være på farten til nye udfordringer. En sådan vedvarende selvrealisering stemmer dog ikke overens med for eksempel længerevarende psykiske lidelser. Hvis mennesket har et symptom, må det derfor have en diagnose – og behandling.

Diagnoser individualiserer lidelser

En konsekvens af diagnosekulturens ensidige og strenge fokus på diagnoser er, at den medfører en hyper-individualisering af psykiske lidelser. De bliver til fejl i enkeltindividers hjerne og tænkning. Diagnosen dækker over en personlig uformåen – en fejl. På denne måde transformeres fattigdom og sociale problemer til sundhedsproblemer og dermed også til individuelle problemer. Det diagnostiske sprogbrug drejer fokus væk fra samfundsmæssige betingelser, og man risikerer helt at negligere den sociale kontekst. Og altså også, at nogle lidelser eller forstyrrelser egentlig kan være helt normale reaktioner på syge omgivelser.

Diagnosebillettens bagside

En diagnose kan være til gavn, fordi den ofte er billetten til at indløse en lang række ydelser, tilbud og foranstaltninger. På den anden side er de negative konsekvenser til at få øje på, fordi individualiseringen af psykiatriske problemer blandt andet indebærer øget marginalisering. En diagnose er også et stigma, der kan afskære vejen til både uddannelser og jobs. En diagnose har det med at klæbe fast og får dermed en effekt, der rækker langt ud over lidelsen, ligesom den individualiserede diagnose risikerer at forstærke selvansvarliggørelsen for egen situation.

Også opmuntrende behandlingsnyheder

Rækken af lettere forstemmende oplæg blev udfordret af mere optimistiske og positive vinkler, både i fællessalen og under diverse parallelsessioner. Der var indslag om pårørende, der rådgiver hinanden på Facebook og i lokale selvbestaltede grupper rundt omkring i landet. Der var behandlere, som fortalte om vellykkede behandlingsindsatser i forhold til for eksempel unge, familier og gravide. De samfundsøkonomiske konsekvenser af heroinbehandlingen i form af bl.a. bedre overlevelse, bedre livskvalitet og mindre kriminalitet blev analyseret, og de nye 'Nationale retningslinjer for social behandling af stofmisbrug' blev budt velkommen og diskuteret i forhold til brugerperspektiv, kvalitet, evidens, sundhedsområdet, økonomi m.m.

Neurolog David Erritzøe opdaterede konferencedeltagerne om nye engelske forsøg med brug af psykedeliske stoffer i depressions-, angst- og afhængighedsbehandling - med opmuntrende resultater: Efter én behandling mod depression i form af psykoterapi under påvirkning af psilocybin stod den efter en uge nærmest på nul på symptomskalaen, og efter tre måneder var der stadig opnået en halvering af de oprindelige symptomer. Med hjernescanninger har man iagttaget, hvordan det psykedeliske stof forbinder områder i hjernen, der ellers ikke kommunikerer. Kort sagt fremmer psykedelika kommunikationen 'på tværs' i hjernen. Selv et år efter behandling er der mærkbare positive resultater. Den hidtidige forskning

MARIANNE BÆKBØL
JOURNALIST

på dette område bygger på få deltagere, da det er kostbart, tidskrævende ift. tilladelser og selve udførelsen og etisk udfordrende, men Erritzøe forudser, at forskningen nu vil gå hurtigere frem og udforske flere anvendelsesmuligheder. I undersøgelser af langtidseffekter af behandling af nikotinafhængighed var for eksempel 80 procent stadig nikotinfri et år efter behandling med psilocybin, ligesom flere andre lidelser stadig var dæmpet i væsentligt omfang.

Kampen mod narko er tabt

I smuk samklang med de nye forsøg med psilocybin blev det udråbt fra talerstolen, at 'kampen mod narko er tabt: Den har ikke fået mennesker til at stoppe med at bruge stoffer, og den er ikke på noget tidspunkt lykkedes med at mindske mængden af illegale rusmidler. Nogen steder'. Det var konklusionen fra den engelske journalist Johan Harri, efter at han igennem tre år havde studeret krigen mod narko. Dels ved at fordybe sig i litteratur og dels ved at besøge en række forskellige lande. Fra det barskt afstraffende Arizona til Portugal, hvor stofbrugere er blevet afkriminaliseret, og statens udgifter er flyttet fra bekæmpelse til behandling.

Det er ikke stofferne, der skaber afhængighed

Den portugisiske indsats er ændret i en erkendelse af, at det ikke er stoffer, der gør afhængig, men ensomhed, udsathed og marginalisering. For eksempel får masser af mennesker i forbindelse med sygdom og smerter mængder af morfin uden at udvikle afhængighed. Både erfaring og forskning påviser, at det er menneskers trang til trøst mod ensomhed, dårlig selvfølelse og isolation, der gør dem afhængige af et stof, ikke stoffet i sig selv.

I Arizona bliver stofbrugere sat i fængsel i teltlejre i ørkenen. Iført T-shirts med 'sober and clean'-print på maven, lænket til hinanden, når de skal bevæge sig fra et sted til et andet. Stofindtag, herunder cigaretrygning, straffes med isolation i fjerntliggende bure. Tilbagefaldsprocenten til stofbrug efter løsladelse nærmer sig 99. I Portugal ønsker man, at stofbrugerne er en del af samfundet. Man fokuserer på uddannelses- og jobstøtte. Man gør sig umage for aktivt at vise stofbrugerne, at de er ønskede medborgere. At de hører til. Her kan man konstatere, at rusmiddelbruget er faldet, omfanget af skader er reduceret ligesom kriminaliteten. Hvad venter verden på? Der var ingen tvivl om, at Johan Harri advokerede stærkt for, at alle skal lade sig inspirere af lande som Portugal, Canada, Schweiz og deres ligesindede rundt omkring i verden.

Tilbage til investeringstanken

Konferencen bød også på en introduktion til Scandia-modellen – et regneværktøj, der kan beregne det økonomiske potentiale for den offentlige sektor ved sociale indsatser. Altså et værktøj, der for alvor kan gøre op med myten om, at forebyggelse ikke betaler sig. Og det var blandt andet dét værktøj, Majbritt Berlau var inspireret af, da hun rundede konferencen af. Hun tog loyalt udgangspunkt i konferencens tema: 'Behandling ved en skillevej' - ved at udråbe 'Afviklingsvejen' som død og uønsket - brolagt med kontanthjælpsloft, 225-timers-regel, integrationsydelse og lignende barberingstiltag. Det, hun vil have, er udvikling frem for afvikling. Det offentlige skal i stedet gå ad: 'Investeringsvejen'. Det skal helst hurtigt blive det nye sort at investere i socialt arbejde. For de fattiges skyld, men mest af alt, fordi det beviseligt kan betale sig, og man kan beregne sig frem til, hvor man skal sætte ind. Afviklingsvejen er nemlig dyr, selvom den umiddelbart sparer nogle penge her og der, fordi den på sigt reelt skaber mere fattigdom og dermed også flere sociale og sundhedsmæssige problemer. Investeringsvejen er udviklingsvejen, for offensive investeringer betaler sig, og ad den vej løser man sociale problemer frem for at skabe dem, påpegede socialrådgiverformanden overbevisende.

Således opildnet til kamp blev årets KABS-konference rundet af i løftet stemning. ■

popNAD
nordan
en populärvetenskaplig webbplats för forskning inom alkohol- och drogområdet

SÆT X I KALENDEREN

I den sidste uge af september 2016 arrangerer Julius von Wright fra popNAD i samarbejde med Eric Allouche et halvdagsseminar i København.

Program, tid & sted oplyses på www.popNAD.com

Politiets håndhævelse af narkotikalovgivningen

Hvem bliver mistænkeliggjort for besiddelse af euforiserende illegale stoffer?
Hvem bliver sigtet?
Hvem bliver straffet?

AF TOBIAS KAMMERSGAARD & ESBEN HOUBORG

Som man tidligere har kunnet læse i STOF og andre steder, arbejdes der mod en afkriminalisering eller legalisering af cannabis flere steder i verden, måske mest fremtrædende i de amerikanske stater Colorado og Washington, men også steder som eksempelvis Uruguay.

I Danmark er man gået i den modsatte retning. I 2004 vedtog den daværende regering en nul-tolerance politik i forhold til besiddelsen af narkotika. Dermed blev der gjort op med 35 års afkriminalisering af besiddelse af stoffer til eget forbrug. Desuden blev straffene for besiddelse af stoffer til eget forbrug senere firedoblet i 2007.

Fra kriminalisering, til afkriminalisering, til kriminalisering igen

I 1955 blev besiddelsen af euforiserende stoffer for første gang kriminaliseret i Danmark, da indførelsen af 'Lov om euforiserende stoffer' blev vedtaget med en strafferamme på 2 års fængsel. I 1969 blev strafferammen for organiseret handel med narkotika hævet til 6 års fængsel. Man ønskede dog ikke, at stramnin-

gerne skulle påvirke brugerne, og derfor rundsendte rigsadvokaten et cirkulære, som instruerede politi og anklagemyndighed om, at besiddelse af euforiserende stoffer som hovedregel skulle afføde en advarsel (Cirkulære nr. 144 af 15. juli 1969). Dermed indførtes der en *de facto* afkriminalisering af besiddelse af stoffer til eget forbrug (Jepsen 2008, 159). I 2004 blev der af regeringen gjort op med denne praksis, og politiet blev nu instrueret om at håndhæve narkotikalovgivningen stramt og konsekvent og til at bruge bødestraf som standardpraksis. Lovgivningen i forhold til besiddelse af euforiserende stoffer har ikke ændret sig siden 1955, men håndhævelsen af lovgivningen ændrede sig markant efter 2004.

Hvem bliver straffet?

Med henblik på at undersøge konsekvenserne af narkotikalovgivningen med hensyn til, hvem der straffes for besiddelse af illegale stoffer til eget forbrug, samt hvordan politiet har implementeret lovgivningen, igangsatte Center for Rusmiddelforskning i 2010 et forskningsprojekt om problemstillingen.

På baggrund af tal fra Danmarks Statistik kan det konkluderes, at den ændrede håndhævelse har haft betydning for politiets praksis. Omkring en tredjedel af alle sager vedrørende besiddelse af euforiserende stoffer til eget brug blev inden 2004 afgjort med en advarsel. Efter 2004 er det kun 1-2 % af sagerne, der er blevet afgjort med advarsel. I det følgende vil vi dykke ned i, hvem der bliver straffet for at overtræde narkotikalovgivningen, og i den forbindelse hvordan politiet afgør, hvem der mistænkes og sigtes for at være i besiddelse af euforiserende stoffer.

Vi har også haft mulighed for at se på, hvilke baggrundskarakteristika de personer, der sigtes for overtrædelse af narkotikalovgivningen, har. Resultaterne viste, at det var bestemte segmenter af befolkningen, der blev sigtet: 91% var mænd, den gennemsnitlige alder på den sigtede var 29 år (befolkningsgennemsnittet er 47 år), 43% var beskæftigede (i forhold til 76% af den generelle befolkning), 25 % fik kontanthjælp (mod 3% i befolkningen), 54% procent havde fået en dom indenfor de seneste 5 år (mod 3% i befolkningen), og 31% var blevet dømt for besiddelse af euforiserende stoffer inden for de seneste 5 år (mod 1% i befolkningen) (Houborg & Pedersen, 2013). Det var

altså typisk unge, arbejdsløse mænd på kontanthjælp med tidligere kriminalitet på straffeattesten, som blev dømt for besiddelse af euforiserende stoffer.

Spørgsmålet i forlængelse heraf er, om grunden til, at det var unge, arbejdsløse mænd, der hovedsageligt blev straffet for at overtræde narkotikalovgivningen, skyldes, at de bruger illegale euforiserende stoffer i langt større omfang end resten af befolkningen? Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at 44,2 % af alle danskere mellem 16 og 44 år har eksperimenteret med cannabis mindst én gang. Med hensyn til andre illegale stoffer drejer det sig om 13,6 % af befolkningsgruppen. Inden for det seneste år har 12,2 % af de 16 – 44-årige brugt cannabis og 2,6 % har brugt andre stoffer (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Det er altså et relativt udbredt fænomen at bruge euforiserende stoffer. En spørgeskemaundersøgelse foretaget ved Center for Rusmiddelforskning har dog vist, at mens en større andel af befolkningen med en lang uddannelse og høj socioøkonomisk status har prøvet cannabis, er det typisk personer med en kortere uddannelse og lavere socioøkonomisk status, der har brugt cannabis inden for den seneste måned (Houborg & Pedersen). Det kunne altså tyde på, at det også er en bestemt gruppe af befolkningen, der bruger euforiserende stoffer jævnligt, hvilket selvfølgeligt også øger risikoen for at blive sigtet for dette af politiet. Spørgsmålet er dog, om dette alene kan forklare den skævhed, der er med hensyn til, hvem der sigtes, eller om det også skyldes, at politiet mistænker bestemte personer og typer for at besidde euforiserende stoffer?

For at undersøge dette, og hvordan politiet har implementeret nul-tolerance politikken i det hele taget, undersøgte vi håndhævelsen af narkotikalovgivningen i fire forskellige politikredse. I analysen af politikredsene blev der både inddraget interne strategiske dokumenter, fokusgruppeinterviews med politibetjente, interviews med ledelsen samt analyse af over 300 tilfældigt udvalgte politirapporter angående besiddelse af euforiserende stoffer.

Hvem bliver mistænkeliggjort?

Narkotikakontrol fyldte ikke meget i den overordnede strategi for de enkelte politikredse i 2010 og 2011, da disse blev undersøgt. Kun med hensyn til målet om at bekæmpe *'den utryghedsskabende, borgerrettede kriminalitet'* nævnes kontrollen med euforiserende stoffer specifikt med formål om *'at sikre et trygt natteliv'*. Narkotikakontrollen var dermed en del af en større strategi, der gik på at opretholde orden og sikre trygheden i nattelivet. På trods af, at kontrollen med narkotika kun var et delmål i alle de undersøgte politikredse, havde alle kredsene særlige enheder, hvis formål var at håndhæve narkotikalovgivningen ('uropatruljer' eller 'specialpatruljer'). Narkotikakontrollen kan derfor siges at være et område, der var dybt integreret i den organisatoriske struktur i de undersøgte politikredse.

I forhold til, hvordan narkotikalovgivningen håndhæves 'på gaden' af de enkelte betjente, har politiet to typer magt. For det første kan man tale om politiets magt til indledningsvis at definere, hvad der er mistænkeligt. Dette er af Koch (1978) og Holmberg (2000) blevet kaldt for politiets 'definitionsmagt'. Dernæst, kan man tale om politiets magt til at vurdere, hvornår og om der skal sigtes for en lovovertrædelse. Dette er politiets såkaldte 'procesmagt'. For at undersøge, hvordan narkotikalovgivningen konkret bliver håndhævet, undersøgte vi 317 politirapporter og noterede både årsagen til, at politibetjentene indledningsvis blev mistænksomme og tog kontakt til borgeren, altså, hvordan de udøvede deres 'definitionsmagt', samt begrundelsen for, at de sigtede vedkommende, det vil sige deres udøvelse af 'procesmagten'.

Tabel 1: Anledning til kontakt

Ingen mistanke om overtrædelse af lov om euf	26,9% (85)
Informationer fra tredjepart	33,4% (106)
At være mistænkelige steder eller selskaber	7.9% (25)
Kendt af politiet	6,4% (20)
Adfærd der indikerer stofbrug	11.3% (36)
Anden 'mistænkelig' adfærd (fx nervøsitet)	3.4% (11)
Missing: mistanke ikke angivet i politirapport	10.8% (34)
Total	**100% (317)**

Det fremgik af politirapporterne, at i over en fjerdedel af sagerne om overtrædelse af narkotikalovgivningen, var årsagen til kontakten mellem politibetjent og borger *ikke* en konkret mistanke om besiddelse af euforiserende stoffer. Disse sager inkluderede eksempelvis situationer, hvor politiet havde foretaget en rutinemæssig trafikkontrol og *efter* mødet med borgeren havde fået mistanke om en overtrædelse af narkotikalovgivningen. Rapporterne kan også inkludere sager, hvor politiet havde mistanke om anden kriminalitet og efter den første kontakt fattede mistanke om besiddelse af euforiserende stoffer. Derudover var en stor del af sagerne (33,4%) omkring lov om euforiserende stoffer startet på baggrund af informationer fra tredjeparter. Dette kunne inkludere naboer, der blev chikaneret af påstået handel med narkotika, eller det kunne dreje sig om dørmænd, der havde pågrebet gæster i nattelivet i besiddelse af ulovlige euforiserende stoffer. Slutteligt var det kun en mindre andel af sagerne, som startede på politiets eget initiativ med den begrundelse, at de observerede noget, der enten

kunne opfattes som 'generel' mistænkelig adfærd eller som adfærd, der specifikt indikerede brug af ulovlige euforiserende stoffer. Dette kunne enten være, fordi politiet kender den mistænkte fra tidligere episoder (6,4%), at de fandt det mistænkeligt, at personen opholdt sig et bestemt sted på et bestemt tidspunkt (fx en gruppe unge mennesker, der opholder sig i en opgang, 7,9%), at den mistænktes adfærd indikerede påvirkning af stoffer (11,3%), eller at vedkommende virkede nervøs i politiets selskab (3,4%).

Det fremgik ikke en eneste gang af politirapporterne, at årsagen til, at politiet indledningsvis blev opmærksomme på en borger, var vedkommendes udseende. Blandt andet for at komme nærmere spørgsmålet om, hvorvidt det er bestemte typer og segmenter af befolkningen, der bliver mistænkeliggjort for besiddelse af euforiserende stoffer, blev der derfor også foretaget interviews med politibetjente. Disse fokusgruppeinterviews peger på, at en borgers udseende kan spille en vigtig rolle for, hvorvidt vedkommende påkalder sig politiets opmærksomhed. På baggrund af interviewene synes politiet at operere med to kategorier af 'narkotikakriminelle'. Den første kategori indbefatter unge, mere eller mindre marginaliserede mænd, som politiet ofte oplevede var i besiddelse af især cannabis. Den anden type var personer, som udviste tegn på at være banderelaterede. I dette interviewuddrag bliver begge typer nævnt:
Politibetjent 1*: 'Jeg ser især efter unge mænd, usoignerede, usunde, tynde og spinkle unge mennesker'.*
Interviewer: 'Er det tegn på, at de er påvirket af stoffer?'.
Politibetjent 1*: 'Nej, det ved jeg ikke noget om. Det er et tegn på en dårlig livskvalitet. Det er sådan, jeg ser det'.*
Politibetjent 2: *'Det kan også være det fuldstændigt modsatte. Store muskuløse typer' […]*
Politibetjent 3: *'Men det er også dem med [en bestemt] form for trøje'.*
Politibetjent 2: *'Guld kæder'.*
Politibetjent 3: *'Guld kæder'.*
Politibetjent 2: *'Tatoveringer'.*
Politibetjent 3*: 'At have hue på, selvom de sidder indenfor, og det er 20 grader'.*
(Politibetjente 2011, Politikreds 1)

Så på trods af, at denne slags forestillinger om den typiske stofbruger ikke fremgår af politirapporterne, betyder det næppe, at politiet ikke i højere grad mistænker bestemte typer og segmenter af befolkningen for at være i besiddelse af illegale euforiserende stoffer. Ofte blev personens fremtoning dog kædet sammen med dennes adfærd. Således forklarede politibetjente i forbindelse med patruljeringen af nattelivet, at de mistænkte en stor del af gæsterne for at være påvirkede, men at det var nogle bestemte typer af gæsterne, som de kom i kontakt med:

'Når vi går igennem et diskotek, der er nok en 300-400 personer på sådan et diskotek, så spotter du hurtigt dem, som er mest iøjnefaldende, og dem, som ter sig dumt, ikke? Og du kan sige, at hvis du fik chancen til at inspicere en anden person og gjorde det ligeså grundigt, så ville du måske også se, at han også var påvirket'. (Politibetjent 2011, politikreds 2)

Det var altså ikke kun udseendet alene, der var afgørende, men også hvorvidt de iøjnefaldende typer opførte sig 'dumt' eller 'uheldigt'. Dette hænger givetvis også sammen med den overordnede målsætning om at 'sikre et trygt natteliv'. Politiet vurderede givetvis, at denne form for adfærd og fremtoning kunne være utryghedsskabende for de andre gæster i nattelivet.

Årsager til sigtelse

Udover årsagen til den første kontakt mellem borger og betjent undersøgte vi også, hvilke begrundelser der blev givet i politirapporterne for at sigte den mistænkte for besiddelse af euforiserende stoffer. Dette kan siges at være det næste skridt, efter at politiet har haft en indledende mistanke om besiddelse af euforiserende stoffer.

Den mest udbredte årsag til at sigte for overtrædelse af narkotikalovgivningen var, at politibetjenten så noget, som lignede et illegalt stof eller forskellige former for udstyr, der bruges til indtag af euforiserende stoffer, eller at betjenten mente at kunne lugte, at der var blevet røget cannabis. Dette var årsagen til sigtelse i over en tredjedel af sagerne (35%). I 17,7% af sagerne blev den mistænkte sigtet, fordi vedkommendes adfærd indikerede brug af stoffer (røde øjne, højlydt adfærd). I 8,2% af tilfældene skyldtes mistanken, at personen handlede på en måde, der syntes at undgå politibetjenten eller forsøgte at skjule noget, der kunne være et illegalt stof. I 5,3% af sagerne blev der sigtet på baggrund af, at den mistænkte tidligere var dømt for overtrædelse af narkotikalovgivningen. Slutteligt blev der i 11,4% af sagerne sigtet alene på baggrund af, at den mistænkte havde en nervøs adfærd.

Tabel 2: Anledning til sigtelse

Objektive tegn på stofbesiddelse	35% (111)
Tegn på ruspåvirkning	17.7% (56)
Ikke-stofinduceret mistænkelig adfærd	8.2% (26)
Nervøsitet	11.4% (36)
Tidlere dømt for lov om euf	5.3% (17)
Missing: årsag til sigtelse ikke givet	22.4% (71)
Total	100% (317)

Er resultaterne problematiske?

Ovenfor er de to former for magt, som politiet har, blevet undersøgt. For det første politiets magt til at mistænkeliggøre bestemte personer. For det andet politiets magt til at sigte folk for at overtræde straffeloven eller – i dette tilfælde – lov om euforiserende stoffer. I forbindelse med, hvem der bliver mistænkeliggjort for at være i besiddelse af illegale stoffer, fremgik det ikke af politirapporterne, at der skulle være tale om nogen særlig diskrimination. Interviews med politibetjente fra de forskellige kredse pegede dog på, at politiet havde en særligt billede af den typiske person, der var i besiddelse af illegale rusmidler, og at de også holdt særligt øje med sådanne personer.

Men er dette problematisk? Der er blevet argumenteret for, at politiet nødvendigvis *må* diskriminere i forhold til, hvem det mistænkeliggør (Holmberg, 2000, 187). Dette kan umiddelbart lyde kontroversielt, men for at politiet kan arbejde effektivt, må det nødvendigvis fokusere opmærksomheden derhen, hvor erfaringen har vist, at der er noget at komme efter. Det ville være et stort ressourcespild, hvis politiet ikke havde lov til at bruge sit skøn og erfaring til at vurdere, hvem der er mistænkelige. Det ville desuden være urealistisk at gøre sig forhåbninger om at kunne kontrollere dette.

Ét er, hvem politiet indledningsvis mistænker for besiddelse af illegale stoffer, og som det derfor tager kontakt til. Men hvad med egentlige sigtelser? Er resultaterne i den forbindelse problematiske? I de fleste af sagerne sigtes der på baggrund af årsager, der ikke kan siges at være kontroversielle - som eksempelvis objektive tegn på stofbrug og adfærd, der indikerer ruspåvirkning. Men at der i 5,3% af tilfældene sigtes, udelukkende fordi politiet kender vedkommende fra tidligere at have overtrådt narkotikalovgivningen, kan muligvis siges at være problematisk. På den ene side giver dette sandsynligvis politibetjentene en klar indikation på, at vedkommende muligvis kunne være i besiddelse af illegale stoffer igen. Omvendt kan det af den mistænkte også opleves som at blive stemplet som 'kriminel' og 'afvigende', selvom vedkommende jo har udstået sin straf. Samtidigt kan det også siges at være problematisk, hvis der i 11,4% af sagerne sigtes med begrundelse i, at den mistænkte var nervøs - uden nogen andre tegn på besiddelse af illegale stoffer. Dette kunne tyde på, at narkotikalovgivningen i nogle tilfælde bliver brugt som en måde at kunne kontrollere bestemte segmenter uden at have nogen reel og konkret mistanke om kriminel aktivitet. At sigte efter lov om euforiserende stoffer kan derfor blive et smuthul, der tillader politiet at sigte folk og dermed kunne visitere dem uden egentligt at have nogen velbegrundet mistanke om besiddelse af illegale stoffer.

Overordnet set blev narkotikalovgivningen dog kun i mindre omfang håndhævet proaktivt af politiet i de undersøgte politikredse. Mange sager opstod som konsekvens af et fokus på anden kriminalitet eller på baggrund af informationer fra tredjeparter. Når lovgivningen blev håndhævet proaktivt, skete dette ofte i relation til en målsætning om at sikre befolkningens tryghed – især i relation til nattelivet. ■

Undersøgelsen blev medfinansieret af Justitsministeriets Forskningskontor og Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologi.

LITTERATUR

Holmberg, L. (2000). Discretionaryleniency and typologicalguilt: Results from a Danish study of police discretion. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, 1*(2), 179-194.
Houborg, E., & Pedersen, M. M. (2013). *Håndhævelse af narkotikalovgivningen vedr. besiddelse af illegale stoffer til eget forbrug efter 2004.*
Jepsen, J. (2008). Danish drug control policy 1945-2007. In V. Asmussen, B. Bjerge, & E. Houborg (Eds.), *Drug Policy. History, theory and consequences* (pp. 151-180). Aarhus: Aarhus University Press.
Narkotikasituationen i Danmark. København 2014. Sundhedsstyrelsen.

TOBIAS KAMMERSGAARD
CAND.SCIENT.SOC. I KRIMINOLOGI
VIDENSKABELIG ASSISTENT PÅ SOCIOLOGISK INST., KU
ESBEN HOUBORG
CAND.SCIENT.ADM., LEKTOR, PH.D
CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

Forskningsprojekt om komplekse borgersager

Ny forskning fra Center for Rusmiddelforskning skal belyse indsatsen for borgere med komplekse problemstillinger.

De fleste danske borgere modtager velfærdsydelser - fx børnepasning eller et besøg hos lægen - uden at opleve store bureaukratiske vanskeligheder, idet deres problemstillinger er relativt nemme at afgrænse. Dog er der nogle borgere, der har så komplekse problemstillinger, at det kræver indsatser fra forskellige typer systemer. Tag for eksempel en stofbruger på kontanthjælp, som er i metadonbehandling, og som bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling på grund af en psykose eller på grund af delirium.

Det er systemernes håndtering af sådanne komplekse borgersager såvel som den politiske rammesætning af dem, der er det empiriske udgangspunkt for, at Center for Rusmiddelforskning er i gang med et projekt, der undersøger indsatser i forhold til borgere, der på én og samme tid har brug for indsatser i stofbehandling, i psykiatrien og på arbejdsmarkedsområdet

Projektet er finansieret af Det Frie Forskningsråd og har til hensigt at kortlægge de måder, hvorpå borgere med komplekse problemer støttes og hjælpes inden for og på tværs af forskellige typer indsatser.

Forskellige systemer, forskellige forståelser

I de forskellige involverede systemer forstås borgeren og dennes problemer meget forskelligt, og der er forskellige måder at intervenere på. Yderligere rammesættes disse systemer af nogle meget forskelligartede politikker. Tilsammen skaber dette et kompliceret net af overlappende og potentielt konfliktskabende måder at håndtere sager og levere hjælp på. Ved at fokusere på forskellige logikker i politikker og i den sociale praksis blandt frontline medarbejdere og borgere analyserer vi, hvordan komplekse sager får liv og håndteres i den daglige praksis. Herigennem stiler projektet mod at bidrage med at synliggøre aktuelle indsatser samt de udfordringer og muligheder, der er forbundet med at hjælpe disse borgere.

Undersøgelsen udføres i tre af landets større kommuner og retter sig mod indsatser for voksne borgere, som karakteriseres af: (a) at være tilknyttet det kommunale misbrugsbehandlingssystem, (b) at deltage aktivt i kommunale beskæftigelsesindsatser (fx kommunal mentor-ordning og/eller tilbud under Servicelovens § 85) - og (c) at have kontakt med det psykiatriske system.

Tre delprojekter

Undersøgelsen består af tre underprojekter, der hver især og tilsammen belyser forskellige facetter af projektets fokusområder:

1) Analyser af dokumenter (lovgivning, guidelines, strategier), som rammesætter professionelles indsatser for disse borgere. I denne del af projektet undersøges den formelle rammesætning omkring de tre indsatsområder nævnt ovenfor.
2) Kortlægning af relevante kommunale indsatser, interviews med involverede professionelle aktører i kommunen og/eller region samt interviews med borgere og observationer af lokale indsatser rettet mod borgere med komplekse problemstillinger.
3) Undersøgelse af professionelle forståelser og argumenter, der ligger til grund for indsatser i forhold til borgernes problemstillinger via gennemgang af udvalgte journal-materialer samt herigennem kortlægning af borgernes netværk af professionelle kontakter og indsatser. Herigennem ønsker vi at sætte fokus på de overordnede logikker, som bruges inden for samt på tværs af de enkelte områder.

I projektet ønsker vi at bidrage med nye videnskabelige indsigter i de muligheder, udfordringer og dilemmaer, som opstår, når velfærdsstatens politikker skal omsættes til praksis i møder mellem borgere, professionelle og forskelligartede systemer. Endvidere håber vi, at projektets resultater kan være med til at stimulere den offentlige debat om - og i - de indsatser, der retter sig mod borgere med komplekse problemstillinger. ■

BAGGA BJERGE , ANTROPOLOG, LEKTOR
JEPPE OUTE, CAND.PÆD.ANT., PH.D., ADJUNKT
LOUISE CHRISTENSEN , ANTROPOLOG, PH.D.-STUD.
ALLE CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

MINDEORD

Karen Elmeland

Center for Rusmiddelforskning (CRF), Aarhus Universitet

Alkoholforsker, lektor Karen Elmeland, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, er efter kort tids sygdom død tirsdag den 29. marts 2016. Karen Elmeland var med til at starte Center for Rusmiddelforskning i 1991 og har været ansat på centeret siden. Med sit skarpe intellekt og sociale væsen bidrog hun til at udvikle centeret til den status, det har i dag såvel nationalt som internationalt, og til at gøre centret til en arbejdsplads, hvor det er rart at være.

Som titlen på hendes bog fra 1996 *Dansk alkoholkultur: rus, ritual og regulering* tydeligt henviser til, var Karen fra første færd i sin forskning primært interesseret i at undersøge og forstå dansk alkoholkultur og -politik. En væsentlig del af hendes senere forskning har belyst udviklingen og forandringen i de måder, hvorpå vi danskere tænker om alkohol, og de måder, som politikerne regulerer alkoholforbruget på. Endvidere har Karen været med til at evaluere en lang række forebyggelsesprojekter, ligeledes på alkoholområdet. Karens forskning var alsidig og spændte fra medieanalyser, historiske analyser og kvalitative fortolkninger til kvantitative opgørelser.

Karen Elmeland var bestyrelsesmedlem i Alkohol og Samfund og desuden kendt og anset i det nordiske alkoholforskningsmiljø, hvor hun var medlem af forskellige forskningsnetværk. Karen var også en meget afholdt underviser i mange forskellige sammenhænge og har desuden gennem årene bidraget med en lang række oplæg på konferencer og seminarer.

Karen var et menneske med stor personlig integritet og en vellidt og respekteret kollega på Center for Rusmiddelforskning, hvor hun også har fungeret som tillidsrepræsentant i en lang årrække. Udover hendes faglige bidrag til forskningslitteraturen har vi alle sat stor pris på hendes venlige og lune gemyt. Karen vil blive savnet på Center for Rusmiddelforskning, og vores tanker her fra går til hendes familie og venner.

På vegne af Center for Rusmiddelforskning
Vibeke Asmussen Frank, Centerleder

Et af Karen Elmelands sidste bidrag til misbrugsfeltet er at læse i den netop udkomne bog: **Alkohol - brug, konsekvenser og behandling**, redigeret af Ulrik Becker og Janne S. Tolstrup, *Alkohol – brug, konsekvenser og behandling* er en sundhedsfaglig lærebog, der ud fra et evidensbaseret biologisk og sundhedsfagligt perspektiv beskriver alkoholproblemers udvikling, konsekvenser og behandling. Bogen formidler den videnskabelige baggrund og status på alkoholområdet, både hvad angår alkoholvaner og disses betydning for skader, den neurobiologiske baggrund for alkoholvirkning og afhængighed, genetik, comorbiditet i forbindelse med alkohol, lovgivning på området samt metoder til forebyggelse og behandling, herunder både psykosocial og farmakologisk intervention.
Karen Elmeland har skrevet Kapitel 1 i bogen, om udviklingen i danskernes alkoholforbrug historisk set.
Find bogen her: **http://www.munksgaard.dk/Medicin/Alkohol/9788762813533**

Addiction
Monitor
Crave It!
Need It
Want It
Like It