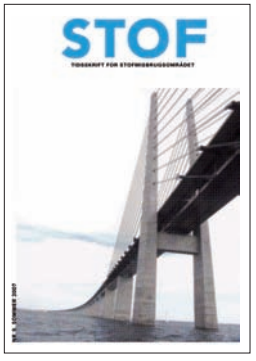
STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET

NR. 9. SOMMER 2007



REDAKTION:

Mads Uffe Pedersen
(ansvarshavende)
Birgitte Jensen
og Michael Jourdan
Helle Dahl
(redaktører)

Grafisk tilrettelæggelse:
Lucky Seven / Info@lucky7.dk
Assistent :Jønsson
Tryk: Reklametryk
Forsidefoto: L7/Scanpix
Oplag: 3.000
ISSN: 1397 – 338X

Redaktionen afsluttet :
20. juli 2007
Deadline for næste nummer:
1. oktober 2007
STOF nr. 10 udkommer vinter 2007
ABONNEMENT:
Tilmelding på www.stofblad.dk
Spørgsmål vedr. abonnement
sendes til abonnent@stofblad.dk

ARTIKLER OG INDLÆG SENDES TIL:
bj@stofblad.dk

POSTADRESSE:
STOF / CRF København
Købmagergade 26 E, 2.
1150 København K

STOF udsendes gratis til en lang række myndigheder, institutioner og fagfolk på stofmisbrugsområdet. STOF udgives af Center for Rusmiddelforskning via en bevilling fra socialministeriet. Artikler eller større uddrag må gengives med kildeangivelse og efter aftale med forfatteren. Indlæg i bladet er udtryk for forfatterens egne synspunkter og dækker ikke nødvendigvis redaktionens eller CRFs holdninger.

Broen – en verden til forskel

På det smalleste sted i Øresund er der kun ganske kort tids sejlads mellem Danmark og Sverige. Alligevel er der tale om to separate lande: forskellige jurisdiktioner, anderledes politik, uens kultur. Så tæt på, men i momenter alligevel så langt væk.

Vi har mange fælles træk med svenskerne, men nu og da er det forskellene, som aktualiseres. Et sådant tidspunkt var Besættelsen. Mens Danmark var besat, udgjorde Sverige med sin neutralitetspolitik et fristed for mange danskere flygtninge. Vi skal sent glemme, at Sverige tog godt og velorganiseret imod disse flygtninge uden smålig skelen til omkostningerne derved.

Også på narkofronten er der flygtninge. Igen skiller Sundet mellem to ret så forskellige politiske situationer. Denne gang går strømmen den anden vej. Svenske stofmisbrugere søger i Danmark den metadonbehandling, de ikke – eller kun vanskeligt - kan få i Sverige. Hvilket er ét af mange udtryk for, at narkotikapolitikken længe har delt vandene. Vi danskere har gennem årtier i svenske øjne gebærdet os som Nordens '*enfant terrible*'. Omvendt har svenskerne - set med danske øjne - levet op til vores fordomme om '*forbudssverige*'.

Fra Helsingør til Helsingborg kan man på en klar dag med det blotte øje se, hvad der foregår på den anden side. Men mellem regeringsbyerne København og Stockholm er der narkotikapolitisk set stor afstand. Med enkelte undtagelser på forbuds- og forskningsfronten har narkotikasamarbejdet i mange år lidt derved. Når det kom til behandling, forebyggelse og skadesreduktion var Øresund ikke passabel.

Flere tegn tyder dog på, at der nu blæser nye og roligere vinde. Tingene er så småt er ved at ændre sig. Én medvirkende faktor kunne være, at vi har fået en bro. Denne bro transporterer ikke kun mennesker og varer, men også ideer. Hidtil har vi hver især grebet tingene meget forskelligt an. Kunne vi mon lære af hinanden? Det forudsætter kontakt - og dialog, hvor fortærsket dette ord end måtte være. Det forudsætter også fordomsfri udveksling. Og så forudsætter det tvivl – tvivl på, at det man selv gør, er det eneste rigtige.

At bygge bro kan være mange ting. I behandlingssystemet forekommer det, at den ene hånd ikke ved, hvad den anden gør, at indsatsen ikke er koordineret, og at klienten farer vild. Her kan '*case management*' være broen, som knytter det ene til det andet. Men også mere generelt kan det være en ide at kigge længere end vante horisonter. Nye ideer, bedre praksisser, berigende samarbejde og vigtig selvindsigt kan opstå, når det gængse forlades. Broer i mere end en forstand letter rejsen og kan gøre en verden til forskel.

M.J

STOF 9

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET · NR 9 SOMMER 2007

SVERIGE

SVERIGE MOT NARKOTIKA 4
Hvert andet år afholdes i Sverige en konference, hvis mage ikke findes i resten af verden
AF MICHAEL JOURDAN

PENGEVASK OG NARKOTIKADISTRIBUTION 7
I Sverige går man grundigt til værks, når man undersøger narkotikakriminalitet – og der bygges bro mellem forskning og praksis
AF KIM MØLLER

SNUSERE & NARKOTIKATESTNING 11
Sverige er værd at holde øje med, hvis man vil forstå aktuelle tendenser og brydninger på rusmiddelområdet
AF SÉBASTIEN TUTENGES

VÆRD AT ROSE 15
Svensk narkotikapolitik udpeges af FN som model for resten af verden
AF ANTONIO COSTA

DUKSEN SVERIGE – SET MED ENGELSKE ØJNE 16
Sveriges verdensmesterskab i narkotikapolitik skyldes ikke alene landets skrappe lovgivning
AF STEVE ROLLES

9 IKKE-NARKOTIKAPOLITISKE FAKTORER MED BESKYTTENDE INDFLYDELSE 17
Supplerende forklaringer på Sveriges succes på narkotikaområdet
AF MICHAEL JOURDAN

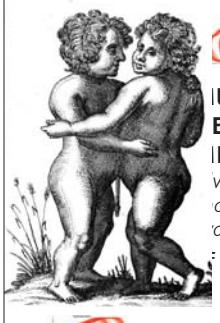
BEHANDLINGSGARANTI

STATUS OVER BEHANDLINGSGARANTIEN PÅ STOFOMRÅDET 18
Amterne svigtede behandlingen af stofmisbrugere
PRESSEMEDDELELSE FRA SOCIALMINISTERIET

HEROINHØRING

LÆGEORDINERET HEROIN NU 19
Baseret på udenlandske erfaringer er der basis for at skride direkte til handling
NYHEDSBREV FRA TEKNOLOGIRÅDET

CASE MANAGEMENT



Dobbeltdiagnoser

ULIGHEDER OG PROBLEMER I EHANDLINGEN AF MENNESKER ED DOBBELT DIAGNOSE 22
vordan udnytter man bedst styrkerne i anagement – og hvordan undgår man aghederne?
KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

Dobbeltdiagnoser

PSYKIATRIENS STEDBØRN 28
Tiden er inde til at politikere og organisationer tager dobbeltdiagnose-problematikken alvorligt – og gør noget ved det!
AF LARS MERINDER

CASE MANAGEMENT – MODEORD, SOCIALRÅDGIVERDYDER ELLER MCDONALDISERING AF MISBRUGSBEHANDLINGEN? 30
Hvis man med case management satser på at kunne gøre alting, løber man en risiko for ikke at fokusere på noget
AF MORTEN HESSE

CASE MANAGEMENT MED VARIATIONER 33
Metoden hedder det samme – men indholdet er vidt forskelligt – i de case management projekter der florerer
AF TORSTEN KOLIND

EMPOWERMENT

EMPOWERMENT – LETTERE SAGT END GJORT 37
Personlig udvikling, større ansvar for eget liv og fremtid samt indflydelse på egen behandling er også 'in' på misbrugsområdet: Brugerne skal styrkes og udvikles
AF BAGGA BJERGE

ELISAD

DANMARK ER SAVNET I ET VIGTIGT EUROPÆISK SAMARBEJDE 43
Fagfolk fra 32 europæiske lande bidrager til en guldgrube af informationer om misbrugsområdet på nettet – hvor er Danmark?
AF JORUNN MOEN

FOTOS: MICHAEL JOURDAN

SVERIGE MOT NARKOTIKA

Hvert andet år afholdes i Sverige en konference, hvis mage ikke findes i resten af verden.

AF MICHAEL JOURDAN

Den skandinaviske velfærdsmodel har mange fællestræk, og i mangt og meget er det fuldstændig berettiget at tale om 'vore skandinaviske broderfolk'. Ikke kun forstår vi stort set hinanden trods sprogforskelle. Vi er også fælles om en lang række værdier og politikker, hvilket især er synligt, når ikke-skandinaver kaster et blik på vore velfærdssamfund. Men midt i dette interskandinaviske værdifællesskab er der dog også markante forskelle. En af de tydeligste afvigelser er narkotikapolitikken, og under bestemte omstændigheder har uoverensstemmelser på dette område kunnet opleves på nærmeste hold.

Danmark - Nordens enfant terrible

I alt var vi vist tre danskere blandt over 1.000 deltagere, da jeg for første gang var til anti-narkotikamesse i Sverige: chefen for Københavns Narkotikapoliti, en behandler og undertegnede. Året var 2003, og jeg husker stadig den skepsis, vi danskere per automatik blev mødt med: 'Hvad laver I her?', udtrykte mange svenskes øjne. Man skulle være ualmindelig hårdhudet for ikke at lægge mærke til den afstandtagen fra dansk narkotikapolitik, som kom i spil, hver gang man som dansker åbnede munden og dermed afslørede sin oprindelse. Det var, som om vi danskere var en del af problemet – og ikke en del af løsningen. Uden at jeg på nogen måde havde lagt op til en meningsudveksling – og slet ikke en konfrontation - sagde flere direkte, at jeg skulle tage hjem og lukke Christiania. I mit stille sind tænkte jeg - men sagde ikke – 'så kunne I måske lukke Barsebäck…' Begge lukninger forekom lige urealistiske.

Set med svenske øjne har Danmark gennem flere årtier været Nordens enfant terrible med et langt, langt synderegister. Vores forholdsvis tolerante syn på brugen af hash er blevet set som slaphed over for narkotika. Indbegrebet af den danske konsekvens- og holdningsløshed har i svenske øjne været Pusherstreet på Christiania: Hvordan kunne vi tillade åben forhandling af et forbudt stof gennem mere end 30 år? Noget af et paradoks, som kan være svært at forklare.

På synderegisteret er også vores rundhåndede uddeling af metadon og anden substitutionsmedicin, som af svenskerne er blevet udlagt som ligegyldighed. I følge svensk retorik har den danske sprøjteudleveringsordning ikke kun sendt et

forkert signal, men også været en politik, som fastholder narkomaner i misbrug frem for at få folk ud af deres misbrug.

Sidst, men ikke mindst, har man på den anden side af Øresund taget sig til hovedet over, at vi har kunnet drøfte og i fuld alvor overveje lægeordination af heroin. Hvordan kan kuren være det samme som problemet?

Forbuds-Sverige

Omvendt har vi i Danmark set skævt til 'Forbuds-Sverige'. Den statslige monopolisering af alkoholsalget i Sverige er i vore øjne sindbilledet på, hvor galt det kan gå. I danske øjne er Spritmonopolet et overgreb på den personlige frihed, der som bekendt sættes meget højt i Danmark.

Vi har traditionelt skelnet mellem såkaldt hårde og bløde stoffer, og svenskens syn på cannabis har forekommet os ude af trit med de farmakologiske realiteter. Den manglende svenske skelnen mellem brug og misbrug - som gør *al* brug af illegale stoffer til misbrug - forekommer os dramatiserende og usaglig: Hvor er lejlighedsbrug, rekreativt brug og velintegreret brug henne i den diskussion?

Den – med undtagelse af Skåne – helt manglende adgang til sterilt injektionsudstyr er med danske øjne nærmest udtryk for inhuman medicinsk tilbagestående. Den ensidige satsning på stoffrihed og den meget begrænsede eller helt manglende adgang til metadon eller anden substitutionsbehandling er noget, vi i Danmark for længst har lagt bag os til fordel for en påkrævet vifte af behandlingsformer.

Vi har i Danmark aldrig abonneret på smitteteori og nødvendigheden af isolation af 'smittefarlige' narkomaner. Brugen af tvang i behandlingen er - modsat i Sverige – aldrig faldet i god jord hos os. Et andet menneskesyn måske? Eller er det mere blik for resultater og omkostninger end forkromede endemål?

Svenskernes målsætning om et narkotikafrit samfund - som de stadig holder højt den dag i dag - er i danske øre udtryk for verdensfjern utopisme, mens vi selv praktiserer pragmatisk realisme.

Tilløb til tilnærmelser

Ved årets messe i Örebro i hjertet af Sverige - sådan ca. halvvejs mellem Stockholm i øst og Malmø/Gøteborg i vest – må man som messe-genganger konstatere, at stemningen nu er en anden. Med få undtagelser følte

MICHAEL JOURDAN
FILOSOF OG REDAKTØR PÅ STOF

man sig velkommen som dansker. Det skyldes nok ikke kun, at det utænkelige i mellemtiden er sket: Både Pusherstreet *og* Barsebäck er lukket. Forklaringen er snarere en anden: Mens byggeriet af broen over Øresund i sin tid blev set som en trussel, fordi narkoen via broen kunne flyde i rigeligere mængder ind i Sverige fra Danmark, er det, som om den færdige bro transporterer mennesker, varer og ideer begge veje. Vi er kommet nærmere hinanden.

Denne gang var det en helt anden oplevelse at være til narkomesse i Sverige, og tanker om, at vi måske kan lære noget af hinanden på dette felt og gå i dialog, er ikke længere så fjern. Modsætningerne er ikke længere helt så skarpe. Blandt de mere end 1.300 deltagere var der denne gang betydeligt flere danskere end sidst. Selv om man fortsat enkelte gange kunne blive spurgt, om man var for eller imod (*'sagen'*), blev man som dansker mødt med nysgerrighed og imødekommenhed. Et dansk firma havde sågar end stand, blandt de 101 stande i udstillingsområdet. Enkelte andre stande var delvis bemandet med danskere – blandt andet var en dansk pårørendeforening repræsenteret.

Brudflader findes naturligvis fortsat. Et eksempel er skadesreduktion, som stadig ikke er *'comme il faut'* i svenske sammenhænge. Men mens man for fire år siden havde et panel, hvor al skades*reduktion* under én kam blev afvist som skades*produktion*, så var der nu også stande, hvor initiativer af skadesreduktionel art blev præsenteret.

Selv om Sverige som helhed stadig afviser substitutionsbehandling – hvilket blandt andet viser sig ved, at svenske opiatbrugere søger behandling i København - så var der denne gang eksempler på, at man lokalt i svenske forvaltninger i enkeltstående tilfælde nyligt havde taget det store skridt at ordinere, når folk havde været gennem mange forgæves nedtrapninger, og egentlig så ud til at fungere rimeligt godt med en metadonordination. At sådanne skridt var til diskussion i termer som 'hvorvidt det var rimeligt at ordinere *statsknark'* – statsnarkotika – bringer mindelser om den modstand, denne behandlingsform blev mødt med i vide kredse i 70'erne og 80'erne i Danmark. Men alene det, at diskussionen kom på dagsordenen på baggrund af ændrede konkrete praksisser, er vidnesbyrd om, at der sker ting og sager – og at større ændringer måske er på vej.

Befordrende herfor er sikkert mange ting, men at danske erfaringer spiller en vis rolle kan ikke afvises. Fra at være skræmmeeksempel er vi tilsyneladende blevet eksempel på mere kontinentale måder at gribe tingene an på – med rationaler, muligheder og resultater der ikke blankt afvises som kapitulation over for problemet.

Müssen wir auch so ein Ding haben?

Narkotikaverdenen er fuld af konferenser, men SverigeMotNarkotika er en unik begivenhed. En stor messe, hvor en række involverede myndigheder fra såvel nationalt, regionalt og lokalt niveau er til stede. Hvor mylderet af institutioner, entreprenører, bevægelser og NGO'er samt vrimmelen af frivillige organisationer - der hver især kan præsentere deres tilgang til mennesker med stofrelaterede problemer - er synlige og kontaktbare. Hvor repræsentanter for erhvervslivet med socialt ansvar præsenterer virksomheders behandlingspolitikker og mentorordninger m.m., og hvor de beredvilligt deler erfaringer og indgår partnerskaber.

Hvornår er det lige, at almindelige borgere eller folk, som arbejder professionelt med forebyggelse eller behandling, har lejlighed til i ro og mag at stille spørgsmål om narkotikarelaterede spørgsmål til toldvæsen, politi og kriminalforsorg? Hvordan danner man sig et overblik over den skønsomme vrimmel af private behandlingsinstitutioner? Eller overblik over offentlige behandlingstilbud? Hvornår kan praktikere stille spørgsmål til forskere - eller til formidlere og konsulenter? Hvor kan man på én gang stifte bekendtskab med sidste nyt fra stoftestningsindustrien, tale med folk fra NA – (Anonyme Narkomaner) eller med frivillige fra nogle af de mange foreninger, som gør en indsats på området?

Hvis man kommer fra Danmark er svaret: Aldrig.

Hvis man derimod er svensker er svaret: Hvert andet år!

Man imponeres af det store og folkelige engagement. Svenskernes systematik, koordination og organisering af indsatsen falder i øjnene. Alene det at organisere en sådan messe hvert andet år kræver stor dedikation, opbakning og organisationstalent. Måske kunne vi lære noget af broderfolket? Tænk, om vi i Danmark hvert andet år havde noget tilsvarende og kunne fylde Bella Centret eller Messecenter Herning... Vi behøvede ikke at kopiere alt. For eksempel ville der i Danmark givetvis være brugerorganisationer og værestede repræsenteret – noget, der glimrede ved sit fravær i Örebro. Men forskellene til trods er Øresund ikke så dybt som tidligere.

Pengevask og narkotikadistribution

I Sverige går man grundigt til værks, når man undersøger narkotikakriminalitet — og der bygges bro mellem forskning og praksis.

AF KIM MØLLER

Forskere fra det svenske kriminalpræventive råd (Brå) nød på konferencen i Örebro den luksus, at de både kunne præsentere deres forskning på et af de mange seminarer og afholde et pressemøde sammen med den operative chef for Örebros politi.

Om det var tidspunktet eller temaet er ikke til at sige, men et tilløbsstykke var pressemødet om pengevask og narkotikadistribution ikke. Ud over Lars Korsell, Daniel Vesterhav og Johana Skinnari fra Brå mødte kun undertegnede samt to lokale journalister op til præsentationen af de to nye Brå-rapporter: 'Narkotikadistributörerne' og 'Narkotikabröttsligheten – ekonomihantering.'

Om ikke velbesøgt var mødet og diskussionen mellem deltagerne om optimeringen af begrænsede politiressourcer til gengæld mægtig livlig. Da lokalerne efter en time skulle benyttes til næste arrangement, fortrak den dedikerede skare til presselokalet, hvor snakken gik i yderligere en time. Under disse uformelle rammer blev diskussionen endog meget konkret, og politichefen åbnede for godteposen af dag-til-dag taktiske overvejelser omkring afvejningerne mellem tålmodighed og snarrådighed, detailhandlere kontra bagmænd, 'ratfylderi' (spirituskørsel) eller narkokørsel.

Tid til eftertanke

Til trods for, at Sverige går for at være noget af en høg i international narkotikakontrolpolitisk sammenhæng, har man i de senere år oplevet en skuffende mangel på resultater af den intensive, retshåndhævende indsats. Ganske vist kan Sverige til stadighed prale af landets rekordlave niveauer for brug af narkotika blandt unge, men det er efterhånden blevet sværere at kreditere kontrolindsatsen for at være den udslagsgivende faktor hertil.

Siden 1980'erne er andelen af svensk politis budgetter tilegnet narkotikakontrollen fordoblet. Denne udvidelse af de operative kapaciteter har bevirket, at antallet af personer, der årligt arresteres for narkotikakriminalitet, er vokset hvert eneste år de seneste ti år. Desværre har dette ikke haft den tilsigtede virkning på gadeplan, og svensk politi må frustreret konstatere, at udbuddet af narkotika er større end nogensinde, og priserne tilmed faldende. Dette er mere end bare almindeligt irriterende, fordi aktørerne på narkotikamarkedet således ikke synes at have fattet et vink med en økonomisk vognstang om, at politiet gør deres arbejde mere risikabelt, og at de derfor rettelig burde hæve prisen på deres illegale produkter.

På pressemødet tog man udgangspunkt i disse forhold og diskuterede narkotikakriminalitetens mærkværdige immunitet over for retsforfølgelse. Mere af det samme synes ikke længere at indeholde løftet om resultater, var oplægget - behovet for strategisk nytænkning blev konklusionen.

FOTO: MICHAEL JOURDAN

Distributionssystemet

Rapporterne fra Brå, 'Vart tog alla pengarna vägen?' og 'Narkotikadistributörer', er baseret på en totalundersøgelse af svenske narkotikadomme kombineret med oplysninger fra forundersøgelserne - det vil sige politiets bevismateriale indsamlet inden retssagen. Yderligere er der interviews med 13 dømte narkotikakriminelle, som tilsammen giver et unikt og fascinerende

indblik i en forståeligt nok lukket subkultur.

Analysens problematik tager afsæt i en tidligere Brå-rapport, 'Narkotikabrottslighetens organisationsmönster' (anmeldt i STOF nummer 7) , der identificerede distributører på mellemniveau, herefter kaldet grossister, som den vigtigste skydeskive for de kriminalitetsbekæmpende myndigheder.

Argumentationen går på, at en højt placeret distributør nemt kan udskiftes, mens en grossist besidder den lokale viden og forankring - herunder tillid fra det kriminelle miljø - som er svær at erstatte. Sat på spidsen kan man sige, at i grossistrollen mødes den organiserede kriminalitet, det nationale narkotikamarked og den globale narkotikaproduktion.

Forskernes opgave har herefter været todelt: Dels at beskrive og forklare grossisternes arbejdsmetoder og risikohåndtering, dels at lave en eksplorativ undersøgelse af pengestrømme og forbrugsvaner. Formålet er at identificere svage punkter i distributionskæderne med henblik på at målrette myndighedsindsatsen herimod.

Arbejdsdeling

Rapportens empiri dokumenterer, at en narkotikadistributionskæde typisk består af to til ti led. Den mest udbredte arbejdsdeling er, at én grossist er ansvarlig for kontakterne opad i distributionskæden - til stordistributører og importører - mens en anden har ansvaret for kontakterne nedad - til de mere kaosprægede detailhandlere. Grossisterne ansætter yderligere personer til at forestå en række specialiserede opgaver:

- Transportøren, der har ansvaret for at fragte partier af narkotika mellem lageret og forhandlingsstedet
- Salgskoordinatoren, som er ansvarlig for, at der er købere på plads, allerede inden grossisterne får hænderne på partiet
- Lagerholderen koordinerer beholdningen på de forskellige opbevaringssteder
- Opblanderen ('forædleren'!) fortynder produkterne, når det måtte være ønskeligt
- En pengeopbevarer
- En kvalitetstester, der typisk vil være en misbruger, som afprøver de indkøbte produkter med henblik på prisfastsættelse.

Så vidt muligt søger distributørerne at hyre folk, der ikke er kendte af politiet til de mest prekære opgaver som at opbevare penge og stoffer. De er dyrere i drift, men væsentligt sikrere at arbejde med.

Det med forædlingen er i øvrigt noget af et tveægget sværd. Renheden af den solgte narkotika er et afgørende konkurrenceparameter i branchen og derfor en sigende indikator for distributørens ambitioner om at operere på narkotikamarkedet. Som det formuleres i rapporten:

'Den bedste måde at blive taget af politiet på er ved at sælge dårlige produkter.'

En distributør, som sælger ringe produkter, bliver hurtigt et kendt navne i narkotikakredse, mens en pålidelig leverandør af gode produkter er noget, man holder for sig selv. Som i alle andre aspekter af livet tager det lang tid at opbygge et godt renommé, mens det går lynhurtigt med at blive kendt som en fusker. Derfor er det for politiet en strategisk pointe at spore et parti narkotika af høj kvalitet - frem for at konfiskere partier af inferiør kvalitet.

Kriminel kapital

At have fremgang som grossist kræver forståelse for de forretningsmæssige aspekter, der kan opsummeres i 'service'. Herudover er det befordrende for karrieren at besidde personlige egenskaber som viljekraft, diskretion, held og især kriminel kapital. Oparbejdelsen af denne specialiserede sociale kapital beskrives af interviewpersonerne

FOTO MICHAEL JOURDAN

som betinget af at have almendannelse i kombination med psykopatiske tendenser, såsom at være manipulerende og selvfølgelig at være et kendt ansigt i kriminelle kredse. Det at kende hinanden og have tillid til, at ens forretningspartnere – kammerater i kriminalitet – holder deres ord og deres kæft, er distributionskædens fundament:

'De yngre har ingen kriminel opdragelse, ingen kriminelle normer. De er posører. De vil danse med, men de har ingen erfaring. Eksempelvis taler de for meget.'

Et sjovt eksempel herpå omhandler distributørernes brug af koder. Koderne er ifølge de svenske forskerne baseret på gadeslang og generelt forbløffende let gennemskuelige. I perioder med stress er det dog stadig det første sikkerhedsarrangement, der ryger.

Et eksempel på, hvordan svensk politi formåede at udnytte dette til deres fordel og få optrevlet et ecsta-

sy-netværk, går som følger:

En gruppe lavniveaudistributører var gået sammen om at bestille tusind ecstasytabletter fra en internetdistributør. Politiet og toldvæsenet havde imidlertid fattet mistanke og opsnappede pakken, hvorefter de byttede pillerne ud med slik, inden de sendte den videre til dens planmæssige destination. Denne distributør sendte slikket videre til sine kunder, der i ophidselse kontaktede ham og skældte ham huden fuld uden brug af det aftalte kodesprog. Kort tid efter slog politiet til og arresterede en underskov af lokale distributører, som de ikke havde fået fat på blot ved at arrestere den person, som pakken var stilet til.

Kreditøkonomiens forbandelse

Nødvendigheden af tillidsbaserede relationer udspringer af den måde, økonomien internt i distributionskæden fungerer på. Regel nummer et for en narkotikadistributør er princippet om 'just in time', som i al sin enkelthed går ud på ikke at sidde inde med et parti narkotika længere end allerhøjst nødvendigt. Hellere komme af med partiet med løfte om fremtidig betaling end at skulle opbevare det med dertilhørende risici. Her kommer svaghederne ved et tillidsbaseret forretningssystem for alvor frem i lyset.

Ubetalte og udeblevne betalinger udgør den største kilde til tab internt i distributionssystemet, et tab som er mere afgørende end politiets og toldvæsenets beslaglæggelser. Rapporten fremlægger udsagn fra distributører om, at tallet for beslaglæggelserne – interessant nok – ligger i størrelsesordenen 10-20% af den samlede omsætning. Interessant, fordi 10% er det tal, politiet traditionelt har fremlagt - til stor skepsis for forskningsverdenen.

Spørgsmålet om, hvornår og hvordan en gæld skal inddrives, findes der ingen enkle svar på, og typisk forplanter gælden sig op igennem hele systemet til stor irritation og stress for de involverede. En højniveaudistributør forklarer sin rutine som følger:

'Det er vigtigt at hente sine penge fra kunderne en gang om ugen, for ellers kan de have købt en bil for pengene. Mange af os i branchen er dårlige med penge. Man ser ikke så langt fremad.'

Voldskapital

Hvordan stoler man på en person, der skylder én mange penge? Det gør man ikke, synes svaret at være. Risikoen for, at vedkommende stikker én til myndighederne, opvejer pengegevinsten, og konsekvensen bliver, at gælden ofte ikke inddrives.

Rapporten gennemgår et par almindelige misforståelser i denne forbindelse, eksempelvis at de gældstyngede personer bliver sat til at udføre risikabelt arbejde, såsom transport af narkotika. Dette billede vil man ganske rigtigt få bekræftet, hvis man gennemgår dommene, men her forholder rapporten sig kritisk til de afhørtes motivation for at fremstille sig selv som ofre for en kriminel sammensværgelse.

Principielt strider brugen af vold mod markedets grundsten: de tillidsbaserede relationer og diskretionen. Volden er omkostningskrævende og påkalder sig uønsket opmærksomhed fra myndighederne. At besidde et vist mål af 'voldskapital' er dog en forudsætning for at fungere som distributør, da trusler ellers ikke tages tilstrækkeligt alvorligt, og det at være i besiddelse af en pistol beskrives som en integreret del af den kriminelle livsstil.

I rapporten peger flere af de interviewede på, at det lave niveau for vold kan være ved at ændre sig i takt med, at et generationsskifte finder sted:

'For tiden forekommer der meget tyveri på narkotikamarkedet. Det skyldes et generationsskifte, som ødelægger markedsstrukturen. Mange fra den gamle generation er på vej til at trække sig ud som følge af dette. Før var alt baseret på tillid. Nu er tilliden borte, hvilket spiller bolden politiet i hænderne, da det indebærer flere telefonsamtaler og flere møder.'

I det hele taget tegnes i rapporten et billede af et narkotikadistributionssystem under forandring.

Antallet af aktører på markedet er stigende, og der findes flere personer end tidligere, som tager til takke med en mindre fortjeneste. Det har medført en tilgang af billig narkotika og en øget råhed blandt aktørerne, da konkurrencen er hårdere og straffene længere. Samlet set beskrives udviklingen af de ældre aktører som en undergravning af markedsstrukturen.

Kriminalitetsbekæmpende revisorer

Hvordan myndighederne skal være rustet til at tage disse udfordringer op handler især om at få afdækket, hvordan pengene fra narkotikakriminaliteten hvidvaskes. De fleste

KIM MØLLER
CAND.SCIENT.ADM.
PH.D - STUD VED
CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

lande har inden for de sidste ti år indført lovgivning rettet mod hvidvask, men indsatsen har indtil videre vist sig rimeligt ørkesløs, ifølge forskerne bag rapporterne på grund af en misforstået opfattelse af narkotikakriminalitetens indre logik.

Pengene brænder som benzin, de er intet værd, hvis de ikke bruges, narkotikakriminalitetens indre logik er forbrug. Ud over et ekstravagant budget til krobesøg, motorcykler, smykker og lignende er de forsigtige og fremgangsrige aktører gode til at holde relativt lav profil indenlands og bruge de store summer udenlands. Deres erfaring er, at myndighedernes indsats over for investeringer i eksempelvis fast ejendom er ikke-eksisterende, hvorfor decideret pengevask strengt taget ikke er nødvendigt.

Formuleret som et strafprocessuelt problem kan man sige, at domstolenes arbejde bunder i et individualistisk perspektiv. Det er enkeltpersoner, man søger at få dømt, hvilket medfører, at det i narkotikasager er mængden af stoffer, som er det primære kriterium i strafudmålingen. Mængden af involveret narkotika i en sag er oplagt et strafværdigt kriterium, men isoleret set siger det meget lidt om personens rolle i distributionen og den samfundsmæssige skade udledt heraf.

Rapporternes samlede anbefaling er derfor at flytte fokus fra kriminaliteten, narkotika og gerningspersoner til selve den kriminelle virksomhed, herunder især netværket og økonomihåndteringen. At flytte fokus kræver udvikling af nye kompetencer og nye informationskilder:

'Kigger vi fremad, kan økonomi måske blive lige så vigtig som strafferetten, og politiets rolle mere og mere minde om kriminalitetsbekæmpende revisorer.'

Fra hurtige penge til farlige penge

Rapporternes analyse udmønter sig i en række konkrete anbefalinger, baseret på det overordnede koncept om at skabe knas i distributionsnetværkene. Udgangspunktet er de fem vigtigste grunde til, at distributørerne ender med at tage unødige risici:

- Ukendskab til straffelovgivningen
- For stor selvtillid
- Undervurdering af politiets indsats
- Usikkerhed
- Gammeldags griskhed

Bemærk, at en fællesnævner for disse indsatsområder er deres overvejende subjektive karakter. Det vil sige, at det afhænger mere af, hvordan de kriminelle oplever disse forhold, end hvordan det faktisk tager sig ud. Myndighederne kan og bør derfor spille på det psykiske pres, som de kriminelle befinder sig under. 'Det er lige så stressende som at være minister.'

Hvis man kombinerer dette pres med faktuelle informationer om livet som kriminel, eksempelvis om hvor lidt narkotikadistributører i virkeligheden tjener, kan man faktisk komme langt. Angående indtjeningen adresserede forskerne ligeledes narkotikakriminalitetens sagnomspundne profitabilitet. Aktuelt er det som oftest narkoens værdi på gadeplan, myndighederne tager som udgangspunkt i deres beregninger af, hvor mange penge der omsættes for på det sorte marked. Dette leder til, at billedet af høj- og mellemniveaudistributørernes indkomst overvurderes, endog temmelig groft. I rapporten sidestilles en sådan udregningsmetode med at beregne gevinsten for kvægtyveri ved at tage udgangspunkt i prisen på en bøf på en bedre restaurant fremfor prisen på kvægfoder.

Fra forskning til praksis

Rapportens overordnede påstand er, at politi og retsvæsen arbejder ud fra en noget misforstået opfattelse af, hvordan narkotikadistributionen fungerer i praksis.

De retshåndhævende myndigheders indsats har fundament i tanken om, at distributionen forestås af en hierarkisk organisation med en bagmand i toppen. Antagelsen er herefter, at hvis denne person kan arresteres og retsforfølges, vil det resultere i organisationens sammenbrud. Billedet af en hierarkisk organisation er intuitivt besnærende, men overser, hvor dynamisk og omskiftelig distributionen af narkotika foregår i praksis. Dette medfører nogle konkrete problemer.

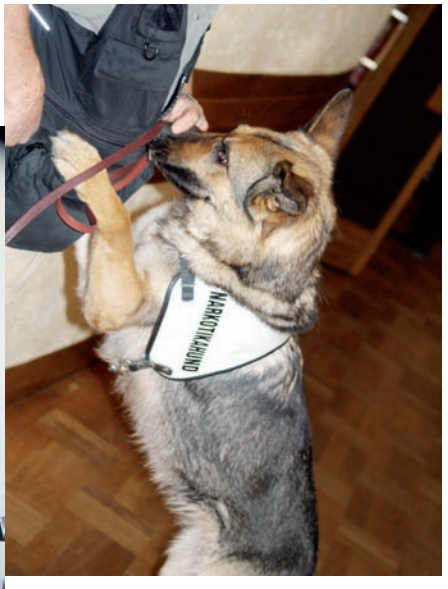
For det første lykkes det stort set aldrig at ramme disse bagmænd. Topposterne i narkotikadistributionen er sværest for politiet at nå frem til, og det er der, hvor der tjenes flest penge. Hvilken ambitiøs narkotikasælger stræber ikke efter denne jobbeskrivelse? Frem for at bruge for mange ressourcer på denne noget ørkesløse opgave, ville pengene være bedre givet ud på at undergrave loyaliteten internt i netværkene og i det hele taget 'skabe knas'.

Den operative politichef gav udtryk for, at det havde været et konstruktivt møde, hvor han havde fået en forskningsbaseret forklaring på en række fænomener, som han genkendte fra sit praktiske arbejde. Nogle af anbefalingerne ville være relativt lette at omsætte til dagligt politiarbejde, mens mere overordnede strategiske prioriteringer som at gå efter grossisterne vil kræve en større omlægning, som det vil tage tid at få diskuteret ordentligt igennem internt i politiet.

Samlet set var mødet et eksemplarisk bud på, hvordan forskning og praksis i en atmosfære af gensidig respekt kan arbejde hen imod en bedre narkotikakontrol.

Endnu en gang går Sverige forrest.

Rapporterne 'Narkotikadistributörer – En studie af grossisterna', Brottsförebyggande rådet (2007: 7), 'Vart tog alla pengarna vägen?' (2007: 4) og 'Narkotikabrotslighetens organisationsmönster' (2005:11) kan købes eller downloades i pdf på www.bra.se



FOTOS: MICHAEL JOURDAN

Snusere & narkotika testning

Sverige er værd at holde øje med, hvis man vil forstå aktuelle tendenser og brydninger på rusmiddelområdet.

AF SÉBASTIEN TUTENGES

Sverige bliver ofte fremhævet som et land, hvor enhver form for narkotikabrug anses som problematisk, afvigende og aldeles uacceptabelt, og hvor der gøres en kæmpe indsats for at begrænse udbuddet af narkotika. Med sin restriktive alkohol- og narkotikapolitik er Sverige en rollemodel for strammerne. Her har begrebet 'nul tolerance' længe været god tone, og der bliver gjort flittig brug af narkotikatestning og andre innovative teknologier i kampen mod narkoen. Blandt andet i EU-regi har Sverige udført et stort lobbyarbejde for at udbrede den hårde linje over for rusmidlerne – ikke uden succes. Hvis man vil anskue, hvad der er i gæring hos vores naboer, er messen 'SverigeMotNarkotika' et velegnet forum. Her er min reportage.

Dag 1: Fire- og tobenede snusere

Det første interviewoffer, jeg udvælger mig, har fire ben og hedder Trace. Han er 6 år gammel og arbejder med at opsnuse stoffer i et fængsel. Det er især indkomne biler og besøgende, der udsættes for kvalificeret snusen. Er der mistænkelige lugte, kradser Trace præcis det sted, hvor stofferne gemmer sig. Det kaldes aktiv signalering. Andre snusere sætter sig ned eller gør, når de får færten af stoffer. Og der er sjældent falsk alarm. Under en øvelse i Malmøs havn havde man gemt 10 kilo amfetamin i en skibscontainer. De blev fundet uden problemer.

Trace arbejder typisk en 7-8 timer om dagen, men har ofte brug for hvile. Det er trættende at snuse, men tilsyneladende også en fornøjelse. Snuden går konstant - selv her på konferencen, hvor der antageligt er et fåtal af lovbrydere. Mine hænder og bukser får også en ordentlig omgang. Trace er med andre ord glad for sit arbejde og er på ingen vis aggressiv over for stofbesiddere. Snarere tværtimod. Opklaringsarbejdet er ren skæg og ballade. En gang var

han på gåtur lige uden for fængselsmuren, og her fandt han 100 gram hash gemt i græsset. Det var endda efter fyraften. En anden gang blev en ventilationsskakt afsløret som narkotikalager. Trace er imidlertid ikke på nogen lønningsliste. I stedet får han lov til i ny og næ at gnaske på et stykke brandslange. Dét er lønnen, og det er tydeligvis løn nok (se billedet). Billedtekst: Trace med sit menneske, Tobias Lundström.

Trace har en konkurrent i form af en lille metalboks til omtrent en halv million svenske kroner. Jeg forstår ikke helt, hvordan den virker, men den er ret ferm til at registrere partikler fra henholdsvis amfetamin, kokain, heroin og ecstasy. Alle andre stoffer ænser den ikke. Maskinen bliver anvendt i fængslet på 'Anstalten Hällby' til at screene fængselsceller og indkommen post. Den bruges også til at drugteste enkeltpersoner. Maskinens snuseelement (en art støvsuger) placeres på armen af en potentiel stofbruger. Har vedkommende injiceret, giver det udslag.

Er sporhunden eller metalboksen bedst? Jeg stiller spørgsmålet til en mand, der til daglig betjener boksen, og han svarer uden tøven: 'Hunden'. Metalboksens force er, at den indikerer, hvilket stof den har opsporet, og den tager ikke skade af at komme i nærkontakt med stoffer. Fordelen ved hunden er, at den er mere fintfølende, kan lugte sig frem til mange typer stoffer, er relativt selvstændig, billig i drift og en effektiv hyggespreder.

FOTOS: MICHAEL JOURDAN

Det smertefulde møde med justitsministeren

Efter at have inspiceret diverse stande bevæger jeg mig i retning af presserummet. Her kan man tage noter i fred og ro og drikke lunken kaffe. Pyh, her er jo mere intenst end på Roskilde Festivalen! Mennesker alle vegne og med alle mulige og umulige dagsordner. De fleste vil selvfølgelig sælge noget, men på vejen møder jeg også nogle fantastisk fornuftige typer fra foreningen 'Vågava'. Den ene af dem falder mig om halsen, og da jeg spørger hvorfor, lyder svaret: 'Det handler jo om kjærlighet, kjærlighet', hvilket jeg er helt enig i.

Tilbage i presserummet finder jeg imidlertid ingen ro. 'Der er pressekonference nu, skal du derned?' spørger en dame. Jeg takker nej, men får fortalt, at folkesundhedsministeren og justitsministeren er til stede, og at de blandt andet har noget med narkotikatests på tapetet. Det kan jeg ikke sidde overhørigt, så jeg iler tilbage mod den store konferencesal. Ganske rigtigt, oppe på scenen sidder to myndige damer og udtaler sig til en flok journalister. Mikrofonerne er slukkede, så jeg møver mig tæt på for at kunne høre. En velklædt udsmidertype kigger bistert på mig, så jeg skynder mig at få papir og blyant frem og lægge ansigtet i tænksomme folder. Vi reportere sidder på knæ foran ministrene, og jeg indser efter nogle minutter, at journalistikken er et smertefuldt erhverv. Og hvordan er det lige, man skriver på et stykke papir uden et underlag?

På trods af smerten kan jeg forstå på det hele, at justitsministeren er utilfreds med, at børn under 15 år kan smyge sig uden om narkotikatestning. Sagen er jo, mener ministeren, at mange børn misbruger stoffer, og det er afgørende at finde frem til dem og behandle dem så tidligt som muligt, om de vil det eller ej. Derfor vil ministeren nu iværksætte en udredning på området med henblik på en lovændring. Politi, socialtjeneste og skolelæger skal have lov til at lave narkotikatests på suspekte elever - også uden at indhente samtykke fra hverken børn eller forældre.

Det forekommer mig, at konsekvenserne af en sådan lovændring må være vidtrækkende. Er det sta-

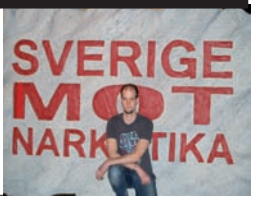
DET FORTÆLLES...

At et firma i Texas solgte rene urinprøver under sloganet 'Pee for Pleasure, Not for Employment'. Til at starte med skaffede firmaet urin fra ældre kirkegængere, men det viste sig imidlertid, at prøverne lidt for ofte indeholdt store mængder lægeordinerede stoffer, og at de derfor gav positivt udslag ved narkotikatestning.
Det anføres også, at den amerikanske regering i 1990 brugte 11,7 millioner dollars til at narkotikateste 29.000 statsligt ansatte. Blandt disse blev 153 personer testet positive. Det vil sige, at det kostede 77.000 dollars per afsløret stofbruger.
[Begge oplysninger stammer fra Mosher & Atkins i en ny bog; 'Drugs and Drug Policy: The Control of Consciousness Alteration' 2007.

'Vi vil undersøge mulighederne for at teste, for vi ved, at mange begynder med stoffer i 12-13-års alderen. Vi må få fakta frem, så vi kan sætte ind med behandling [...] Når det gælder ungdommen, tror jeg, at det gælder om at engagere sig tidligere – ikke at vente, til de sidder fast i misbrug og kriminalitet.' JUSTITSMINISTER BEATRICE ASK

ten eller forældrene, der bestemmer over barnet? Hvad sker der med et barn, der testes positiv for narkotikabrug? Vil det gavne et barn med et begrænset cannabisforbrug at blive afsløret? Og hvad med tillidsforholdet mellem barn og voksen? Er der ikke bedre måder at værne om ungdommen på? Inden jeg får styr på tankemylderet, er seancen ovre. Ministrene skal videre, bliver der sagt, og journalisterne fyrer nogle sidste spørgsmål af, som jeg ikke forstår et kvidder af, eftersom de stilles hurtigere end den svenske kok kan ordne gulerødder.

Men justitsministeren bliver alligevel hængende lidt, og jeg spørger om tilladelse til et ultrakort interview, alt imens overskrifterne popper op for mit indre blik: 'STOF MØDER DEN SVENSKE JUSTITSMINISTER', 'EKSKLUSIVT INTERVIEW MED BEATRICE', 'MINISTEREN TIL STOF: UDVID NARKOTIKATESTNINGEN'.



Justitsministeren indvilliger i at svare på et spørgsmål, og jeg spørger: 'Er du ikke bange for, at det kan blive rigtig dyrt at udvide brugen af drug-tests?'

Ministeren svarer, at en eventuel lovændring næppe vil føre til massive testninger blandt ungdommen. Omkostningerne vil derfor være 'marginale', og desuden er der mange besparelser at hente på behandlingsområdet. Hvis et misbrugende barn bliver afsløret tidligt og indlemmet i behandlingssystemet, vil det minimere risikoen for, at barnet udvikler et langvarigt og omkostningsfuldt misbrug. Ministeren erkender dog, at der ikke er lavet beregninger på, hvor meget det vil koste med den potentielle lovændring. Jeg tager afsked med ministeren og sætter mig for at lokalisere de mange boder, der sælger narkotikatests.

Dag 2: Testningsindustri og testningteknologi

En antropolog i felten er altid på arbejde, og kort efter opvågning gør jeg mig min første, nævneværdige observation: I receptionen på mit hotel hænger et alkometer, som man kan puste i for at se, hvor meget man har i promille. Det er sådan en boks med en længere instruktion påtrykt. Mit testresultat udebliver, og jeg konkluderer, at vi enten har at gøre med en defekt testmaskine eller en lidt for søvnig testperson.

Ved ankomst til messen opsøger jeg en stand, der indehaves af HL Scandinavia. Her sælges der narkotikatests en masse, men personalet i standen er mildest talt skeptiske over for min tilstedeværelse. 'Er dit blad pro-narkotika?' vil de vide, før jeg får afsluttet min første sætning. Pro-narkotika! Hvor kom den fra? Det er sandt, at jeg er skeptisk over for den hastigt ekspanderende og ofte ukritiske brug af narkotikatests, men hvordan i alverden kan HL Scandinavia folkene se det? Muligvis er det den danske dialekt, der afslører mig. Jeg understreger, at jeg bestemt ikke

SÉBASTIEN TUTENGES
ANTROPOLOG, PH.D STUD. VED
CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

skriver for et pro-narkotika blad og prøver ihærdigt at skabe en jovial stemning. Det falder helt til jorden. Resultatet er nogle enkeltstavelsessvar, der kan opsummeres således: 1) HL Scandinavia sælger især narkotikatests til behandlingshjem, sygehuse og skoler, 2) Danmark er endnu ikke et lukrativt marked for salget for narkotikatests og 3) Jeg bør gå hen og snakke med politiet (er jeg under mistanke?)…

Slukøret går jeg videre til det næste narkotikatestnings firma: 'Capio Diagnostiks'. Her får jeg bekræftet, at Sveriges unge i stadig stigende omfang bliver testet for narkotikabrug. Typisk foregår det ved, at en elev med mistænkelig adfærd trækkes til side og screenes ved hjælp af en urinprøve (pris: cirka 80 svenske kroner). Er prøven positiv, tages endnu en urinprøve, og denne indsendes til et laboratorium, der med forholdsvis stor sikkerhed kan vise, om eleven har taget stoffer (pris: cirka 400 svenske kroner for hvert stof, der måles på). Priserne lyder måske overkommelige, men tænk på de svenske firmaer, der tester alle lovende jobansøgere samt suspekte ansatte. Det kan hurtigt give store pekuniære og menneskelige omkostninger.

Intermezzo

Det er her værd at nævne en artikel af Thomas Heldmark, der for nylig blev trykt i det svenske blad 'Alkohol og Narkotika'. Heldmark har set nærmere på Årjung Gymnasium, hvor det er kutyme at narkotikateste elever med høj fraværsprocent, blakket rygte, dårlige studieresultater og ulden fremtoning. Nægter elever at lade sig teste, bliver de bortvist fra undervisningen. Men hvad sker der med de testede elever? Heldmark skriver: 'Hidtil har ingen af gymnasiasterne, der er blevet narkotikatestet, gjort studiet færdigt. Alle er droppet ud uden eksamensbevis og er flyttet - uanset hvad testresultatet har været'.

Den 18-årige Svante er en af de udvalgte, der har været udsat for testning. Midt i en time blev Svante og en kammerat hentet af kuratoren. 'Er det en urinprøve?', ville vennen vide. 'Ja', svarede kuratoren foran hele klassen. Svante fremhæver det ubehagelige i at blive mistænkeliggjort og udpeget og må nu gisne om, hvem i omgangskredsen, der mente, han burde testes. Han har erfaret, at det var en lærer. Mere ved han ikke. 'Alle ved, hvem jeg er, men jeg får ingenting at vide', siger han. Testen var negativ, men nogen undskyldning fik han aldrig (Heldmark 2007).

Narkotikahunden Yazza

Tilbage til vore firbenede venner. Der er opvisning med Yazza – en schäfer, der tager sit arbejde meget alvorligt. Man kan vel kalde den en slags workaholic inden for snuseerhvervet. Den pisker rundt med en oppasser på slæb og snuden alle vegne. Først skal fem tasker undersøges. Det tager ikke mange sekunder, før den rette taske udsættes for intens kradsen. En mand med en mikrofon forklarer, at sporhunde er ypperlige hjælpemidler, hvis man vil skabe stoffri behandlingssteder. Hunde kan afsøge et rum på få sekunder, og deres blotte tilstedeværelse afskrækker patienter fra at opbevare stoffer. Desuden er hunde er jo menneskets bedste ven, og de er med til at skabe en god stemning.

Så er tiden inde til at undersøge tre personer, hvoraf én af dem er i besiddelse af narkotika. Yazza starter med en ung mand, der har meldt sig frivilligt, og som ikke burde være i besiddelse af stoffer. Og her er det så, at det bliver tydeliggjort, at en hund nu engang er en hund. Også selvom den har gennemgået en uddannelse til 300.000 svenske kroner. Yazza stikker resolut og insisterende snuden ned i mandens skridt. Publikum holder vejret, og der går nogle lange øjeblikke, før oppasseren får hunden på andre tanker. Men så går det heldigvis hurtigt med at finde stofferne på den rette person. Vi tilskuere klapper ivrigt.

SVERIGE MOT NARKOTIKA

Konceptet bag arrangementet forklares på hjemmesiden som følger:
'Konferencen og messen SverigeMotNarkotika er den største, gentagne manifestation af svensk narkotikapolitik. Hvert andet år siden 1993 er konferencen og messen blevet gennemført med forskellige temaer som udgangspunkt. Her mødes de, som arbejder mod narkotika og dennes fatale konsekvenser for mennesker og samfund, for at dele erfaringer, nye fakta og forskningsfund. Baggrunden for messen og konferencen var blandt andet Sveriges forestående indtræden i EU [det skete i 1995] og de farer, som fandtes i forbindelse med at åbne grænserne mod Europa. Arrangører af messen er centrale myndigheder og organisationer, som forestår forebyggende indsats, behandling og kontrolindsatser inden for stof- og narkotikaområdet.'

FAKTA: 101 stande, 36 afholdte seminarer, 3 store møder i plenum, indlæg af blandt andre justitsminister Beatrice Ask og sundhedsminister Maria Larsson, over 1.300 deltagere.
Se mere på hjemmesiden: www.sverigemotnarkotika.se

UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime

Værd at rose

Svensk narkotikapolitik udpeges af FN som model for resten af verden

AF ANTONIO MARIA COSTA

I løbet af de sidste tre årtier er brugen af rusmidler steget i Europa. Flere eksperimenterer med stoffer og flere bliver regulære brugere, hvilket medfører flere problemer for et allerede belastet nationalt sundhedssystem. Derfor høres i europæisk sammenhæng den udlægning, at narkotikapolitikken har fejlet i bestræbelserne på at dæmme op for et omfattende problem.

Sverige er en bemærkelsesværdig undtagelse. Brugen af stoffer blandt studerende er lavere end i de tidlige 1970'ere. Livstidsprævalensen og jævnlig brug af stoffer blandt studerende og befolkningen generelt er betydeligt lavere end i resten af Europa. Helt modsat den generelle udvikling i Europa er misbruget af stoffer faktisk blevet mindre i løbet af de sidste fem år. Denne præstation fortjener anerkendelse.

Personligt er jeg overbevist om, at nøglen til Sveriges succes er, at regeringen har taget narkotikaproblemet alvorligt og udviklet passende indsatser til at imødegå det. Både indsatsen mod efterspørgsel og mod udbud spiller en vigtig rolle i Sverige. Tilmed monitorerer regeringen narkotikasituationen løbende, efterser politikken fra tid til anden og foretager ændringer, hvor der er behov for det.

Sverige har - selvfølgelig – nogle fordele i arbejdet med at håndtere narkotikaproblemet. Sverige ligger ikke tæt på de store narkoruter. Den økonomiske ulighed – som ofte går hånd i hånd med kriminelle aktiviteter, inklusive narkotikahandel – er lav. Arbejdsløshed, herunder ungdomsarbejdsløshed, er under gennemsnittet i Europa. Dette nedsætter risikoen for stofmisbrug. Internationale undersøgelser viser, at den svenske befolkning er særlig sundhedsbevidst – og dermed mindre tilbøjelig til at anvende stoffer i stor skala. Der er bred enighed om, at produktion af, handel med og brug af stoffer ikke skal tolereres. Dette budskab formidles klart og utvetydigt til hele befolkningen, navnlig til landets unge. Sidst, men ikke mindst, har Sverige - med landets stærke økonomi – de nødvendige midler til at afsætte tilstrækkelige ressoucer til at gøre noget ved narkotikaproblemet. Stigningen i narkotikakontrol-budgetterne i de senere år er gået hånd i hånd med mindre brug af narkotika.

Det er min faste overbevisning, at den generelt positive situation i Sverige er et resultat af den politik, der har været anvendt for at imødegå problemet. Dét Sverige har udrettet er yderligere bevis på, at i sidste ende er enhver regering ansvarlig for størrelsen af sit lands narkotikaproblem. Samfund har ofte de narkotikaproblemer, de fortjener.

Denne oversatte tekst udgør Executive Director Antonio Maria Costas forord til rapporten: 'Sweden's Succesfull Drug Policy: A review of the Evidence', UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), September, 2006. Raporten kan ses i sin helhed på: www.unodc.org

Steve Rolles er informationsmedarbejder i Transform Drug Policy Foundation.
Efter aftale med det engelske blad 'Druglink' bringes denne oversættelse af artiklen 'Swedish Massage' fra volume 22, Issue 3, side 5 (may/june 2007).

Duksen Sverige - set med engelske øjne

Tilhængere af en hårdere linie i England fremhæver den svenske model. Men i følge Steve Rolles er det både overforenklende og vildledende at udråbe Sverige til narkotikapolitisk verdensmester.

AF STEVE ROLLES

I septembet sidste år fremkom UN Office of Drugs and Crime med en rapport med titlen 'Sweden's succesfull drug policy: a review of the evidence' ('Sveriges succesrige narkotikapolitik: en gennemgang af evidensen). I forbindelsen med lanceringen af dokumentet gentog Antonio Costa, lederen af UNODC, sit slagord om 'at samfund har de narkotikaproblemer, som de fortjener' og gjorde opmærksom på, at der i tilfældet Sverige er et bemærkelsesværdigt sammenfald mellem en restriktiv narkotikapolitik og et generelt lavt forbrug af stoffer.

Både i ånd og bogstav følger Sveriges 'succesfulde' politik nøje den politik som UNODC går ind for. Sammenlignet med resten af Europa har Sverige et lavt forbrugsniveau af stoffer. På globalt plan kan man konstatere et stigende forbrug, så det er ikke overraskende at FN's narkotikakontor vælger at udråbe Sverige som foregangsland på baggrund heraf. Måske er det ikke helt tilfældigt, at Sverige er UNODC's tredje største bidragsyder (9 % af budgettet) efter USA (13 %) og Italien (11 %), og har det klart udtrykte og entydige mål at stræbe efter et narkotikafrit samfund. Kendetegnende herfor er den skrappe nul-tolerance indstilling, som består i håndfast kriminalisering, en omfattende afvisning af skadesreduktionsprincipper og fokus på afholdenhedsorienteret (tvangs-)behandling.

Ved at lægge så stor vægt på prævalenssuccesen forbigår UNODC imidlertid nogle af de mindre positive aspekter af Sveriges narkotikapolitik. Ifølge landets gryende brugerbevægelse har aversionen mod skadesreduktion (som deles med UNODC, men bemærkelsesværdigt nok ikke med WHO og UNAIDS) bidraget til, at Sveriges narkodødsfald er fordoblet siden 1990 fra omkring 200 til cirka 400 årligt, hvilket ligger højt på den europæiske rangliste. Ligeledes er problematisk brug af stoffer næsten fordoblet siden 1980 til et niveau nærmere det europæiske gennemsnit.

Ydermere er Costa's antagelse om at der er en årsagssammenhæng mellem prævalens og narkotikakontrolpolitik på UNODC-manér uholdbar. Adskillige lande har tilsvarende eller lavere brugsniveauer end Sverige, men har en meget anderledes narkotikapolitik. For eksempel har Grækenland (ifølge EMCDDA) det laveste forbrug af narkotika i Europa, men per indbygger bruger man i Grækenland sammenlignet med Sverige kun 1/50 del på narkotikarelaterede udgifter per indbygger. Holland - som fører en tolerant, skadesreduktionsbaseret politik, der står i direkte modsætning til Sveriges UNODC model - ligger også betragteligt under det europæiske prævalensgennemsnit og bruger mere end Sverige per indbygger. Omvendt ligger England med sin repressivt orienterede linie i toppen af de fleste europæiske prævalensstatistikker, samtidig med at man ligger nummer tre på europæisk plan i narkotikarelaterede udgifter. Endnu har vi til gode at se en FN-rapport med titlen 'Englands forfejlede narkotikapolitik: en gennemgang af evidensen'. Tog den engelske regering Costas analyse for gode varer, skulle den undre sig over, hvad regeringen har gjort for at 'fortjene' vore høje prævalensrater.

Dr. Peter Cohen, tidligere leder af center for narkotikaforskning ved Amsterdams universitet, har argumenteret for, at det relativt lave narkotikaforbrug i Sverige snarere er udtryk for en veletableret afholdenhedskultur end noget, som skulle være forårsaget af en repressiv narkotikapolitik, idet Sverige historisk set har ligget lavt, både hvad angår forbrug af alkohol, tobak og lægeordinerede stoffer. Det er også værd at påpege, at Sverige har et relativt lavt niveau af social ulighed, nød og arbejdsløshed, sammenholdt med et meget højt niveau af social- og sundhedsydelser.

MICHAEL JOURDAN
FILOSOF OG REDAKTØR PÅ STOF

9 ikke-narkotika-politiske faktorer med beskyttende indflydelse:

Denne artikel bygger på bogen, *'The Swedish Drug Control System – an in-depth review and analysis'* af Tim Boekhout van Solinge, Amsterdam, 1997.

AF MICHAEL JOURDAN

Man kan lave lange lister af beskyttende faktorer på individniveau – ting, der beskytter det enkelte menneske mod at blive misbruger, og ting, der beskytter mod at det går helt galt, når det går galt.Man kan også lave lister over beskyttende faktorer på nationalt plan. Når Sverige er 'verdensmester' i lav prævalens kunne det skyldes andet og mere end narkotikapolitikken. Hvilke faktorer kunne spille forstyrrende ind i tolkningen af narkotikapolitikkens virkningsfuldhed? Hvis vi antager, at hvad der sker påvirkes af andet og mere end lovgivning og 'policy', kunne man eksempelvis inddrage følgende forhold:

1) Befolkningstæthed og by/land

Narkotikaforhandling kræver en vis befolkningstæthed for at være ladsiggørlig og profitabel.

Storbyer leverer en påkrævet anonymitet. Sverige er et meget stort land, og befolkningstætheden er blandt de laveste i Europa. Også urbaniseringsgraden er forholdsvis lav: en betydelig del af befolkningen bor på landet resulterende i en vis policy-uafhængig beskyttelse.

2) Kolonihistorie

I mange lande har tidlige immigranter fra forhenværende kolonier - med tradition for brug af stoffer og med forbindelser til oprindelseslande - været impliceret i udbredelsen af stoffer.

Sverige har ikke haft kolonier uden for Europa og har i store dele af det tyvende århundrede ikke haft immigranter i et omfang af betydning.

3) Konformitet og subkulturer

At bruge stoffer er en subkulturel aktivitet. Stofmisbrug er et brud med gængse normer. Sveriges befolkning er forholdsvis homogen og konformitet er en vigtig norm. 'Des mere ens vi er, des bedre'. I Sverige ses der ikke positivt på excentricitet, afvig og alternative selvmedicineringer.

4) Perifær beliggenhed

Jo mere centralt et land ligger, jo hurtigere og stærkere kommer kulturelle omvæltninger til en.

Centralitet i forhold til de internationale handelsveje betyder også lettere smugling af illegale produkter. Sverige ligger på Europas periferi, hvilket udgør endnu en beskyttende faktor.

5) Immigrantarbejdere

Mange lande har periodisk importeret arbejdskraft fra fjerne kulturer med anderledes rusmiddel traditioner. Sveriges immigrantarbejdere er traditionelt kommet fra Finland. At et rigt land har kunnet hente sin arbejdskraft i et forholdsvis fattigt samfund tæt på, er en enestående situation.

6) Velfærdssamfund

Jo mindre man har at miste, jo mere tillokkende kan stofferne være. Lighed har været en central værdi i udviklingen af den svenske velfærdsstat, som på mange fronter har sikret en enestående høj levestandard for flertallet af befolkningen, og dermed indirekte skabt et bolværk mod misbrug.

7) Arbejdsløshed

Lediggang er roden til meget ondt. Indtil 1990'erne har Sverige været begunstiget af en ekstraordinær god økonomi med en relativt lav arbejdsløshed til følge. Høj beskæftigelse har i lange perioder været endnu en virksom beskyttende faktor.

8) Folkehjemmet og udstødelse

Fra 1936 og frem har Socialdemokratiet nærmest haft patent på regeringsmagten i Sverige. Programmet for den svenske velfærdsstat – 'folkhemmet' – er en unik konstruktion. Der er bred opbakning til at give staten en central beskytterrolle. Borgerne skal værnes mod alsken fare, nød og elendighed. Få lande - om nogle overhovedet - har magen til vugge-til-grav sikkerhedsnet.

9) Organisering

I gennemsnit er hver svensker medlem af fire organisationer/bevægelser/foreninger, mens kun hver tiende svensker ikke er medlem af en 'folkrörelse'. Sverige er et meget velorganiseret land. Det betyder – alt andet lige - langt større mulighed for gennem frivilligt arbejde at støtte lokale initiativer og bestræbelser, end i lande med lavere organisationsgrad.

Status over behandlingsgarantien på stofområdet

I efteråret 2006 fik Center for Rusmiddelforskning af Socialministeriet i opdrag at gøre status over behandlingsgarantien for stofmisbrugere, før ansvaret for denne overgik til kommunerne. I den forbindelse blev der gennemført 18 interviews med ledere af amters/kommuners misbrugscentre. Dertil kommer analyse af 443 klientcases, der er udvalgt vilkårligt fra de fleste amter og udvalgte kommuner jævnt fordelt i landet. Rapporten om undersøgelsen kan downloades fra Center for Rusmiddelforsknings hjemmeside: www.crf.dk I forbindelse med offentliggørelse af undersøgelsen udsendte Socialministeriet nedenstående pressemeddelelse d. 25. maj 2007:

PRESSEMEDDELELSE

AMTERNE SVIGTEDE BEHANDLING AF STOFMISBRUGERE

En undersøgelse bestilt af Socialministeriet viser, at amterne i fire ud af ti tilfælde ikke levede op til behandlingsgarantien for stofmisbrugere. Tallene tilbageviser amternes hidtidige forsikringer om, at garantien blev overholdt. 'For ringe', mener socialministeren, der nu vil sikre en effektiv behandlingsgaranti i kommunerne, som har overtaget opgaven fra amterne.

Center for Rusmiddelforskning har evalueret behandlingsgarantien for stofmisbrugere, som blev indført i 2003. Evalueringen viser, at 41.5 procent af de behandlede narkomaner ikke har modtaget behandling indenfor 14 dage, sådan som de har krav på.

– Amterne svigtede stofmisbrugerne, og tegnede et vildledende billede af behandlingen af stofmisbrugere, siger socialminister Eva Kjer Hansen. Amterne har simpelthen ikke levet op til kravene i behandlingsgarantien. Det er dybt beklageligt for stofmisbrugerne, som i forvejen er en sårbar gruppe. Jeg vil nu sikre, at kommunerne udfører opgaven bedre end amterne gjorde. Folketinget har givet en behandlingsgaranti, og den skal overholdes. Stofmisbrugere, der er parate til at modtage hjælp, skal også have hjælp inden for 14 dage. De skal ikke vente i måneder på en venteliste.

Undersøgelsen viser, at amterne og misbrugscentrene selv har været af den opfattelse, at de overholdt garantien, og at der kun skete ganske få overtrædelser af behandlingsgarantien.

De forkerte indberetninger skyldes ifølge undersøgelsen, at amterne enten har fejllæst eller slet ikke læst vejledningen om behandlingsgarantien. Amterne har fx fejlagtigt forlangt, at klienten skal møde op på misbrugscentret, før det blev anset som en anmodning om behandling. Nogle misbrugscentre har anset første samtale som påbegyndelse af behandling, hvilket heller ikke er korrekt. Evalueringen viser også, at en række stofmisbrugere kun har modtaget metadonbehandlingen uden samtidig at få tilbudt social behandling ved siden af.

Loven og vejledningen slår klart fast, at fristen på de 14 dage træder i kraft fra det øjeblik, en misbruger henvender sig om behandling uanset om det er sket telefonisk eller ved fremmøde. De vejledende regler for den lægelige såvel som den sociale behandling beskriver også klart, at metadonbehandling skal ledsages af tilbud om social indsats.

Det er i dag kommunerne, der har overtaget ansvaret for af stofmisbrugere, efter kommunalreformen trådte i kraft ved nytår.

– En bred indsats med efteruddannelse, gode eksempler, dokumentation og kvalitetskrav skal sikre, at stofmisbrugerne får den hjælp, som de har krav på og brug for. Jeg er sikker på, at kommunerne vil vise, at de kan gøre det væsentligt bedre end amterne gjorde det, siger socialministeren.

For at sikre at stofmisbrugere får den behandling de har ret til, vil socialministeren:

- Forpligte alle kommuner til at indberette om ventetider på at komme i behandling. For at sikre, at indberetningerne er valide, vil der løbende blive lavet stikprøver.
- Gennemføre et landsdækkende uddannelsesforløb for kommunale sagsbehandlere, der arbejder med området, så det sikres, at de kender reglerne og de har nødvendige redskaber så stofmisbrugerne kan få den hjælp, som de har krav på.
- Udarbejde en metodebog om 'God stofmisbrugsbehandling' baseret på gode eksempler fra kommuner og behandlingstilbud, der har succes med at hjælpe stofmisbrugerne.
- Løfte kvaliteten i sagsbehandlingen med et kvalitetsudviklingsprojekt. Tjeklister og andre it-baserede hjælpemidler skal sikre, at misbrugerne altid inddrages i sagsbehandlingen og dermed får en individuel begrundet og forståelig skriftlig afgørelse af deres sager.
- Oprette et landsdækkende fagligt netværk bestående af centrale parter, KL og repræsentanter fra kommunerne og fra bruger- og pårørende organisationer. Netværket skal mødes 1-2 gange om året og drøfte ny viden, aktuelle temaer. Netværket skal sikre, at brugerne og de pårørende bliver hørt i debatten om behandling og social indsats.
- Desuden gennemføre en kvalitativ evaluering af indholdet i behandlingen af stofmisbrugere. Undersøgelsen skal give et overblik over eksisterende viden fra Danmark og relevante internationale undersøgelser. Brugersynspunkter skal inddrages i denne evaluering

Kilde: www.sm.dk

Med tilladelse fra Teknologirådets sekretariat bringer STOF denne artikel fra rådets nyhedsbrev til Folketinget 'Fra rådet til tinget' nr. 243, juni 2007. Nyhedsbrevet rapporterer fra høringen om lægeordineret heroin, som Folketingets Social- og Sundhedsudvalg holdt i Landstingssalen 25. maj 2007 i samarbejde med Teknologirådet. Nyhedsbrevet er skrevet af freelance journalist Thomas Klenow With.

Fra rådet til tinget
TEKNOLOGIRÅDETS NYHEDSBREV TIL FOLKETINGET

Lægeordineret heroin **NU**

Baseret på udenlandske erfaringer er der basis for at skride direkte til handling

DANMARK BØR LÆRE AF UDLANDET > Danmark har en gruppe hårdt belastede narkomaner, som kan blive hjulpet med lægeordineret heroin. Det drejer sig om en lille del af de i alt 9–11.000 heroinafhængige stofmisbrugere. Ud landet har for længst leveret beviserne på, at en sådan behandling kan gennemføres forsvarligt og med resultater.

SPRING FORSØGSORDNING OVER > Derfor skal vi ikke spilde tiden med en forsøgsordning, mener mange eksperter. Der skal dog forundersøgelser til, fastholder Peter Ege fra Københavns Kommune.

REDUCERER KRIMINALITET > Heroin hjælper på stofmisbrugernes helbred, giver færre dødsfald, og kan give en kraftig reduktion i den narkotikarelaterede kriminalitet.

Muligheden for at give gratis heroin til hårdt belastede narkomaner er dukket op i den danske debat med regelmæssige mellemrum.

Ideen har vundet flere og flere tilhængere, og på høringen om lægeordineret heroin fik den endnu et løft. Fra dagens begyndelse var der lagt op til, at det var et muligt forsøg, der skulle diskuteres. Alligevel gik stemningen mod slutningen af høringen mere i retning af: Se nu at komme i gang – de hårdest belastede stofmisbrugere har ikke tid til at vente.

Metadon og heroin

I mange år har man i Danmark behandlet narkomanermed syntetisk morfin, herunder metadon. Men for en mindre gruppe narkomaner har det vist sig at være utilstrækkeligt. Flere steder i udlandet er man derfor gået skridtet videre og har indført behandling med heroin som supplement til metadonbehandlingen for en nøje udvalgt gruppe stofmisbrugere. Beretninger og forskningsrapporter fra disse forsøg har længe været kendt blandt danske eksperter. Men nu blev der sat ansigter og stemmer på. Forskere fra Schweiz, Holland og Tyskland var inviteret til at berette om deres erfaringer, og de kunne fortælle, at den lægeordinerede heroin for længst er gjort til fast behandlings-praksis i Schweiz og Holland – og at den formentlig også bliver det i Tyskland. Forsøg tager tid Klinisk overlæge fra Københavns Kommune, Christian Hvidt, gjorde på høringen rede for de krav, man måtte stille til et seriøst dansk forsøg med lægeordineret heroin. Krav der blandt andet betyder, at misbrugerne skal gå til undersøgelse, udredning og kontrol i mellem tre og seks måneder for at få udfyldt de nødvendige forsøgs-protokoller - før de udvalgte misbrugere kan få deres heroin. Her var det så at stemningen begyndte at vende. Flere deltagere mindede om, at de for ni år siden havde siddet til en lignende høring og havde diskuteret samme emne. I mellemtiden er der kommet flere udenlandske undersøgelser, der peger i en og samme retning. Nemlig at lægeordineret heroin har stor positiv effekt for en særlig gruppe narkomaner. Så nu kan man ikke vente længere, mente de. Sat på spidsen drejer det sig om et valg mellem ordentlig videnskab og hensynet til en gruppe såkaldte 'kaotiske narkomaner', der lever en kummerlig tilværelse.

Et veludført heroinforsøg tager tid, og først bagefter vil man på baggrund af forsøget kunne tilbyde den optimale behandling efter de særlige forhold, der gør sig gældende i Danmark. Men konsekvensen er, at mange hundrede af de hårdest belastede narkomaner, skal vente endnu nogle år, før de kan få en behandling, der kan stabilisere deres liv, og formentlig redde en del af dem fra at dø, som formanden for Rådet for socialt udsatte, Preben Brandt argumenterede. Kan vi da ikke bare gå i gang? lød spørgsmålet til overlæge Christian Hvidt, der fulgte stemningen ved at sige, at han da var 'frisk på at gå i gang med en heroinbehandling med det samme' – men tilføjede: 'Så kan vi sidde om aftenen og fortælle hinanden, hvor godt det er gået.' Minimumsbetingelser Socialoverlæge Peter Ege, fra Københavns Kommune - der ikke deltog i høringen - mener, at der ikke er nogen vej uden om forun-

FOTO: MICHAEL JOURDAN

OPLÆGSHOLDERE

Annemarie Outze, Landsforeningen af pårørende til stofmisbrugere

Christian Hvidt, Københavns Kommune

Evy Frantzsen, Det Juridiske Fakultet, KU

Jürgen Rehm, Research Institute for Public Health and Addiction, Zürich

Jørgen Kjær, Brugerforeningen

Liese Recke, KABS, Gadejuristen

Mads Uffe Pedersen, Center for Rusmiddelforskning, AU

Michael Lodberg Olsen, Foreningen for narkoløsninger på Vesterbro

Preben Brandt, Rådet for Socialt Udsatte

Thomas Fuglsang, KABS

Uffe Juul Jensen, Center for Sundhed, Menneske og Kultur, AU

Uwe Verthein, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamborg

Vincent Hendriks, Parnassia Addiction Research Center (PARC), Holland

Politikerpanel:
Birthe Skaarup (DF)
Pia Kristensen (DF
Hans Andersen (V)
Sophie Hæstorp Andersen (S)
Karin Nødgaard (DF)
Tom Behnke (KF)
Pernille Frahm (SF)
Charlotte Fischer (RV)
Per Clausen (EL)

dersøgelser: 'Det er klart, at er du misbruger, så vil du hellere have heroin i dag end i morgen. Men så hurtigt får vi det altså ikke. Det ville være uforsvarligt. Man kan diskutere, om vi skal have randomiserede forsøg med en kontrolgruppe som i Tyskland og Holland. Det kan vi måske godt undvære. Men det som Christian Hvidt stiller op, det er er minimumsbetingelser.' 'Hvis vi skal vide, hvad vi gør, så må vi have en rimelig præcis beskrivelse af, hvordan patienterne har det, så vi kan måle resultaterne. Det kræver at vi vurderer deres sundhedstilstand, og ja, det vil tage tre-seks måneder. Men det er jo ikke længe i forhold til, hvor længe de allerede har ventet. Og de får jo stadig deres metadonbehandling. I det tyske forsøg var det nok til at fastholde dem.'

Ingen mirakel medicin

Lederen af Center for Rusmiddelforskning i Århus, Mads Uffe Pedersen opfordrede fra første færd til at slå koldt vand i blodet. Lad være med at tro, at lægeordineret heroin er en mirakelløsning for de 9-11.000 danske stofmisbrugere, der er afhængige af heroin. Baseret på de udenlandske erfaring er der kun 600-1000 af dem, der kan komme på tale til lægeordineret heroin, sagde han. Svarende til to-tre pct. af alle danske stofmisbrugere. Til gengæld kan man hjælpe en gruppe mennesker, som er ekstremt hårdt belastede og lever et næsten ufatteligt usselt liv med sår, bylder, dårlige tænder, leverbetændelse, gadeprostitution, blandingsmisbrug, psykiske sygdomme, kriminalitet, fængselsophold, trusler, vold og død. En gruppe som erfaringsmæssigt ikke kan fastholdes med de gængse behandlinger, hverken med stoffri abstinensbehandling eller med metadonvedligeholdelse, forklarede han.

Sundhed og besparelser

Oveni kommer, at heroin-behandling til narkomaner også gavner samfundet – fordi heroinbehandlede narkomaner begår langt mindre kriminalitet. Det kan spare store penge, viser de udenlandske heroin-undersøgelser, der alle kredsede om disse to spørgsmål – sundhed og økonomi. Dog med forskellig vægtning. De første schweiziske forsøg udsprang af den kaotiske situation i den såkaldte 'Nålepark' i Zürich – en offentlig park med et stærkt synligt stofmisbrug, der plettede landets velfriserede omdømme i udlandet. Forsøget i Schweiz blev en sundhedsmæssig succes for de narkomaner, som blev godkendt til at være med. Syv ud af ti var stadig i behandling efter et år – hvilket indenfor misbrugsbehandling er en høj succesrate. Og mange gik videre til stoffri afvænning. Men i den schweiziske befolkning er det imidlertid ikke så meget hensynet til narkomanernes ve og vel, der har spillet en rolle. Heroin-programmet er godkendt ved tre folkeafstemninger, hvor dets positive effekt på den narko-relaterede kriminalitet har været det afgørende argument. 100.000 kr. sparet pr. stofmisbruger Holland har gennemført en grundig cost-benefit analyse. En gruppe universitetsøkonomer har beregnet, at samfundet i snit sparer rundt regnet 100.000 kroner for hver stofmisbruger, der kommer i behandling med lægeordineret heroin. Problemet med regnestykket er imidlertid, at det langt hen ad vejen er 'de forkerte', der sparer penge. Nemlig forsikringsselskaberne. Besparelserne kan ikke bare flyttes over i misbrugsbehandlingen, som den efterfølgende debat viste. Tværtimod skal der til en behandling med lægeordineret heroin i runde tal findes 150 millioner kroner om året, påpegede folketingsmedlem Hans Andersen (V). Penge der skal findes, hvis man vil sikre en mindre gruppe hårdt belastede medborgere et nogenlunde værdigt liv.

Heroin er nyt og spændende Men pengene til heroinbehandling skal

FOTO: MICHAEL JOURDAN

nok komme, vurderer Peter Ege. I forvejen bruges 600-700 millioner kroner på behandling af stofmisbrugere. Men 'behandlingsintensiteten er lav, og smørret er spredt tyndt ud,' siger socialoverlægen: 'Politikerne vil hellere bevilge penge til noget nyt og spektakulært, frem for at øge kvaliteten i den nuværende behandling. Mange behandlere taler for flere penge til metadonbehandling og til psykosocial behandling. Men der er ikke den store politiske vilje til at opruste misbrugsbehandlingen på den kedelige måde med flere penge til personaleressourcer. Og der er også en gruppe misbrugere, som ikke kan profitere af den. Så jeg tror nok vi skal få penge til heroin-behandling,' siger Peter Ege. Erfaringerne fra udlandet peger i øvrigt i retning af, at kvaliteten i hele behandlingssystemet stiger, når heroin-behandlingen indføres. Måske på grund af en generelt øget opmærksomhed.

Fremtiden med heroin-behandling

Kigger man fem-ti år frem i tiden – hvor heroinbehandlingen måske er blevet en del af den danske behandlings-palet – må man forestille sig omkring ti heroin-centre rundt om i landet. En række centre i København, et par stykker i Århus og et i nogle større provinsbyer, mente Mads Uffe Pedersen, leder af Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet. I Schweiz, som har længst erfaring – men også en særlig geografi – har man flere steder placeret centre for udlevering af lægeordineret heroin i byer med ned til 20.000 indbyggere. I begyndelsen vakte det stor modvilje. Men accepten har indfundet sig, i takt med det mærkbare fald i kriminaliteten. En basal forskel mellem metadon og heroinbehandling består i, at metadonen kan indtages en enkelt gang om dagen, mens heroin kræver flere daglige indtag. I praksis gives heroin sammen med metadon, der tager de værste abstinenser. Men det rører ikke ved, at heroinen skal tages betydeligt oftere end metadon. Løsningen på længere sigt kan være 'tag-med-hjem doser', foreslog Christian Hvidt. Noget man ikke har prøvet andre steder, men dog overvejet i Holland.

Heroin: En inhuman, teknisk løsning

En enkelt kraftig stemme rejser sig imod den positive stemning til fordel for den lægeordinerede heroin. Den kommer fra Landsforeningen af pårørende til stofmisbrugere, hvis formand er Annemarie Outze: Hovedargumentet er, at heroin-behandlingen fjerner forældrenes sidste håb, om at deres søn eller datter kan blive stoffri – samtidig med at heroin giver en rus og efterfølgende nedture, der gør normal menneskelig kontakt meget vanskelig. Dermed mister man endeligt sit barn. 'Der er ikke tale om human narkobehandling, men om en teknisk løsning – man lapper på et sår, som man godt ved ikke vil læges, fordi kuren er forkert.' Forældreforeningen slog et slag for i stedet at intensivere den psyko-sociale behandling. Andre pårørende tog dog på høringen afstand fra synspunktet hos Landsforeningen af pårørende til stofmisbrugere, og opfordrede i stedet til at sætte gang i heroin- behandlingen så hurtigt som muligt.

Program, deltagerliste, oplæg samt Podcast fra høringen kan hentes på www.tekno.dk

EFTER HØRINGEN: HVAD SKER DER SÅ NU?

Hvorvidt der skal indføres forsøg med lægeordineret heroin i Danmark har været diskuteret i mange år. Afgørelsen er i sidste ende en politisk beslutning, og indtil nu har der ikke været et flertal for det i folketinget.

I februar 2007 foreslog SF, Socialdemokraterne, De Radikale og Enhedslisten at et forsøg blev igangsat. Forslaget var til 1. behandling i Folketinget d. 11. maj 2007. Efter debat blev forslaget henvist til Sundhedsudvalget. Forslag B 143, debat og bilag findes på Folketingets hjemmeside, www.ft.dk, under 'Beslutningsforslag under Indenrigs- & Sundhedsministeriets område'.

I Bilag 3 oplyser Indenrigs- & Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, at han har bedt Sundhedsstyrelsen om at udarbejde en samlet, sundhedsfaglig redegørelse for den aktuelle viden om denne behandlingsform. Styrelsen har siden bekræftet at en sådan redegørelse vil foreligge senest d. 15. oktober 2007.

Det sundhedsministeren dog især er interesseret i at få mere viden om er et engelsk forsøg, der først forventes afsluttet i 2008. I dette forsøg sammenlignes effekten af henholdsvis injicerbar heroin, injicerbar metadon og 'almindelig' metadonbehandling. Før resultaterne fra dette forsøg foreligger mener sundhedsministeren ikke, at spørgsmålet om heroinbehandling kan blive fuldt belyst.

RED.

L7

- Muligheder og problemer i behandlingen af mennesker med dobbelt diagnose

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

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

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

I KASA har man valgt at lave et intensivt tilbud specielt rettet mod de dårligste blandt de dobbeltdiagnosticerede. Ambulatoriet definerer selv sin målgruppe som mennesker med en alvorlig psykisk lidelse, et alvorligt, kaotisk misbrug og en kaotisk social situation. Disse mennesker er stort set identiske med den gruppe mennesker, som Narkotikarådet definerer som 'de svært integrerbare psykisk syge misbrugere' (1). Ifølge Narkotikarådet er denne gruppe karakteriseret ved, at 'de på alle måder er svære at rumme – de er så at sige 'ustyrlige' – og passer ikke ind i de eksisterende/traditionelle institutionsrammer' (Ibid: 9).

Det behandlingstilbud, man har etableret med KASA, er midlertidigt, og man arbejder hen mod at behandle og stabilisere brugerne, så de efter et behandlingsforløb kan klare sig med et mindre intensivt tilbud. Behandlingen er en kombination af medicinsk behandling, kognitiv miljøterapi og forskellige former for samtaleterapi, blandt andet på kognitiv basis. Behandlingen varetages af et tværfagligt team bestående af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, pædagog, socialrådgiver, psykolog og psykiater. De fleste blandt personalet har erfaring fra psykiatriske afdelinger.

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

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

En typisk bruger

Én måde at præsentere KASA's 25 brugere på kan være at konstruere en case, som sammenfatter typiske forløb:1 Jens er en mand i midten af 40'erne. Han bliver henvist fra et misbrugsbehandlingssted, fordi han har det psykisk dårligt. Han er hjemløs, bor lidt rundt omkring – hos venner, familie og på et herberg. Jens har i perioder tidligere i sit liv boet sammen med en kæreste. Han har brugt heroin siden sin ungdom, senere er andre stoffer og alkohol kommet til. Han har været i metadonbehandling i en del år.

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

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

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

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

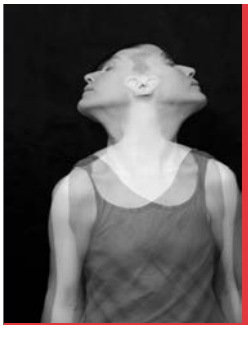
Case manageren involverer kommunen i forsøget på at skaffe ham en lejlighed, hvilket lykkes i løbet af en måneds tid.

Da Jens flytter i egen lejlighed – hvilket han er glad for – bliver hans stemmer værre. Han har svært ved at være alene og svært ved at undvære alkoholen. I løbet af et par måneder supplerer han sin udleverede metadon med samme mængde illegal metadon og en mængde illegale benzodiazepiner. Han beskriver selv, at han har brug for det, når stemmerne er der. Samtidig hjælper det ham til at undvære alkoholen. Misbruget finansierer han ved tyveri. Misbruget belaster hans kontakt med forældrene og øvrige pårørende.

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

Fælles træk

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



ARTIKELSERIE OM KASA, KØBENHAVNS AMTS SPECIAL AMBULATORIUM

Denne artikel er den anden i en serie af artikler om KASA, og behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose. Artiklerne præsenterer data fra et antropologisk forskningsprojekt, der består af deltagerobservation og kvalitative interviews med både brugere og personale.

I STOF nr. 8, 2007 skrev Katrine Schepelern Johansen om bl.a. brug af caféfunktionen i det ambulante behandlingstilbud til psykisk syge stofbrugere i KASA. I forbindelse med kommunalreformen overgik KASA til Glostrup Kommune sammen med den øvrige misbrugsbehandling i Københavns Amt. Målgruppen er dog stadig mennesker med en dobbelt diagnose bosat i det tidligere Københavns Amt.

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

Begge disse forhold – kompleksiteten i problemerne og forhindringer for at søge hjælp – peger på, at case management som metode er en god tilgang til det behandlingsmæssige arbejde med mennesker, der har en dobbeltdiagnose (se også 7, 8). Et centralt element ved case management er netop koordineringen af forskellige behandlingsmæssige tiltag og deres indbyrdes rækkefølge - samt den individuelle udformning af behandlingstilbuddet. Brugerens individuelle problemstillinger og deres interne forbundethed og kompleksitet bliver afdækket af case manageren og nøglepersoner fra det tværfaglige team, typisk psykiater og socialrådgiver. Case manageren fortæller om den enkelte bruger på den ugentlige tværfaglige behandlingskonference, hvor problemer og løsninger yderligere bliver vendt. Derefter har case manager ansvaret for, at behandlingen bliver igangsat. Med denne organisering har brugeren i udgangspunktet kun denne ene person – case manageren – at skulle forholde sig til. De meget komplekse problemstillinger peger dog også på, at det er nødvendigt med et tværfagligt team rundt om de enkelte case managere.

Beat the Dragon

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

Relationen til brugerne

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

Bruger – behandler ratio

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

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

Erfaring fra psykiatrien

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

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

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

Kontrol, motivation og fastholdelse

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

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

Kaos og brandslukning

Disse brugere er karakteriseret af kaos. Det er kendetegnende for dem, at de kontinuerligt eller gentagende gange er i krise. Der er sjældent altid tale om lineære, fremadskridende behandlingsforløb. For nogle brugere er der tale om mere cirkulære processer gennem perioder med mere eller mindre kaos; hos andre brugere finder man mere fremadskridende forløb, der dog typisk også vil være karakteriseret af gentagende tilbagefald til misbrug og forværring af den psykiske tilstand. Det gør, at case manageren ofte er engageret i løsningen af akutte problemer – kaldet brandslukning i den lokale terminologi – og at der derfor går meget tid fra de mere langsigtede opgaver. Man kan anskue krise som en mulighed for at arbejde med behandling, idet brugerne vil have brug for hjælp (7: 101). I så fald har personalet mange muligheder – hvis de altså har tid til det for krisestyringen. En case manager sagde engang om sine brugere: 'Hvis de så bare var indlagte, så kunne de ikke gå ud og lave nye ulykker, som jeg skal bruge tid til at tage mig af.'

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

Integreret behandling

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

Det betyder, at en del af den behandling, som case manageren skal koordinere, faktisk kan varetages i institutionen. Den eksterne behandling er ofte hospitalsbehandling. Derudover er der en del eksternt arbejde i forbindelse med udslusningsprocessen, hvor man rundt om brugeren søger at etablere et netværk, der kan overtage behandlingen, når brugerens behandlingsforløb i KASA er slut.

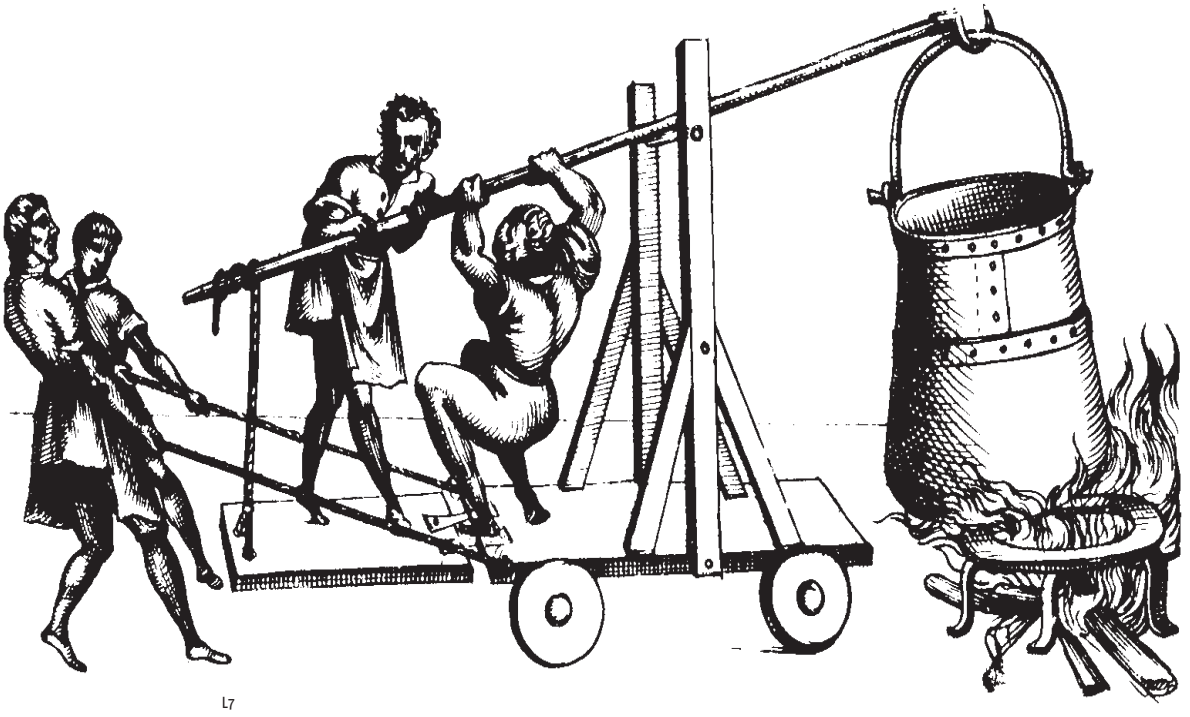
At en stor del af behandlingen kan varetages i institutionen er yderligere en forklaring på, at brugerne knyttes tæt til KASA som behandlingssted og til deres case manager.

Afvisning og advokerende funktion

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

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

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



L7

rettigede tilbud til brugerne.

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

Virker behandlingen?

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

Men der er også forhold ved denne organisering, der skaber en række udfordringer for personalet. Det er ensomt for den enkelte case manager at bære ansvaret for de ofte komplicerede og udfordrende bruger-forløb og bruger-historier. Som i andet behandlingsarbejde er der en generel risiko for, at relationen skrider over mod det 'private' – f.eks. at behandlerne bliver for emotionelt involveret i brugerne, så de ikke kan skelne mellem egne og brugernes behov eller forskelsbehandler brugerne på et ikke-professionelt grundlag. Denne risiko er også til stede, fordi nogle brugere ønsker en privat relation og derfor trækker i den retning. Der er også en betydelig risiko for, at behandlingen falder ud, når den enkelte case manager er fraværende, og fordi den sekundære case manager ofte ikke har mulighed for at løfte den fulde opgave. Og endelig kan det være svært for andre at få en rolle i behandlingen. Dette er et problem i forbindelse med den behandling, som ikke kan foregå i KASA, og hvor andre behandlingsinstanser derfor skal tage over, f.eks. under en indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Det er også et problem i forbindelse med afslutningen af behandlingsforløbet i KASA, hvor det er svært for andre at overtage behandlingen af brugerne, dels fordi de ikke kan komme til, så længe case manageren er på banen, og dels fordi brugerne er vant til denne meget tætte relation, som det kan være svært for mindre intensive tilbud at skulle leve op til.

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

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

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN
ANTROPOLOG, PH.D.
FORSKNINGSMEDARBEJDER V. KØBENHAVNS AMT
SPECIAL AMBULATORIUM (KASA)

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

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

Styrker og svagheder

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

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

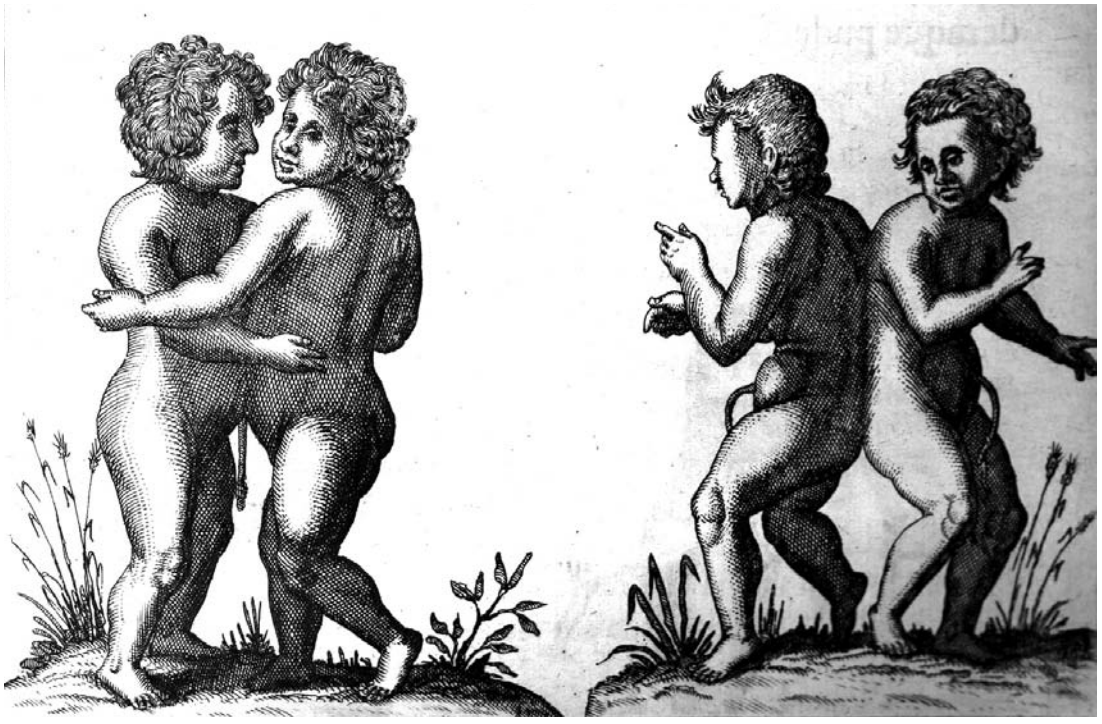
Står man og skal i gang med at etablere behandling af mennesker med en dobbelt diagnose, eller et behandlingstilbud til andre brugergrupper hvor case management er påtænkt en central rolle, er det vigtigt at tage de ovenstående punkter med i sine overvejelser og finde ud af, hvordan man kan udnytte styrkerne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

NOTE

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

LITTERATUR

1. Narkotikarådet. Indsatsen for svært integrerbare psykisk syge stofmisbrugere. Narkotikarådets anbefalinger. København. 1999.
2. Bømler, T.U.: En anden hverdag: Om psykisk syge misbrugere. Aalborg Forskningsgruppen Arbejds- og Levemiljøer. Forskningsenheden Differentieret Social Integration, Aalborg Universitet. 1996.
3. Jessen-Petersen, B.: Psykotiske patienter med misbrugsproblemer (Dual-Diagnosis patients). Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag. København. 1994.
4. Moxley, D.P.: The Practice of Case Management. Newbury Park. Sage Publications. 1989.
5. Johansen, K.S.: Invitation til behandling. Caféfunktion i et ambulant behandlingstilbud til psykisk syge stofbrugere. I: STOF, nr. 8. s. 59-68. 2007.
6. Vendsborg, P.B.: Indsatsen for mennesker med dobbeltdiagnose. I: Cocktail med udfordringer. En antologi om mennesker med sindslidelse og misbrug. Andersen, K.W. & Perit, D. (red.). Socialt Udviklingscenter SUS. København. 2003.
7. Mueser, K.T., Douglas, L.N., Drake, R.E. & Fox, L.: Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice. The Guilford Press. New York. 2003.
8. Vendsborg, P.B., Svarre, D., Ahrensburg, J. & Vogel, A.: Psykoseteam og klinisk case manager. I: Distriktspsykiatri – en lærebog. Blinkenberg S, Vendsborg PB, Lindhardt A, Reisby N (red.). Hans Reitzels Forlag. København. 2002.
9. Pedersen, M.U.: Heroin-afhængige i metadonbehandling. Den medicinske og psykosociale indsats. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2005.
10. Crawford, C.: Udviklende fortrolighed. Tanker om kontaktpersonfunktionen. Hans Reitzels Forlag. København.1994.
11. Belin, S.: Galskabens magt. Hans Reitzels Forlag. København.1999.
12. Drake, R.E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., McHugo, G.J. & Bond, G.R.: Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. I: Schizophrenia Bulletin, Vol 24, nr. 4, s. 589-608. 1998.



L7

Psykiatriens stedbørn

AF LARS MERINDER

Dobbeltdiagnose betyder en kombination af psykisk sygdom og et behandlingskrævende misbrug af alkohol eller andre rusmidler.

Befolkningsundersøgelser i 90'erne i USA og England viste, at mennesker med en psykisk sygdom i meget højere grad end andre har et problematisk forbrug af rusmidler. Som oftest har denne 'samsygelighed' (samtidig forekomst af de to problemer) vist sig endnu hyppigere hos de mennesker, som har søgt behandling for den ene eller anden sygdom.

forhold viser en rapport fra Amtsrådsforeningen fra 2005 hvoraf det fremgik, at næsten 1/3 af alle som blev indlagt på psykiatrisk afdeling i Danmark i 2002 både havde en misbrugsdiagnose og en anden psykiatrisk diagnose.

Samsygeligheden er udbredt hos mennesker med mange forskellige psykiske sygdomme.

Vedrørende årsagerne til denne samsygelighed har nogle forskere hævdet, at organisatoriske og sociale faktorer har haft indflydelse specielt for de 'svært psykisk syge'. De kortere indlæggelser på psykiatrisk afdeling og den øgede kontakt med samfundet udenfor og dermed med miljøer med udbredt misbrug er blevet set som en risikofaktor.

Andre har forklaret brugen af rusmidlerne som et forsøg på at mindske symptomerne på en psykisk sygdom, fx angst, eller at dæmpe psykologiske reaktioner på sygdommen som tristhed, grubleri eller opgivenhed.

Følgerne af at have en dobbeltdiagnose er oftest værre end konsekvenserne af den enkelte sygdom.

Der er en stor risiko for, at indtagelse af rusmidler forværrer forløbet af den psykiske sygdom fx ved at forværre symptomerne, forhindrer gennemførelse af behandlingen og modvirker bedringen. Omvendt

LARS MERINDER
OVERLÆGE, PH.D., TEAM FOR MISBRUGSPSYKIATRI,
AFD. NORD, UNIVERSITETSHOSPITALET RISSKOV

kan den psykiske sygdom gøre det svært at gennemføre en behandling for misbrugsproblemet.

I Danmark ligesom i mange andre europæiske lande samt USA har behandlingssystemets struktur været et stort problem for denne gruppe mennesker. Årsagen til dette er bl.a. at behandlingstilbud for mennesker med psykiske sygdomme og for mennesker med misbrugsproblemer har været adskilte, og at de forskellige behandlings organisationer har brugt meget forskellige faggrupper, ideologier og behandlingsmetoder. Kendskabet til psykisk sygdom har været mangelfuld i misbrugsbehandlingen, og kendskabet til misbrug og misbrugsbehandling har tilsvarende været mangelfuld i psykiatrien.

Ja, men så er det vel bare at samarbejde og hver yde sit? Nej, samarbejdet har desværre også været præget af det mangelfulde kendskab til hinanden og hinandens arbejdsmetoder, og ofte har dette ført til, at mennesker med dobbeltdiagnose fra begge organisationers side er blevet henvist til at søge behandling for den 'andet' problem først. Sarkastisk kan man kalde denne mangel på behandlingstilbud 'sekventiel behandling'.

Netop for at undgå denne udstødning har man i New Hampshire i USA lanceret begrebet 'integreret behandling'. Med dette mener man en behandling, som udføres af medarbejdere, som er 'dobbeltkompetente', dvs. medarbejdere, der er eksperter på både misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling. Et andet element i denne behandlingsmodel er opsøgende behandling eller 'assertive community treatment'.

I England, Norge og Sverige har man også været meget opmærksom på dette problem. Det engelske sundhedsministerium udsendte i 2001 retningslinjer for GCP (Good Clinical Practice) for området. Her anerkendte man, at problemet også havde organisatoriske rødder, man anbefalede organisering af samarbejdet på alle niveauer mellem de forskellige behandlingsinstanser. Formålet med dette var at etablere fornuftige 'kliniske stier' eller veje igennem behandlingslandskabet for denne gruppe. Kompetenceudvikling i de forskellige medarbejdergrupper blev også vægtet ligesom udarbejdelse af retningslinjer for behandlingen.

I Norge har man bl.a. støttet udvikling af Østnorsk Kompetensecenter, der med sit speciale i dobbeltdiagnose har haft stor indflydelse på behandlingen af denne gruppe patienter i hele Norge. I Sverige har der været et udstrakt samarbejde mellem de politisk ansvarlige for psykiatriområdet og misbrugsområdet, og en hel række initiativer er gjort på området.

Hvor står vi så nu i Danmark i forbindelse med overgangen fra amter til regioner og kommuner?

Det er ingen tvivl om, at der er 'grøde' i og interesse for problematikken også i Danmark. En hel række bosteder, opsøgende teams og en del behandlingssteder og konsulentteams er oprettet, og der er øget opmærksomhed på problematikken både i kommunale og amtslige misbrugscentre og i sygehus- og socialpsykiatri.

Den nødvendige politiske og organisatoriske baggrund for, at disse tiltag kan fungere så effektivt som muligt, er imidlertid endnu ikke blevet etableret.

Den nævnte rapport fra Amtsrådsforeningen understregede omfanget af problemet og anbefalede – ligesom det engelske sundhedsministerium - både en organisatorisk, uddannelsesmæssig og behandlingsmæssig indsats.

Som konsulentafdeling, behandlingssted og undervisningsafdeling for dobbeltdiagnose får vi dagligt bekræftet, at der ikke lægges nok vægt på kompetenceudvikling af medarbejdere eller på organisation af og samarbejde mellem behandlingstilbud for mennesker med dobbeltdiagnose. Dette fører fortsat til at mennesker med dobbeltdiagnose behandles som 'stedbørn' af os, og til at psykiske symptomer, fysiske sygdomme og svære sociale konsekvenser vedligeholdes i stedet for at mindskes.

Det væsentlige i planlægningen af dobbeltdiagnosebehandlingen i samarbejdet mellem region og kommuner er, at der tages stilling til organisation, arbejdsfordeling, uddannelse og behandlingstilbud på regionalt plan, og at det sker, før de organisatoriske samarbejdsmodeller i regionen falder helt på plads. Problematikken kan ikke løses ved en 'organisationsløs' puljefinancering af enkelte tilbud uden at samarbejdsrelationerne er gennemtænkt.

I Danmark har initiativerne i forhold til dobbeltdiagnose været baseret både på integreret behandling på behandlingssteder eller i opsøgende teams og på parallel behandling, dvs. i et samarbejde mellem forskellige behandlingsinstanser. Vi har gode erfaringer med en kombination af disse modeller. En udelukkende integreret model kan svække de nødvendige samarbejdsrelationer, mindske muligheden for tværfaglig kompetenceudvikling og udvikling af effektive behandlingsmetoder. Vi mener også, at den norske videns- eller kompetencecentermodel på regionsniveau ville kunne bidrage til den fortsatte udvikling af området. Vi håber, at den beskrevne problematik vil blive set på med den alvor, problematikken og de ramte mennesker fortjener i den nye regionsplanlægning.

Artiklen har tidligere været bragt i bladet Psykiatri-Information nr. 1 2007.

Case management – modeord, gamle socialrådgiverdyder eller McDonaldisering af misbrugsbehandlingen?

Hvis man med case management satser på at kunne gøre alting, løber man en risiko for ikke at fokusere på noget.

AF MORTEN HESSE

Case management nyder en stigende interesse i disse år. En lang række videnskabelige undersøgelser har beskæftiget sig med case management, og et igangværende litteraturstudie skal se på effekterne af case management.

Case management er ikke noget skarpt afgrænset fænomen, men kan groft sagt beskrives som en arbejdsform, hvor en bestemt person eller et lille hold af professionelle er ansvarlige for at skabe overblik over en enkelt klients problemer og sørge for, at han eller hun får hjælp til disse problemer.

En efterhånden udbredt definition er, at case management skal indeholde følgende elementer:

- Grundlæggende udredning: Case manager er ansvarlig for at danne sig et overblik over problemer og behov og gennemgå typiske vanskeligheder. I visse case management-modeller lægges samtidig vægt på, at case manager skal udrede klientens ressourcer (1). I en vis forstand er Addiction Severity Index (ASI) et udredningsredskab, der tager udgangspunkt i en case management-tilgang til misbrugsbehandling: Frem for udelukkende at undersøge afhængighed og misbrug vælger man at lave et interview, som skal afdække behovene også på andre områder, hvor mennesker med stof- og alkoholafhængighed typisk har problemer.
- Planlægning: Case manager og klienten aftaler i samarbejde, hvad der skal ske i løbet af behandlingsforløbet. Der fastlægges målsætninger, og det aftales, hvilke skridt der tages hvornår. I planlægningsfasen er case manager også ansvarlig for at undersøge, hvilke barrierer klienten selv oplever for at søge relevant hjælp: Er klienten usikker på, om det overhovedet kan svare sig at søge hjælp? Er klienten usikker på, hvordan han eller hun vil blive modtaget?
- Koordination: Case manager laver aftaler sammen med - eller på vegne af - klienten om de indsatser, der skal sættes i værk. Skal klienten indskrives i behandling for stof- eller alkoholmisbrug? Skal klienten i behandling for en somatisk sygdom? Skal klienten hjælpes med tag over hovedet? Eller med arbejde eller uddannelse? I alle tilfælde er det case managers ansvar, ikke klientens, at sørge for, at der sker en koordination. Det betyder ikke, at klienter ikke kan eller skal tage initiativer på egen hånd, men at koordinationen ikke må falde på gulvet, fordi klienten ikke kan eller vil tage kontakten og få hjælp.
- Fortalerrollen: Case manager har ansvaret for at nedbryde barrierer, som står mellem klienten og de hjælpeforanstaltninger, som klienten har brug for. Det indebærer også at optræde som fortaler for klienten og argumentere for klientens rettigheder i forhold til forskellige hjælpeforanstaltninger.
- Opfølgning: Case manager har ansvar for at undersøge, om de aftale planer gennemføres. Det gælder således, at case manager ikke slipper sit ansvar, hvis klienten vælger alligevel ikke at søge den aftalte hjælp, men skal i stedet finde ud af, hvad der kan gøres, for at planen alligevel kan gennemføres, eventuelt efter en grundig revision.

Mange behandlingsprogrammer inkluderer case management som en del af en mere omfattende behandlingspakke, hvor mennesker med stofafhængighed eksempelvis får case management som del af en misbrugsbehandling.

Er case management noget andet end socialt arbejde?

Mange med uddannelser inden for socialt arbejde, eksempelvis sagsbehandleruddannelse eller socialrådgiveruddannelse, peger på, at case management i mangt og meget minder om traditionelt socialt arbejde. Det samme påpeges af amerikanske 'social workers', som understreger, at 'case management' blot er et andet ord for 'social case-work'.

Dette peger igen tilbage til historien bag, at case management i midten af 90'erne blev sat på dagsordenen i Nordamerika. Socialt arbejde blev i stadig større grad udviklet fra netop sagsarbejde, hvor man søgte at iværksætte foranstaltninger, og mere i retning af rådgivning eller terapi, hvorved vægten i det sociale arbejde flyttedes fra det sociale og de ydre betingelser for tilværelsen

LITTERATUROVERSIGT PÅ VEJ

En litteraturoversigt over effekterne af case management er i støbeskeen med støtte fra Nordisk Campbell Center. Oversigten vil blive publiceret af Cochrane Collaboration og Campbell Collaboration og vil se på, om de forskellige modeller af case management har effekt i forhold til at bringe misbrugende klienter i forbindelse med ydelser, de har brug for, og om det har effekter på både misbrug og en række andre problemstillinger.

til det psykologiske og den enkeltes ansvar. Case management var historisk set et forsøg på at bevæge fokus tilbage til livsbetingelserne og flytte ikke hele, men en del af ansvaret tilbage fra den enkelte til det sociale system og sundhedsvæsenet.

Nogle forskere og praktikere, der arbejder med case management har påpeget, at med hovedvægten på rådgivning og terapi følger ofte også en opprioritering af nogle typer af klienter og en nedprioritering af andre. Klienter, der ønsker samtaler, kontakt og bearbejdning af følelser får mere opmærksomhed, mens klienter, der lever i en mere kaotisk situation og derfor har brug for mere hjælp til social stabilisering, men som til gengæld har svært ved at leve op til at indgå i en god behandlingsrelation, kan risikere at blive nedprioriteret.

Case management-modeller

Vanderplasschen og hans kolleger har beskrevet forskellige modeller for case management (2).

Modellerne adskiller sig fra hinanden, både i målsætning, syn på behandlerens rolle og i varighed.

- Koordinerende case management (engelsk 'brokerage case management' eller 'the linkage model of case management') lægger først og fremmest vægten på at bringe klienter i forbindelse med bestemte ydelser. Det kan være at yde støtte til patienter, der ikke får misbrugsbehandling, men som har alvorlige misbrugsproblemer, med henblik på at hjælpe dem til at søge behandling eller at hjælpe deprimerede patienter i misbrugsbehandling i gang med behandling for deres depression. I koordinerende case management følger case manageren typisk kun klienten, indtil behandlingen er iværksat.
- Intensiv case management eller generalist case management har det bredeste fokus og forsøger at hjælpe klienter til at komme i forbindelse med alle relevante ydelser. Denne form for case management følger klienter både igennem vellykkede og mislykkede behandlingsforløb, almindeligvis med det formål at sikre, at ingen klienter falder gennem hullerne i behandlingssystemet. Et eksempel på intensiv case management er opsøgende teams (svarende til opsøgende psykoseteams for psykiatriske patienter), hvor man arbejder aktivt for at bringe sig i forbindelse med klienter, både når klienter beder om det, og når de ikke direkte beder om det. Når der arbejdes i opsøgende teams, er der, som navnet siger, et team, som er ansvarlig for en gruppe af klienter, og man følger klienterne over lang tid.
- Den ressourceorienterede case management (engelsk: 'strengths-based case management') indeholder retningslinier og rammer for, at case manageren både identificerer klientens ressourcer som led i udredningen og er bevidst om sine egne ressourcer, både fagligt og menneskeligt. Den har typisk et tidsbegrænset forløb og et bredere fokus end den koordinerende case management, men som oftest et lidt mindre sæt af målsætninger end den intensive case management.
- Klinisk case management blander case management med rådgivning eller decideret psykoterapi og er på den måde en slags hybrid mellem terapi og case management. Klinisk case management er typisk langvarig ligesom intensiv case management.

Kvalitetssikring af case management?

Case management er et begreb, der for tiden anvendes som beskrivelse af behandling mange steder i Danmark og udlandet. Som beskrevet ovenfor oplever mange socialarbej-

MORTEN HESSE
CAND.PSYCH., PH.D.,ADJUNKT.
VED CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

dere, at case management minder om det, de allerede gør i forvejen. Torsten Kolind kommer i den følgende artikel ind på lighedstræk mellem case management og støttekontaktpersonordningen.

Samtidig er der de forskellige case management-modeller.

Det har vist sig at være en stor udfordring at træne, supervisere og fastholde case management de fleste steder, hvor den har været implementeret – lige så stor en udfordring som fastholdelse af klassiske psykoterapeutiske koncepter som kognitiv terapi eller dynamisk terapi.

Særligt det at fastholde, at de, der ikke nødvendigvis er de mest opsøgende i forhold til behandling, er lige så vigtige klienter som dem, der er meget opsøgende, er en stor udfordring. Men også fastholdelse af personlige grænser har været en udfordring mange steder (som omtalt af Katrine Schepelern Johansen i den foregående artikel), samt forebyggelse af et pessimistisk og negativt syn på samarbejdspartnere.

Nogle case management-undersøgelser har anvendt skriftlige manualer for at sikre fastholdelse af case management-metoden. Andre har inkluderet checklister, som behandlerne skulle udfylde, for at se, hvad tiden med klienterne blev brugt til. Hvilke modeller der er bedst, og hvad der er mest afgørende, har ingen undersøgelser kunnet belyse.

Et fokus eller mange?

Det ligger i traditionen inden for case management, at man forsøger at se det hele menneske i sin sammenhæng. Det vil også sige, at man gerne vil have, at alle de problemer, som nedsætter livskvaliteten for klienten, bliver mødt af relevante foranstaltninger. Ideen er, at man derved undgår, at problemer, der ikke umiddelbart har med misbruget at gøre, får behandlingen til at falde sammen. Men samtidig er der måske en risiko forbundet med det brede fokus. Forskere og praktikere, som har arbejdet med case management, peger på, at man ved at satse på at kunne gøre alting løber en risiko for ikke at fokusere på noget.

Der er flere grunde til, at dette kan være tilfældet: Case manageren sender måske patienten nogle forvirrende signaler: Jeg vil gerne hjælpe dig, både med det ene og det andet, og patienten har svært ved at overskue, hvor det er, vi tager fat.

Case manageren skal have et godt kendskab til andre hjælpesystemer i lokalområdet og selv være kendt af medarbejdere i disse hjælpesystemer, dels for overhovedet at kunne koordinere ydelser, og dels især for at kunne være en effektiv fortaler for klienten. En kendt samarbejdspartner, som ringer om en sag, kan langt bedre argumentere for klientens sag end en person, der er institutionen helt fremmed. Samtidig kræver det virkeligt meget af en case manager at kende til både lovgivning, procedurer og regler og praktiske problemstillinger inden for så forskellige områder som arbejdsrelaterede ydelser, hjemløsetilbud, hospitaler, misbrugsbehandling og kriminalforsorg.

Der er for øjeblikket ingen forskning, der viser, om et mere snævert eller et mere bredt fokus er optimalt i case management.

McDonaldisering?

Misbrugsbehandling i Danmark har traditionelt haft rødder i socialpædagogisk arbejde. I socialpædagogisk arbejde forsøger man, for så vidt ligesom i case management, at genskabe den sociale funktion. Men man går mange skridt videre end case management i den forstand, at man gerne vil genskabe ikke blot den ydre sociale funktion, men reintegrere det hele menneske i samfundet, og man opstiller tilbud og rammer, som kan virke resocialiserende.

Samtidig har vi andre traditioner, som eksempelvis 12-trinsbehandling, terapeutiske samfund og psykoterapeutiske behandlingsformer, hvor man også vil nå hele mennesket og skabe en ny selvforståelse og identitet. Den nye identitet skal besvare spørgsmål som: Hvem jeg er, når jeg ikke længere er stofmisbruger (eller ikke længere er stofbrugende); hvilken mening giver det for mig, at jeg en gang var stofmisbruger eller brugte stoffer; hvordan kan jeg leve livet mellem andre mennesker?

Case management kan med kritiske briller opfattes som en slags amerikansk 'tilbudsbehandling', hvor man principielt kan få adgang til masser af ydelser, men ikke får noget egentligt koncept til at leve tilværelsen. Der er ikke noget forsøg på at give mening med stofmisbruget eller på at skabe ny mening i livet, men i stedet skal case manageren blot sørge for at hive et tilbud op af skuffen og sørge for, at kunderne er glade og kommer igen. Men måske for lidt fokus på, hvad tilbuddene er, og hvordan de virker?

Denne kritik er barsk og kun rimelig, hvis det ene udelukker det andet. Altså, hvis alle ressourcer flyttes fra egentlige ydelser og over til koordinerende instanser, som skal koordinere og bringe klienter i kontakt med stadigt mere udvandede tilbud med dårlig faglig fundering. Man kan mene, at i det bedst tænkelige behandlingssystem er der både nogen, der sørger for at tingene hænger sammen, og nogen der sørger for, at tilbuddene har substans.

REFERENCER

1. Rapp, R.C., Siegal, H.A. & Fisher, J.H.: A Strengths-based Model of Case Management/Advocacy: Adapting a Mental Health Model to Practice Work with Persons who have Substance Abuse Problems. NIDA Research Monograph ;127:79-91. 1992.
2. Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J.R. & Broekaert, E.: The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe. Psychiatric Services, 55(8), 913-922. 2004.

Case management med variationer

Metoden hedder det samme – men indholdet er vidt forskelligt – i de case management projekter der florerer. Derfor er det også svært at evaluere metoden.

AF TORSTEN KOLIND

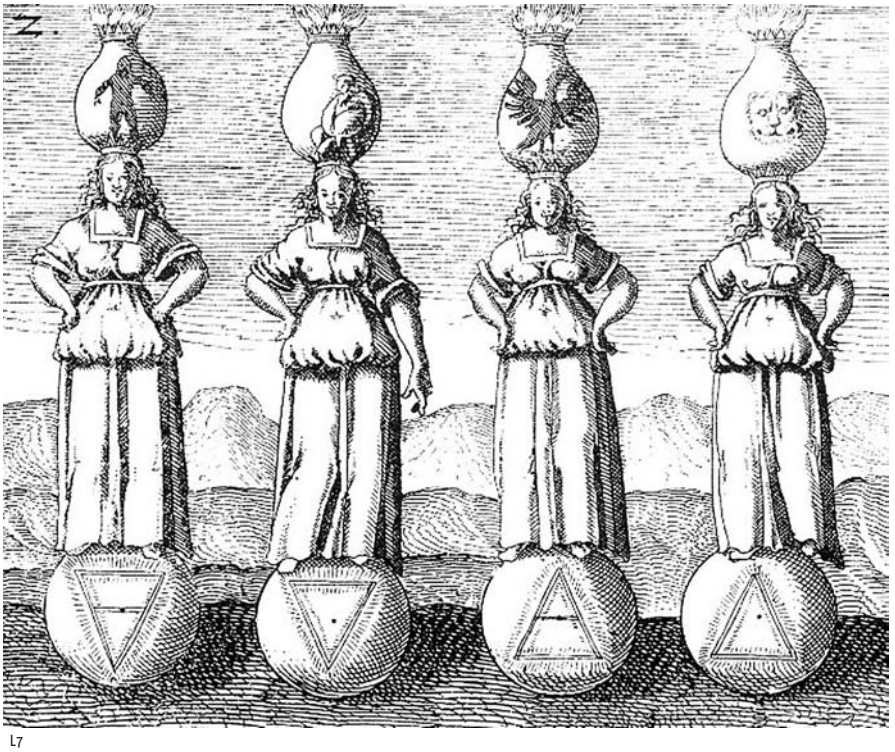
Siden 1970'erne er case management blevet introduceret i en række lande i forsøget på at forbedre tilgængeligheden, kvaliteten og koordineringen af de tilbud, der gives til særlige risikogrupper med et mangefold af behov, fx psykisk syge personer, ældre, hjemløse og stofmisbrugere. Case management defineres ofte i kraft af dets kerneindsatsområder: udredning, planlægning, koordinering, fortalerrolle og opfølgning (se også foregående artikel, hvor Morten Hesse uddyber begrebet). Der lægges endvidere vægt på, at indsatsten er lokalt baseret, brugerorienteret, pragmatisk, fleksibel, udadrettet og med én primær kontakt(-person). Case management opfattes af behandlere og socialarbejdere ofte som 'det vi allerede gør', og i Danmark har case management mange lighedspunkter med det, der kaldes støtte- og kontaktperson (SKP). Den væsentligste forskel er case management-indsatsens eksplicitte fokus på skriftlig planlægning og (skriftlig) opfølgning.

Fokus på metodens dilemmaer

I en tid med stærk fokus på evidensbaseret behandling (se fx STOF nr. 5, 2005) har hovedparten af evalueringslitteraturen på området været rettet mod at dokumentere effektiviteten af case management i sammenligning med andre typer af interventioner. Trods kontroverser om, i hvilken form og i hvilken grad case management er effektiv, har evalueringer vist en klar effekt af case management, hvis man sammenholder med klientens udgangspunkt før indsatsten. Sådanne evalueringer mangler dog oftest en diskussion af den faktiske case management-indsats, og der er kun ringe opmærksomhed på de involverede parters erfaringer og perspektiver, dvs. klient og case manager. Så selv når et case management-programs effektivitet er dokumenteret, er det ikke altid klart, hvad der forklarer denne succes.

Case management præsenteres som regel som et standardiseret sæt af indsatser (udredning, planlægning, koordinering osv.), der udføres uhildet og objektivt. I denne artikel vil jeg derimod argumentere for, at case management ofte udføres ret så subjektivt og personligt og faktisk kan karakteriseres ved en række dilemmaer og afgørelser, der kan påvirke resultatet af indsatsen kraftigt. Med andre ord: Case management-programmer, der umiddelbart er organiseret i forhold til samme model, kan, i praksis, variere i stor grad. Selv inden for samme institution eller behandlingsprogram kan der observeres store forskelle på, hvordan case management udføres. Forskelle - der bygger på de involverede personers uddannelsesmæssige baggrund, erfaring, personlighed - og den måde man håndterer de dilemmaer og udfordringer på, der er indbygget i case management.

I denne artikel vil jeg fokusere på nogle af de vigtige dilemmaer set i forhold til indsatsens kerneområder: koordinering på institutionsniveau samt planlægning, opfølgning, fortalerrolle og brugerinddragelse på klientniveau. Data bygger på interviews med case managere fra hhv. Belgien



L7

og Danmark (1), da det viser sig, at de oplevede dilemmaer i de to lande trods mindre forskelle i praksis er meget enslydende. Et sådan fokus på centrale dilemmaer kan bibringe mere viden i forhold til faktorer, der får denne intervention til at virke.

Koordinering – institutionsniveau

Mange stofmisbrugere har ikke kun problemer med at opsøge relevante velfærdsydelser, men også med at mobilisere det overskud, der skal til for at opretholde kontakten. En vigtig del af case management er derfor at tilknytte, koordinere og fastholde klienten i forhold til disse ydelser. Der er nogle afgørende omstændigheder, som påvirker dette arbejde. Behandlere fortæller, at de forskellige systemer (psykiatrien, retsvæsen, socialkontor osv.) fungerer som isolerede blokke med kun ringe grad af informationsudveksling (2). Faktisk opleves det, som om de undertiden modarbejder hinanden. Ikke bevidst, men pga. de forskellige problemkategorier og hermed klientkategorier, de arbejder med. Det efterhånden klassiske eksempel er det problematiske forhold mellem psykiatrien og stofmisbrugsbehandlingen. På grund af disse forhold bygger mange case managere deres arbejde op omkring personlige relationer. Ved at bruge personlige kontakter, tidligere arbejdskollegaer eller ved at opbygge og pleje relationer til udvalgte ansatte i forskellige institutioner oplever mange, at koordineringen er mere effektiv. Dilemmaet relaterer sig således til, at case managere, for at kunne koordinere indsatser på en tilfredsstillende måde, må gå alternative veje, bruge personlige kontakter og opdyrke en meget stor grad af lokal viden. Kvaliteten af den enkeltes indsats afhænger således i høj grad af subjektive omstændigheder, som følgende citat fra Metadonprojektet viser:

'Jeg kan huske engang på sygehuset, hvor Mikael blev indlagt. Så ringer jeg derop, for at høre, hvordan han har det, og der var sygeplejersken sådan lidt kort for hovedet, sådan lidt den man sommetider kan møde, når man snakker med vores kollegaer om misbrugerne. Og så lige pludselig kunne jeg høre, at jeg vidste, hvem hun var, en jeg har læst sammen med, og jeg spurgte, om det ikke var hende. Så fik vi os en god snak om Mikael, og han fik en god behandling, og hun ringede ned, da han var taget af sted og sådan noget. Altså de der ting, der godt kan spille ind.'

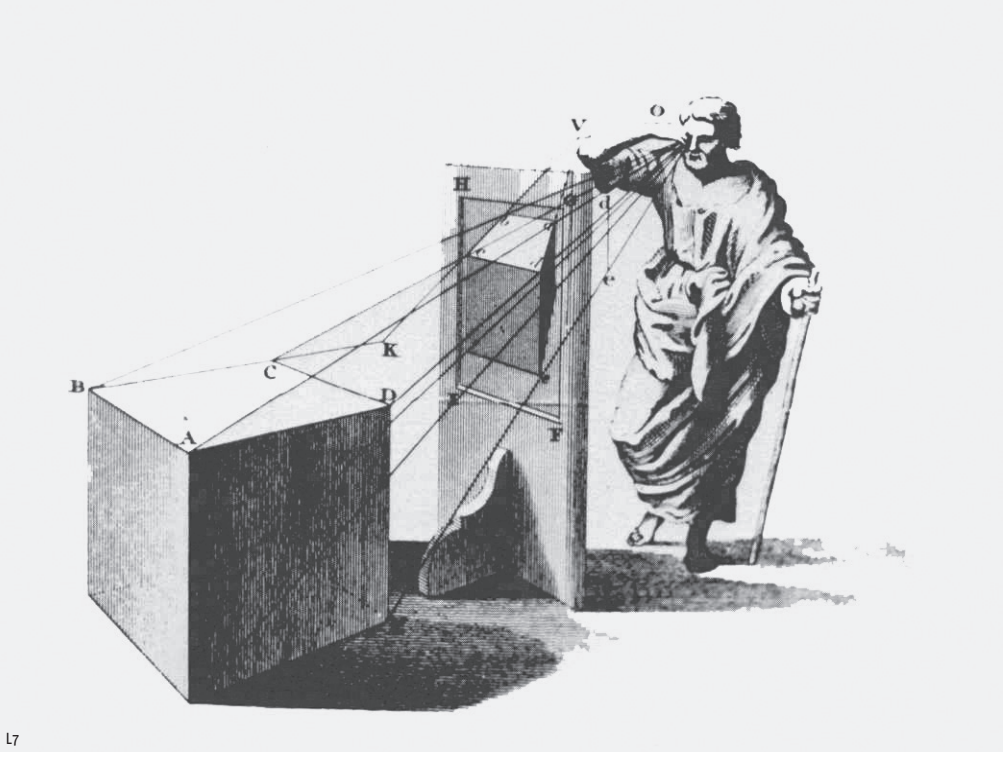
På samme måde spiller case managernes uddannelsesmæssige baggrund ind. Ofte opleves en bedre kontakt til ansatte andre steder, hvis man deler samme faglighed, og omvendt er case managere undertiden mere afventende i forhold til at involvere sig (og hermed klienten) på felter, hvor deres professionelle viden er lille.

Et andet dilemma går på, at mange velfærdsinstitutioner ikke - sådan som case managere oplever det - er gearet til at tage sig af stofmisbrugere og deres problemer, og at der eksisterer fordomme og endda uvilje fra nogle ansattes sides. Derfor ønsker case managere at være bisiddere, når deres klienter har møde med hospitalet, politiet, tandlægen osv., da møderne ofte hermed opleves som mindre problematiske. Samtidig har mange case managere et ønske om at normalisere deres klienter og sætte dem i stand at kunne klare selv sig og skaffe sig relevante ydelser. Denne behandlerfilosofi vender jeg tilbage til nedenfor. Dilemmaet i denne sammenhæng går på, i hvilken grad klienten skal 'normaliseres' og hermed overlades til systemer, der undertiden kan obstruere klientens initiativer. Case managere fortæller fx om læger, der ikke vil lave aftaler med klienter, eller hjemmeplejere, der ikke vil arbejde hos stofmisbrugere, fordi de er bange for inficerede sprøjter, eller fordi deres hjem anses for uordentlige.

Planlægning og opfølgning

En central del af en effektiv case management handler om at lave skriftlige planer, der beskriver konkrete mål og midler/indsatser samt monitorerer disse. I evalueringslitteraturen beskrives en sådan planlægning ofte uproblematisk, som noget case manageren enten gør eller ikke gør. Vores interview og gennemgang af skriftlige planer viser derimod, at planlægning og opfølgning ofte er kompleks, irregulær og subjektiv. En sådan usystematisk brug af planlægning afspejler en generel manglende integration af planlægning i mange dele af det sociale arbejde både i Danmark og i Belgien. Dilemmaet udspiller sig både i forhold til klienternes livsverden og case management-arbejdets beskaffenhed.

Case managere i både Danmark og Belgien har tydeligt erklæret, at en for struktureret, fremtidsorienteret og systematisk brug af skriftlige planer ikke kun er urealistisk, men også undertiden modproduktiv, når man arbejder med de tungest belastede stofmisbrugere. Planerne bliver let for ambitiøse og resulterer derfor i endnu et nederlag for klienten, når målene ikke kan nås. Det fremhæves specielt, at klienternes hverdag ofte er ganske kaotisk, omskiftelig og i høj grad afhængig af aktuel sindstilstand. Det er derfor svært for case managerne at få deres klienter til at overholde aftaler. Endvidere er planerne skriftlige, mens case managere oplever, at deres klienter trives bedst med verbal kommunikation. I skematisk form har vi således planer, der er strukturerede, fremtidsrettede, skriftlige og baseret på systematisk refleksion. Men mange stofmisbrugeres livsverden er præget af at navigere i kaos, af akutte problemer og af verbal kommunikation. Nogle har, som de siger, fine planer, der ligger i computeren, men som ikke bruges til andet end at opfylde formelle krav, der kommer 'oppefra'. Endvidere foretrækker visse case managere arbej-



L7

det med klienter, der opleves som aktive og motiverede. Dem 'kan de arbejde med', og det er da også dem, de mener, de bedst kan laver planer sammen med.

Disse variationer svarer til klienters erfaringer med skriftlig planlægning i det danske Metadonprojekt. De færreste klienter vidste, om de havde en plan (selv de, der havde en), og de allerfærreste kunne huske, hvad der stod i den. Samtidig var nogle også flove over ikke at 'kunne' deres handleplan/behandlingsplan. De fleste støtte- og kontaktpersoner foretrak den uformelle, personlige ad hoc kontakt til deres klienter, da de mente, at det var her, tilliden blev opbygget. Tillid, der opleves som helt centralt i en positiv klientkontakt. De skriftlige planer blev i samme ombæring ofte opfattet som noget, der stjæler tid fra det vigtige personlige møde. Når planlægning forekom, var der derfor ofte ikke tale om et engageret arbejde. Endelig mente mange case managere, at deres arbejdes beskaffenhed nærmest ikke muliggjorde arbejdet med planer. Én sammenlignede det med at arbejde på en brandstation: Pludselig er der en brand, og man må rykke ud. Det kan ikke planlægges. Uforudsete, uplanlagte episoder og problemer mente de karakteriserede deres hverdag.

Vi har således misforholdet mellem planer, der laves, fordi de er obligatoriske, og de ofte mislykkede bestræbelser på at integrere disse planer i case management-arbejdet. Dilemmaet er tydeligt. I evaluering af case management ser man tit, at programmer formelt lever op til kravet om skriftlig planlægning, men graden og måden og hvilke klienter, behandlerne faktisk bruger denne planlægning på, kan variere betragteligt, og dette vurderes kun sjældent. Det har betydet, at planlægningsværktøjet er blevet brugt ganske forskelligt i case management-arbejdet, spændende fra systematisk, kontinuerlig, standardiseret planlægning til mundtlig ad hoc planlægning. Spørgsmålet er derfor, når man evaluerer case management-programmer, hvor der arbejdes med planer, i hvilken grad de er effektive og sammenlignelige med andre case management-programmer?

Fortalerrollen og brugerinddragelse

Det første sæt af dilemmaer relaterede sig til kontakten til forskellige velfærdsinstitutioner. I det følgende vil jeg se på de betænkeligheder, case manageren har, når vedkommende advokerer eller handler på vegne af sin klient. I den forbindelse er brugerinddragelse - der i de seneste år i stigende grad er kommet på den behandlingspolitiske dagsorden – central. Det viser sig dog, at når case manageren handler på vegne af sin klient og fokuserer på brugerinddragelse, bliver indsatsen let noget tilfældig.

I fortalerrollen fungerer case manageren som advokat for klienten og søger at opnå noget på vegne af klienten. Dilemmaet, som case manageren står i, er, at hvis for meget initiativ overlades til klienten i forsøget på at inddrage og opdrage ham eller hende, risikerer man, at vigtige indsatser fejler. Omvendt kan en effektiv case manager risikere at passivisere klienten og gøre vedkommende afhængig - eller endda få personen til at handle primært for ikke at skuffe case manageren.

Dette dilemma repræsenterer et klassisk socialpædagogisk spændingsfelt, og det er centralt, når man udfører case management. De forskellige projekter, der deltog i den danske og den belgiske undersøgelse, havde forskellige strategier i forhold til dette dilemma. En af de danske ambulante behandlingsinstitutioner sammenlignede deres institution med et rejsebureau, hvor kunderne kunne komme i 'butikken' og vælge mellem de forskellige 'produkter' - eller lade være. Andre projekter havde meget mere udad-

TORSTEN KOLIND
CAND.PHIL., PH.D., ADJUNKT VED
CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

gående arbejde og erkendte, at initiativ og handling skulle komme fra case manageren. Men også over tid forandrede de forskellige projekter sig, og de individuelle case managere skiftede indstilling i forhold til dilemmaet. Efter at have været dybt involveret i klienterne i et lang stykke tid mente behandlerne i et af projekterne, at de var gået for langt, og de forsøgte derfor at vende om på deres pædagogiske tilgang og tildele klienterne så meget initiativ som muligt. En af case managerne i projektet udtrykte det således:

'Cm: Vi kan jo ikke agere serviceorgan for dem resten af deres liv. Det var jo ikke sådan helt hensigten med det. Et af målene skulle gerne være, at vi rustede dem til at kunne klare nogle flere ting selv.

I: Hvordan synes du, at det går med det?

Cm: Jamen, det er jo selvfølgelig individuelt. Men som udgangspunkt er der vel noget modstand på, at vi stiller krav. Fordi vi jo fra starten kom til at vise dem, jamen, det ordner vi lige, det klarer vi lige og ikke noget problem. Og pludselig føler de måske, at vi vendte på en tallerken. At hvis der skal ringes op til egen læge, jamen, du har stadigvæk fingre, så ring selv. Altså, jeg ved ikke rigtig, om de har en oplevelse af, at vi slækker af på dem og ikke rigtig gider dem mere eller..'

En anden variant af dette generelle socialpædagogiske dilemma relaterer sig til to ofte modsatrettede strategier i case managerens arbejde: normalisering og kontrol versus etablering af tillid. For de allerfleste case managere er opbygningen af et tillidsfuldt forhold til klienten det mest fundamentale aspekt ved deres arbejde: Klienten skal have tillid til dem som velmenende personer og brugbare professionelle. Udvalgte strategier for at vinde tillid er uformel kontakt, reduktion af kontrolelementer, bevidst ikke-nedladende attitude osv. Case managere fortæller, at det tager tid at opbygge tillid – mellem et halvt og et helt år. Samtidig fortæller vores informanter om behovet for at opdrage på klienterne, lære dem passende opførsel og normalisere deres adfærdsmønstre. Udvalgte områder er: personlig hygiejne, sociale kompetencer, konfliktløsning, almindelige daglige gøremål, verbale færdigheder osv. Målet er at gøre klienterne i stand til selv at kunne begå sig i velfærdstilbudsjunglen. I nogle projekter var sådanne normaliserende tiltag få - andre steder var de i højsædet. Og sanktioner varierede fra karantæne og eksklusion til ingen sanktioner. Når man definerer case management som i høj grad byggende på tillid, fortalerrollen, professionalitet og opdragende/normaliserende tilgange viser det sig altså, at der er mange mulige strategier i dette felt. Hvilket, hvis man ikke i en behandlingsinstitution gør sig eksplicitte overvejelser herom, gør case management til en ret individuel foreteelse, der er vanskelig at sammenligne indbyrdes og evaluere.

Hvad man bør huske

De centrale dilemmaer knyttet til case management, som jeg har diskuteret i denne artikel, relaterer sig til case managernes navigeren i det institutionelle niveau, deres tiltag og brug af (skriftlig) planlægning og slutteligt deres valg af strategi i forhold til fortalerrollen. Pointen er at vise, at case management, der i sin umiddelbare fremtoning kan virke forholdsvis integreret og defineret (i kraft af fokuspunkter: koordinering, fortalerrolle osv.) samt struktureret efter ens principper, i praksis kan variere ganske væsentligt afhængigt af, hvordan den enkelte institution og den enkelte case manager placerer sig i de dilemmaer, der knytter sig til denne arbejdsform. I forhold til at kunne evaluere case management og vurdere dens effekt - og i forhold til at udvikle metoden mere stringent - mener jeg, at det er vigtigt, at brugere af denne arbejdsform klargør og tydeligt kommunikerer de pædagogiske intentioner, ekspliciterer en realistisk anvendelse af planlægnings- og monitoreringsredskaber samt vurderer realistiske arbejdsgange i forhold til mødet med diverse velfærdsinstitutioner.

LITTERATUR

1. Asmussen, V. & Kolind, T.: Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 2005.
2. Ebsen, F., Henriksen, J. & Rieper, O.: Hænger det sammen? Sammenhængen i indsatsen for mennesker med hjemløshed, misbrug og/eller sindslidelse som problem. AKF Forlaget. 2003.
3. Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E.: The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe. Psychiatric Services, 55(8), 913-922. 2004.

'Empowerment' – lettere sagt end gjort

Ønsket om personlig uvikling, større ansvar for eget liv og fremtid samt indflydelse på egen behandling er blevet en trend i moderne velfærdstænkning - også på misbrugsområdet: Brugerne skal styrkes og udvikles.

GUERRILLA GIRLS

AF BAGGA BJERGE

I nyere dansk socialbehandlingssprog er det engelske begreb 'empowerment' slået an. Vi har ellers gode danske ord for beslægtede forestillinger: at bemyndige, at give magt, at styrke, at gøre modstandsdygtig, at sætte i stand til, at selvstændiggøre – men når mennesker, som er brugere af offentlige sociale behandlingstilbud, og som pga. fx stofmisbrug og hjemløshed har behov for hjælp, er det p.t. 'empowerment', der er sagen: Brugerne af sociale ydelser skal gennem ansvarliggørelse, fremtidsplanlægning og indflydelse på egen behandling optimere deres livssituation og gerne bevæge sig hen imod en idealforestilling om et selvforvaltende, frit og ansvarligt samfundsindivid.

Empowerment-paradigmets sejrsgang betyder, at det er blevet en udbredt forestilling inden for det velfærdsstatslige, sociale arbejde, i den offentlige debat, i sociallovgivningen, i teorier om socialt arbejde samt i diskussioner i kommunerne og på institutionerne. Samfundsborgere bør have rum til og mulighed for at få indflydelse på deres livssituation her og nu, men også i fremtiden, og det enkelte individ ses som selvforvaltende, fritstillet, ansvarligt for valg i forhold til både eget liv og i relation til samfundets bedste. Overordnet er det dét, der lægges op til, og dét, den primære øvelse går ud på i det sociale arbejde. Men hvordan ser det ud i praksis? Hvordan forsøges ambitionen om empowerment af brugerne realiseret i den daglige behandling i samspillet mellem medarbejdere, brugere og system?

På baggrund af litteraturstudier og et etnografisk feltarbejde med fokus på empowerment i praksis i et forsøgsprojekt for svagtstillede mennesker i substitutionsbehandling på institutionen Humlehøjen kan jeg drage tre konklusioner:

1. At 'god' og 'rigtig' empowerment-orienteret behandling ikke lader sig gøre i den daglige bureaukratiske praksis i det omfang, der overordnet lægges op til. Det skyldes bl.a., at empowerment forudsætter nogle bestemte kompetencer hos dem, der skal nyde godt af det.
2. At brugere måske nok delvis overtager empowerment-ideologiens forestillinger, men at brugerne også trækker på erfaringer fra det paradigme, som empowerment var tænkt som afløser for - det 'formynderiske' behandlingsparadigme.
3. At de vanskeligheder, som er til

stede ved implementeringen af empowerment-orienteret behandling, afspejler et mere generelt dilemma i gadeplansbureaukratiers praksis: dilemmaet mellem på den ene side at tilgodese det enkelte individ og på den anden side mere overordnede hensyn.

For at hjælpe, opkvalificere og udvikle brugere af den sociale sektors kompetencer lægges der overordnet op til, at alle brugerne skal inddrages i processen og derigennem myndiggøres - eller med andre ord det, jeg vælger at kalde 'empoweres'. I bogen 'Empowerment – teori og praksis – Empowerment på dansk' udtrykker bogens forfattere Andersen, Brok og Matthiassen den holdning og det menneskesyn, som ligger til grund for empowerment-paradigmet således:

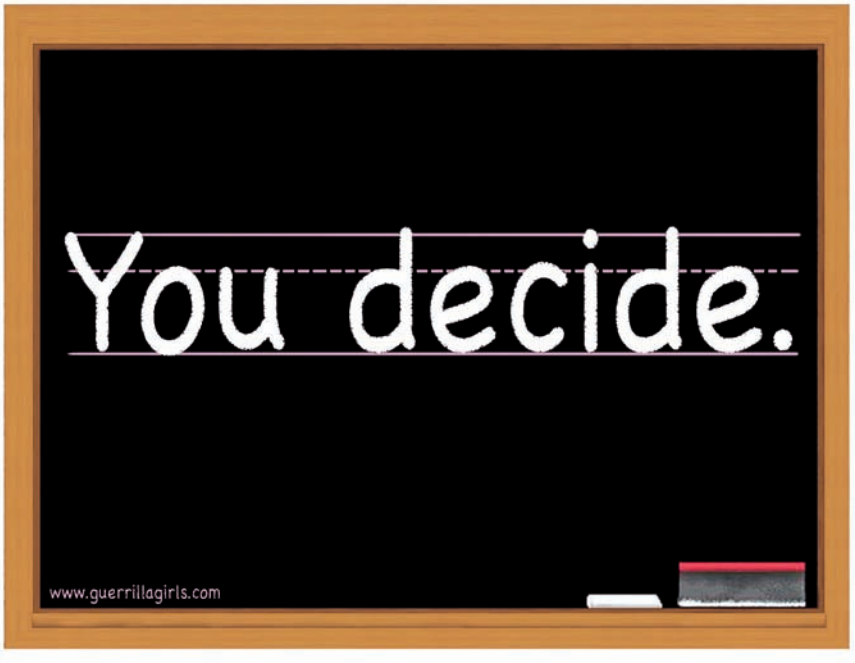
'..mennesker opfattes som frie, men ansvarlige individer, som er i et uafrysteligt samspil med andre mennesker og det omgivende samfund..[..]…enhver har myndighed i sit eget liv og dermed ret til selv at tage beslutninger, og enhver har også et eller andet sted evnen til at skabe forandring'

Det enkelte individ ses altså som frit. Der er en tro på, at alle mennesker – lige meget, hvor dårligt stillede eller hvor socialt marginaliserede de er – har en mulighed og et ønske om at tage selvstændige beslutninger og ændre på deres livssituation. Samtidig knytter empowerment-tanken også an til en forestilling om, at frihed og ansvar er to sider af samme sag. Individet er frit, men skal forvalte sin frihed ansvarligt i forhold til andre mennesker og sine handlinger. Det kan fx dreje sig om den enkelte metadonbrugers behandling, behandlere og sin livssituation i det hele taget: Den enkelte bruger skal eksempelvis lære at blive bedre til at overholde aftaler, lære om demokratiske processer via fællesmøder eller støttes i at lære at lægge en dæmper på sine frustrationer i samtaler med socialforvaltningen, fx hvis brugeren ikke tilkendes det, vedkommende ønsker.

En følge af empowerment-paradigmet bliver derfor, at brugere, som ikke er i stand til at leve deres liv ansvarligt og selvforvaltende i forhold til den frihed, som de med den nye tilgang gives, må lære og guides på sporet af dette. Tidligere kunne man tale om, at medarbejderne tydeligt var dem, der vidste, hvordan brugernes problemstillinger skulle løses, og de havde ret og pligt til at rette brugerne ind efter det 'rette spor' inden for det, man kunne kalde for behandlingsparadigmet. I empowerment-paradigmet er der stadig en implicit intention om at få brugerne ind på det 'rette' samfundsmæssige 'spor' gennem det sociale arbejde. I den officielle vejledning til serviceloven står fx, at brugerne i kommuner og amter *'må ind i en form for læreproces'* for at kunne *'administrere indflydelsesmuligheden'*, som de får via indførelsen af fx brugerinddragelse (Socialministeriet, 1998). Trods intentionerne om at møde brugerne i 'øjenhøjde' institutionaliserer serviceloven altså denne implicitte 'afretning'. Med andre ord fordrer frihed, ansvar og selvforvaltning en bestemt slags handlinger og kompetencer, som brugerne skal guides på sporet af, og det er disse idealer, der p.t. søges og er søgt implementeret i hele den sociale sektor.

Humlehøjen

Det projekt, som jeg har undersøgt, har til hensigt at hjælpe socialt og helbredsmæssigt svagtstillede metadonbrugere, der ikke tidligere har eksisteret passende tilbud til. Brugernes hverdag præges af påvirkethed, koncentrationsbesvær, fysiske samt mentale dårligdomme, akutte problemstillinger etc. Projektet fokuserer på at give brugerne en 'helhedsorienteret' indsats. Det vil sige, at der fokuseres på så mange facetter af den enkelte brugers liv som muligt (helbred, boligsituation, familie etc.) ved at inddrage brugeren så meget som muligt i de beslutningsprocesser, der vedrører denne. På lige fod med andre misbrugsbehandlingscentre udføres sagsbehandling og metadonudlevering, men der tilbydes også aktiviteter som madlavning, hjælp til flytning, bisiddelse under retssager etc. Desuden søges brugerne også fastholdt i deres behandling ved at integrere den medicinske og den psykosociale del i indsatsen over for brugerne, hvilket ellers traditionelt holdes adskilt.



Kan det lade sig gøre?

Hvis vi vender tilbage til min første konklusion, lægges der altså overordnet op til, at behandling skal være empowerment-orienteret. I praksis ser det imidlertid ud, som om mange af brugerne ikke formår, ikke ønsker eller ikke gives mulighed for at agere selvstændigt, frit og ansvarligt i overensstemmelse med empowerment-paradigmets forestillinger. Man kan filosofere over, hvorfor det mon er tilfældet. Mit bud er, at empowerment-paradigmet baserer sig på nogle specifikke forestillinger om at være fri-, selvstændig- og ansvarliggjort i behandlingsøjemed. Dette forudsætter nogle bestemte kompetencer og handlinger, som inkluderer planlægning, stabilitet, ansvarlighed over for andre etc., hvilke mange brugere ikke bestrider eller er synderligt interesserede i at bestride p.g.a. påvirkethed, koncentrationsbesvær, smerter og manglende erfaring: Et eksempel på dette fra praksis er, da jeg kommer tilbage til Humlehøjen efter at have besøgt et søsterprojekt i den forgangne uge. Brugerne Mike og Torben har været oppe at slås. De har begge et stort alkoholmisbrug og kan blive meget aggressive, hvis de bliver tirrede. Slåskampen har efter sigende været en voldsom oplevelse for både brugere og medarbejdere, da medarbejderne har måttet lægge sig imellem de stridende parter. Oplevelsen resulterede desuden i, at projektet blev lukket kl. 10.00 (mod normalt kl. 14.00) dagen derpå, fordi medarbejderne valgte at holde møde om hændelsen. Der skal efterfølgende holdes et fællesmøde for brugere og medarbejderne på projektet, hvor slåskampen og medarbejdernes møde skal diskuteres. Desuden skal der tales om, hvordan man i fællesskab skal forholde sig til lignende problemstillinger fremover. For at sætte nogle gode rammer for mødet, arrangeres en større frokost for mødets deltagere. Da vi begynder at sætte mad og tallerkener på bordet, er brugeren Lene dukket op. Hun er meget beruset og bliver ved med at fortælle, at hun har haft nogle gæster i weekenden, som har svinet hendes lejlighed til, og som ikke har hjulpet med at rydde op igen. Inden mødet rigtig kommer i gang, afbryder Lene mange gange, og brugeren Knud bliver ved med at sige, at hun skal ´holde kæft` og kalder hende ´fulde svin`. Dette står på i ca. 10 minutter, indtil Lene bliver rasende og kommer farende hen mod Knud og vil slå ham. En bruger og medarbejder får - under Knuds og brugeren Toves råb om, at Lene er fuld - bakset hende ud i køkkenet, hvor medarbejderen Else tager over og kører hende hjem. Tove råber, at det er for dårligt, at folk kommer her, når de er påvirkede. Tove, Knud og brugeren Bo mener, at det er personalets ansvar at bryde ind og stoppe konflikter. Tove siger, at ´der skal brugerinddragelsen altså stoppe`. Hun mener, at det er personalet, der skal vurdere, hvornår folk opfører sig upassende.

Eksemplet viser, at medarbejderne som udgangspunkt forsøgte at få draget brugerne ind i de beslutninger og diskussioner, der vedrører projektets dagligdag, og høre brugernes meninger om forskellige problemstillinger så som slåskampe. De forsøgte med andre ord at handle i overensstemmelse med de generelle forestillinger om den frie og ansvarlige bruger af systemet og forsøger at basere den daglige behandling på at lytte til, respektere brugernes meninger og lære brugerne om demokratiske beslutningsprocesser. Dog vanskeliggøres forsøg på inddragelse af brugerne, fordi fx fællesmøder går i opløsning, når brugerne reagerer aggressivt. Der kan således ses uoverensstemmelser mellem de officielle forestillinger om empowerment og brugerinddragelse og konkrete muligheder for at lave empowerment-baseret behandling i praksis. Succesfuld empowerment-orienteret behandling i form af fx fællesmøder, hvor man lytter til hinanden, argumenterer, diskuterer og finder løsninger sammen, kræver med andre ord nogle brugere, som agerer i overensstemmelse med den samfundssmæssige definition af, hvad en 'god' og 'rigtig' livsførelse er – altså, at brugerne er i besiddelse af de fornødne kompetencer.

Når empowerment lykkes

Enkelte brugere formåede til fulde at profitere af det nye paradigmes muligheder som fx brugeren Klaus. Han var som de andre brugere også mærket af mange års misbrug, syg-

dom, liv på gaden etc., men var fra den første dag på projektet meget engageret i hverdagen: ryddede op, hjalp med madlavning, kom med forslag til udflugter og foredrag, arrangerede tur. I modsætning til de andre ville han altså gerne deltage aktivt, tage ansvar og planlægge, hvilket han i høj grad også fik mulighed for, da han i det daglige viste, at han 'godt kunne selv' og på mange måder levede op til forestillingen om den ansvarsfulde og selvforvaltende bruger. Klaus mente selv, at hans erfaringer fra tidligere, hvor han havde arbejdet som kok og solgt aviser for 'Hus forbi', satte ham i stand til at tage ansvar og fx være primus motor bag en udflugt. Han havde i kontrast til mange af de andre brugere ikke haft nær så meget kontakt til systemet, så de kompetencer, som gjorde ham i stand til at agere i overensstemmelse med empowerment-tanken, havde han altså erhvervet sig, inden han kom ind i projektet. Empowerment-orienteret behandling er med andre ord noget nemmere at sætte i værk med brugere, der kan, vil og har kompetencerne i forvejen. For størsteparten af brugere på Humlehøjen gælder det dog, at empowerment og brugerinddragelse er nemmere sagt end gjort.

Levn fra tidligere paradigmer

Man kunne derfor have frygtet, at brugernes manglende forudsætninger for at leve op til empowerment-tanken var endnu en måde, hvorpå de blev marginaliserede i forhold til 'almindelige' borgere og brugere af systemet. Der er imidlertid stadig elementer fra behandlingsparadigmet, som af medarbejdere og brugere opleves som nødvendige, effektive eller rimelige, og det gør det muligt for brugerne at få indflydelse og sætte deres agenda igennem, selvom de ikke mestrer de empowerment-paradigmatiske kompetencer. Dette leder mig til min anden konklusion: Tiltag som empowerment iværksættes ikke i et socialt tomrum. Lanceringen af empowerment sker i samspil og med modspil fra tidligere relationer, erfaringer, traditioner og sociale strukturer. Disse er over tid indlejret i såvel brugerne som medarbejderne og giver alle en fornemmelse eller sans for, hvad der dels accepteres og dels synes mest effektivt og strategisk rigtigt at gøre.

Brugernes praktiske sans og strategier er prægede af tidligere tiders tilgang til social behandling i form af behandlingsparadigmet, hvori brugere af det offentlige system, firkantet sagt, ses som passive, uansvarlige og ikke selvforvaltende. De har således erfaringer med sig fra mange års kontakt med et system, hvori de er blevet 'vænnet' til at indtage en passiv rolle i forhold til medarbejderne og i deres behandling. I eksemplet med fællesmødet var det faktisk brugeren Knud, der udløste Lenes voldsomme handling ved gentagende gange at kalde hende for 'fulde svin', og med empowerment-paradigmets indtog kunne man måske have forventet sig, at det således også var brugerne, der skulle stå til ansvar for eskaleringen eller deeskaleringen af situationen. Når det alligevel giver mening for Tove at sige, at 'der skal brugerinddragelsen altså stoppe', skyldes det, at der, uagtet hvor meget man måtte gå ind for forestillingen om den frie, ansvarsbevidste bruger, stadig er levn fra tidligere tider. Forestillingerne om 'narkomaner' som 'sådan nogle, der ikke selv kunne tage ansvar', er stadig nærværende – særligt hos brugerne - hvorfor behandlerne ofte kommer til at tage ansvar. Kendetegnende for Tove var, at hun på lige fod med mange andre brugere som regel ønskede at undgå at tage ansvar og stå til regnskab for sine handlinger, fordi det fx var besværligt og ubehageligt at få skæld ud, når man lavede ballade. Men Toves manglende ønske om at stå til ansvar hang i høj grad også sammen tidligere erfaringer med, at det var nemmere at få medarbejderne til at handle, fordi hun ikke rigtig magtede det selv. Eller som hun udtrykte det i et interview, hvor vi bl.a. tale om, at hun var i færd med at søge pension, efter at hun er begyndt i projektet:

'…jeg kan ikke få fingeren ud af røven og ordne noget som helst, så det er rart, at der er nogen, der lige kan gøre det….De[medarbejderne] foreslår meget. Det er fx dem, der har foreslået det med pensionen: Tove, skal du ikke i gang med den pension? Kom nu! Så har jeg været oppe i a-kassen og hos min læge. De har hele tiden sparket mig i røven for at få mig ind i systemet. Det er meget rart, for ellers havde jeg ikke fået ordnet en skid'.

Tove befinder sig godt tilpas ved, at medarbejderne tager over og arrangerer i forhold til pensionssøgningen. Tove kan således 'køre med på frihjul' og skal dermed ikke selv lægge et stort stykke arbejde og ansvar for dagen. Hun har været stofmisbruger i over 20 år og har haft kontakt med systemet i mange år og i mange sammenhænge, hvorfor hun kender til bureaukratisk praksis og ved, at hvis hun skal have noget igennem, skal hun have andre til at gøre det for sig. Som en del af Toves erfaring ligger altså, at systemets repræsentanter arrangerer og 'sparker hende i røven', og det giver derfor ikke mening at skulle være alt for ansvarlig og selvstændig. Et lignende perspektiv formuleres således af brugeren Knud:

'Nu fx mig, jeg har det dårligt med at ringe op til socialkontorer. Jeg hader at ringe i telefon, så skal medarbejderne ligesom gå ind at gøre det, for jeg kan ikke selv. Systemet har fornægtet os, og det ved vi på forhånd, at det vil gøre, så derfor kan vi næsten ikke klare at skulle igennem alt den tumult med sagsbehandling og retssystemet'.

Knud har en erfaringsbaseret forventning om eller fornemmelse af, at han vil blive 'fornægtet', når

han skal tage kontakt til fx socialkontoret, hvorfor han i sin givne situation anser det for mere gavnligt, hvis medarbejderne ringer for ham. Det kan med andre ord bedre betale sig for Knud, at en vellidt medarbejder ringer på hans vegne og forklarer hans problemstilling. Knud har en opfattelse af, at medarbejdernes synspunkter ikke bliver 'fornægtet' i modsætning til hans forventning om at blive klassificeret som stofmisbruger over telefonen og dermed få en dårligere behandling. Det kan også anses som mere gavnligt for brugerne at 'satse' på hjælp til problemstillinger her og nu, fordi det opleves som meget vigtigere at få ringet til socialkontoret angående en forsinket udbetaling af pension, at få ordnet pension, at få renset et sår osv., end at skulle lægge langsigtede planer og opkvalificere sig til fremtiden. Med andre ord er behandlingsparadigmets rollefordeling stadig til stede i mange brugeres forestilling om den behandling, de skal tilbydes på projektet. Den levede praksis og brugernes forestillinger er mere orienteret mod konkrete problemstillinger her og nu end mod den fremtidsrettede livsoptimeringproces, som moderne socialt arbejde lægger op til. Derfor trækker mange brugere på erfaringer fra behandlingsparadigmet, når de søger at opnå indflydelse og sætte deres agenda igennnem – hvilket i stor udstrækning lykkes, fordi et projekt som Humlehøjen også præges af tidligere relationer, erfaringer, traditioner og sociale strukturer inden for området, som det giver ganske god mening at trække på, når en problemstilling skal håndteres i behandlingen.

Gadeplansbureaukratiets iboende dilemma

I velfærdsstatslig social behandling er der altid en række begrænsninger for, hvilke muligheder den enkelte institution, medarbejder og bruger har i den daglige praksis. Der ligger ganske vist ikke specifikke begrænsninger i lovgivningen og de kommunale retningslinierne for den måde, hvorpå empowerment-orienteret social behandling skal foregå – tværtimod. Men begrænsninger findes til gengæld i rigt mål i forbindelse med ressourcehensyn og –prioriteringer, således at man ofte må gå på kompromis med det, som man umiddelbart oplever som værende i overensstemmelse med empowerment-paradigmatiske forestillinger om at ansvarliggøre og give indflydelse til alle brugere i hverdagen. I stedet må medarbejderne ofte prioritere og differentiere deres arbejdstid i forhold til, hvad der bedst kan 'betale sig', ikke alene i forhold til indsatser over for den enkelte bruger, men også tiltag, der synes oplagt i forhold til at imødekomme størstedelen af projektets brugere som fx åbningstider, hvilket leder mig frem til et eksempel, der illustrerer artiklens tredje konklusion: Humlehøjen havde åbent i hverdagen fra om morgenen og til ud på eftermiddagen, og det var til stor ærgrelse for medarbejdere og brugere, at der var en kommunalt betinget begrænsning om, at institutionen ikke kunne hjælpe brugerne i weekenden, men at brugerne var henvist til fx at hente metadon på byens misbrugscenter, hvor byens andre metadonister henter metadon i hverdagen. Medarbejderen Eva fortalte mig, at Humlehøjens brugere ofte opførte sig meget mere uroligt og larmende end andre metadonister, når der skulle hentes metadon på misbrugscentret i weekenderne. Brugerne havde utrolig svært ved at finde sig til rette under disse andre rammer, hvilket ikke alene var til gene for dem, men også for misbrugscentrets personale og de faste brugere på dette sted.

Selvom Humlehøjen er et forsøgsprojekt, er der altså begrænsninger for, hvor 'anderledes' det må være i forhold til andre amtslige eller kommunale tilbud. Empowerment-paradigmet har således begrænsede vilkår i et system, der også er præget af mere traditionelle former for organisering af en offentlig indsats. I kommunens familieafdelings virksomhedsplan, under hvilken Humlehøjen organisatorisk hører, pointeres det fx, at det sociale arbejde skal foregå med udgangspunkt i den enkelte brugers '*forudsætninger, ønsker og behov* . I praksis gælder det dog ikke på alle områder, end ikke områder som af brugere og medarbejdere opleves og erfares som nødvendige og fagligt underbyggede.

Omvendt kan man argumentere

BAGGA BJERGE
ANTROPOLOG, PH.D.-STUD. VED CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

for, at netop det, at projekterne ikke må have åbent i weekenderne, understøtter empowerment-paradigmet i den forstand, at brugerne således 'tvinges' til at benytte byens andre tilbud og 'holde weekend' på lige fod med andre samfundsborgere. Projekternes åbnings- og især lukketider tjener således som normaliserede faktorer, da brugerne herigennem skal 'lære' at tage ansvar for deres handlinger og liv også uden for projekternes ramme. Det strukturelle dilemma er inden for empowerment-paradigmets logik ikke nødvendigvis ønskværdigt at overskride, fordi selve det sociale arbejde er fokuseret på at integrere det enkelte individ på den mest 'normale' måde i det omgivende samfund.

Der opleves med andre ord en afstand mellem på den ene side de officielle forestillinger og forskrifter og på den anden side de oplevede muligheder i praksis. Den daglige balancegang mellem det enkelte individ og overordnede hensyn er et vilkår i gadeplansbureaukratiet, som i praksis må accepteres og håndteres. Problemstillinger som følge af dette tydeliggøres i feltet, fordi behandlingstilgange og -former med et særligt fokus på netop hensynet til det enkelte individs indflydelse og frihed er dominerende i de officielle forestillinger om 'godt' socialt arbejde.

Efterlysning: Mere debat

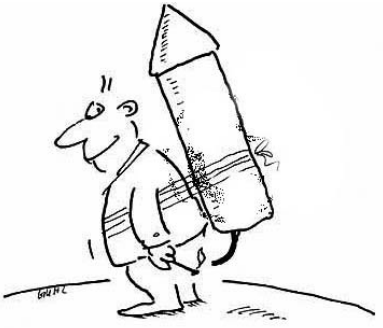
Af gadeplansbureaukratiets iboende dilemma fremstår dobbeltheden i empowerment-paradigmet, som går ud på, at det er en ganske bestemt form for frihed og selvforvaltning, som giver mulighed for formelt ansvar og inddragelse. På den ene side skal svagtstillede brugere fri-, selvstændig- og ansvarliggøres i den offentlige sektor, men det skal på den anden side ske på baggrund af nogle bestemte dominerende samfundsmæssige forestillinger om, hvordan det lader sig gøre bedst muligt. Endemålet i empowerment-paradigmet og gadeplansbureaukratier i al almindelighed er således på mange måder er enslydende: Den sociale behandling skal optimere samfundets borgere, således at de passer bedst muligt ind i forhold til flertallet af samfundets borgere, og dette skal gøres på en måde, der er effektiv (og derved økonomisk) for den enkelte bruger og for samfundet som helhed.

Empowerment-paradigmets forestillinger, der dominerer den politiske, kommunale, amtslige, lovmæssige, socialfaglige og ideologiske tilgang til socialt arbejde og behandling i velfærdsstaten i dag, skal dog ikke afskrives som spekulative og praksisfjerne ideer. Der er bestemt mange gode ting i at ville opkvalificere brugere til at leve et mere ansvarligt og selvforvaltende liv med udgangspunkt i empowerment-tanken. Det er blot værd at være opmærksom på nogle af de vanskeligheder, der er til stede, når empowerment-orienteret behandling skal fungere, og de konsekvenser som reformeringen af tilgangen til det sociale arbejde har i praksis. Det ville derfor være forfriskende med mere debat om og diskussioner af empowerment og brugerinddragelse, ikke alene i forhold til, hvordan man gerne så, at det virkede, hvordan det 'burde' virke, men også i forhold til hvad der rent faktisk sker, og ikke mindst hvad forudsætningerne er for at empowerment kommer til at virke i den levede praksis.

LITTERATUR

Andersen, M. L., P. N. Brok et al.: Empowerment - teori og praksis - Empowerment på dansk. Forlaget Dafolo. Frederikshavn. 2000.

Socialministeriet: Lov om social service og Vejledning om den sociale indsats for de mest udsatte voksne. Sindslidende, stof- og alkoholafhængige, hjemløse m.fl.. 1998.



'Empowerment og brugerinddragelse i praksis

I bogen *'Empowerment og brugerinddragelse i praksis: mellem forestillinger og det muliges kunst – En antropologisk analyse af forestillinger om 'godt' socialt arbejde i relation til praksis blandt svagtstillede metadonbrugere'* fokuserer Bagga Bjerge på, hvorfra og hvorfor disse forestillinger opstår, og hvordan de søges formidlet til samfundets borgere. I forlængelse heraf analyseres konkrete bestræbelser på at implementere empowerment i praksis på projektet Humlehøjen for svagtstillede metadonbrugere.

Publikationen baserer sig på materiale fra Bjerges feltarbejde og speciale på Institut for Antropologi, Arkæologi og Lingvistik, afd. for Antropologi og Etnografi ved Aarhus Universitet samt materiale fra arbejdet som studentermedhjælper ved CRF.

Udgivet af CRF, 2005.
97 sider. 85 kr. www.crf.dk

PRÆCISERING

Redaktionen er af LVS blevet gjort opmærksom på at enkelte af de billeder, der ledsagede interviewet med Niels Danstrup i sidste nummer af STOF (nr. 8), er hentet fra sammenhænge, der ikke umiddelbart har med Fredericia Kommunes Misbrugscenter at gøre. Således er der anvendt billedmateriale fra LVS's cykelløb Tour de Udsat og fra Dansk Værestеds Idræts Adventure Race. Billedet fra sidstnævnte er ikke som angivet taget af Tune Andersen, men af Kathrine Stjernholm.
Vi beklager.

Red.

JORUNN MOEN
HOVEDBIBLIOTEKAR VED STATENS INSTITUT FOR RUSMIDDELFORSKNING (SIRUS) I NORGE.

Danmark er savnet
i et vigtigt europæisk samarbejde

AF JORUNN MOEN

Elisad (European Association of Libraries and Information Services) er en sammenslutning af europæiske biblioteker og informationscentre inden for rusmiddelområdet. Elisad har i to år ledet et EU-financieret udviklingsprojekt, som har resulteret i en unik, europæisk emneportal for rusmiddelområdet: The Elisad Gateway.

Archido, et tysk rusmiddelbibliotek ved universitetet i Bremen, har koordineret projektet. 12 europæiske institutioner har sammen udviklet emneportalen til at blive et præcist informationsværktøj for rusmiddelområdet. Den Europæiske Kommission har støttet projektet økonomisk i perioden 2002-2003.

Elisads emneportal er et omfattende katalog over netsteder om afhængighed, alkohol og andre rusmidler fra 32 europæiske lande. Emneportalen giver fagfolk fra rusmiddelområdet adgang til en ny arena. Portalen tilbyder information om aktivitetsområder, publikationer og interaktive netsteder fra relevante europæiske institutioner inden for rusmiddelområdet. Emneportalen omfatter rusmiddelbrug, forebyggelse, behandling, politik, forskning og kultur. På portalen kan der søges på mere end 350 emneord. Det er også muligt at lagre søgeresultater inden for de forskellige søgefunktioner.

Elisads emneportal for rusmiddelområdet er i form og indhold en unik europæisk netressource. Sprogbarrierer og manglende kommunikationsstruktur mellem Øst- og Vesteuropa har tidligere været hindringer for informationsudveksling og institutionel netværksbygning inden for rusmiddelområdet i Europa. Emneportalen bidrager til at lempe på disse hindringer.

Fremtidig vedligeholdelse af emneportalen er sikret ved, at 16 europæiske institutioner har forpligtet sig til at deltage i arbejdet med at videreudvikle portalen. Satsningsområder fremover er:

1) Øget adgang til information fra Central- og Østeuropa
2) Teknisk forbedring
3) Bidrag på flere sprog

I Norden er emneportalen oversat til finsk, svensk og norsk, men desværre endnu ikke til dansk. Årsagen er, at Elisad ikke har nogen danske medlemmer. Denne artikel er et forsøg på at komme i kontakt med potentielle medlemmer, som kunne tænke sig generelt at deltage i Elisads netværksarbejde og mere specifikt i selve portalarbejdet, som består i at finde frem til seriøse danske netsteder inden for rusmiddelområdet, analysere disse ved hjælp af et specialudviklet værktøj og oversætte portalens tekst til dansk.

Interesserede kan kontakte Jorunn Moen
E-mail adresse er: jm@sirus.no
Læs mere på www.sirus.no

Elisads emneportal for rusmiddelområdet er tilgængelig på: http://www.addictionsinfo.eu

STOF / CRF København
Købmagergade 26 E 2.
1150 København K

B

Returneres ved varig adresseændring

POST
PP DANMARK

kalender

27. – 29. august 2007
Konference: Beat the Dragon
– Om dobbeltdiagnose
Sted: Århus
Arr.: Nordisk Netværk for dobbeltdiagnose
www.beatthedragon.dk

3. – 5- september 2007
Kursus om afhængighed v. Craig Nakken
Arr.: Plan A
Sted: Frederiksberg
www.plan-A.nu

13. – 15. september 2007
Evalueringskonference
Arr.: Dansk EvalueringsSelskab
Sted: Kolding
www.danskevalueringsselskab.dk

14. september 2007
Cannabis og psykose
Arr.: Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
Sted: København
www.dsfam.dk

26. – 28. september 2007
Barnet og rusen
Arr.: Borgestadklinikken
Sted: Norge
www.borgestadklinikken.no

1. – 3. oktober 2007
10th International Symposium on Substance Abuse Treatment
Arr.: SIRUS m.fl.
Sted: Norge
www.med.uio.no/ipsy/skr/ISSAT/Contact.htm

11. – 13. oktober 2007
18th annual ESSD-conference
Arr.: European Society for Social Drug Research
Sted: Krakow, Polen
www.jur.uva.nl/

15. & 16. oktober 2007
2007 National Conference on Injecting Drug Use
Arr.: Exchange Supplies m.fl.
Sted: Skotland
www.exchangesupplies.org

5. & 6. november 2007
Landskursus: Ulighed i sundhed
Arr.: Fagligt selskab for Addiktiv Sygepleje
Sted: Fredericia
www.addiktivsygepleje.dk

8. november 2007
Hvad virker 2007?
Arr. Nordisk Campbell Center/SFI
Sted: København
www.sfi.dk/sw22405.asp

15. & 16. november 2007
Nordisk konference om hjemløshed:
Den tveksamma välfärden
Arr.: Ersta diakoni, Erstabacken
Sted: Stockholm
www.erstadiakoni.se/erstabacken

27. & 28. november 2007
Døgnunderstøttet behandling af stofmisbrugere
Arr.: KABS m.fl.
Sted: Odense
www.kabs.dk

17. & 18. december 2007
International Workshop with G. Alan Marlatt: Harm Reduction & Relapse Prevention
Arr.: Evidence
Sted: Oslo
www.evidence.no