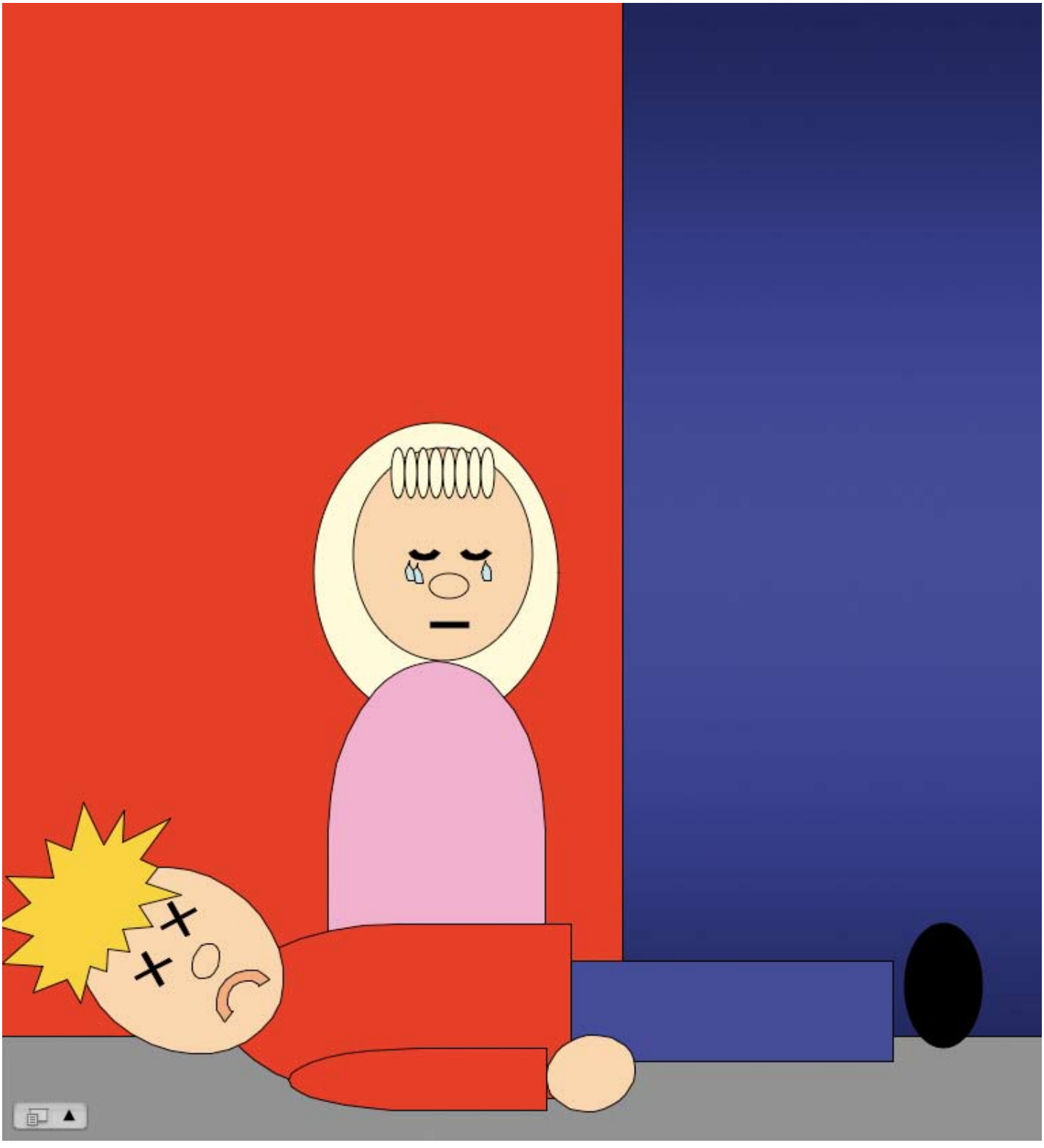
STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET



NR. 10. VINTER 2007

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

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

Redaktionen afsluttet
30. november 2007
Deadline for næste nummer:
3. marts 2008
STOF nr. 11 udkommer forår 2008

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.

Hinsides klare signaler

'ER DU HOLDT OP MED AT SLÅ DIN KONE?' lyder en klassiker inden for argumentationsteorien. Spørgsmålet er et eksempel på en form for udsagn, som sætter adressaten i en umulig position. Svarer man ja, indrømmer man tidligere ugerninger. Svarer man nej, indrømmer man, at de fortsætter. Svarer man, at det har man aldrig gjort, benægter man fakta – for der må jo være noget om det, siden man bliver spurgt...

En beslægtet måde at bruge sproget på er at påstå, at dette eller hint 'ville sende et forkert signal'. Hvem bryder sig om at sende forkerte signaler? Ingen! Så uden at adressaten kan gøre noget ved det, klistrer der noget ved 'at sende forkerte signaler', som er tæt på umuligt at imødegå. Ret beset skulle man ellers tro, at signal-argumentet kun var gangbart i fyrvæsenet, i signaltropperne og inden for transmissions-teknologien. Men ak nej. Specielt i forhold til unge og stoffer bruges signalargumentet om og om igen til fordel for, at forebyggelse ensidigt skal satse på afholdenhed, og at dette mål skal nås ved næsten udelukkende at beskrive stoffer og stofbrug i negative termer – farlige, ødelæggende og afhængighedsskabende.

Sådan oplever de unge bare ikke virkeligheden. Gennem egne og venners erfaringer oplever de et betydeligt mere nuanceret billede, og de klare signaler er kun klare i én forstand - klart utroværdige. Manglen på genkendelighed kan betyde, at de unge mister tiltroen til de budskaber, de modtager – også den del, der er hold i.

Hvis der kun satses på ufarlig afholdenhed, er mindre farlig brug over for mere farlig brug en by i Rusland. Hvis der ikke findes brug, men kun misbrug, kan det betyde, at de unge holder sig væk fra at søge hjælp eller for at åbne sig for omgivelserne, fordi de ikke føler, at de er 'misbrugere', og fordi de ikke vil prædikes for med løftede pegefingre og 'besserwissen'.

Ved hjælp af blandt andet signalargumentet har megen forebyggelse – og adskillige misbrugspolitikker – længe været forlovet med et dikotomisk værdiunivers befolket med det sorte og det hvide, det onde og det gode, det forkerte og det rigtige, det farlige og det ufarlige. I denne polariserede verden er det svært at være pragmatisk. Grader af gråt har ikke være levnet meget plads.

Men virkeligheden er ved at overhale de klare signaler indenom. STOF bringer denne gang blandt andet en serie artikler om forebyggelse i realiteternes verden – spændende fra de unges omsorg for hinanden til forældres omsorg for deres poders indføring i rusmidlernes verden, til forebyggelsesprogrammer om 'sikker brug' i skolen og hjemmet, til rum til dialog på døgninstitutioner for anbragte unge og til formidling uden skrækeffekter.

Dermed sender vi fra redaktionen et signal om, at der er andre måder at gøre tingene på. Om signalet er klart må læserne afgøre.

M.J.

STOF 10

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET · NR 10 VINTER 2007

UNGE

KOM NARKOEN UD AF BYEN? 5
Det hidtil største og dyreste forebyggelsesprojekt i Danmark er nu afsluttet - og udnævnt til en succes på et tvivlsomt grundlag.
AF FLEMMING BALVIG & LARS HOLMBERG

TEENAGERNES EGEN SKADESREDUKTION – KAN ALKOHOLFOREBYGGELSEN TAGE VED LÆRE? 14
Faktisk prøver unge at passe på hinanden når de er til fest. Hvordan kan det bruges i forebyggelsen – uden at ødelægge den gode stemning?
AF MORTEN HULVEJ

MED GENSTANDSGRÆNSER I HOVEDET – OG EN TEENAGER VED MIDDAGSBORDET 17
Nogle forældre forebygger ved at sætte regler op – andre ved at stå i baren.
AF KAREN ELMELAND & TORSTEN KOLIND

SIKKERHED I HØJSÆDET 22
Nul-tolerance koster troværdighed i forhold til de unge, som ikke siger 'nej til stoffer'. Sikker brug er at foretrække, siger Marsha Rosenbaum.
AF MICHAEL JOURDAN

DØGNANBRAGTE UNGE OG RUSMIDLER – EN UDFORDRENDE COCKTAIL 24
Hvordan kan institutionerne rumme det forbudte?
AF PETER JENSEN & SUSANNE PIHL HANSEN

'GODT DET IKKE ER EN SKRÆK-SIDE' 28
Ny hjemmeside om unge og rusmidler – uden løftede pegefingre.
AF DIDDA LARSEN & MIKKEL WIESE

BEHANDLING

KONGRES Dobbeltdiagnoser
DOMINERENDE ABER SNIFFER IKKE KOKAIN... 32
Dobbeltdiagnose er ikke en undtagelse – men noget, man kan forvente.
AF LOTTE SØNDERGÅRD

Dobbeltdiagnoser
BRUGERNES SYN PÅ INTEGRERET BEHANDLING AF MISBRUG OG PSYKISK SYGDOM 34
Nærhed og gode relationer er vigtige i behandlingen – men det kan også blive så tæt, at det føles som kontrol.
AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

SOCIALSYGEPLEJE
SOCIALSYGEPLEJE OG KONFLIKTFOREBYGGELSE 41
Kan mødet mellem indlagte stofmisbrugere og hospitalspersonale blive en tillidsfuld affære?
AF MICHAEL JOURDAN

EKSERE
NÅR TIDLIGERE MISBRUGERE BEHANDLER 44
'Bare fordi man har et 'EX' i panden, er det jo ikke ensbetydende med, at man er en god behandler'.
AF DORTE HECKSHER

KVALITET
VEJE TIL BEDRE KVALITET I STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN 47
AF RUNE KAMSTRUP

MOTIVATION
FRIHED TIL AT VÆLGE? 48
Det er muligt at hjælpe flere indsatte stofmisbrugere i behandling efter endt afsoning.
AF ANNE MARIE KØBKE & INGRID LUND SØRENSEN

ANTISOCIALE
KLIENTER MED ANTISOCIALE PERSONLIGHEDSTRÆK 50
En bedre måde at møde en meget vanskelig klientgruppe efterlyses.
AF HENRIK BECK

ANTISOCIALE
HVAD SIGER FORSKNINGEN? 53
Om vanskelige klienterne forlader eller bliver i behandlingen kommer an på, hvilken behandling man tilbyder.
AF MORTEN HESSE

TRE NYE PH.D.-PROJEKTER PÅ CRF OG EN AFSLUTTET PH.D.

RUSEN I DET FREMMEDE 56
AF SÉBASTIEN TUTENGES

ETNISKE MINORITETER, RUSMIDLER OG SOCIALT ARBEJDE 58
AF BJARKE NIELSEN

CANNABISKONTROL I KØBENHAVN SIDEN 2000 60
AF KIM MØLLER

'ER DET MANDEN, DER STYRER STOFFERNE, ELLER ER DET STOFFERNE, DER STYRER MANDEN?' 62
AF ESBEN HOUBORG

JURA

DEN USYNLIGE JURA. HVAD LOVEN SIGER – OG IKKE SIGER 65
Hvad betyder det, at stofmisbrugere har garanti for at komme i behandling – og hvad er det for en behandling?
AF PETER SINDAL LUNDSBERG

Om projekt

'NARKOEN UD AF BYEN'

På baggrund af en regeringsbeslutning om at forstærke det fælles ansvar for stofmisbrug, blev der i oktober 2003 udformet en større handlingsplan mod narkotikamisbrug: 'Kampen mod narko'. Handlingsplanen omfatter en række initiativer, der tilsammen skal fastholde og udbygge indsatsen overfor narkotikamisbruget, ved at hindre tilgangen af nye stofmisbrugere, hjælpe nuværende stofmisbrugere og sætte hårdt ind overfor den narkorelaterede kriminalitet. Det største forebyggende initiativ i denne handlingsplan var det 3-årige udviklingsprojekt 'Narkoen ud af byen.' Der blev i satspuljeaftalen for 2004 og finanslov 2004 afsat 20,8 mio. kr. til projektet – heraf 15 mio. kr. til 14 modelkommuner, (hvoraf 1 million var til en fælles udviklingspulje til modelkommunerne), og 5,8 mio. kr. til Sundhedsstyrelsens arbejde med projektet.

Projektet havde til formål at nedsætte tilgængeligheden af illegale stoffer, nedsætte antallet af unge som eksperimenterer med stoffer og nedsætte de problemer, som knytter sig hertil. Desuden var det hensigten at udvikle en tværgående, koordineret og målrettet forebyggelsesindsats i de 14 udvalgte kommuner.

Fra efteråret 2004 til april 2007 arbejdede de 14 modelkommuner med rusmiddelforebyggelse i de miljøer, hvor unge færdes: i grundskolen, på ungdomsuddannelserne, i fritids- og foreningslivet, i festmiljøet og i særlige boligområder.

Afslutningen på modelkommuneprojektet 'Narkoen ud af byen' blev markeret med en konference d. 28. marts 2007, hvor resultater fra evalueringen af projektet og praktiske erfaringer fra de 14 modelkommuner blev præsenteret.

Læs mere om projektet på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk under 'Forebyggelse' samt linket til projekt-hjemmesiden.

Den følgende artikel af Flemming Balvig og Lars Holmberg bygger bl.a. på den evalueringsrapport Sundhedsstyrelsen udgav i april 2007: 'Evaluering af modelkommuneprojektet Narkoen ud af byen'.

Red.

Kom 'NARKOEN UD AF BYEN' ?

Resultaterne fra projekt 'Narkoen ud af byen' er af opdragsgivere og deltagere blevet fremstillet som en succes – men spørgsmålet er, om evalueringen af projektet overhovedet giver grundlag for nogen form for optimisme?

AF FLEMING BALVIG OG LARS HOLMBERG

I oktober 2003 fremlagde regeringen en handlingsplan mod narkotikamisbrug, 'Kampen mod narko – handlingsplan mod narkotikamisbrug' (Regeringen, 2003). I forebyggelsesdelen af denne plan hedder det bl.a. (s. 13):

'*De skitserede hovedproblemer og risikofaktorer taler sammen med de hidtidige erfaringer med narkotikaforebyggelse for, at forebyggelsesindsatsen skal være bredspektret, dvs. omfattende rusmidler bredt, og at den skal være målrettet normer og adfærd. Indsatsen skal med henblik på at fremme en dialog med de unge være forankret i lokalsamfundet, hvor de forskellige tiltag skal være koordineret.*'

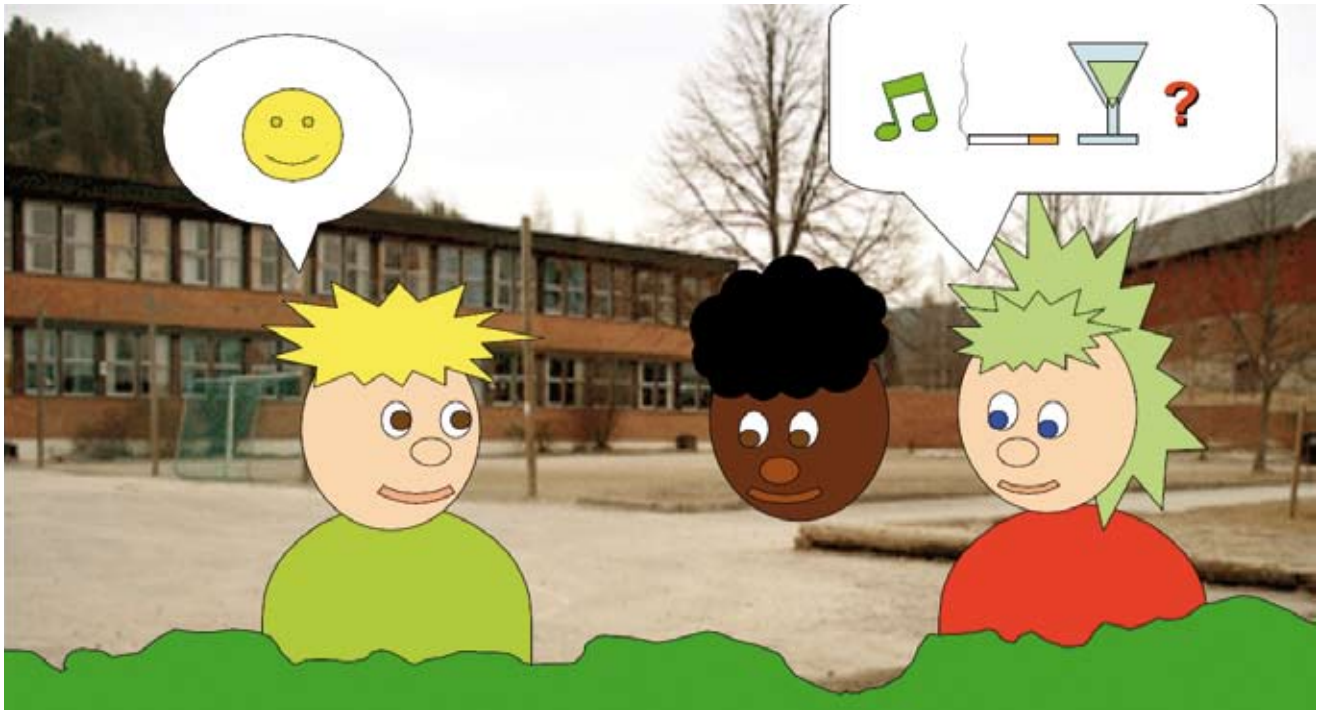
Det konstateres videre, at det allerede i dag – som det bør være – er den lokale indsats, der er bærende i narkotikaforebyggelsen, men at der er meget store forskelle på, hvordan opgaven løses, herunder hvilke ressourcer med hensyn til organisation, viden, personale og økonomi, der er til rådighed lokalt. Det understreges, at det afgørende for indsatsens gennemslagskraft er, at den er synlig, vedvarende og koordineret. SSP-samarbejdet fremhæves som det aktuelt væsentligste bidrag til en organiseret og koordineret indsats, hvortil de øvrige lokale aktører bidrager mere eller mindre aktivt.

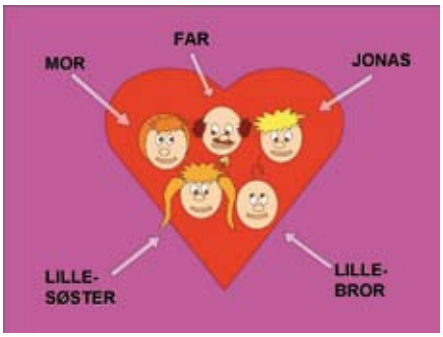
Modelkommuneprojektet

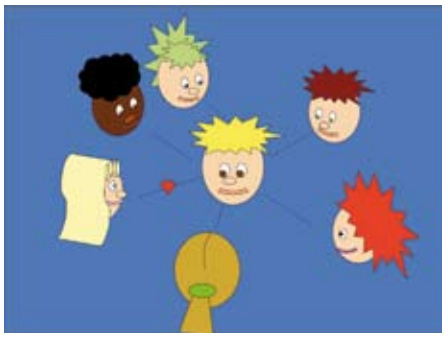
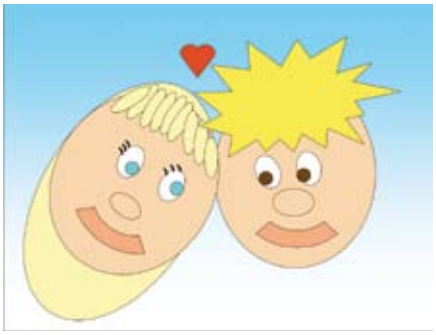
På basis af disse overvejelser tilkendegives det i handlingsplanen, at regeringen vil søge og yde støtte til et målrettet samarbejde med én kommune i hvert amt (s. 14): 'Samarbejdet skal finde sted inden for rammerne af et treårigt modelkommuneprojekt '*Narkoen ud af byen*'.' Målet med projektet beskrives på følgende måde (s. 14):

'Modelkommuneprojektets overordnede *målsætning* er gennem en lokalt forankret og koordineret, særlig indsats markant at nedbringe udbredelsen af narkotika i lokalsamfundet. Modelkommuneprojektets mere specifikke mål er at opnå en væsentlig begrænsning i tilgængeligheden af narkotika og i antallet af unge, der prøver og misbruger narkotika, samt at nedsætte antallet af akutte skadevirkninger såsom forgiftninger, stofudløste psykoser og vold markant, at sikre tidlig indsats til unge på vej ud i misbrug og at sikre en særlig forebyggende indsats over for børn i misbrugsfamilier.'

illustrationer til denne artikel er uddrag fra tegnefilmen 'Der sker jo ikke noget' af: Majken Møller Rasmussen & Tenna Buus Rasmussen, 8. a – Løgstrup Skole.
Filmen blev lavet i en Projektuge om euforiserende stoffer 2. okt. – 5. okt. 2006 i forbindelse med kampagnen ' Narkoen ud af byen'.
Se filmen på: http://www.sst.dk/Forebyggelse/Alkohol_narkotika_og_tobak/Narkotika/Kampagner_og_projekter/Narkoen_ud_af_byen.aspx





De primære indsatsområder fremhæves som værende forældrene, grundskolen, ungdomsuddannelserne, foreningslivet, festmiljøet, de misbrugstruede unge og deres familier samt misbrugsfamiliernes børn og de udsatte lokale miljøer. Det understreges, at indsatserne skal være centralt ledet og koordineret.

Sundhedsstyrelsen, der fik til opgave at varetage formandskabet for projektet og fungere som projektsekretariat, udarbejdede – i overensstemmelse med kravene i regeringens handlingsplan – en vejledning til de deltagende 14 kommuner i 'Narkoen ud af byen'(NUB)[1]. I vejledningen gives en kort beskrivelse af, hvilke principper det kan anbefales at arbejde efter i den narkotikaforebyggende indsats: 'Anbefalingerne bygger så vidt muligt på den aktuelle, forskningsbaserede viden om effektive metoder.' (Vejledning for modelkommunerne i NARKOEN UD AF BYEN, Sundhedsstyrelsen, maj 2005, s. 3).

Ved den egentlige igangsætning af projektet i november 2004 præsenterede indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen projektet som det hidtil største forebyggelsesprojekt i Danmark,[2] og der blev afsat godt 20 millioner kr. til formålet.[3]

Som et vigtigt led i projektet iværksattes en evaluering, som dels har skullet vurdere implementeringen af projektet i modelkommunerne (procesevaluering), dels vurdere virkningerne (effektevaluering), herunder ikke mindst tilgængelighed af stoffer samt unges forbrug af narkotika før og efter den forebyggende indsats.

Hovedresultaterne

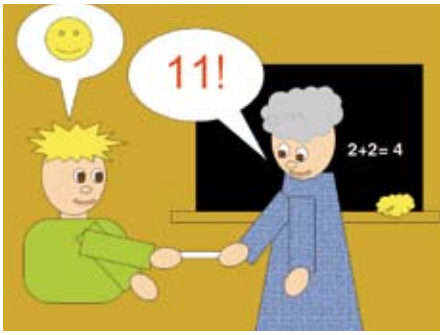
Projektet er nu afsluttet, og resultaterne blev præsenteret ved en stor konference afholdt af Sundhedsstyrelsen den 28. marts 2007 for repræsentanter for de deltagende kommuner samt andre fagligt interesserede ('Afslutning for modelkommuneprojekt NARKOEN UD AF BYEN, 28. marts 2007 i Dansk Design Center', Sundhedsstyrelsen).

I sin tale på konferencen understregede sundhedsministeren, at det narkotikafrie samfund er en utopi, men han fremhævede samtidig, at det alligevel nytter noget at gøre en indsats:

'Jeg skal ikke lægge skjul på, at jeg har haft store forventninger til modelkommuneprojektet – ikke mindst fordi vi har at gøre med et projekt, hvor man med god ret kan tale om, at vi har løftet i samlet flok. Sundhedsstyrelsen har sammen med modelkommunerne i de sidste tre år arbejdet med at udvikle metoder og nye materialer til brug for den forebyggende indsats, og arbejdet er foregået på tværs af alle de miljøer, hvor de unge færdes, og hvor deres brug af rusmidler har sit udspring. Det er derfor meget opmuntrende at kunne konstatere, at indsatsen har båret frugt. Projektet er langt hen ad vejen lykkedes. Der er skabt en mærkbar holdningsændring hos de unge. Eksempelvis er antallet af unge, som angiver, at de har prøvet hash og andre stoffer, faldet i samtlige af de medvirkende modelkommuner. Resultaterne viser, at når alle gode kræfter slår sig sammen, så virker indsatsen.' (Ministerens tale ved Sundhedsstyrelsens konference 'Narkoen ud af byen' den 28. marts 2007, Internationalt kontor, Indenrigs- og Sundhedsministeriet).

På konferencen fremlagdes hovedresultaterne i en lille rapport: 'Udvalgte resultater fra evalueringen af modelkommuneprojekt 'Narkoen ud af byen' 2004-2007 (Sundhedsstyrelsen, marts 2007). Det angives, at den evaluering, der beskrives heri, er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af konsulentfirmaet MUUSMANN Research & Consulting. Evalueringen konkluderer, at alle de deltagende kommuner i projektperioden har arbejdet med narkoforebyggelse inden for mindst to miljøer/forebyggelsesmiljøer. Alle har inddraget mindst en af de anbefalede forebyggelsesmetoder i arbejdet, og næsten alle har etableret et samarbejde omkring narkoforebyggelse. Kun én af de deltagende kommuner har ikke levet op til kravet/forventningen om at udarbejde en plan for rusmiddelforebyggelse efter endt projektperiode, og alle kommuner har i en eller anden grad oplevet forbedring af narkosituationen blandt nøglepersoner i kommunen.

Kommunerne synes altså i væsentlig grad at have levet op til de krav og forventninger, der var blevet formuleret til dem af Sundhedsstyrelsen/Regeringen. Tiltagene er blevet gennemført – men hvad med de overordnede mål? Er de blevet opnået? Her konkluderes det, at 11 kommuner delvist har levet op til målet om at reducere stoffernes tilgængelighed, mens dette ikke er tilfældet for 3 af dem. 11 af kommunerne har ifølge evalueringen fuldt ud opfyldt målet om et fald i de unges brug af stoffer inden for den 2½-årige projektperiode, mens



de resterende 3 delvist har levet op til denne målsætning. Det fremhæves i evalueringen, at der samlet set for de 14 kommuner er sket et fald i de unges – de 15-20-åriges – brug af stoffer, især hash (s. 3):

'I 2005 havde 35 % af de unge prøvet hash eller andre stoffer nogensinde – mens 30 % svarede ja til dette spørgsmål i 2006.'

Den store satsning har tilsyneladende virket, som man havde håbet på, og de mange penge har været givet godt ud. Det er også dette billede, der er blevet tegnet udadtil, idet man på konferencedagen kunne se projektet og dets resultater omtalt i medierne på følgende måde: 'Koordineret narko-plan virker' (Urban) – og – 'Kampagne får unge til at tage færre stoffer' (Berlingske Tidende).[4]

Evaluering af evalueringen

En mere udførlig evaluering, der gør det muligt at se nærmere på de anvendte metoder m.v., blev først offentliggjort omkring en måned efter konferencen ('Narkoen ud af byen' – Evaluering af 14 modelkommuneprojekter, Sundhedsstyrelsen, april 2007 – i det følgende betegnet NUB-rapporten).[5] En gennemgang af den detaljerede evalueringsrapport rejser et alvorligt spørgsmål: *Er* det overhovedet muligt at konkludere noget som helst vedrørende det mest centrale, dvs. opnåelsen af den overordnede målsætning om en væsentlig reduktion af tilgængelighed og af de unges forbrug? Efter vor opfattelse er dette – bedømt ud fra det samlede evalueringsmateriale – i bedste fald et åbent spørgsmål, i værste fald må det besvares benægtende. På trods af, at ord som dokumentation, evidens og forskning har gennemsyret hele projektet fra dets start, giver evalueringen, som den umiddelbart foreligger, ikke nogen reel mulighed for at vurdere, om modelprojektet har virket efter hensigten.

Kontrolgruppe

Dette skyldes først og fremmest, at evalueringen alene bygger på målinger før og efter i de 14 kommuner, som deltog. Der er ikke inddraget kontrolgrupper, altså nogle sammenlignelige kommuner som ikke har deltaget i 'Narkoen ud af byen', men hvor narkotikaudviklingen også er blevet fulgt. Selv om andelen af unge i modelkommunerne, der har prøvet narkotika, skulle være faldet fra 35 til 30 %, siger det jo ikke i sig selv noget om projektets virkning. Det kunne f.eks. tænkes, at der er sket et tilsvarende fald i andre, sammenlignelige kommuner, et fald, som altså ikke er afstedkommet af indholdet i projektet. I så fald kan man selvsagt ikke hævde, at projektet har virket. Skulle unges brug af narko være faldet mere i modelkommunerne end andre steder, har projektet haft effekt. Hvis det er faldet mindre, har projektet virket stik mod sin hensigt. Da der som nævnt ikke er foretaget sådanne sammenligninger, er projektets eventuelle succes umiddelbart umulig at vurdere.[6]

Det er selvsagt ikke muligt efterfølgende at reparere på det alvorlige problem i evalueringen, som manglen af kontrolgrupper repræsenterer. Man kan dog få en vis indikation for, *hvor* alvorlig og *hvor* afgørende for konklusionens holdbarhed kontrolgruppemanglen er.

Evalueringerne af de unges forbrug af narkotika er foretaget i form af to spørgeskemaundersøgelser. Den første blev foretaget primo 2005, den sidste ultimo 2006. Begge undersøgelser vedrører de 15-20-årige. Disse NUB-undersøgelser ligger således såvel tidsmæssigt som befolkningsmæssigt tæt på de to seneste såkaldte 'MULD-undersøgelser'. MULD-undersøgelserne er landsrepræsentative spørgeskemaundersøgelser af de 16-20-åriges brug af narkotika. De to seneste er foretaget henholdsvis efteråret/vinteren 2004 og efteråret/vinteren 2006 (de relevante resultater for begge undersøgelser er gengivet i 'Unges livsstil og dagligdag 2006', Sundhedsstyrelsen, juni 2007 – i det følgende betegnet MULD-rapporten).[7]

Det er i sagens natur ikke muligt tidsmæssigt at synkronisere NUB- og MULD-undersøgelserne bedre, end tilfældet er, men med direkte adgang til datamaterialerne ville det være muligt dels at skabe en fuldstændig overensstemmelse mellem de undersøgte aldersgrupper samt en mere præcis geografisk matchning.[8]

Med disse forbehold og muligheder in mente kan vi se nærmere på den udvikling i unges brug af narkotika, der umiddelbart afspejles i de to undersøgelser. Det ville her være naturligt at tage udgangspunkt i de samlede tal for unges brug af narkotika, men desværre angiver MULD-undersøgelsen ikke tal for andelen af unge, der har prøvet hash eller andre stoffer under ét. Vi er derfor henvist til at sammenligne tallene

for udviklingen i hash hhv. andre stoffer hver for sig. Andelen af unge, der ifølge de to undersøgelser har prøvet at ryge hash, fremgår af tabel 1(overfor) (NUB-rapporten, s. 70, MULD-rapporten s. 59).

Tal vedrørende andelen af unge, der angiver nogensinde at have prøvet andre stoffer end hash, fremgår af tabel 2 (NUB-rapporten, s. 73, MULD-rapporten, s. 61).

Som man kan se af tabel 1 og 2, går tendenserne i samme retning og er af *præcis* samme størrelsesorden i modelkommunerne som i Danmark som helhed (målt ved forskel i procentpoint). Det tyder således på, at de tendenser, man har iagttaget i de 14 modelkommuner, 'blot' er en afspejling af tendenser, der har gjort sig gældende i hele landet – og at der ikke kan ses nogen specifik effekt overhovedet af de tiltag, der er gennemført i modelkommunerne, på hvor mange unge der bruger stoffer.

Repræsentativitet og sammenlignelighed

Ud over kravet om kontrolgruppe er det et grundlæggende krav til en evaluering som den, der her er tale om, at før- og eftermålingerne dels er repræsentative og dels er indbyrdes sammenlignelige. Eventuelle forskelle må være reelle for de 14 kommuner og ikke kunne henføres til forskelle i grad af repræsentativitet eller andre metodiske forskelle ved de to undersøgelser.

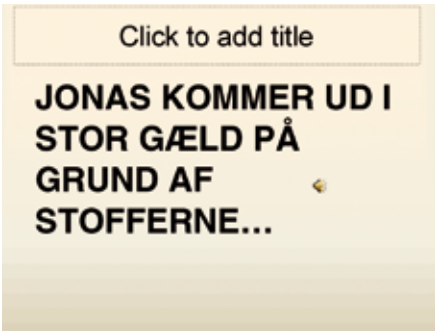
Desværre giver også dette parallelitetskrav anledning til overvejelser om, hvorvidt der kan udledes noget af sammenligningen overhovedet og i så fald hvad.

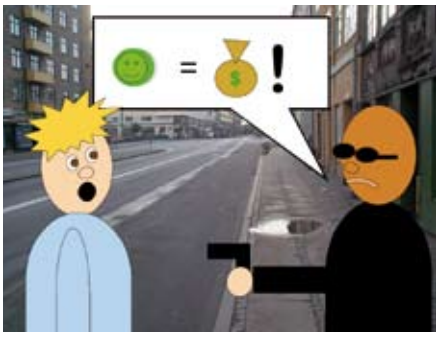
På s. 65 i NUB-rapporten beskrives undersøgelserne som 'to totale spørgeskemaundersøgelser blandt de 15-20-årige'. Der er imidlertid *ikke* tale om totalundersøgelser. Det er ikke alle 15-20-årige i de 14 kommuner, der har haft mulighed for at besvare spørgeskemaerne. Allerede længere nede på samme side i rapporten fremgår det således, at det dels kun er unge på grundskoler, ungdomsuddannelser 'og andet, hvor undersøgelsen praktisk er blevet gennemført'[9], og dels, at ikke alle grundskoler og ungdomsuddannelser har været inddraget. Det totale må således formodes at henvise til, at alle elever på de skoler/institutioner, som faktisk deltog, har haft muligheden for at svare. Endvidere fremgår det indirekte, at en række skoler/uddannelsesinstitutioner ikke er valgt ud fra et rent tilfældighedsprincip, men snarere ud fra et mere 'subjektivt' sprednings-/variationsprincip.

At der ikke er tale om totale undersøgelser betyder, at undersøgelsernes tal er behæftet med stikprøveusikkerhed. At de stikprøver, der er taget, ikke er rene, tilfældige stikprøver betyder samtidig, at denne usikkerhed ikke lader sig beregne, således som tilfældet er eksempelvis i de omtalte MULD-undersøgelser. Det betyder også alvorlige betænkeligheder med hensyn til rimeligheden af at anvende signifikansberegninger.

Spørgsmålet er endvidere, om de to undersøgelsers resultater – uanset deres grad af repræsentativitet på de enkelte undersøgelsestidspunkter – er sammenlignelige? Er de så at sige repræsentative eller 'skæve' på samme måde? Dette er et spørgsmål, som også evalueringsrapportens forfattere har brugt en del energi på at vurdere. Det viser sig nemlig, at såvel alderssammensætningen som sammensætningen af elever fra henholdsvis grundskoler og ungdomsuddannelser varierer i de to undersøgelser. Gennemsnitsalderen i 2006 er lavere end i 2005 samtidig med, at elever fra ungdomsuddannelserne i 2006 udgør en større del af det samlede antal besvarelser end i 2005. Der gøres i rapporten en del ud af at forsøge at tage højde for disse forskelle, men det kan i hvert fald konstateres, at *en sammenligning af de samlede tal på denne baggrund bliver ganske usikker*. I rapporten nævnes, at væsentligt færre unge har besvaret skemaet i 2006 end i 2005, og at det kan tænkes, at 'unge, der tilhører den mere tunge gruppe af misbrugere, ikke i så høj grad har udfyldt det pågældende spørgeskema' (s. 66), et forhold man ikke har haft mulighed for at tage højde for.

For vurdering af såvel grad af usikkerhed som grad af repræsentativitet og sammenlignelighed er besvarelsesprocenternes størrelse af stor betydning. I en række af de mest prominente videnskabelige tidsskrifter optager man ikke artikler, der gengiver resultater baseret på besvarelsesprocenter under 50, fordi man vurderer, at usikkerheden i så fald er for stor, og risikoen for manglende repræsentativitet ligeså. Som ovenfor anført, kan man af evalueringsrapporten se, at der var væsentlig færre unge, der besvarede skemaet i 2006





end i 2005. Ejendommeligt nok indeholder evalueringsrapporten kun angivelse af det samlede antal besvarelser og ikke af besvarelsesprocenternes størrelse.[10]

I et forsøg på at afklare denne problematik har vi derfor indhentet den såkaldte 'Anden kortlægningsrapport', som er udarbejdet for hver af de 14 kommuner. Her fremgår for hovedpartens vedkommende, 1) hvor mange unge i aldersgruppen, der bor i kommunen, 2) hvor mange unge, som fik mulighed for at besvare skemaet via deres uddannelsesinstitution, og 3) hvor mange unge, der faktisk har afgivet en besvarelse. Det viser sig, at en væsentlig del af de indkomne besvarelser er afgivet af unge, som *ikke* bor i modelkommunerne. Der er tale om elever, som går i skoler og på ungdomsuddannelser i de 14 kommuner, men som er bosiddende i andre kommuner. Denne problematik nævnes, så vidt vi kan se, slet ikke i den samlede NUB-rapport, men alene i de enkelte kommuners kortlægningsrapporter. Eksempelvis hedder det i 'Anden kortlægningsrapport – Nakskov Kommune', således (s. 20):

'Det skal bemærkes, at 36 % af besvarelserne er foretaget af unge, der er bosat uden for kommunen. Det er i denne sammenhæng vigtigt at pointere, at selvom disse unge ikke er egentlige 'Nakskov-borgere', så færdes de på hverdage typisk i forbindelse med deres ungdomsuddannelse samt i forbindelse med fester etc. i kommunen og dermed blandt kommunens unge, hvorved deres adfærd, herunder evt. brug af stoffer, alt andet lige har indflydelse på den samlede rusmiddelsituation i kommunen.'[11]

TABEL 1: Andelen af unge, der angiver nogensinde at have røget hash i NUB-undersøgelserne 2005 og 2006 og MULD-undersøgelserne 2004 og 2006, samt forskellen i procentpoint.

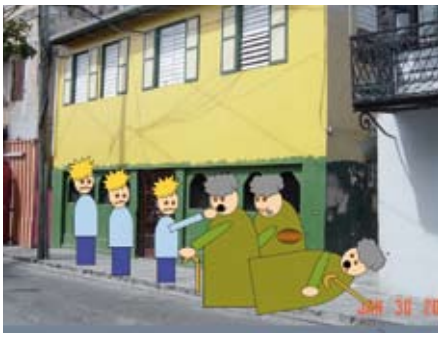
Undersøgelse	2004/5	2006	Forskel i % point
NUB (15-20-årige)	34%	29%	- 5
MULD (16-20-årige)	38%	33%	- 5

TABEL 2: Andelen af unge, der angiver nogensinde at have prøvet andre stoffer end hash i NUB-undersøgelserne 2005 og 2006 og MULD-undersøgelserne 2004 og 2006, samt forskellen i procentpoint.

Undersøgelse	2004/5	2006	Forskel i % point
NUB (15-20-årige)	13%	12%	- 1
MULD (16-20-årige)	11%	10%	- 1

TABEL 3: Andelen af unge, der angiver at have røget hash nogensinde, sidste år samt seneste 30 dage i NUB-undersøgelserne 2005 og 2006 og MULD-undersøgelserne 2004 og 2006, samt forskellen i procentpoint.

Røget hash	Undersøgelse	2004/5	2006	Forskel i % point
Nogensinde	NUB (15-20-årige)	34%	29%	- 5
	MULD (16-20-årige)	38%	33%	- 5
Sidste år	NUB (15-20-årige)	22%	21%	- 1
	MULD (16-20-årige)	23%	19%	- 4
Seneste 30 dage	NUB (15-20-årige)	9%	9%	0
	MULD (16-20-årige)	8%	8%	0



På baggrund af oplysninger fra de 14 delrapporter (samt i én kommune demografiske data hentet hos Danmarks Statistik) har vi søgt at beregne de faktiske svarprocenter. I to af delrapporterne er andelen af besvarelser fra unge bosat uden for kommunen ikke angivet. For de øvrige kommuner varierer andelen fra 0,6 til 52 % For de to kommuner uden angivelse har vi i beregningen sat de udenbys besvarelser til 0, hvorefter den gennemsnitlige andel af udenbys besvarelser kan beregnes til 29 %. Det er også muligt at beregne, hvor stor en del af de i hver enkelt kommune bosiddende unge som har udfyldt skemaet, nemlig mellem 9 og 41 % med et gennemsnit på 22 %.[12] Selve svarprocenten blandt de adspurgte unge i 2006 viser sig at variere fra 18 til 68 %, med et gennemsnit på 39 %. En svarprocent på 39 for en ungdomsundersøgelse af denne karakter er usædvanlig og betænkelig lav. I MULD-undersøgelsen fra 2004 var svarprocenten 60 og i undersøgelsen fra 2006 68 %.

Gyldighed

Et tredje grundkrav til den form for evaluering, der er foretaget, er gyldighed. Gyldighed er spørgsmålet om, hvorvidt det, der faktisk måles, er i overensstemmelse med det, der ønskes målt. Regeringens målsætning efterlader ingen tvivl om, hvad den vigtigste måling bør vedrøre, nemlig spørgsmålet om det er lykkedes '… at opnå en væsentlig begrænsning i tilgængeligheden af narkotika og i antallet af unge, der prøver og misbruger narkotika' – jfr. tidligere.

Det er klart underspillet i evalueringsrapporternes præsentation af resultaterne og i ministerens, Sundhedsstyrelsens og mediernes omtale heraf, at det, vurderet ud fra de gennemførte målinger *i sig selv,* i centrale henseender *ikke* er lykkedes at mindske tilgængeligheden af narkotika og de unges brug heraf i modelkommunerne.

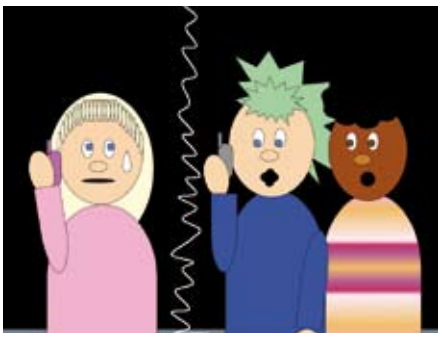
Allerede af rapporten 'Udvalgte resultater …', der blev fremlagt på konferencen, fremgår det således, at tilgængeligheden af stoffer ifølge de unge *ikke* er blevet mindre i løbet af projektperioden. Tværtimod angives det, at der er sket en mindre stigning i andelen af både drenge og piger, der *i høj grad* mener, at det er nemt at skaffe stoffer. Ved målingen i 2005 var det 25 % af de unge, der mente, at det i høj grad var nemt at skaffe stoffer, ved målingen i 2006 28 %.[13] Af den detaljerede evalueringsrapport, NUB-rapporten, fremgår det, at heller ikke politiet har erfaret nogen reduktion i tilgængeligheden af narkotika m.v. i de 14 kommuner (s. 5):

'Politiets registreringer af stofrelaterede overtrædelser samt de unges vurdering af tilgængeligheden viser, at tilgængeligheden generelt ikke er blevet reduceret i kommunerne i den 1 ½ år lange interventionsperiode.'

Det fremgår ligeledes af såvel 'Udvalgte resultater …' som af NUB-rapporten, at andelen af unge, der uopfordret har fået tilbudt stofferne, er præcis den samme ved efter-målingen ultimo 2006 som ved før-målingen primo 2005.

Andelen af unge, der har prøvet andre stoffer end hash (dvs. amfetamin, ecstasy, kokain m.fl.), viser sig endvidere at være uændret.[14] I 'Udvalgte resultater…' omtales udviklingen i så henseende ganske vist som om, der skulle være sket et fald, men som det fremgår af tallene tidligere (se tabel 2), drejer det sig om en forskel på 1 procentpoint (fra 13 til 12 %) – en forskel, der selv hvis det drejede sig om perfekt gennemførte stikprøveundersøgelser med en høj svarprocent, ikke ville være statistisk signifikant.[15]

Tilbage står således i de umiddelbare målinger alene faldet i andel af unge, der nogensinde har prøvet hash – jfr. ovenfor – fra 34 til 29 %. Men her kan der være tale om et gyldighedsproblem.[16] En måling af ændringer i, hvor mange unge, der *nogensinde* har prøvet at ryge hash, vil ikke nødvendigvis give en gyldig afspejling af, hvordan de forskellige tiltag i kommunerne kan have påvirket unges hashbrug i en kort periode af deres liv. Problemet er naturligvis, at en eventuel forskel helt eller delvist kan skyldes forskelle, der ligger forud for projektperioden (før 2005), og således ikke kan have været påvirket af projektet. Mere rimeligt og relevant er derfor at sammenligne de unges forbrug de seneste 12 måneder, hvilket for de undersøgelser, der er gennemført, stort set vil sige forbruget i året forud for projektet (2004) og i projektets sidste år (2006). En i princippet endnu mere fintfølende målestok findes i kortlægningen af, hvor mange der har brugt hash inden for den seneste måned, men her kan det – i den udstrækning forbrug er sæsonbestemt – være et problem, at før- og eftermålingerne ikke er foretaget



på samme tidspunkt af året.[17]

Når tidsperspektivet inddrages, er procenterne for de unges brug af hash i henholdsvis NUB-undersøgelserne og MULD-undersøgelserne som det fremgår af tabel 3, side 9. Sammenstillingen af tallene viser, at der med hensyn til antallet af brugere det seneste år forud for undersøgelsestidspunktet er en ændring på et procentpoint fra før- til eftermålingen, et 'fald' som tillige er mindre end det, der findes for de 16-20-årige i MULD-undersøgelserne. Andelen, der har røget hash seneste måned, er nøjagtig den samme i før- og eftermålingen – ligesom den er det i MULD-undersøgelserne fra 2004 og 2006.

Fortolkning og fremstilling

Ud over de ovenfor anførte alvorlige problemer med hensyn til selve datamaterialets kvalitet er også NUB-rapportens tolkning af resultaterne og fremstilling heraf problematisk. I tabellerne byttes således gang på gang om på rækkefølgen af målingerne, således at 2005 i nogle tabeller står før 2006 (f.eks. tabel 5 og 7) mens 2006 i andre tabeller kommer før 2005 (f.eks. tabel 4 og 6). Læseren kan derved let blive i tvivl om, hvorvidt den enkelte tabel afspejler et fald eller en stigning fra første til anden måling.

Til trods for, at det er angivet, at der ved analyserne systematisk er anvendt signifikanstest, er det samtidig i rapporten ofte usikkert, hvornår det vurderes, at der er tale om væsentlige forskelle. Eksempelvis beskrives den tidligere nævnte udvikling fra 13 til 12 % (hvor mange, der nogensinde har prøvet andre stoffer end hash) på følgende måde (s. 73):

'Der er dermed sket et væsentligt fald i andelen af unge, som angiver, at de har prøvet andre stoffer end hash i anden kortlægning sammenlignet med første kortlægning …'

I umiddelbar forlængelse heraf gengives i rapporten oplysninger om andelen af unge, som har prøvet andre stoffer end hash opdelt efter tidspunkt med følgende konklusion (s. 74):

'Afprøvningen af stoffer ligger nogenlunde stabilt, når der sammenlignes mellem første og anden kortlægning. Således er der ikke sket nogen væsentlig ændring i hyppigheden af afprøvning af andre stoffer end hash.'

I omtalen af unges alkoholvaner beskrives til gengæld et fald på 3 procentpoint for drengene (fra 23 til 20 %) som 'et mindre fald' (s. 82).

Et tredje problem er, at sammenfatninger af centrale resultater ikke altid stemmer overens med det tilgrundliggende datamateriale. Således hedder det om unges alkoholvaner i NUB-rapportens sammenfatning (s. 5-6):

'Der ses således en mindre stigning i andelen af 16-19-årige drenge og piger, der har drukket 1-5 genstande mere end 5 gange inden for en periode på 30 dage. Dog ses der blandt nogle af aldersgrupperne blandt pigerne og særlig blandt drengene et fald i andelen, der har drukket 1-5 genstande mere end 6 gange inden for 30 dage.'

En nærmere granskning af de bagvedliggende data tyder på, at der er tale om en fejltolkning af NUB-rapportens tabel 17 (s. 82). Heraf fremgår, at den samlede andel af drenge, som har *drukket mere end 5 genstande* 1-5 gange inden for de sidste 30 dage, er steget fra 56 % i 2005 til 58 % i 2006. For pigernes vedkommende er stigningen fra 62 til 64 %. For drengenes vedkommende er der til gengæld sket et fald i andelen, som har drukket så mange genstande *mere end 5 gange* inden for de sidste 30 dage, fra 23 til 20 %, mens der ikke er sket nogen udvikling blandt pigerne. Samlet set er andelen af unge, der *slet ikke* har drukket 5 genstande eller flere inden for de sidste 30 dage, 24 % i 2005 mod 23 % i 2006.

Også andre steder demonstrerer NUB-rapporten en ejendommelig usikkerhed med hensyn til tolkning af data samt rod i tabelhenvisningerne. For eksempel sammenblandes begreberne risikovillighed og risikovurdering (s. 77):

'Ses der alene på henholdsvis drengenes og pigernes risikovurdering, ses det, at drengene generelt er mere risikovillige end pigerne, jf. tabellerne 10 og 11 nedenfor. … Resultaterne viser dog ligeledes, at der for begge køns vedkommende er tale om en ændring i risikovurderingen, idet begge køn generelt er blevet mindre risikovillige' (original fremhævning).

Her er det usikkert, hvilke tabeller der henvises til, idet tabel 10 (omhandlende afprøvning af andre stoffer end hash) og 11 (omhandlende debutalder for illegale stoffer) allerede er bragt tidligere. Man må som læser formode, at der henvises til tabel 13 og 14, som viser udviklingen i henholdsvis drenges og pigers *risikovurdering* – men de unges *risikovurdering* siger jo ikke nødvendig-

vis noget om deres *risikovillighed*.

Sammenfatning

Fra 2004-2007 er der gennemført det hidtil største forebyggelsesprojekt vedrørende unges brug af narkotika nogensinde i Danmark. Projektet har involveret 14 modelkommuner, en fra hvert amt, og har været økonomisk støttet fra centralt hold med mere end 20 millioner kroner. Grundtanken har været på lokalt plan gennem en centralt ledet og koordineret indsats at intervenere over for centrale grupper og på centrale arenaer så vidt muligt på måder, der var vejledt af konkrete målinger af problemets omfang m.v., og som inddrog dokumenteret virkningsfulde tiltag. Hovedformålet har været i væsentlig grad at mindske tilgængeligheden af og andelen af unge, der bruger narkotika. I forløbet har været indbygget såvel en procesevaluering som en effektevaluering, foretaget af en ekstern instans (MUUSMANN Research & Consulting).

Projektet er på ministerplan, af Sundhedsstyrelsens sekretariat for projektet, af konsulentfirmaet, der har gennemført evalueringen, samt i medierne blevet fremstillet som en succes. Især har man fremhævet, at projektet skulle have betydet et væsentligt fald i andelen af unge, der bruger hash.

Der er næppe tvivl om, at det i væsentlig grad er lykkedes at få projektet gennemført efter de opstillede principper. Der er næppe heller tvivl om, at mange af dem, der har deltaget i projektet, har været meget glade for det og har oplevet en række goder sider ved det.

Efter at have gennemgået evalueringen er det imidlertid vor vurdering, at denne på helt afgørende måder ikke opfylder de krav, man må stille til en effektevaluering, der skal kunne give et kvalificeret bud på, om projektet har levet op til den overordnede målsætning. Der mangler inddragelse af kontrolgrupper. Der er alvorlige problemer med repræsentativitet, parallelitet og svarprocenter i før- og eftermålingerne, og der er kritiske gyldighedsproblemer ved selve målingerne af de unges narkotikaforbrug.

Flere af disse problematikker nævnes i evalueringsrapporterne m.v., men bortset fra parallelitetsproblematikken forsøges de ikke udbedret, og der tages ikke de nødvendige konsekvenser af dem.

Det sikreste, der kan konkluderes, er, at de gennemførte effektevalueringer ikke gør det muligt overhovedet at vurdere, om man i projektet har opnået – det være sig helt eller delvist – den overordnede målsætning.

Bevæger vi os ud på det lidt mere usikre plan og forsøger at reparere og udbedre nogle af de væsentligste problemer i effektevalueringen, dvs. først og fremmest ved at inddrage kontrolgrupper og ved en mere relevant og gyldig belysning af tilgængelighed og af de unges forbrug af narkotika, peger dette i retning af, at narkotikaen ikke er kommet ud af byerne. De iværksatte tiltag synes ikke i væsentlig grad – ja, formentlig slet ikke overhovedet – at have mindsket tilgængeligheden af eller de unges forbrug af narkotika i de 14 modelkommuner.

I 'Udvalgte resultater …' anbefales det, at fremtidige indsatser på forebyggelsesområdet kommer til at foregå på evidensbaseret grundlag (s. 13):

'Det anbefales, at indsatserne i videst muligt omfang bygger på evidens i form af dokumenterede erfaringer og videnskabelig indsigt. Evidens på rusmiddelområdet er ikke fyldestgørende, hvilket understreger behovet for at dokumentere det faglige arbejde. En forebyggende indsats kan ikke alene være baseret på ildsjæle og intuition.'

Med hensyn til monitorering og kvalitetssikring anbefales tillige følgende (s. 13):

'Det anbefales, at der i kommunen arbejdes med monitorering og kvalitetssikring af indsatserne. Som grundlag for monitorering og kvalitetssikring anbefales, at der med jævne mellemrum gennemføres undersøgelser i grundskolerne og ungdomsuddannelserne med henblik på at følge udviklingen i brug af stoffer m.v. blandt de unge. Modelkommuneprojektet har vist, at sådanne undersøgelser kan gennemføres i praksis.'

Dette er utvivlsomt gode råd og gode hensigter. Det er imidlertid vor vurdering og konklusion, at det efter modelkommuneprojektets afslutning desværre stadig står tilbage at vise, hvordan sådanne undersøgelser kan gennemføres, beskrives og fortolkes på måder, der lever op til grundlæggende videnskabelige standarder – og som gør dem anvendelige til det, de først og fremmest er tiltænkt: At give en holdbar vurdering af, om det man gør, virker efter hensigten. ■

REFERENCER

Muusmann Research & Consulting: 'Narkoen ud af byen' – Anden kortlægningsrapport, 2006, fra følgende kommuner: Ballerup, Hillerød, Holstebro, Kolding, Køge, Nakskov, Randers, Slagelse, Svendborg, Sønderborg, Varde, Viborg, Aars og Bornholms Regionskommune.

Rasmussen, Lars Løkke: Indenrigs- og sundhedsministerens tale ved Sundhedsstyrelsens konference 'Narkoen ud af byen' d. 8. november 2004, Internationalt kontor, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2004.

Rasmussen, Lars Løkke: Ministerens tale ved Sundhedsstyrelsens konference 'Narkoen ud af byen d. 28. marts 2007, Internationalt kontor, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2007.

Regeringen: Kampen mod narko – handlingsplan mod narkotikamisbrug. 2003.

Sundhedsstyrelsen: Projektbeskrivelse for 'Narkoen ud af byen'. 2004.

Sundhedsstyrelsen: Vejledning for modelkommunerne i NARKOEN UD AF BYEN. 2005.

Sundhedsstyrelsen: Forebyggelse i festmiljøer – om alkohol og stoffer. 2005.

Sundhedsstyrelsen: Unges livsstil og dagligdag 2004 – MULD-RAPPORT nr. 5. 2005.

Sundhedsstyrelsen: Udvalgte resultater fra evalueringen af modelkommuneprojekt 'Narkoen ud af byen' 2004-2007. Muusmann Research & Consulting. 2007.

Sundhedsstyrelsen: 'Narkoen ud af byen' – Evaluering af 14 modelkommuneprojekter. Muusmann Research & Consulting. 2007.

Sundhedsstyrelsen: Rusmiddelforebyggelse i praksis – eksempler fra 14 modelkommuners arbejde med 'Narkoen ud af byen'. 2007.

Sundhedsstyrelsen: Unges livsstil og dagligdag 2006 – MULD-RAPPORT nr. 6. 2007.

FLEMMING BALVIG
PROFESSOR, DR.JUR. - PROFESSOR I RETSSOCIOLOGI
LARS HOLMBERG
LEKTOR, PH.D. – LEKTOR I KRIMINOLOGI

DET JURIDISKE FAKULTET, KØBENHAVNS UNIVERSITET

NOTER

1. Følgende 14 kommuner har deltaget: Ballerup, Bornholm, Hillerød, Holstebro, Kolding, Køge, Nakskov, Randers, Slagelse, Svendborg, Sønderborg, Varde, Viborg og Aars. Udover Sundhedsstyrelsens projektsekretariat (hvortil blev ansat to akademiske medarbejdere) og de politisk og ledelsesmæssigt forankrede styregrupper i hver af de 14 modelkommuner blev der etableret en Følgegruppe for modelkommuneprojektet med 9 medlemmer (repræsenterende Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Justitsministeriet, Undervisningsministeriet, Politimesterforeningen, Det Kriminalpræventive Råd, Alkohol- og Narkotikakonsulenterne, SSP-samrådet og Kommunernes Landsforening). Denne følgegruppe skulle mødes 4 gange om året i projektperioden.
2. Ved Sundhedsstyrelsens igangsætningskonference, der blev afholdt d. 8. november 2004, sagde ministeren herom bl.a. følgende: '…(der) … skal … ikke herske tvivl om, at regeringen anser forebyggelse som et helt centralt element i kampen mod narko. Problemerne med stoffer standses bedst i opløbet. Derfor kan det lokale ansvar heller ikke understreges nok. Det er også derfor, at vi er samlet her i dag. For at tage startskuddet til en fornyet og styrket indsats i lokalområdet. En indsats som vil inddrage hele civilsamfundet og trække på – skolerne, de unge, forældrene, ungdomsuddannelserne, foreningslivet, nattelivet og politiet. Kort sagt alle de gode kræfter, der findes i lokalsamfundet. Med 'Narkoen ud af Byen', som er det hidtil største forebyggelsesprojekt – kan vi samle erfaringerne. Vi kan lave en effektiv indsats mod narko, og vi kan sprede de gode resultater fra by til by.' (Indenrigs- og sundhedsministerens tale ved Sundhedsstyrelsens konference 'Narkoen ud af byen' d. 8. november 2004, Internationalt kontor, Indenrigs- og Sundhedsministeriet). Ved den indledende konference var borgmestre, ledelse og fagfolk fra alle modelkommunerne inviteret.
3. Ifølge kommissoriet for Følgegruppen for modelkommuneprojektet blev der i satspuljeaftalen for 2004 og finanslov 2005 afsat 20,8 mio. kr. til projektet, heraf 15 mio. kr. til de 14 modelkommuner (hvoraf 1 million skulle gå til en fælles udviklingspulje til modelkommunerne) og 5,8 mio. kr. til Sundhedsstyrelsens arbejde med projektet.
4. På det lokale plan har præsentationen af projektet, suppleret med henvisning til lokale resultater, i nogle tilfælde været endnu mere markant. F.eks. hedder det i Jydske Vestkysten, Aabenraa (i artiklen 'Tilløb til det næste spark mod narkoen', 2. maj 2007): 'Kampagnen 'Narkoen ud af Byen' sluttede med udgangen af april. Det samlede resultatet for de 14 deltagende kommuner er ikke til at misforstå. På et år er andelen af unge, der har prøvet at ryge hash, nedbragt med 15 %, mens andelen af unge, der har prøvet kokain, er nedbragt med otte procent. – Her i Sønderborg har vi haft nogle af de mest markante resultater, hvis ikke de stærkeste, siger Thorben Sørensen, der har været koordinator på 'Narko ud af Byen'. Han håber, de skibe, der er sat i søen under kampagnen, får lov at fortsætte.'
5. På selve konferencen blev det annonceret, at den evalueringsrapport, der ville have muliggjort en kvalificeret vurdering af det fremlagte og hovedkonklusionerne på konferencen, først ville blive offentliggjort nogle dage senere. Under henvisning til, at rapporten skulle (yderligere) 'kvalitetssikres', kom der til at gå det meste af en måned, før evalueringsrapporten endelig blev offentliggjort. Ud over hovedrapporten er der udarbejdet en evalueringsrapport – den såkaldte 'Anden kortlægningsrapport' – for hver af de 14 kommuner.
6. Allerede på konferencen blev spørgsmålet om mangel på kontrolgruppe rejst. Man erkendte for så vidt, at dette var et problem, men henviste bl.a. til, at man nok i en vis udstrækning kunne anvende resultater fra de såkaldte MULD-undersøgelser, når disse senere på året ville foreligge (se herom nærmere senere i artiklen). I den detaljerede evalueringsrapport erkendes problemet så langt, at man tilkendegiver, at det uden kontrolgruppe ikke er muligt at drage en entydig konklusion (s. 7): 'Faldet i de unges afprøvning af hash eller andre stoffer og den øgede risikovurdering kan være betinget af det intensiverede forebyggelsesarbejde i projektperioden. Tendenserne i afprøvningen af hash eller andre stoffer og i risikovurdering vil imidlertid også være påvirket af andre faktorer, der ikke har noget med modelkommuneprojektet at gøre. Endvidere er der ikke indgået kontrolkommuner i undersøgelsen, hvorfor der ikke kan drages entydige konklusioner om, hvilken betydning modelkommuneprojektet har haft for den tilsyneladende positive udvikling i afprøvningen/brugen af stoffer blandt de unge.' På konferencen blev det mangelfulde design af undersøgelsen bl.a. forsvaret med, at undersøgelserne også havde andre formål end effektevaluering. Dette er sikkert korrekt, men det er også korrekt, at når man foretog spørgeskemaundersøgelser både før og efter interventionerne, så var formålet at udnytte dette til en effektevaluering. I NUB-rapporten kan man da også finde følgende beskrivelse (s. 66): 'Formålet med at sammenligne resultaterne for første og anden kortlægning er at belyse interventionens effekt i modelkommuneprojekterne i forhold til blandt andet udbredelsen af stoffer, holdninger hertil og oplevelserne heraf blandt de unge.'
7. Både i MULD-undersøgelserne og i NUB-undersøgelserne er der mange procenter, der angives for drenge og piger hver for sig, mens der ikke samtidig angives en procent for alle unge under ét uanset køn. Hvornår og hvor dette er tilfældet synes noget usystematisk. For overskuelighedens skyld gengiver vi i denne artikel alene procenter for alle unge under ét. Hvor det ikke har været muligt at finde procenter herfor, er der benyttet gennemsnit (rundet op/ned til nærmeste hele procent) for drenge og piger. Da der er nogenlunde lige mange drenge og piger i undersøgelserne, må de fejl, denne tilnærmelse kan betyde, være minimale. Typisk vil det højest betyde en afvigelse på +/- 1 procentpoint.
8. Det mest ligetil ville være at ekskludere de unge i MULD-undersøgelserne, der hører hjemme i de 14 modelkommuner, således at sammenligningen bliver en 'ren' sammenligning mellem unge i de 14 modelkommuner og unge i resten af Danmark. Endnu tættere på ville man kunne komme ved blandt ikke-modelkommunerne at udforme en matchet del af det øvrige Danmark med hensyn til en lang række relevante karakteristika, f.eks. aldersfordeling blandt de unge, fordeling på ungdomsuddannelser osv., om end man her formentlig ganske hurtigt vil få problemer med det trods alt begrænsede antal interviewede i MULD-undersøgelserne.
9. Man må formode, at dette betyder, at unge i kommunerne uden tilknytning til grundskole og ungdomsuddannelser ikke indgår. Dette har naturligvis først og fremmest betydning for de ældste blandt de 15-20-årige. Dette er ikke hele forklaringen, men givetvis en vigtig del af forklaringen på, at relativt få 19-20-årige har besvaret skemaerne. I 2006 var der eksempelvis 2.834 15-årige, der besvarede skemaet, 2.942 16-årige, 3.453 17-årige, 2.841 18-årige, og kun 1.275 19-årige og 368 20-årige. Endvidere er det især her blandt de 19-20-årige, hvor forskellen mellem antal svarende er meget stor mellem 2005 og 2006. De 1.275 19-årige, der svarede i 2006, skal således ses i lyset af, at der i 2005 var 2.242 svarende – og de 368 20-årige i 2006 i lyset af, at der i 2005 var 888. Man kan diskutere, om man overhovedet burde have taget de 19-20-årige med ved præsentationen af resultaterne for de enkelte år, men med en så dramatisk forskel, der er i antallet af besvarelserne for 2005 og 2006, burde man i hvert fald have udeladt de 19-20-årige ved sammenligninger af det samlede forbrug m.v. blandt de unge i de to år.
10. Det samlede antal unge, der i 2005 besvarede spørgeskemaet, var 16.897, og i 2006 13.713.
11. Tilsvarende formuleringer findes i de øvrige kortlægningsrapporter fra de kommuner, hvor andelen af 'udenbys' elever er opgjort.
12. Omkring 27 % i 2005.
13. Det hører med til billedet, at flere unge i 2006 end i 2005 vurderer risikoen ved jævnlig brug af hash eller afprøvning af andre stoffer som værende stor (NUB-rapporten s. 77), et forhold der i sammenfatningen ses som en 'positiv udvikling' (s. 6).
14. Ud over de ulovlige rusmidler har der i modelkommuneprojektet tillige været fokus på de unges brug af alkohol. Om der er tale om en forskel i den ene eller den anden retning på dette område fra den første til den sidste måling synes at afhænge noget af, hvilke aspekter af alkoholforbruget, man fokuserer på, jfr. omtalen heraf længere fremme i nærværende artikel. Der synes i 2006 at være en noget mindre andel af de unge, der ofte drikker meget, end i 2005. I MULD-undersøgelserne findes ikke direkte sammenlignelige tal, men tendenserne for de 16-20-årige på landsplan synes at være de samme som i modelkommunerne med hensyn til 'storforbrugere'. Hvor der således var 41 % af de 16-20-årige, der i 2004 havde drukket mere end 5 genstande tre gange eller flere inden for den sidste måned, var dette enten 37 % eller 39 % i 2006 (MULD-rapporten, s. 30). Når det anføres, at det enten var 37 eller 39 % skyldes det, at der i MULD-rapporten er inkonsistens mellem tekst og tabel. I teksten angives procenten for drengene til at være 48,9 mens den i tabellen (tabel 2.9) angives til at være 44,1. I en efterfølgende figur (figur 2.11, s. 31), ser det ud til, at man har anvendt procenten 44,1. Det gør ikke forvirringen mindre, at man både i tabel- og figuroverskrift taler om forbrug 'i seneste uge', mens man i teksten taler om forbrug 'seneste måned'. Hvis 44,1 er den korrekte procent for drengene, så er den 'rigtige' procent for alle 16-20-årige unge under ét i 2006 37 %, idet der for pigernes vedkommende er konsistens mellem tekst, tabel og figur.
15. I evalueringsrapporten står ganske vist, at forskellen er statistisk signifikant (s. 73), men dette må i så fald bero på en særlig konstellation af decimaler, som ikke er oplyst i rapporten. Under alle omstændigheder tager en 'ren' signifikanstest jo ikke hensyn til bl.a. parallelitetsproblemet og de betydelige usikkerheder, dette giver. Om NUB-rapportens beskrivelse i øvrigt af, hvilken betydning forskellen skal tillægges, se omtale heraf i artiklens næste afsnit, 'Fortolkning og fremstilling'.
16. Debutalder med hensyn til brug af stoffer er et forhold, der gerne tillægges selvstændig forebyggelsesmæssig betydning. Målet angives vanligvis som værende, at de personer, der til trods for alle bestræbelser, alligevel prøver narkotika, helst skal gøre det i så sen en alder som muligt. NUB-undersøgelserne har da også forsøgt at belyse debutalderen for prøvning af henholdsvis hash og andre stoffer end hash. For såvel drenge som piger som for hash og som for andre former for narkotika end hash angives det i NUB-rapporten (s. 76), at der er sket et fald i debutalderen, idet forskellen fra 2005 til 2006 dog ikke er statistisk signifikant for drengenes vedkommende.
17. Det kan betragtes som et problem i det hele taget, at før- og eftermålingerne ikke er foretaget på samme tidspunkt af året, således som tilfældet eksempelvis er ved MULD-undersøgelserne. Det er også et problem, at 'eftermålingen' ikke er foretaget efter projekt-indsatsernes afslutning. I realiteten er 'eftermålingen' en måling af, hvordan situationen har været på et bestemt tidspunkt og i en bestemt periode, mens projektet og indsatserne var igangværende.

Teenagernes egen skadesreduktion – Kan alkoholforebyggelsen tage ved lære?

Det viser sig, at unge faktisk prøver at passe på hinanden når de drikker til fester. Hvordan kan det bruges i forebyggelsen – uden at ødelægge den gode stemning?

MORTEN HULVEJ JØRGENSEN,

Danske unge begynder alt for tidligt at drikke alkohol, og det er med god grund, at Sundhedsstyrelsen og andre aktører i alkoholforebyggelsen har sat sig for at bringe debutalderen i vejret. Med indførelsen af den nye aldersgrænse for salg af alkohol i detailhandlen ønskede politikerne blandt andet at sende et signal om, at teenagere har bedst af at vente med at drikke, til de er fyldt 16 år. At debutalderen skal udsættes er således blevet et centralt budskab, der kommunikeres til børn og deres forældre af SSP-medarbejdere og andre forebyggere rundt omkring i landet. Set fra et forebyggelsessynspunkt er budskabet fornuftigt nok, men hvad stiller vi op med det store antal 13-15-årige, der allerede er begyndt at drikke? Skal forebyggerne sætte sig for at få dem til at holde op igen, eller kunne man tænke sig andre formål med forebyggelsen?

Af de europæiske ESPAD-undersøgelser fremgår det, at danske 15-årige oplever flere problemer i forbindelse med deres brug af alkohol end deres jævnaldrende i resten af Europa. Det er måske ikke så overraskende, når nu danske unge er kendt for at være blandt dem, der drikker mest, men hvis man spørger teenagerne selv, er det ikke en gangbar løsning at lade være med at drikke. I stedet udøver teenagere en form for – mere eller mindre vellykket – skadesreduktion i de sociale sammenhænge, hvor de drikker. Det fremgår af en etnografisk undersøgelse, som blev gennemført i 2004 blandt en gruppe 13-16-årige i et dansk landsbysamfund. Undersøgelsens resultater vil blive præsenteret i det følgende.

Sociale problemer vigtigere end helbredsrisici

De teenagere, der deltog i undersøgelsen, lagde mere vægt på de sociale problemer, der kan opstå i forbindelse med fester og fuldskab, end på de mere langsigtede helbredsrisici ved at drikke. Generelt fortalte teenagerne, at de drak for at have det sjovt med deres venner, men ikke desto mindre var de opmærksomme på, at der indimellem kunne opstå situationer, hvor det ikke længere ville være sjovt at være fuld. For drengenes vedkommende kunne det fx handle om slåskampe eller utroskab, mens pigerne kunne være bekymrede for at havne i 'pinlige' situationer.

Et fremtrædende problem for teenagerne var 'gate crashing' – altså situationer, hvor der dukkede folk op til en privat fest uden at være indbudt på forhånd. Desuden blev der blandt vores informanter talt meget om udpumpning. Ingen havde personlige erfaringer med at drikke så meget, at de havnede på skadestuen, men alle kunne fortælle historier om folk, der kom til udpumpning, og dette kom til at fremstå som den værst tænkelige konsekvens af at drikke for meget.

Det er på denne baggrund, at teenagernes skadesreduktion skal forstås: som et forsøg på at håndtere dét, som de selv betragter som negative konsekvenser af at drikke for meget.

At være opmærksom på sin egen rus

For mange af de teenagere, der deltog i undersøgelsen, var det at drikke sig fuld en ganske ny oplevelse. Af den grund var de opmærksomme på, hvordan rusen føltes, og de lagde mærke til, hvordan deres rus udviklede sig, mens de drak. I interviews beskrev de, at de ville holde op med at drikke, hvis de blev opmærksomme på, at de var ved at

Undersøgelsen er oprindeligt afrapporteret i publikationen: Jørgensen, M.H., Curtis, T., Christensen, P., Grønbæk, M.: Harm Minimization among Teenage Drinkers: Findings from an Ethnographic Study on Teenage Alcohol Use in a Rural Danish Community. I: Addiction 102: 554–9. 2007.

LUCKY7

blive dårlige, men vores observationer indikerede, at det ikke altid forholdt sig helt på den måde. Dette fremgår af følgende citat af feltnoter fra en privat fest:

'Nu skal jeg ikke have mere', sagde Anders, 'mine øjne er ved at falde ud – sådan føles det i hvert fald'. Alligevel åbnede han en Breezer mere og tog en tår, inden han gik ind i en gammel lade, hvor hans kammerater sad i en gammel sofa. Anders satte sig på en havetraktor, der stod ved siden af sofaen, og Mia kom hen og skældte ud: 'Det ender med, at du ikke bliver inviteret en anden gang, hvis du ikke kan styre det. Nu drikker du ikke mere!' Anders svarede: 'Nej, jeg skal nok lade være. Så hæld det ud for mig, Mia. Jeg vil jo gerne med…'.

Selvom Anders var opmærksom på, at hans rus var ved at udvikle sig i en retning, hvor hans øjne var 'ved at falde ud', måtte der en reprimande fra Mia til, før han stoppede med at drikke. Det var et generelt kendetegn ved teenagernes skadesreduktion, at den i høj grad afhang af, hvordan de kammerater, de var sammen med, forholdt sig.

At drikke sammen med kammerater man kan stole på

Det kommer næppe som nogen stor overraskelse, at teenagerne betragtede godt selskab som en forudsætning for en god fest. Men det var bemærkelsesværdigt, at det at være sammen med kammerater, som de kendte og stolede på, blev betragtet som en form for sikkerhedsnet. Det fortalte to piger om i et interview:

Pia: 'Der må gerne være nogen, man ikke kender. Men der skal bare være nogen, som man kender'.

Lotte: 'Så kan man li'som holde sammen og holde lidt øje med hinanden'.

Nogle af teenagerne foretrak at gå til større fester, hvor de kunne møde nye mennesker, mens andre foretrak at drikke ved mindre, lukkede sammenkomster. For nogle af de drenge, der gik til større fester, kunne det at følges med gode kammerater være en måde at sikre sig mod at havne i slagsmål, men for hovedparten af vores informanter handlede det blot om at sikre sig, at de var sammen med nogen, som de kunne stole på ville hjælpe, hvis noget skulle gå galt.

At holde øje med hinanden

Som det fremgår af citatet ovenfor, var det at holde øje med hinanden et element i teenagernes egen skadesreduktion. Dette indebar, at de i mange tilfælde greb ind over for hinanden og hjalp hinanden, hvis nogen havde fået for meget at drikke. Helt konkret kunne de fx finde på at nægte en kammerat mere at drikke (som vi så i eksemplet med Mia og Anders ovenfor), at ringe til forældrene eller at hjælpe en kammerat på toilettet eller i seng. Deres indgriben kunne dog også antage en form, som set fra et forebyggelsesperspektiv ikke just var hensigtsmæssig. Eksempelvis blev en 15-årig dreng, der var fuld for første gang, og som sad og hang i et hjørne af en fest, taget med ud på en cykeltur, fordi hans kammerat mente, at noget frisk luft kunne kvikke ham lidt op. Det virkede tilsyneladende i den konkrete situation, idet drengen vendte tilbage fra cykelturen med energi til at deltage i resten af festen – men under mindre heldige omstændigheder kunne det være endt i en ulykke. Desuden lykkedes det ikke altid at få en fuld kammerat til at stoppe med at drikke, for teenagerne lagde vægt på, at deres indgriben ikke måtte ødelægge den gode stemning til festen eller deres forhold til kammeraterne.

MORTEN HULVEJ JØRGENSEN
PH.-D.-STUD,
CENTER FOR ALKOHOLFORSKNING &
STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED.

At lære af sine egne og kammeraternes erfaringer

Når teenagerne planlagde fester og andre drikkebegivenheder, trak de i høj grad på deres egne og ikke mindst på deres kammeraters erfaringer. Disse erfaringer havde tilsyneladende større vægt end den mere formaliserede viden om alkohol, som blev formidlet til dem i skoletiden. Teenagerne brugte eksempelvis erfaringerne til at træffe beslutninger om, hvem der skulle inviteres – og navnlig, hvem der *ikke* skulle inviteres – med til fest. Folk, der blev betragtet som balademagere, eller hvis venner var kendt for at lave ballade, blev eksempelvis ikke inviteret med til fest hos den gruppe af teenagere, der deltog i vores undersøgelse. Deres skadesreduktion indebar på den måde et element af social eksklusion. Udover at dette siger noget om, hvordan teenagerne forsøgte at tilrettelægge den sociale kontekst for deres brug af alkohol, peger det også på en begrænsning ved selve undersøgelsen: Vi havde nemlig kun mulighed for at interviewe og foretage deltagerobservation med en gruppe af teenagere, som var villige til at tale med os og medvirke i et forskningsprojekt. Hvordan det forholder sig med de teenagere, der ikke ønskede at blive interviewet – og som ikke havde lyst til at tage en forsker med til fest – kan vi kun gisne om.

Skadesreduktion som mål for forebyggelsen?

Som nævnt indledningsvis er det blevet et centralt mål for forebyggelsen at udsætte debutalderen for brug af alkohol blandt danske teenagere. Ikke desto mindre begynder langt de fleste teenagere fortsat at drikke, før de fylder 16. Derfor er der brug for at overveje, hvordan man bedst muligt tilrettelægger indsatser rettet mod teenagere, der allerede er begyndt at drikke. I Australien har man med held afprøvet forebyggelsesprogrammer med skadesreduktion som formål, og spørgsmålet er, om ikke der også i Danmark er behov for at udvikle denne type forebyggelsestiltag?

I forebyggelsen har der - ligesom i en stor del af forskningen om unges brug af rusmidler - været en tendens til at betragte teenageres kammeratskabsgrupper som et forum for gruppepres og andre former for gensidig negativ påvirkning. Vores undersøgelse peger på den positive betydning, kammeratskabsrelationer kan have for teenagernes egen skadesreduktion - og den viser endvidere, at der blandt teenagere eksisterer en opmærksomhed på de problemer, der kan opstå i forbindelse med fester og fuldskab. Kammeraternes positive betydning kan - sammen med teenagernes opmærksomhed på problemerne ved at drikke for meget - danne afsæt for udviklingen af skadesreducerende forebyggelsestiltag, der anerkender teenagernes perspektiv på alkohol og fester og samtidig støtter dem i at undgå alkoholrelaterede problemer - som fx ulykker. Som illustreret med eksemplet, hvor en dreng tager sin fulde kammerat med på en cykeltur for at kvikke ham lidt op, er der nok at tage fat på. ■

ZERO16

Zero16 har til formål at få unge mellem 12 og 14 år til at udskyde deres alkoholdebut og /eller at forholde sig kritisk til eget alkoholforbrug i ungdomsårene. Via hjemmesiden indgår den unge en aftale for et år ad gangen, hvor han eller hun erklærer ikke at ville drikke alkohol – dermed bliver den unge 'zeroer', medlem af Zero16 klubben og –netværket af ligesindede. Alkoholpolitisk Landsråd, IOGT og Blå Kors har - inspireret af det norske projekt 'Rusfri Diil' – udviklet projektet i Danmark med støtte fra bl.a. Sundhedsstyrelsen. På hjemmesiden kan man læse følgende:

Hvorfor udskyde debuten?

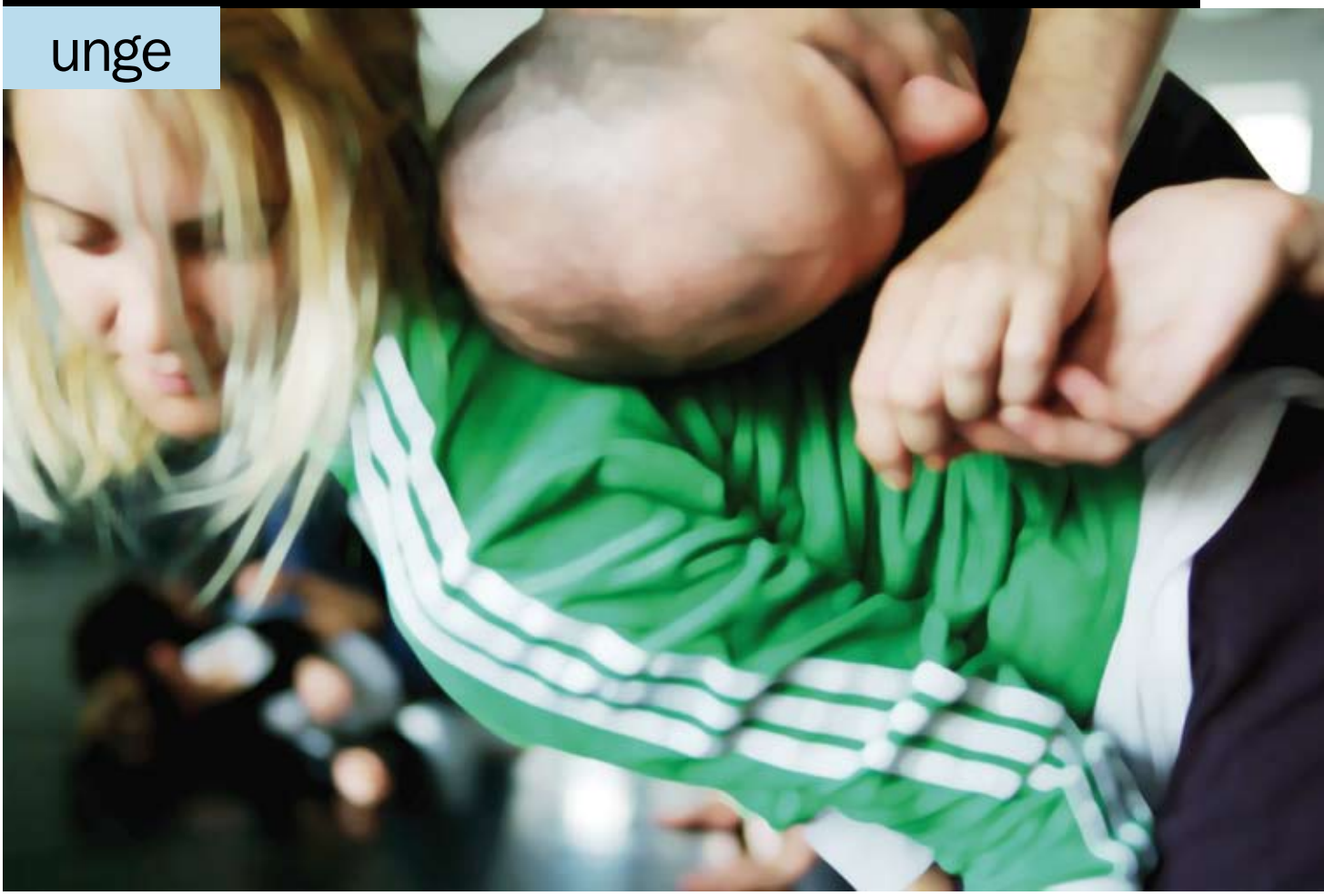
Unge danskeres drikkemønster i forhold til andre unge i Europa kan kort opsummeres med ordene: • YNGRE • MERE • OFTERE
Men det at du er på vej ind i ungdommen og ikke har gjort dig erfaringer med alkohol endnu, betyder også, at du har gode chancer for at undgå problemer med alkohol. For alkoholproblemer er nemmere at forebygge end at helbrede!

Hvad kan du opnå?

Du kan styrke din sundhed og dine sociale relationer ved at udskyde din debut. Danske børn drikker typisk alkohol første gang når de er 13 år. Hvis du venter, har du en bedre chance for at undgå:

- at udvikle afhængighed af alkohol, altså at blive alkoholiker
- at komme ud for drikkeulykker, for eksempel i trafikken
- at blive offer for alkoholforgiftning, at skulle til udpumpning
- at få sociale problemer, for eksempel slagsmål for drengens vedkommende og uheldige seksuelle oplevelser for pigernes vedkommende. For begge køn: at rage uklar med venner og forældre

Som en ekstra gevinst har du også nemmere ved at undgå rygning og stoffer, hvis du venter med at drikke. I stedet får du med Zero16 et netværk og en platform til en god start i ungdomslivet!



LUCKY7

Med genstandsgrænser i hovedet – og en teenager ved middagsbordet

Forældre bliver fra alle sider belært om, at de skal passe på deres børn og unge – også i forhold til alkohol. Nogle forældre vælger at gå sammen om at arrangere fester, hvor de unge kan prøve deres grænser af i forhold til beruselse – så kan de lære det!

AF KAREN ELMELAND OG TORSTEN KOLIND

Siden midten af 1990´erne har der fra offentlig side været sat større og større fokus på forældre som hovedansvarlige for deres børns og unges drikkepraksis. Forældre bør sætte klare (forbudsorienterede) regler for deres børns omgang med alkohol, hedder det, og i folkeskolernes 6. klasser opfordres forældre til at udarbejde 'forældre-aftaler' – kontrakter, hvor forældrene nedfælder bestemmelser om, i hvilken alder de unge må begynde at drikke alkohol – samt herunder hvor meget og i hvilke sammenhænge.

Gruppen af danske forældre har tilsyneladende meget beredvilligt påtaget sig rollen som forebyggelsesagenter, og førnævnte forældreaftaler er nu ganske almindelig praksis i folkeskolerne, hvor forældrene også oplyses og informeres om de skader, unges forbrug af alkohol kan afstedkomme. Imidlertid er der parallelt hermed vokset en mere skades-minimerende praksis frem i forældregruppen, hvor forældre bl.a. ses som initiativtagere til at arrangere fester for de helt unge, hvor alkoholindtagelse er tilladt, ligesom forældre også stiller op som frivillige hjælpere for de unge ved særlige lejligheder, hvor der er tradition for beruselsesdrikning – som f.eks. sidste skoledag.

Der er her ikke tale om to forskellige grupper af forældre med

hver sit normsæt, men om en forældregruppe, der på den ene side er vidende om såvel alkoholrelaterede helbredsskader som om Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser og anbefalinger i øvrigt, og som støtter op om det. Men som på den anden side alligevel handler og tænker anderledes, konfronteret med den/de teenager(e) de lever sammen med, og den hverdagspraksis de lever i.

I det følgende giver vi vores bud på, hvorledes forældre tilsyneladende ganske uproblematisk kan agere i og bekende sig til begge disse værdisæt/diskurser, hvis mål og reguleringsteknologier jo bestemt ikke er sammenfaldende.

Unge - en ny gruppe af alkoholbrugere

I Danmark har informations- og oplysningsstrategien traditionelt været anset for at være den primære problemhæmmende faktor i relation til alkoholbrug. Allerede i Ædruelighedskommisionens Betænkning 1907 slås det fast, at den første forudsætning for en fremgang i retning af ædruelighed er, at befolkningen bliver belært om alkoholens væsen og virkninger, og med Lov af 18. maj 1937 om folkeskolen bliver undervisning om alkohol obligatorisk i samtlige skoleformer (Thorsen, 1993). Men på trods af, at det allerede på det tidspunkt tilsyneladende er klart, at unge udgør en særlig – og vigtig – målgruppe i forhold til oplysning og information om alkohol, er det først i slutningen af 1970´erne/begyndelsen af 1980´erne, at unges forbrug af alkohol bliver introduceret som et selvstændigt og særligt interventionsfelt på den offentlige/politiske dagsorden.

På det tidspunkt er danske unge blevet en forholdsvis velhavende gruppe af borgere – mange unge har arbejde ved siden af deres skolegang, og de har dermed et større økonomisk råderum, end det historisk tidligere har været tilfældet for denne aldersgruppe. Og gruppen er ganske åbenbart mere end parate til at spendere en stor del af deres indkomst på alkohol og fester. Da de unge under 18 år imidlertid ikke (lovligt) kan få serveret alkohol på offentlige udskænkningssteder, begynder problemer med berusede unge på gader og stræder samt i tilknytning til f.eks. ungdomsklubbers alkoholfrie diskoteksarrangementer at blive påtrængende. I 1978 bliver der derfor i 4 danske ungdomsklubber – i samarbejde med det daværende *Kontaktudvalg vedrørende alkohol- og narkotikaspørgsmål* - gennemført et mindre forsøg med udskænkning af alkohol til unge under 18 år i forbindelse med afholdelse af særlige, lejlighedsvise fester. I to af klubberne kan de unge ved disse arrangementer købe alkohol (øl), såfremt de medbringer en forældretilladelse. I de to øvrige klubber er der stadig totalt alkoholforbud. Efter forsøgsperioden på ét år viser det sig, at de unge i klubberne med den forsøgsvise alkoholudskænkning tilsyneladende drikker mindre og afstedkommer færre beruselsesorienterede drikke-sessions end de unge i klubberne med de restriktive alkohol-regler. På baggrund af forsøget (afrapporteret i Lund og Thorsen, 1980) bliver der bl.a. på initiativ af Landsforeningen Ungdomsringen rettet henvendelse til det daværende industriministerium vedr. tilladelse til servering af øl/vin i ungdomsklubber.

I svaret fra ministeriet slås det imidlertid fast, at regeringen ikke ønsker at ændre restaurationsloven, således at udskænkning af stærke drikke i ikke-kommercielle ungdomsmiljøer som f.eks. ungdomsklubber kan ske for personer under 18 år. Imidlertid peges der i svaret på en anden mulighed, såfremt man ønsker at give de unge i klubberne lov til at indtage øl og vin ved særlige lejligheder: De unge kan selv medtage en nærmere begrænset mængde øl og vin, hvilket ikke vil være i strid med restaurationsloven, som netop omhandler udskænkning - og altså

ikke den alkohol, de unge selv medbringer (Jensen, 1985). Det er dog de færreste ungdomsklubber, der gør brug af 'tilbuddet'. Dels findes det vanskeligt at administrere, dels møder ordningen modstand hos store grupper af såvel klubpædagoger som forældre. Disse modstandere fremhæver, at ordningen vil sende et 'forkert signal', lægge pres på de unge, der endnu ikke er begyndt at drikke, og at information og oplysning om alkohol – ikke konkret afprøvning – fortsat bør være den foretrukne forebyggelsesstrategi.

Fokus på de unges drikkeri

I midten af 1990´erne kommer der imidlertid yderligere fokus på unges drikkevaner. Tallene fra den første ESPAD-undersøgelse gennemført i 1995 (Hibell et al., 1997) viser, at ikke alene er de danske unge blandt de unge i Europa, der har det højeste forbrug af alkohol, tallene melder også om alarmerende hyppig beruselsesdrikning, og de danske unge scorer højt i oplevede problemer relateret til eget alkoholindtag. Det er nu åbenbart, at den hidtil valgte informations- og oplysningsstrategi ikke kan stå alene. I 1998

LUCKY

vedtages en lov om forbud af salg af alkohol til unge under 15 år fra butikker, hvorfra der foregår detailsalg. Og denne aldersgrænse bliver i 2004 hævet til 16 år.

I den offentlige debat omkring forebyggelse af alkoholrelaterede problemer hos unge er forældregruppen indtil 1990´erne en forholdsvis usynlig aktør, hvor det er skolen og de øvrige ungdomsinstitutioner, der ses som ansvarlige for at formidle den nødvendige, adfærdskorrigerende viden om rusmidler. Nu rettes søgelyset imidlertid – fra såvel nationalt som lokalt hold – mod forældrene som hovedansvarlige for deres børns drikkevaner og –praksis.

Den årligt tilbagevendende alkoholkampagne (Uge-40-kampagnen) sætter således i slutningen af 1990´erne særlig fokus på forældre til teenagere – og deres ansvar for de unge – hvor hovedbudskabet er: 'Børn og unge skal ikke drikke alkohol!'. Og i det nationale folkesundhedsprogram (1999 og 2002) hedder det: 'Først og fremmest skal forældrene tage ansvar for deres børns brug af alkohol. Dette kan dels ske ved, at forældrene sætter nogle grænser for deres børns brug af alkohol, dels ved at forældrene undlader at drikke alkohol, når de er sammen med deres børn om idræt og andre lignende fritidsaktiviteter. Forældrene skal fungere som gode rollemodeller for deres børn.' På lokalt plan tager forebyggelseskonsulenter og/eller SSP-medarbejdere initiativ til, at forældre til børn i 6. klasse indgår såkaldte 'forældre-aftaler' – dvs. aftaler/kontrakter, hvor forældrene nedfælder bestemmelser om, hvornår (i hvilken alder) de unge må begynde at drikke, samt hvor meget og i hvilke sammenhænge.

Den rolle, som forældrene som forebyggelsesagenter er tiltænkt, ligger i klar forlængelse af den mere restriktive nyorientering, som udvises inden for forebyggelsesfeltet i denne periode: Forældre skal sætte klare regler for deres børns omgang med alkohol – og de skal være deres ansvar som rollemodeller bevidst. Men på trods af, at forældrene tilsyneladende er villige til at påtage sig rollen som forbuds/regel-sættere – og også tilsyneladende har som det optimale mål både at udsætte debutalderen for de unge og herefter søge at begrænse forbruget mest muligt - vokser en ganske anderledes og betydelig mere harm-reduction orienteret og observerende hverdagspraksis ud fra denne 'nye' gruppe af forebyggelsesaktører.

I begyndelsen af 1990´erne starter således de danske Natteravne op. Natteravnene består af grupper af voksne (primært forældre til unge), som i weekender og ved særlige lejligheder ved aftens/nattetide frivilligt afpatruljerer de aktuelle byers 'hot-spots.' I reglerne for Natteravnens virke hedder det netop: 'Natteravnene er synlige og observerer – de blander sig aldrig i uroligheder – men tilkalder professionel hjælp om fornødent.'[1] Samtidig starter grupper af forældre såkaldte hjælpekorps, hvis formål er at bistå og overvåge de unge ved særlige lejligheder, hvor der typisk foregår beruselsesdrikning som f. eks i forbindelse med 'sidste skoledag' m.v. Herudover har fænomenet 'Forældrearrangerede fester for unge' udviklet sig gennem de sidste 10-15 år.

Forældre-arrangerede fester

Med 'forældre-arrangerede' fester tænker vi på fester, der undertiden går under navnet halballer, ungdomsdiskoteker eller andet. Disse typer fester findes mest i provinsen. Det er fester arrangeret af forældre/voksne for de unge, hvor alkohol ofte kan medbringes til eget forbrug. Selv om forældres rolle i denne typer fester naturligvis er ganske varierede, er der i de undersøgelser, vi har gjort af fænomenet, nogle fælles værdier og begrundelser, som forældrene giver udtryk for, når de fortæller om deres engagement i disse fester, hvor de unge kan drikke alkohol. Ydermere kan vi spore disse værdier og begrundelser ved andre typer af fester, hvor forældre er involverede, og hvor alkohol tillades, fx sidste skoledags-arrangement og private teenage-fester.[2]

Selv om det umiddelbart kan ses som eftergivende og modsætningsfyldt, når forældre tillader og faktisk

muliggør, at unge (14-18 år) drikker ved sådanne arrangementer, må initiativerne ses som led i en slags hverdagsbaseret forebyggelse, hvor forældre med en vis grad af pragmatisme søger at forholde sig til de konkrete problemer, som de unge i deres eget lokalområde har i forhold til alkohol og fester. Man kan sige, at forældres initiativer er mere skadesreducerende, end de er forebyggende.

De forældre vi har talt med, befinder sig i et spændingsfelt. På den ene side ønsker de ikke, at deres unge skal drikke for meget eller for tidligt. På den anden side ved de, at alkohol og festliv udgør en vigtig del af de unges samvær, og at det ofte er indgangen til fællesskabet, og de kender til de problemer, der kan opstå, hvis de unge drikker og fester uden opsyn (se også: Gundelach & Järvinen, 2006). Løsningen har for mange forældre været at være med til at arrangere fester for de unge, hvor de unge kan eksperimentere med at drikke og feste, men hvor dette foregår i, hvad forældrene ser som trygge rammer. Der er tre begrundelser eller rationaler, der kendetegner forældres engagement i forbindelse med at arrangere fester for de unge: sikkerhed, underholdning, og socialisering.

Sikkerheden handler om at undgå, at de unge (samt omgivelserne) kommer galt af sted, når de unge drikker og fester. Ved flere typer af fester har forældre fx forsøgt sig med 'øl-garderober'. Ønsket er at bringe de unges drikkeri indenfor - og i nærheden af voksne, der kan holde øje med dem - i stedet for at det foregår udenfor og væk fra opsyn. I øl-garderober medbringer unge selv drikkevarer til eget forbrug i en pose, som de afleverer i 'baren'. I løbet af aftenen kan de så gå i baren og få udleveret drikkevarerne. De voksne søger at undgå at udlevere alkohol til alt for berusede unge. Ved at de unge selv medbringer alkohol brydes de offentlige udskænknings-regler ikke, jf. initiativerne beskrevet ovenfor med 'øl i ungdomsskolen'.

Andre skadesreducerende initiativer er fx forældre, der fungerer som vagter ved fester for at undgå hærværk eller slagsmål, eller at sørge for, at lokalerne sikres, så de ikke tager skade under festerne (døre tages af, plastic lægges ud på gulve, hegn sættes op, så unge ikke kan forlade festerne). Og det er fx 'sygerum', hvor unge, der har fået for meget at drikke kan opholde sig, eventuelt kaste op, og blive observeret af en voksen.

Underholdningsrationalet er også en vigtig del af de forældre-arrangerede fester. I modsætning til den offentlige sundhedsforebyggelse, der formaner, at alkohol skal undgås, indtil de unge er 16, og hvor man primært er opmærksom på skadevirkninger, mener mange forældre, at alkohol og fest hænger sammen, og de mener, at det er vigtigt, der er underholdningstilbud til de unge. De mener, at de som voksne kan være med til, at sætte rammerne for, at de unge lærer at nyde alkohol og festen. De forældre-arrangerede fester skal derfor være sjove og underholdende, og de skal være attraktive, så de unge møder op. Forældre søger derfor fx for, at der er gode diskoteker til sådanne fester, at der er transportmuligheder til og fra festerne og de opretter hjemmesider, der reklamerer for festerne, og hvor billeder fra festerne lægges ud. De ønsker kort sagt, som en forælder klart udtrykte det: 'at festerne skal være rigtige fester.'

Endelig er der socialiseringsrationalet. Selv om forældrenes engagement i de unges fester sker i forsøget på at minimere skaderne af unges drikkeri, fortæller en del forældre, som vi har interviewet, også, at de ser festerne som havende et opdragende sigte. Faktisk fylder ønsket om at socialisere de unge til at blive kompetente alkohol- og festbrugere meget i forældrenes praksis. De ved, at de unge i løbet af kun få år vil begynde at deltage i byernes offentlige natteliv. Ved at arrangere festerne som en slags afprøvningsbaner håber de, at de unge i trygge rammer vil lære: at drikke, at kende deres egne grænser, at interagere med andre fulde mennesker, at genkende et trygt festmiljø osv. Som en forælder udtrykte det i et interview om de fester, vedkommende var med til at arrangere:

'Dette er som en kravlegård, hvor de kan lære at feste, før de skal ind til Skive. Fordi hvis vi ikke arrangerede disse fester, ville de unge blot tage ind til Skive, og hvis de ville gøre nogle af de ting i Skive, som de gør til de her fester, så ville de få en røvfuld.'

To modsatrettede diskurser

Som man kan se, eksisterer der et dilemma mellem den officielle forebyggelsestankegang, som udtrykkes gennem de officielle kanaler - og så på den anden side almindelige forældres hverdagsbaserede, skadesreducerende tiltag.

Vi mener, at årsagen til dette paradoks skyldes, at der i mange forældregrupper eksisterer to parallelt pågående alkoholdiskurser: en erfaringsbaseret, hverdagsorienteret diskurs, der er forankret i de værdier og den logik og praksis, som omgiver de enkelte forældres livsstil og opdragelsesmønstre i øvrigt. Og på den anden side en sundheds- og alkoholpolitisk diskurs, der er mere teoretisk og generelt skadesorienteret funderet. Dette spændingsfelt har vi opstillet i skematisk form i figur 1 i forhold til de mest centrale omdrejningspunkter inden for begge diskurser.

Den sundheds- og alkoholpolitiske diskurs tager hovedsagelig sit afsæt i et aktuelt ønske om at regulere alkoholbrugen med den almindelige folkesundhed som legitimeringsgrundlag. Inden for denne diskurs belærer de vidende de mindre vidende; det kan være kampagnebudskaber rettet mod den samlede befolkning eller særlige befolkningsgrupper, det kan være skolelæreren,

KAREN ELMELAND
MAG.ART., PH.D., LEKTOR
TORSTEN KOLIND
CAND.PHIL., PH.D., ADJUNKT
CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

FIG.1	SUNDHEDS- OG ALKOHOL-POLITISK DISKURS	PRAKSISORIENTERET HVERDAGS DISKURS
Kommunikationsform	Belæring, top-down	Kommunikation, samtale
Tidsperspektiv	Fremtidsorienteret	Nutidsorienteret
Fokus	Helbred, kroppen	De unges sociale liv
Alkohol er ..	Rusmiddel/giftstof	Normalt festtilbehør
Drikkeakten	Entydig handling – person- og kontekst-uafhængig	Flertydig handling – person- og kontekst-afhængig
Målgruppe	Den danske (unge) befolkning	'Vores børn'
Reguleringsmuligheder	Information – klare regler (forbud)	Afprøvning – 'overenskomst-baserede' regler
Kilder/argumentation	Videnskabeligt baserede undersøgelser. Generelle.	Forældrevurderinger, lokalt funderede. Individuelle.

der informerer eleverne, det kan være forebyggelseskonsulenten, der oplyser forældrene osv. Grunden til, at informationen finder sted, er, at man ønsker, at alkoholrelaterede problemer fremover vil kunne mindskes eller helst hindres i at opstå, og fokus er hovedsagelig rettet mod den generelle folkesundhed. Alkohol ses her som et rusmiddel – et giftstof, der kan have såvel fysiske som psykologiske skadesvirkninger. Drikkeakten ses udelukkende som indtagelse af alkohol – som indtagelse af et vist antal genstande. Målgruppen er danske unge, der her ses som en særlig sårbar gruppe af forbrugere – hvis alkoholindtagelse har særlige, fremtidstruende konsekvenser såvel i forhold til helbredsskader som i forhold til udvikling af et egentlig misbrug. Da reguleringsfeltet er indtagelse af alkohol, og målgruppen er unge, bliver det ofte alders- og genstandsgrænser, der anses som effektive reguleringsmuligheder. Den viden, som har værdi i denne diskurs, forudsættes at være institutionaliseret. Det vil sige at bygge på erfaringer, som er videnskabeligt afprøvede, og som derfor er ikke-personlige.

Inden for den anden diskurs, den som vi har kaldt en praksisorienteret hverdags-diskurs spiller alkohol og fester en ganske anderledes rolle. Her tæller egne erfaringer, lokale problemstillinger og 'almindelig sund fornuft' vigtige roller. Forældrene forsøger at opdrage de unge i kommunikation med dem, gennem samtale og interaktion, ikke belæring oppefra og ned. Tidsperspektivet er ikke så langsigtet. Det handler om de konkrete problemer, man som teenage-forældre står i her og nu og de næste få år. Fokus er endvidere ikke kun på de unges helbred, men ikke mindst på de unges sociale liv og fællesskab. Det handler om at få dem (og eventuelt ens eget barn) til at trives i kammeratskabsgrupper, hvor alkohol og fester spiller en vigtig rolle. I den hverdagsbaserede diskurs er alkohol en flertydig størrelse. Nok er det farligt, men det er også noget, man kan lære at bruge på en sjov måde. Det hører til fester og er et nydelsesmiddel. De fester, forældrene er med til at arrangere, er rettet mod lokalmiljøet. Det er ens egne børn i området. Andre forældre andre steder må selv arrangere noget for deres børn og selv afgøre, hvad de mener er den rette måde at agere på. Endelig er reguleringen, som er knyttet til hverdagsdiskursen, ganske pragmatisk. Forældre laver hver især individuelle regler og aftaler med deres egne børn, og generelt er der i stedet for strikse regler tale om rammer, inden for hvilke den unge kan afprøve og hermed lære af egne erfaringer. Som en forælder udtalte:

'De unge ønsker at drikke og feste – og det er normalt. Vi var ligesådan, da vi var unge. At nogle bliver syge, det er, hvad der sker. De bliver nødt til at gøre deres egne erfaringer.'

Som vi ser det, eksisterer de to diskurser på samme tid, og selv om de umiddelbart er meget forskellige, lader det ikke til, at forældrene har problemer med at træde ind og ud af de to diskurser, afhængigt af hvilken situation de står i. Diskurserne giver mening inden for deres eget område, men påvirker ikke nødvendigvis hinanden. ■

NOTER

1. Fra Natteravnenes folder: 'Din indsats gør en forskel'.
2. Vores undersøgelser af forældrearrangerede fester bygger på en række kvalitative interview af personer (ofte forældre til teenagere) i de foreninger, der arrangerer fester for de unge samt observationsstudier før, under og efter en række forældrearrangerede fester. Endvidere har vi interviewet 10 teenage-forældre(par) omkring deres syn på de unges fest- og drikkepraksisser samt deres egne tiltag i forbindelse hermed.

LITTERATUR

Gundelach, P. & Järvinen, M. (Red.): Unge, fester og alkohol. Akademisk Forlag. København. 2006.
Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. & Narusk, A.: The 1995 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. CAN and Council of Europe/Pompidou Group. Stockholm. 1997.
Jensen, F.V.: Øl i ungdomsklubberne? A&N Debat. 22. dec.1985:29. København. 1985.
Lund, J. & Thorsen, T.: Øl i ungdomsklubberne? – En undersøgelse i 4 klubber. Kontaktudvalget vedrørende alkohol- og narkotikaspørgsmål. København. 1980.
Thorsen, T.: Dansk alkoholpolitik efter 1950. Forlaget SocPol. København. 1993.

Sikkerheden i højsædet

Hvordan vejleder vi bedst de unge i en verden fuld af stoffer? Det blev der sat fokus på, da den amerikanske forsker Marsha Rosenbaum for nylig gæstede Danmark.

AF MICHAEL JOURDAN

Nul-tolerance kommer fra USA. Også modspillet - i form af en forebyggelsesfilosofi, der lægger vægten på sikkerhed frem for på afholdenhed - kommer fra mulighedernes land. En af de fremmeste fortalere for denne mere skadesreduktionelle linje i forebyggelsen gæstede i september København.

Den amerikanske rusmiddelforsker Marsha Rosenbaum - som i øvrigt selv er mor til fire – holdt et tankevækkende oplæg om '*Unge, stoffer, forebyggelse og policy*' på et internt seminar arrangeret af CRF. Denne introducerende artikel bygger på Marsha Rosenbaums præsentation, opfølgende samtaler og uddrag af hendes skriftlige materialer om '*Safety first*'.

Yngelpleje-instinkt og naturlig ængstelighed

Vi vil vores poder det bedste, men til trods for vore formaninger og råd om at afholde sig fra stoffer eksperimenterer unge med rusmidler alligevel. Det betyder ikke, at de er dårlige børn - eller at vi svigter som forældre. Men det giver anledning til en betydelig ængstelighed - og en vis rådvildhed:

Hvad skal vi gøre? Hvad er god forebyggelse i familien, og hvordan skal man praktisere forebyggelse i skolen? Hvordan og hvornår tager man de svære samtaler? Hvilke mål skal vi sigte efter, og hvilke midler skal vi bruge?

Den traditionelle tilgang

De fleste forebyggelsesprogrammer sigter udelukkende på at undgå brug af stoffer. Man fremstiller det, som om de unge presses eller lokkes til at bruge stoffer, og at det gælder om at sige nej. Efter instrukser om afholdenhed slutter lektionen. Der gives ingen information til dem, som eksperimenterer, om, hvordan man undgår problemer eller forebygger misbrug. Man skelner ikke mellem brug og misbrug. Man giver ingen oplysning om sikker brug. I oplysningsmaterialerne betones udelukkende negativer aspekter ved brug af stoffer. Man er ikke bleg for at lave deciderede skræmme-kampagner i den gode sags tjeneste. Afholdenhed udgør den eneste målestok for succes og er det eneste acceptable pensum.

Seksualoplysning

Det er egentlig paradoksalt, at vi benytter så ensidige budskaber som 'Sig nej til stoffer!' og har så lidt at tilbyde, når det angår sikker brug. Stoffer er ligesom sex kommet for at blive, og vi kunne lære ét og andet om god stofprævention ved at tage ved lære fra seksualpræventionen. Hvad er den bedste måde at forebygge uønskede teenagegraviditeter og seksuelt overførte sygdomme på? Op til 60'erne mente rigtig mange, at afholdenhed var det rigtige budskab: Hold dig fra sex før ægteskabet. Man mente, at seksualundervisning og adgang til prævention for unge sendte det forkerte signal. Så man afholdt sig fra at oplyse om sikker sex og lod ikke de unge få adgang til prævention. Senere er vi blevet mindre moralistiske og mere pragmatiske. Uanset om vi bryder os om, at de unge har sex eller ej, er det sivet ind, at man ikke som forebyggelsesstrategi kan satse udelukkende på afholdenhed. Det er urealistisk, og denne manglende realisme koster i form af uhensigtsmæssige konsekvenser. Derfor er budskabet nu: Sikker sex! Burde vi ikke overveje den samme linje, når det angår stoffer?

Pragmatisme og forståelse

For at forstå teenageres forbrug af stoffer må man indse, at de vokser op i en kontekst, hvor der er stoffer overalt. At bruge stoffer er en del af tilværelsen. At lære at forholde sig til stoffer er en del af opvæksten – vel at mærke stoffer forstået i bred forstand - ikke kun de illegale af slagsen.

Længe før de unge begynder at feste og indtage alkohol, har de kendt vejen til medicinskabets hovedpinepiller m.v.. Efterhånden som de bliver ældre, lærer de, at stoffer i vid forstand kan hjælpe med, når det drejer sig om at arbejde, studere, sove og feste. Omkring dem bliver der dulmet uro, stimuleret energi, ændret sindsstemning, bekæmpet depression og dæmpet hyperaktivitet ved hjælp af alkohol, tobak, koffein, håndkøbsmedicin og ordinerede lægemidler. De ser reklamer og såvel positive som negative rollemodeller overalt. Teenagere træffer deres egne valg i forhold til alkohol og stoffer, ligesom vi selv har gjort det i vores ungdom. Deres fejltagelser vil nu og da være tåbelige, ligesom vores egne fejl var det.

Selvom afholdenhedspåbuddet er velment, så er denne tilgang utilstrækkelig. Det er en urealistisk forventning at tro, at teenagere vil afholde sig fra at bruge stoffer på det tidspunkt i deres liv, hvor de prøver grænser af og er mest tilbøjelige til at tage chancer. For at forebygge

MICHAEL JOURDAN
FILOSOF OG REDAKTØR PÅ STOF

misbrug og stofproblemer blandt eksperimenterende teenagere må vi have en strategi at falde tilbage på, som indeholder en bredt favnende undervisning, der sætter sikkerheden i højsædet. Påbuddet om afholdenhed sætter de voksne i den lidet misundelsesværdige position intet at have at sige til de unge mennesker, som det er mest nødvendigt at nå – dem, der ikke siger nej til stoffer.

Hungeren efter brugbar viden

Unge mennesker er i stand til at tænke rationelt. Selv om deres beslutningskompetence langt fra er færdigudviklet, så er de godt på vej til at blive mere modne og lære ansvarlighed for sig selv og andre. De ønsker bestemt ikke at ødelægge deres liv eller helbred. For at kunne træffe ansvarlige beslutninger vil de have ærlige og udførlige fakta om stoffer.

'Studerende hungrer efter information om legale og illegale stoffer, der ikke fremstår som moralistisk propaganda,' citerer Rosenbaum sin mangeårige samarbejdspartner, professor Craig Reinarman. Han kan fortælle følgende: 'I over 20 år har jeg hvert år på University of California Santa Cruz undervist på et kursusforløb kaldet 'Stoffer og samfundet'. Hvert år må jeg afvise studerende, fordi der ikke er plads til flere. Jeg starter altid med at spørge dem: 'Hvor mange af jer har modtaget undervisning om stoffer i skolen?' og næsten alle markerer, at det har de. Så spørger jeg: 'Hvor mange af jer føler, at undervisningen var sandfærdig og værdifuld?' Ud af omkring 120 studerende er der gerne omkring 3, der rækker hånden i vejret. Det er ganske enkelt ikke godt nok!'

Tillid - og ærlig, vidensbaseret information

Ligesom forældre ofte véd eller opdager hen ad vejen, om deres barn lyver, så har teenagere en færdighed i at gennemskue undvigelser, halve sandheder og dobbeltmoral. Derfor er ærlighed for det meste den bedste politik. Hvis man forholder den unge oplysninger, kan man være evigt forvisset om, at andre vil fortælle det ufortalte. Derfor er det vigtigt at undervise i hele rækken af stoffer, som er tilgængelige for unge mennesker - ikke kun de illegale. Dernæst må man sikre sig, at ens kilder er videnskabeligt funderet og afbalancerede. Enhver kilde, som ikke formår at beskrive både fordele og risici, må anses for at være suspekt.

Tillidsfulde relationer er nøglen. Første trin er at lytte til, hvad teenagere har at fortælle os om deres liv og deres følelser. Man må forholde sig åbent og lade dem vide, at de kan tale frit. At forholde sig så ikke-dømmede som muligt gør, at de unge bliver mere tilbøjelige til at søge vores råd og ekspertise. Vær taknemmelig, når de deler noget, selv om det ikke nødvendigvis er noget, du er glad for at høre, for det betyder, at en tillidsfuld relation er etableret.

Overordnet set siger Rosenbaum, at det gælder om at stole på vore instinkter, som er, at elske vores børn nok til at give dem rum til at gå på opdagelse og vokse, at tilgive dem deres fejltrin og at acceptere dem for, hvad de er. Undervejs kan vi opmuntre til mådeholdenhed, hvis de ungdommelige eksperimenter varer ved. Vi kan gøre opmærksom på de legale og sociale konsekvenser af stofbrug. Og vi kan fokusere på, at sikkerheden kommer i højsædet gennem personligt ansvar og viden.

Men der findes ikke en magisk kugle i form af et bestemt pensum. Ingen lette svar - kun tankevækkende samtaler. ■

foto: MICHAEL JOURDAN

Se mere på: www.safety1st.org.
'*Safety First – a Reality Based Approach to Teens and Drugs*', som er oversat til 7 sprog (men endnu ikke til dansk). Kan downloades frit.
Se også: www.beyondzerotolerance.org , hvor man kan downloade 'Beyond Zero Tolerance – A Reality-Based Approach to Drug Education & Student Assistance' af Rodney Skager.

MARSHA ROSENBAUM er ph.d. i medicinsk sociologi. Leder af 'Safety first' projektet og direktør for Drug Policy Alliance's kontor i San Francisco. Har i årene 1977-95 været ledende forsker i NIDA-finansierede undersøgelser af heroin, metadon, ecstasy, kokain og stofbrug under graviditet. Hun er forfatter til 3 bøger, 4 pjecer og et stort antal artikler.

Døgnanbragte unge og rusmidler – En udfordrende cocktail

Unge eksperimenterer med rusmidler – også når de er anbragt på en døgninstitution. Men hvordan kan behandlerne samarbejde med de unge om det forbudte? Det skal et to-årigt projekt forsøge at finde svar på.

AF PETER JENSEN OG SUSANNE PIHL HANSEN

Ungdomstiden er generelt en tid, der er præget af eksperimenter. De unge eksperimenterer og prøver sig frem på deres vej til at blive voksne. De søger, undersøger og prøver 'livet' af for at finde deres egen identitet og deres egne grænser. Det gælder også i forhold til rusmidler.

Selv om alle rusmidler på nær alkohol er ulovlige i Danmark – og selv om alkohol er forbudt at købe for børn og unge under 16 år – så er det et faktum, at rusmidler i alle afskygninger er tilgængelige i selv den mindste afkrog af landet. Og ofte også til en pris, der ligger inden for et almindeligt lommepengebudget. Dét er et vilkår for alle unge, der vokser op her i Danmark.

Døgnanbragte unge og rusmidler

Døgnanbragte unge adskiller sig ikke fra andre unge i forhold til dét at være ung. Som alle andre unge vil de også eksperimentere og føler sig draget af det spændende, farlige, forbudte på deres vej mod at blive voksne. Rusmidler er mindst lige så tilgængelige (eller nok snarere: endnu mere tilgængelige) for denne gruppe unge, som for andre unge.

Men de anbragte unge tilhører gruppen af de allermest udsatte og marginaliserede unge og vil derfor være i en særlig risiko for at udvikle et problemgivende forbrug af rusmidler både før, under og efter en anbringelse. Dertil kommer, at en del af de unge er blevet anbragt, netop fordi deres forbrug af rusmidler gav dem selv – eller andre – problemer.

De unges brug af rusmidler håndteres i dag meget forskelligt på de enkelte anbringelsessteder. Nogle anbringelsessteder indleder anbringelsen med en introduktionstur, hvor der (som mere eller mindre tilsigtet bieffekt) også vil ske en afrusning, inden den unge sluses ind på selve anbringelsesstedet. I andre situationer opdages det først efter indskrivningen, at den unge har et forbrug, der skaber problemer. Strategierne over for et problemgivende forbrug af rusmidler er forskellige, afhængig af normering, pædagogik m.m., og svinger fra at udskrive den unge helt fra institutionen til at skærme/isolere den unge fra rusmidlerne med en 'menneskemur' og mere voksenkontakt, f.eks. ved at tage den unge med i sommerhus i Sverige i 14 dage. Andre steder er den mere eller mindre bevidste strategi at lukke øjnene og lade som om problemet ikke er der – eller simpelthen bare at føle sig rådvild og frustreret over, at man ikke ved, hvordan man skal håndtere problemet.

På længere sigt er ingen af disse strategier dog hensigtsmæssige. De løser ikke for alvor den unges problem med rusmidler. Det er derfor nødvendigt, at der på anbringelsesstederne udvikles strategier og kompetencer til at håndtere de unge og deres brug af rusmidler, mens de er anbragt. Desuden skal de unge klædes på til selv at kunne få et naturligt og afbalanceret forhold til rusmidler, når de efter anbringelsen skal stå på egne ben.

Hvis ikke der udvikles strategier og kompetencer på anbringelsesstederne, vil de unge ikke få den hjælp, der er nødvendig for at forebygge og behandle et problemgivende forbrug af rusmidler. Det vil naturligvis være et problem for den enkelte unge, men det er også et problem på et mere overordnet plan, fordi det med stor sandsynlighed vil betyde, at udbyttet af den socialpædagogi-

ucc07

ske behandling på anbringelsesstedet reduceres eller i værste fald vil være helt værdiløs. Med andre ord: at det ikke vil være muligt at leve op til hensigten og målet med anbringelsen.

Med støtte fra Egmont Fonden og Sygekassernes Helsefond har SPUK og PIHL INKLUSIVE taget initiativ til et 2-årigt metodeudviklingsprojekt med fokus på døgnanbragte unge og rusmidler. Målet med projektet er at støtte nøglemedarbejdere fra i alt 9 anbringelsessteder i at udvikle nye metoder og strategier til at håndtere problemet i hverdagen, herunder undersøge og dokumentere problemets omfang på de enkelte institutioner.

Den første del af projekt 'Døgnanbragte unge og rusmidler' har givet anledning til mange refleksioner og diskussioner blandt deltagerne. To af de væsentligste var diskussionerne om, hvordan også meget personlige holdninger og erfaringer spiller ind i arbejdet med unge og rusmidler, og om dét dilemma som mange af deltagerne oplever at være i, når de arbejder med unge og rusmidler: På den ene side er de fleste rusmidler ulovlige, og anbringelsesstedet har derfor oftest et klart forbud mod at bruge enhver form for rusmidler. På den anden side er medarbejderne også nødt til – for at kunne arbejde pædagogisk med de unge – at forholde sig til, at nogle af de unge overtræder forbuddet og/eller har brug for råd og vejledning for at kunne håndtere de rusmidler, de møder på deres vej.

Det handler i høj grad om holdninger

Synet på unge og rusmidler er ofte baseret på mange forskellige og også meget personlige holdninger frem for egentlig videnskabelig og socialfaglig viden. Derved adskiller rusmiddelproblematikken sig på nogle punkter fra andre problematikker, som udsatte unge oplever.

Hvis en ung har været udsat for seksuelle eller fysiske overgreb i hjemmet, vil der blandt langt de fleste voksne (både fagpersoner og menigmand) være en udstrakt konsensus om, at overgrebene skal stoppes, og at den unge skal beskyttes og have mulighed for at få bearbejdet de ubehagelige oplevelser.

Hvis en ung er involveret i kriminalitet, vil der være stor enighed om, at kriminaliteten skal stoppes, om end der kan være forskellige holdninger til, hvordan der efterfølgende skal arbejdes med den unge.

Men når det drejer sig om rusmidler, er holdningerne mere blandede…

Selv om lovgivningen er rimelig klar (det er forbudt at besidde stort set alle euforiserende stoffer, og alkohol må ikke sælges til unge under 16 år), så er de signaler, der sendes fra forskellige dele af samfundet til de unge ofte mere tvetydige. De unge vil opfange signaler fra forældre, venner, socialarbejdere, politikere, der siger alt fra: 'Unge må under ingen omstændigheder indtage nogen former for rusmidler. Rusmidler er farlige og skadelige!' over: 'Årh, det skader da ikke med en lille kæp i øret en gang imellem – så længe det bare er alkohol og ikke stoffer!' til 'Jeg har selv røget hash som ung, og det har da aldrig skadet…'

Disse forskellige holdninger vil ofte være baseret på den enkelte voksnes egne erfaringer med og kendskab til rusmidler - og nok i mindre grad på egentlig videnskabelig og socialfaglig viden og erfaring om rusmidlernes indvirkning på hjernen og kroppen hos unge, der er midt i en rivende fysisk og mental udvikling. Samtidig har en meget stor del af de unge også personlige erfaringer med rusmidler, enten fordi de selv har prøvet rusmidler, eller fordi personer i deres nære familie og omgangskreds har. Disse oplevelser præger naturligvis de unges holdninger til rusmidlerne – og dermed også deres mening om de voksnes holdninger om rusmidler.

At der er mange holdninger til en bestemt problematik er ikke nødvendigvis et problem. Men det kan gøre dialogen mere følsom, fordi holdningerne også er baseret på egne oplevelser og ikke kun på facts og eksakt viden. Derfor bliver det vigtigt at gøre sig klart, om det er en faglig viden og indsigt eller egne erfaringer, der ligger til grund for holdningerne. Det gælder i særlig grad i det professionelle socialpædagogiske behandlingsarbejde på anbringelsesstederne.

I første del af projekt 'Døgnanbragte Unge og Rusmidler' var målet – ud over at tilføre deltagerne ny, opdateret viden om unge og rusmidler – også at få kortlagt de forskellige holdninger og erfaringer, som eksisterer på institutionerne. Kortlægningen havde i første omgang tre lag:

1. **Kortlægning af deltagernes egne erfaringer og holdninger.**
   Hver enkelt medarbejder udfyldte et skema, hvor de gennemgik 4-5-6 markante begivenheder/oplevelser, de havde haft med rusmidler, og hvilke erfaringer og holdninger disse oplevelser havde givet dem. På den baggrund havde de efterfølgende en dialog med kollegaerne om, hvordan deres forskellige erfaringer og holdninger spillede ind på det daglige arbejde på anbringelsesstedet.
2. **Kortlægning af anbringelsesstedets politik og praksis, herunder den samlede medarbejdergruppes erfaringer og holdninger.**
   Deltagerne undersøgte deres egne institutioners politik og praksis, dels via en gennemgang af skrevne og uskrevne regler og dels via dialog/spørgeskema/interview af kollegaer.
3. **Kortlægning af de anbragte unges holdninger til emnet: 'Unge og rusmidler' samt til politik og praksis på institutionerne.**
   Gennem spørgeskemaer og interviews med de anbragte unge undersøgte deltagerne, hvordan de unge egentlig så på rusmidler generelt – og hvordan de oplevede anbringelsesstedets politik og medarbejdernes praksis på området.

Kortlægningen og den efterfølgende dialog mellem deltagerne viste, at de forskellige holdninger spiller ind på flere planer. Når holdningerne er forskellige, vil tærsklerne for at gribe ind og måden, der bliver grebet ind på, også være forskellige. Selv om et anbringelsessted har en nedskrevet

Projekt 'Døgnanbragte Unge og Rusmidler'

I ALT 21 nøglemedarbejdere fra i alt 9 døgninstitutioner/ socialpædagogiske opholdssteder deltager i projektet. Det er et krav, at én af nøglemedarbejderne er ledelsesrepræsentant, for at sikre at erfaringerne fra projektet bliver implementeret i det fortsatte arbejde på anbringelsesstedet.

Den primære målgruppe er de unge, der er anbragt på en døgninstitution eller et socialpædagogisk opholdssted, og som har – eller er ved at udvikle – et problemgivende forbrug af rusmidler. Projektet tager afsæt i konsulenternes erfaringer fra andre udviklingsprojekter med udsatte unge som målgruppe. Projektet arbejder med en kombination af metode- og kompetenceudvikling, der tager afsæt i institutionernes/medarbejdernes hverdagspraksis.

Projektet er opdelt i 3 dele:

- En kompetenceudviklingsdel for nøglemedarbejderne fra de deltagende anbringelssesteder. Der vil blive afholdt en række arbejdsseminarer med fokus på både relevante faglige input om unge og rusmidler og på refleksion over egen praksis.
- En metodeudviklingsdel, hvor der iværksættes konkrete projektforløb på de enkelte anbringelssesteder. Metodeudviklingsdelen skal afprøve forskellige strategier til at arbejde med de unges problemgivende forbrug af rusmidler. Denne del vil bestå af sparring/coaching på de enkelte anbringelssesteder og opbygning af regionale netværk på tværs af institutionerne samt på implementering af de erfaringer, der gøres undervejs. Målet er, at projektet sætter sig varige spor på de deltagende anbringelssesteder, og at den samlede metodeudvikling kan tjene som inspiration for andre anbringelssesteder til selv at udvikle strategier inden for området.
- En formidlingsdel, hvor erfaringerne fra udviklingsforløbet samles og formidles videre til andre anbringelssesteder. Dels skriftligt gennem artikler og en afsluttende håndbog med tips og idéer til, hvordan der i praksis kan arbejdes med de anbragte unges brug af rusmidler. Dels via dialog og diskussion med andre på feltet, både regionalt og på landsplan, bl.a. via en blog med fokus på relevante problemstillinger, som metodeudviklingsprojektet støder på undervejs.
  Se www.spuk.dk

Projekt 'Døgnanbragte Unge og Rusmidler' blev påbegyndt oktober 2006 og forventes afsluttet oktober/november 2008.

PETER JENSEN
CAND.SCIENT.ADM., KONSULENT I SPUK
SUSANNE PIHL HANSEN
CAND.SCIENT.SOC., KONSULENT I PIHL INKLUSIVE

og fælles formuleret politik om, hvordan rusmidler skal håndteres, vil den personlige holdning hos den enkelte medarbejder næsten altid skinne igennem den måde, han/hun forholder sig til og taler om rusmidler. Og det er de unge gode til at afkode – og måske udnytte. Derfor er det vigtigt at være bevidst om sine egne og kollegaernes holdninger.

Forskellige holdninger er dog ikke en hindring for at stræbe efter at udvikle en fælles strategi på det enkelte anbringelsessted med udgangspunkt i den enkelte unges behov!

Dilemmaer, der må overvindes

Ét er, hvordan forskellige holdninger internt på anbringelsesstedet kan håndteres, noget andet er, hvordan de eksterne krav og forventninger kan håndteres på det enkelte anbringelsessted.

Flere af deltagerne oplevede arbejdet med de anbragte unge og deres forbrug af rusmidler som en stor udfordring – og som et komplekst dilemma:

På den ene side er anbringelsesstedet en del af det offentlige system og er blevet betroet det store ansvar at tage vare på de unges opvækst og opdragelse. Et 'hverv', som forældrene ikke er eller har været i stand til at varetage godt nok. Der ligger derfor implicit en forventning om, at anbringelsesstedet skal klare det 'hverv' bedre end forældrene. Samtidig er der fra en række andre interessenter omkring anbringelsesstedet (tilsynsmyndighed, anbringende myndighed, andre unge, samfundet i form af politi, politikere, presse osv.) nogle mere eller mindre eksplicit formulerede forventninger til forholdene på anbringelsessteder for unge.

På den anden side skal der tages hånd om alle de unges problemer under anbringelsen, herunder også behandling af et problemgivende forbrug af rusmidler. Og samtidig har de unge brug for på et mere generelt plan at lære at kunne håndtere rusmidler på deres videre vej gennem livet. For rusmidlerne er tilgængelige – og de vil blive brugt af nogle af de anbragte unge, mens de er anbragt eller efter anbringelsen. Altså er det nødvendigt at kunne tale åbent med de unge om deres rusmiddelforbrug – og at hjælpe dem til at stoppe eller bruge rusmidlerne 'fornuftigt.'

Men hvordan gør man det samtidig med, at man håndhæver reglen om, at rusmidler er forbudte på institutionen? Er det f.eks. okay at rose en ung for at nedsætte sit forbrug, eller skal man holde fast i nul-tolerancepolitikken? Er det okay at hjælpe den unge til at nå en målsætning om at gå fra 10 gram hash om dagen til 1 gram hash om dagen? (Det må jo trods alt siges at være et fremskridt.) Eller skal man fastholde, at 1 gram stadig er for meget, for det skulle jo nødigt opfattes som en accept af, at det er uproblematisk at ryge hash i små mængder hver dag?

Som et led i afklaringen af de spørgsmål må der derfor afdækkes et 4. lag i projektdeltagernes kortlægning af muligheder for det enkelte anbringelssteds arbejde med unge rusmidler:

4. **Kortlægning af betydningsfulde aktørers holdninger og forventninger.** Gennem interviews og dialog med de betydningsfulde interessenter omkring anbringelsesstedet vil deltagerne undersøge, hvordan interessenterne ser på anbringelsesstedets muligheder og rammer for at arbejde med unge og rusmidler.

Målet må være at skabe et rum for dialog – uden at legalisere rusmidlerne

Foreløbig har projekt 'Døgnanbragte Unge og Rusmidler'– som forventet – ikke givet ét entydigt svar på, hvordan der kan arbejdes med den udfordrende cocktail: døgnanbragte unge og rusmidler. Uanset hvad medarbejderne mener og gør, og uanset hvilke regler og rammer der bliver sat op på den enkelte institution, så vil mange af de anbragte unge bruge/eksperimentere med rusmidler, også mens de er anbragt.

Målet må være at skabe et 'rum' for de unge, hvor der på anbringelsesstederne kan tales om brug af rusmidler – uden derved at legalisere et forbrug. Omsorgen for de unge må være i højsædet. De unge skal føle sig sikre på, at selv om de kommer ud i et problemgivende forbrug af rusmidler, så kan de bede om hjælp – uden at det vil få fatale konsekvenser for dem, som f.eks. at de bliver smidt ud af anbringelsesstedet.

Det må også være et mål at skabe et 'rum' for medarbejderne, så det bliver muligt for dem at arbejde pædagogisk med et komplekst problem, også selv om problemet omhandler noget, der i samfundet og iflg. lovgivningen er forbudt. – Ligesom de i øvrigt gør, når de arbejder pædagogisk med de unge, der stjæler en cykel eller begår anden kriminalitet, mens de er anbragt…

I det næste års tid vil deltagerne i projekt 'Døgnanbragte unge og rusmidler' arbejde videre med at udvikle nye metoder og strategier til at håndtere unge og rusmidler i hverdagen på de enkelte døgninstitutioner og opholdssteder. Projektet kan følges løbende på www.spuk.dk, hvor det også er muligt at deltage i debatten om døgnanbragte unge og rusmidler på blog´en. ■

Projekt 'Døgnanbragte Unge og Rusmidler' er finansieret af Egmont Fonden og Sygekassernes Helsefond.
Projektet bliver gennemført i et samarbejde mellem SPUK og PIHL INKLUSIVE.

Flere oplysninger kan fås på www.spuk.dk, hvor det også er muligt at komme med bidrag til diskussionerne i projektet via blog'en, samt ved henvendelse til:
Peter Jensen, peter@spuk.dk, tlf.:2810 0288
Susanne Pihl Hansen,
susanne.pihl.hansen@mail.dk, tlf.: 2076 9617

'GODT, DET IKKE ER EN SKRÆK-SIDE'

Ny hjemmeside om unge og rusmidler – uden løftede pegefingre.

AF DIDDA LARSEN OG MIKKEL WIESE

Farvel til løftede pegefingre og fotos af unge med røde øjne. Goddag til en 'fitnessorienteret' tilgang til arbejdet med unge og rusmidler. U-turn - Københavns Kommunes tilbud til unge, der ryger hash eller tager stoffer - har fået en ny hjemmeside. Den henvender sig både til unge, forældre og professionelle.

Mange af nutidens beskrivelser af unge og rusmidler er fulde af ord som misbrug, afhængighed og narkomani. De er fyldt med beskrivelser af de negative og problematiske følger af hash og stoffer så som forringelse af kognitive funktioner, glidebaner mod nålen i armen, eller hvad der ellers måtte gøre sig gældende ved omtalen af de enkelte rusmidler. Men ofte er der meget lidt om, hvad de unge kunne få ud af at undlade at anvende rusmidler? Hvad er det egentlig for et liv, de går glip af ved at bruge meget af deres energi på stofferne? Eller endnu mere positivt: Hvilke gevinster er der ved at stoppe med hash eller stoffer?

Vi beskriver her det pædagogiske og formidlingsmæssige U-turn, vi har foretaget i arbejdet med hjemmesiden www.uturn.dk .

Artiklen bygger også på fokusgruppe-interviews med unge og forældre, som har vurderet U-turns hjemmeside og sammenlignet med andre hjemmesider, som handler om unge og rusmidler.

Brug VO5 eller tab håret

'Godt, det ikke er en skræk-side. Der er ingen løftede pegefingre. Den er pæn og neutral, og den er nede på jorden. Den fanger mig.' Pige på 19 år.

Reklamefolkene har vidst det i årevis. Det, som pigen på 19 år siger om uturn.dk. Vi har bare været lidt bagefter. Produkter er lettest at sælge, hvis de fremstår attraktive og lækre. Det er nok få flasker shampoo, der er blevet solgt med skræmmeslogans som: 'Hvis du ikke bruger VO5, så falder dit hår af'.

Vi kommer nok heller ikke til at se mange reklamer for fitnesscentre, hvor overvægtige, livsudslukte 60-årige med hjertekarsygdomme forsøger at kæmpe sig op på en træningscykel. Derimod ser vi indbydende billeder af sunde og slanke mennesker, der signalerer overskud og handling. Reklamerne er billeder på, hvad vi kan få ud af at melde os ind i et fitnesscenter. Ikke på, hvad der sker, hvis vi ikke gør det. De positive fortællinger om fitness, glæde og overskud motiverer, fordi det er fortællinger, vi har lyst til at forbinde med vores egen historie. Derfor kan man kalde tilgangen på uturn.dk 'fitnessorienteret'.

Test dig selv – farvel til hash og stoffer

I forlængelse af vores 'fitnesstilgang' har vi på uturn.dk udviklet to tests til unge, der måske er interesserede i at bruge færre rusmidler. Her får de opremset ti gevinster ved at ophøre med henholdsvis at ryge hash og tage stoffer. Herefter kan de krydse af og tage stilling til, hvor mange af gevinsterne, de selv har oplevet, når de i perioder har røget mindre hash eller taget færre stoffer.

Andre steder udvikler man tests, der er designet til at få de unge til at 'erkende', at de har et misbrug af hash eller stoffer. Tests, der kan hjælpe den unge med at skabe en fortælling om, at han eller hun er 'misbruger'. Eller beskrivelser af unges typiske 'tegn på misbrug' så som røde øjne og problemer med at passe skolen, henvendt til bekymrede forældre.

På uturn.dk vil vi hellere være konstruktive og skabe en fortælling om gevinsterne ved ophør. Vores måde at give de traditionelle tests et twist og vende dem på hovedet har også den positive sideeffekt, at de fokuserer på de gode erfaringer, som de unge allerede har gjort sig med at stoppe eller skære ned. Mange unge, der har gennemprøvet disse tests i U-turn, giver udtryk for, at denne tilgang inspirerer dem. Som en ung, der har deltaget i en af U-turns aftengrupper sagde:

'Denne måde at snakke om hash på gav mig lyst til at prøve at stoppe med at ryge hash.'

Også forældre til unge i en 7. klasse, som vi har foretaget et fokusgruppeinterview med, finder inspiration i testene. De oplever, at testene kan danne grundlag for en konstruktiv og handlingsorienteret dialog med deres børn om rusmidler. En dialog, der har udgangspunkt i virkelige unges erfaringer med rusmidler frem for at være baseret på frygt, løftede pegefingre og envejskommunikation, sådan som beskrivelser af 'tegn på misbrug' typisk lægger op til. En forælder fra fokusgruppen fortæller

TEST DIG SELV
Farvel til hash?

Overvejer du, om det er værd at stoppe med at ryge hash? Har du prøvet at stoppe før, men er begyndt igen? Så er denne test skabt til dig. Her kan du teste, hvor fedt et rygestop vil være for dig. Hvor mange af testens 10 gevinster ved rygestop har du oplevet?

10 UDSAGN OM DET FEDE VED AT SIGE FARVEL TIL HASHEN:

1. Jeg er bedre til at huske aftaler og komme til tiden.
2. Det er blevet lettere at finde ord for det, jeg vil sige.
3. Det er blevet lettere at være sammen med andre, der ikke ryger hash.
4. Det bliver vigtigt for mig at gøre noget ved tingene.
5. Det er blevet lettere at gøre flere ting samtidig – uden at tabe tråden.
6. Jeg er blevet bedre til at se en sag fra flere sider.
7. Jeg er blevet bedre til at koncentrere mig.
8. Jeg kan godt ændre opfattelse af en sag, hvis jeg får nogle gode grunde til det.
9. Jeg føler, at jeg kender mig selv bedre.
10. Jeg er mere opmærksom på, hvad der sker i mine omgivelser.

Du har helt sikkert haft flere gode oplevelser end de ti, der er beskrevet her, når du har droppet hashen. Send os en mail til u-turn@sof.kk.dk. Så bliver din gode oplevelse publiceret på denne side. På den måde kan du inspirere andre, der overvejer at lægge hashen på hylden.

TEST DIG SELV
Farvel til feststoffer?

Overvejer du, om det er værd at stoppe med at tage stoffer? Har du prøvet at stoppe før, men er begyndt igen? Så er denne test skabt til dig. Her kan du teste, hvor mange gode grunde du har til at sige farvel til stofferne. Hvor mange af testens 10 gevinster ved at stoppe med stofferne har du oplevet?

10 UDSAGN OM DET FESTLIGE VED AT SIGE FARVEL TIL STOFFERNE:

1 Mine mandage er blevet meget bedre. Jeg er ikke længere trist og ked af det, men føler mig i stedet mere glad og afslappet.
2 Mit humør svinger ikke så meget mere. Jeg har det fint nok, når jeg står op om morgenen.
3 Jeg kan bedre overskue at komme af sted til de ting, jeg skal.
4 Jeg har nemmere ved at fokusere og koncentrere mig om opgaver, jeg skal løse.
5 Jeg er blevet bedre til at tale med dem, jeg holder af.
6 Jeg føler, at jeg kender mig selv bedre.
7 Folk forstår mig bedre.
8 Jeg er mere interesseret i, hvad der sker omkring mig.
9 Jeg er blevet bedre til at styre mit temperament.
10 Jeg har fået bedre økonomi.

Du har helt sikkert haft flere gode oplevelser end de ti, der er beskrevet her, når du har droppet feststofferne. Send os en mail til u-turn@sof.kk.dk .Her kan du fortælle om ting, du har oplevet. Så bliver din gode oplevelse publiceret på denne side. På den måde kan du inspirere andre, der overvejer at lægge stofferne på hylden.

FAKTA OM WWW.UTURN.DK

Den nye hjemmeside uturn.dk er bl.a. muliggjort via en bevilling til udvidelse og udvikling af den forebyggende indsats over for familier i Københavns Kommune. Grundtanken bag uturn.dk er at inspirere unge, forældre og professionelle til hjælp til selvhjælp. Vi ønsker at inspirere uturn.dk's brugere til selv at blive i stand til at handle i deres situation. Samtidig er opgaven at fortælle om U-turns tilbud på måde, så de virker tiltalende for potentielle brugere. Hjemmesiden erstatter U-turns første hjemmeside, som blev til på kort tid, og som udelukkende beskrev U-turns tilbud.

FAKTA OM U-TURN

U-turn er Københavns Kommunes gratis tilbud til unge under 25 år, der ryger hash eller tager stoffer. U-turn tilbyder åben, anonym rådgivning og længerevarende forløb, hvor unge kan få hjælp til at gøre noget ved deres forbrug af hash og andre rusmidler. U-turn er også et tilbud til familie, venner og kærester til de unge. Professionelle kan benytte U-turns rådgivning og bruge U-turn som konsulenter. Læs mere på **www.uturn.dk**

om sit indtryk af hjemmesiden:

'Som forælder synes jeg , at hjemmesiden virker tillidsvækkende. Der er ikke nogen løftede pegefingre. Man bliver beroliget, når man kommer ind på siden. Man får en fornemmelse af, at ens barn kan overleve.'

Du må ikke bedrive druk

Men selv for to webmastere, der tænker meget over at holde pegefingrene for sig selv, kan det nogle gange smutte. På uturn.dk kunne man indtil for nylig læse følgende velmente råd:

'Det har stor betydning for unge, hvad forældre mener om rusmidler. Unge påvirkes af forældrenes egne alkoholvaner og af forældrenes holdninger til rusmidler. Det er derfor vigtigt selv at være et godt eksempel, sætte nogle rammer og at have en dialog i familien omkring forholdet til rusmidler.'

Både fokusgruppen af forældre til unge i 7. klasse og en mor til en ung, der har været indskrevet i U-turn reagerede på dette. De mente med god ret, at vi her ikke lever op til vores egne idealer om at undgå at løfte pegefingrene. Som moren sagde:

'Jeg føler mig anklaget, når jeg læser sådan noget, som det I skriver med, at det har stor betydning, hvad forældre gør med alkohol. Det er det samme, som hvis jeg får at vide: Du skal interessere dig for dit barns skole – det ved man jo ligesom godt. Og det er jo også noget, der kan give virkelig dårlig samvittighed. Selvfølgelig ønsker man det bedste for sit barn. Og selvfølgelig gør man, hvad man kan, og ønsker ikke at genere sit barn. Man ved godt mange ting, så det er ikke et spørgsmål om at gøre sådan eller sådan…. Man har ikke behov for at blive belært…'

Nu passer min datter ind

Men de steder, hvor vi har givet os den nødvendige tid til at skrive inkluderende og anerkendende, har uturn.dk's brugere reageret positivt:

'Tidligere syntes jeg ikke, min datter skulle gå i daggruppen i U-turn. Det var, som om det var for unge, der var lidt længere ude i problemer. Men efter jeg læste om daggruppen på den nye hjemmeside, var det, som om jeg kunne se, at min datter godt kunne passe ind og få noget ud af at gå der.'

Moren, der her fortæller om sit møde med U-turns hjemmeside, havde fået daggruppen beskrevet hos en sagsbehandler og læst om det på U-turns gamle hjemmeside. Den gamle hjemmeside var blevet til i en travl periode og bar ikke præg af samme grad af formidlingsmæssige overvejelser. Derfor er det ikke mærkeligt, at moren ikke fik lyst til at sende sin datter i armene på os. Hendes oplevelse var, at U-turns daggruppe var for unge, der var 'længere ude i problemer' end hendes datter.

Hun ønskede altså ikke at forbinde sin datters situation med den tidligere beskrevne version af U-turns daggruppe. For hvem ønsker at blive forbundet med ordet misbrug? Eller at høre sin datter beskrevet som afhængig af hash? Hun gav udtryk for, at daggruppen var beskrevet på en måde, der for hende virkede som stigmatiserende og noget, hun ikke havde lyst til at forbinde med sin datters situation.

Den nuværende beskrivelse af daggruppen var i højere grad i overensstemmelse med en fortælling, der gav mening for hende. Den indebar nemlig ikke, at hun skulle kategoriseres som 'dårlig mor' til en 'mislykket teenager' på stoffer, der skulle 'reddes' og så videre.

Hun kunne i stedet få lov at indskrive sin datter i et tilbud, der henvender sig til unge, som i en periode har brug for lidt omsorg og støtte til at gøre noget ved deres forbrug af rusmidler. Og dermed kunne hun bevare sin identitetsfortælling om en god og engageret mor med en lige så god teenagedatter. Den positive identitetsfortælling bliver ikke

MIKKEL WIESE
CAND.MAG.
DIDDA LARSEN
CAND.COMM.
BEGGE ARBEJDER MED UNGE & FORÆLDRE,
HJEMMESIDE OG PR I U-TURN

mindre væsentlig, når man som moren og hendes datter står i en svær livssituation.

Fede Dorit vil ikke hjælpes

Det er ikke kun unge, der ryger hash eller tager stoffer, og deres forældre, som ikke ønsker at blive stemplet som 'mislykket'. Det fik Sundhedsstyrelsen for nyligt at mærke, da man evaluerede et ambitiøst slankeprojekt, som de startede i 2005. Vanskeligheden med at få lov til at hjælpe børnene og deres forældre hænger ifølge Sundhedsstyrelsen selv sammen med menneskers modvilje mod at blive stemplet. I en artikel i Nyhedsavisen fortæller en projektleder:

'Fedme er tabubelagt og forbundet med dovenskab. Forældrene har ikke lyst til at få sat deres børn i den bås. De ved godt, at det er forkert, at deres børn er overvægtige, fordi de udsættes for mobning og samtidig en sundhedsrisiko. Men det kræver erkendelse og ressourcer fra forældrenes side, før de vil være med i projektet,' forklarer Maria Winther Koch, projektleder i Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen. (Citeret fra Pernille Mainzs artikel i Nyhedsavisen 18/9 2007).

En lokal projektleder på fedmeprojektet forklarer i artiklen vanskelighederne således:

'Det er vanskeligt, fordi vi bevæger os ind i den personlige sfære. Forældrene føler, at fedmeproblemet er deres skyld, og når vi har kontaktet dem, har vi oplevet at få at vide, at vi skulle blande os helt udenom,' siger kommunens projektleder Karin Viuff. (Citeret fra Pernille Mainzs artikel i Nyhedsavisen 18/9 2007).

Farvel til skyld – goddag til 'fitness'

Vi ønsker alle at inkludere og ikke at medvirke til marginalisering og stigmatisering af de mennesker, vi møder i vores arbejde. Disse idealer er udbredte mange steder i landet – særligt hvor elementer af systemisk tænkning har vundet indpas. Dette er også tilfældet i U-turn, hvor vi anvender løsningsorienterede, narrative og coachinginspirerede elementer i vores samtaler med unge, forældre og professionelle. Vores erfaringer siger, at de unge føler sig mødt, accepteret og anerkendt, når vi anvender disse tilgange. Alt dette er med til at øge deres motivation til forandring, deres selvværd og deres styrke til at rykke i deres liv.

Ved at kommunikere 'fitness-orienteret' taler vi til folks ønsker, forhåbninger og drømme. Dermed er der ikke behov for, at forældre eller unge skal 'erkende' og føle skyld over, at de ikke har slået til.

De gode, anerkendende ideer tilsidesættes ofte, når vi *skriver* til og om de mennesker, vi arbejder med. Dét vi godt ved, når vi møder folk personligt, glemmer vi ofte lige så hurtigt, som vi kan nå at tænde for computeren. Her bliver fristelsen til at putte i bokse så stor, at de mennesker af kød og blod, vi lige har talt med øjeblikket før, med ét slag forvandler sig til misbrugere, udadreagerende, uintegrerbare og overvægtige.

Men har vores måde at skrive om mennesker på ikke stor betydning? Kan det ikke ændre deres selvopfattelse? Eller mere positivt formuleret: Er det skriftlige ikke et virkningsfuldt redskab, hvis vi ønsker at påvirke nogle mennesker? Vores svar er et stort og rungende: JO! ■

ANTOLOGI OM SOCIALT ARBEJDE OG UNGE MED MISBRUG: UNDER HUDEN PÅ PROBLEMET

Unges brug af rusmidler har i mange år været genstand for opmærksomhed. Især er der bekymring for forbruget hos de helt unge, dvs. dem under 18 år.

Fem vinkler

Men hvornår bliver brug til misbrug – og hvordan bliver misbrug til afhængighed? Hvilke unge er særligt udsatte? Hvad kan det sociale system gøre for at hjælpe, og hvordan bliver medarbejderne klædt på til opgaven?
Det er nogle af de spørgsmål, der diskuteres i en ny antologi, 'Under huden på problemet'. Antologiens fem artikler kaster fem forskellige vinkler på socialt arbejde med unge, der har problemer med rusmidler. Bidragene spænder fra forskernes hypoteser og nyeste viden til praktikernes konkrete indsats i behandling og pædagogik. Bidragene leveres af Karen Rostrup Böyesen, Morten Nissen, Henrik Rindom, Poul og Anette Friborg og Rikke Dalentoft og Henrik Jørgensen.
Antologien udspringer af et samarbejdsprojekt mellem Servicestyrelsen og Landsforeningen af pædagogiske opholdssteder (LOS).

Hvis du vil læse bogen...

Bogen kan downloades fra Servicestyrelsens hjemmeside, **www.spesoc.dk** , under Publikationer. Den trykte udgave kan bestilles hos Udsatteenheden i Servicestyrelsen, tlf. 3317 0905
eller via e-mail **alg@vfcudsatte.dk**

Powerpoints fra kongressens workshops samt keynote-oplæg kan ses på www.beatthedragon.dk – under præsentationer.

Dominerende aber sniffer ikke kokain...

'Dobbeltdiagnose er noget man kan forvente, ikke en undtagelse' (Kenneth Minkoff 2004)

LOTTE SØNDERGÅRD

Nordisk Netværk for Dobbeltdiagnose - med Team for Misbrugspsykiatri fra Århus Universitets Hospital Risskov som vært - inviterede i slutningen af august 2007 til kongres omkring temaet: Psykisk syge med et misbrug af rusmidler (i daglig tale kaldet dobbeltdiagnosticerede).

1990'erne var årtiet, hvor vi diskuterede, hvem der havde ansvaret for de dobbeltdiagnosticerede. Var det psykiatrien, fordi de havde en psykiatrisk lidelse? Eller var det misbrugscentrene, fordi de havde et misbrug af rusmidler? Debatten foregik ofte under overskriften 'Faldet mellem to stole', fordi de dobbeltdiagnosticerede ofte oplevede ingen tilbud at få.

Nordisk Netværk for Dobbeltdiagnose ville med kongressen invitere til en ny overskrift: 'Hvad kan vi gøre med de dobbeltdiagnosticerede?' For det første er 'de dobbeltdiagnosticerede' langt fra en homogen gruppe, hvorfor der i hvert enkelt tilfælde kræves udredning og vurdering af, hvilken klient, der her er tale om. Dernæst findes der specifikke metoder til specifikke lidelser, hvorfor vi ville præsentere en lang række af disse. Hvilke er der evidens for? Nogle metoder virker for forskellige subgrupper af dobbeltdiagnosticerede – hvilke? Med undertitlen 'Handling og håb for mennesker med dobbeltdiagnose' ville vi vende debatten: Der er noget, man kan gøre, og der er noget, der virker – uanset på hvilken stol man sidder..

Kongressen

Kongressen startede med, at Århus-borgmesteren bød alle velkommen på Århus Rådhus. 360 mennesker fra Danmark, Norge og Sverige havde fundet vej til den jyske hovedstad for i 3 dage at deltage i kongressen – finde handling og håb for mennesker med dobbeltdiagnose.

Neuropsykiater Anders Fink Jensen indledte kongressen - sammen med den skotske psykiater Alex Baldacchino - med mere overordnede betragtninger. At dominerende aber ikke sniffer kokain refererer til forskning, der synes at bekræfte, at der findes en vis arvelighed i forhold til afhængighed af rusmidler.

Baldacchino overvejede, hvorvidt dobbeltdiagnose stadig er en velegnet betegnelse for en samtidig tilstedeværelse af psykisk lidelse og misbrug/afhængighed af rusmidler. Ofte er der flere diagnoser end de to hos personer, der defineres som dobbeltdiagnosticerede:

'Tilstedeværelsen af comorbiditet (samsygelighed) bør bruges som en anledning til at minde os selv om de basale krav til en god udredning, en behandlingsplan og en dygtig, sensitiv og fleksibel tilgang til at hjælpe individuelle personer'.

Organiseringen af behandlingen skal være fleksibel i sin tilgang til de respektive behandlingssystemer. Der skal ikke bygges flere barrikader, men broer – mellem behandlingssystemerne.

Et andet budskab fra Baldacchino var øget fokus på ressourcer og beskyttelsesfaktorer for den enkelte. Et budskab, der falder fint i tråd med Fink Jensens fokus på arvelighed af afhængighed. Man kunne også spørge – hvilke faktorer spiller ind for den enkelte i forhold til, at han eller hun ikke har 'sniffet mere kokain, end tilfældet er?' Hvad mener vedkommende selv, og hvad overvejer behandleren – og hvorledes kan denne information bruges i forhold til at hjælpe klienten et andet sted hen i livet?

Baldacchino nævner 'assessment' (udredning) som centralt for tilrettelæggelse af den rette behandling. Psykolog, ph.d. Søren Søberg Hansen præsenterede resultaterne af et samarbejdsprojekt mellem Atriumhuset og Team for Misbrugspsykiatri. Erfaringen derfra viste, at 'assessment' sikrede et vurderingsgrundlag, der i langt højere grad svarede til brugerens behov og evner. Ligesom en anden erfaring fra projektet var, at 'afdækning' øgede personalets empati og dermed forståelse for den enkelte beboer. En ordentlig udredning afdækker såvel de kognitive vanskeligheder som ressourcer, der kan ligge under den kaotiske adfærd, samtidigt med, at relationen mellem den professionelle og brugeren styrkes, fordi kravene bliver afstemt mellem ressourcer og svagheder hos brugeren – brugeren føler sig set.

Lars Linderoth, afdelingslæge på Nordlandssykehuset i Norge, og Tim Graecen, professor i psykolog i Paris,

LOTTE SØNDERBY
PSYKOLOG, TEAM FOR MISBRUGSPSYKIATRI,
ÅRHUS UNIVERSITETS HOSPITAL RISSKOV

UCKY

samlede trådene op fra kongressen og gjorde status på den sidste dag. Dér, hvor vi står nu, er forskningen central for en fortsat udvikling af metoder og forståelse af problemstillingen mellem psykiske lidelser og misbrug.

Ellers ser det ud til, at det er på det politiske og organisatoriske plan, at den største udfordring ligger i fremtiden. Hvor Norge og Sverige har visse overordnede dobbeltdiagnose-initiativer, står Danmark i et organisatorisk vakuum.

- Der er brug for lokale netværk
- Der er brug for et dansk netværk
- Vi skal fortsætte det nordiske netværk
- Der er brug for at nedbryde barrierer mellem systemerne
- Vi skal træne interaktion mellem systemerne
- Og vi skal lytte til, hvad brugerne siger

På kongressen startede der et dansk netværk for mennesker, der interesser sig for dobbeltdiagnose-området. Der var i alt 79 personer/institutioner, der meldte sig til det danske netværk på kongressen. Senere er der kommet mere end 40 mere til, så vi nu er oppe på omkring 130 personer/institutioner fra alle dele af behandlingssystemerne, og der kommer dagligt flere til. Ideen med netværket er i første omgang at få kontakt med alle dem, der har interesse for og arbejder med de dobbeltdiagnosticerede. Vi vil ca. hver 2. måned udsende nyhedsbrev pr. mail, hvor alle i netværket kan formidle og efterlyse, hvad de har brug for eller savner omkring emnet og det daglige arbejde. De, der forsker eller laver projekter, kan i nyhedsbrevet fortælle mere om dette. På sigt vil vi lave temadage. **Interesserede, der ønsker at være med i netværket, kan maile til ddnetvaerk@psykiatri.aaa.dk.** Eller downloade indmeldingsblanket på **www.misbrugsnet.dk .**
Det er indtil videre gratis at være med.

Kortlægning af dobbeltdiagnose-tilbuddene i Danmark og Norden

Vi er i Team for Misbrugspsykiatri - i samarbejde med vore nordiske samarbejdspartnere fra Norge og Sverige - i gang med en kortlægning af dobbeltdiagnose-tilbuddene i Norden.

Behandlingstilbuddene til mennesker med psykiske lidelser og et behandlingskrævende misbrug er stadig utilstrækkelige. Mennesker med dobbeltdiagnose har i årevis været synonyme med 'de vanskelige klienter'. Ikke mindst fordi et misbrug af rusmidler vanskeliggør forløbet af den psykiske lidelse, men også fordi klienterne udfordrer selve organiseringen af vores behandlingssystem. Som udgangspunkt er behandlingssystemet opdelt i tilbud til dem, der primært har sociale problemer (eksempelvis misbrugsbehandlingen i kommunalt regi) og dem, der primært har sundhedsmæssige problemer (eksempelvis psykiatrien i regionalt regi). De dobbeltdiagnosticerede, der har problemer inden for begge områder, oplever paradoksalt nok ikke at få tilbudt behandling inden for begge områder, men at blive afvist inden for begge områder. De er med andre ord nogle af de mest belastede borgere i samfundet, og de tilbydes ikke behandling. Populært siges det, at '*de falder mellem to stole*'. Inden for de seneste år er der kommet et stigende fokus på denne gruppe. Særligt med psykiatripuljen 2003-2006, via hvilken der blev oprettet flere tilbud særligt rettet mod denne gruppe.

Formålet med den nordiske kortlægning er dels at undersøge, hvilke eksisterende tilbud der findes i Norden specifikt rettet mod mennesker med en dobbeltdiagnose, og dels hvad disse tilbud tilbyder de dobbeltdiagnosticerede. Kortlægningen afdækker, hvor tilbuddene er placeret - kommunalt, regionalt eller privat? Hvad er de teoretiske metoder og overvejelser bag tilbuddene? Hvilke arbejds- og samarbejdsmetoder anvendes? Hvor bevæger klienterne sig fra og til i forhold til tilbuddene?

Kort sagt ønsker vi at få indblik i nogle principper og planer for behandlingen samt ikke mindst afdække, om der er nogle huller og mangler og nogle klientgrupper, som falder udenfor. Mere langsigtet handler kortlægningen om at finde og tilrettelægge et forslag til en 'nordisk model for dobbeltdiagnose-behandling'. Med en sådan kortlægning kan vi opbygge en database med alle de indhentede oplysninger, som vil gøre det nemmere at videreudvikle dette område og eksempelvis stille spørgsmål ved, om tilbuddene er 'gode nok'.

I næste nummer af STOF vil jeg nærmere beskrive status på denne kortlægning set med danske øjne. ■

Brugernes syn på integreret behandling af misbrug og psykisk sygdom

Hvis det er svært at få mennesker med en dobbeltdiagnose i behandling – og at fastholde dem dér – er det vigtigt, at de kan lide den behandling, de får tilbudt.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

Mennesker med en dobbeltdiagnose er svære at få sat i behandling og fastholde i behandling. De bliver ofte af behandlingssystemet beskrevet som 'svært integrerbare' og som 'svingdørspatienter'. Disse karakteristika har været medvirkende til udviklingen af nye anbefalinger for behandlingen af denne gruppe: Behandlingstilbuddene skal blandt andet være integrerede – dvs. at behandling for den psykiske sygdom og misbruget skal tilbydes samlet (se f.eks. 1, 2, 3 og 4). Tilbuddene skal være lavtærskel-tilbud – dvs. at folk med behov for behandling let skal kunne komme i behandling (5), og der skal være en relativ lav bruger-behandler ratio, så behandlerne har mulighed for at engagere sig i brugernes ofte mange forskellige, tunge og komplekse problemstillinger (1).

KASA er et ambulatorium, hvis målgruppe er mennesker med en alvorlig psykisk sygdom, et alvorligt og kaotisk stofmisbrug og en kaotisk social situation. Dette tilbud har man søgt at rette specifikt mod de mennesker med en dobbeltdiagnose, der er svære at rumme inden for andre tilbud, og man har bl.a. brugt de ovennævnte tiltag for at sikre dette. Tilbuddet ligger således inden for rammerne af både de nationale og internationale anbefalinger for behandlingen af dobbeltdiagnose. Denne artikel rejser spørgsmålet om, hvad KASA's brugere synes om denne form for behandling. For hvis mennesker med en dobbeltdiagnose er svære at få i behandling og fastholde i behandling, er det vigtigt, at de kan lide den behandling, som de får tilbudt.

Behandlingstilbuddet i KASA

Behandlingen i KASA består af medicinsk behandling af brugernes psykiske lidelser og af deres misbrug, hvor det er muligt. Der er en række gruppetilbud, der omfatter motion, psykoedukation og

kognitiv behandling af de psykiske sygdomme og misbruget - samt mulighed for individuelle samtaler med psykiater, psykolog, socialrådgiver og case manager. Den faglige baggrund for case managerne er sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller pædagog. Den overordnede behandlingsideologi i KASA er skadesreduktion, hvor man ikke udelukkende arbejder mod stoffrihed, men også mod andre mål som f.eks. stabilisering af misbruget på et lavere niveau og en større indsigt i misbrugets negative konsekvenser og sammenhængen mellem misbrug og psykisk sygdom. Dette indebærer også en accept af, at mange af brugerne vil fortsætte med et vist misbrug på trods af behandlingen.

Behandlingen i KASA er organiseret efter principperne om case management, hvor én person er ansvarlig for at udrede og organisere de ofte mange behandlingstiltag, som er nødvendige for at kunne hjælpe den enkelte bruger (6). KASA har også en cafe, som dels benyttes som ramme for socialt samvær, dels som ramme for social færdighedstræning og miljøterapi, og endelig som et rum hvor man arbejder videre med den behandling, som introduceres i grupperne og ved de individuelle samtaler. I cafeen er der altid en medarbejder til stede, som har flere forskellige funktioner: at observere brugernes adfærd, at udøve en vis kontrol, at kunne have kontakt til brugerne uden for de egentlige behandlingstilbud og sørge for, at personalet er tilgængeligt. For nogle brugere fungerer cafeen også som en indgang til de øvrige behandlingstilbud, da det her er let at få kontakt med personalet og tale om, hvordan man har det (7).

LUCKY7

Behandlingen i KASA er – ud over ovenstående – karakteriseret ved at være intensiv og baseret på en tæt relation mellem bruger og personale. Hver case manager har således kun 5 primære brugere. Der er dermed også relativt mange personalemæssige ressourcer til stede, som gør det muligt at hjælpe brugerne med mange forskellige problemer. Denne type af behandlingstilbud er i andre sammenhænge blevet karakteriseret som 'wrap-around-services', der sigter til, at brugerne bliver dækket helt ind af behandlingstilbuddet.

Metode

Denne artikel er en del af et antropologisk forskningsprojekt om KASA, og forskellige elementer ved behandlingen har været præsenteret her i STOF i to tidligere artikler (6, 7), der også har beskrevet brugergruppen nærmere. Projektet har været i gang siden september 2005, og de data og analyser, som er præsenteret her, er baseret på en tæt kontakt med ambulatoriet, dets brugere og personale over en to-årig periode. Metoderne til dataindsamlingen har dels været deltagerobservation i ambulatoriet og dels åbne interview med brugere og personale. Med åbne interview menes, at det i vid udstrækning er de interviewedes vurdering af de drøftede emner, som bliver registreret.

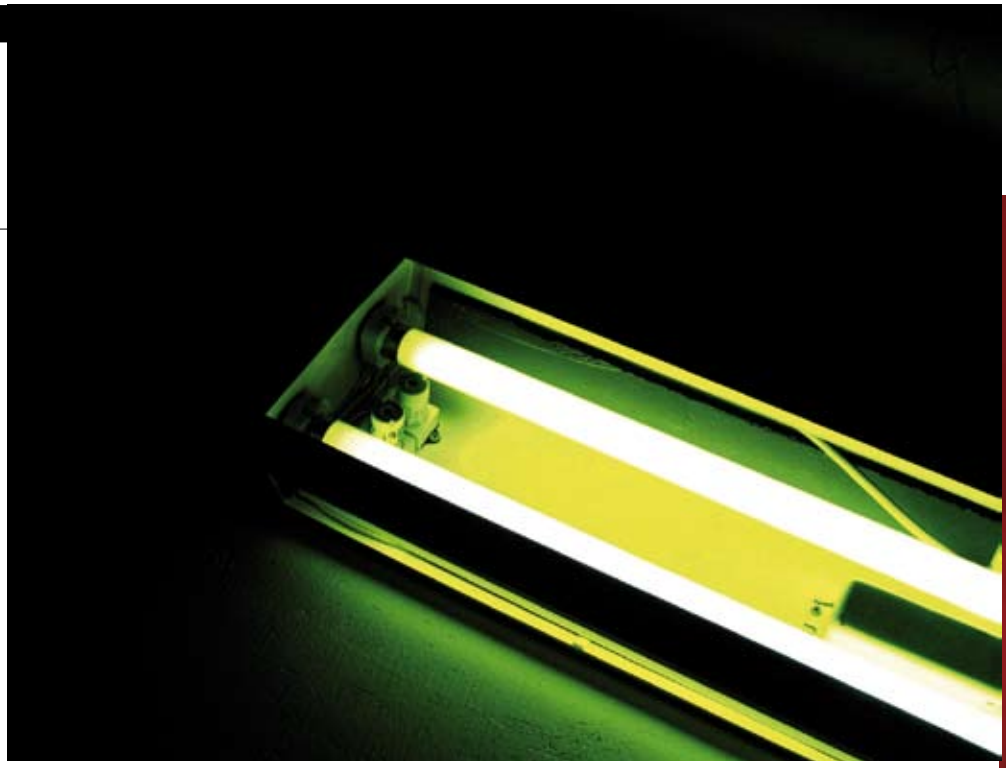
En vigtig del af de data, som jeg præsenterer her, kommer fra de samtaler, som jeg har haft med brugerne om deres syn på KASA, hvad de godt kan lide, og hvad de synes er mindre godt. En anden del kommer fra observationer af samtaler brugerne imellem og mellem bruger og case manager. De mere formelle samtaler eller interview er foretaget med 15 brugere, men alle KASA's 25 brugere har været en del af den øvrige dataindsamling. Det har været vigtigt med flere forskellige tilgange til brugerne. Dels fordi brugerne pga. deres psykiske lidelse har svært ved at deltage i lange og udforskende interview, og dels fordi brugernes opfattelse af KASA svinger med deres humør, deres psykiske lidelse og deres misbrug. De data, der her præsenteres, er ikke nødvendigvis repræsentative for alle KASA's brugere, men er udvalgt, så de dækker hele spektret af brugernes oplevelser med behandlingen.

Generelt er mine data omkring brugernes syn på KASA karakteriseret ved at være meget positive i de formelle interview, mens mere negative forhold primært kommer til syne ved reaktioner i dagligdagen og mere uformelle meningsudvekslinger. At de formelle interview er præget af positive udsagn skyldes flere ting. For det første at brugerne generelt er meget glade for at være i KASA, af de grunde som vil blive præsenteret nedenfor. For det andet er de formelle interview ofte foretaget med brugerne på tidspunkter, hvor de har haft det rimelig godt – både psykisk og misbrugsmæssigt, hvilket er blevet afspejlet i et generelt positivt syn på deres tilværelse

og behandling. Havde de haft det dårligt, havde de ikke formået at sidde stille og snakke med mig. For det tredje har mange af dem en sådan relation til deres kontaktperson – fortæller de mig – at de kan snakke om både gode og dårlige ting ved behandlingen med dem. Det betyder, at jeg ikke har fået den funktion, som antropologer ellers ofte får, at alt det dårlige bliver fortalt til mig, fordi jeg er ufarlig i forhold til deres fortsatte behandling i institutionen. Kun to brugere har brugt mig på denne måde.

Så meget af det kritiske materiale i denne artikel kommer fra brugernes reaktioner i hverdagen. Og her er det vigtigt at nævne, at brugerne generelt også er positive i den mere uformelle snak – flere af de positive udsagn nedenfor kommer da også fra disse data. Kritikken baserer sig i vid udstrækning på data fra deltagerobservationen. Følgende eksempler illustrerer nogle af de situationer, hvor disse data er indsamlet:

1) Når en bruger har været til samtale med læge og kontaktperson og efterfølgende kommer ud og sætter sig i sofaen og brokker sig over indholdet og konklusionen på deres samtale; 2) når jeg har siddet sammen med en gruppe brugere i cafeen, og snakken har drejet sig om deres medicin, og hvorfor de ikke får den medicin, som de gerne vil have; eller 3) når jeg har været den, der ringede rundt om morgenen for at vække brugerne og høre, om de kom, og er blevet skældt ud, fordi man var træt af altid at blive ringet op.



Brugernes syn på KASA

Der skal være julefrokost i KASA. Personalet har været i gang med at lave mad siden morgenstunden, og de fleste af ambulatoriets 25 brugere sidder i cafeen og småsnakker om, at de glæder sig, at maden dufter dejligt, og at bordet ser rigtig fint ud med røde servietter. Et par af brugerne hjælper personalet med maden. Et par af brugerne når at gå, inden maden er færdig – de har ikke lyst til at sidde i så stor en forsamling eller har ikke sovet godt om natten. De får lidt af den færdige julemad med hjem, hvis det ikke lykkes personalet at overtale dem til at blive.

Da maden står på bordet lidt i 12, sætter alle sig og går i gang. På et tidspunkt begynder et par af brugerne at snakke om, hvem der skal holde tale i år. En bruger, som ved tidligere lejligheder har rejst sig og sagt pæne ord, undslår sig denne gang. Så rejser Sofie – en af KASA's få kvindelige brugere – sig og siger, at så skal hun nok. 'Selv om jeg ikke altid er helt enige med jer [personalet] – og særlig dig [hun kigger over på psykiateren] – så er det et dejligt sted at komme, og I er så søde ved os. Skål'. Hele bordet klapper og skåler.

En halv time senere er julefrokosten ved at være færdig. Folk har rejst sig for at gå hen og ryge. Flere vil gerne hjem nu, da arrangementet er overstået, og personalet går så småt i gang med at rydde op.

I de samtaler og interview jeg har haft med de fleste af KASA's brugere over en 2-årig periode, har langt de fleste givet udtryk for, at de var glade for at gå i KASA, at de syntes, de fik hjælp med en lang række af deres problemer, at personalet var søde og hjælpsomme, og at de ikke havde lyst til at skulle gå i behandling et andet sted på et tidspunkt. Nogle få brugere har givet udtryk for, at behandlingstilbuddet er godt nok, men at de grundlæggende ikke hører til, fordi de ikke selv oplever at have psykiatriske problemer. Den følgende gennemgang giver en række eksempler på de forhold, som brugerne beskriver eller taler om som henholdsvis positive eller negative ved behandlingstilbuddet i KASA. Det er karakteristisk, at brugerne oftest forholder sig til KASA som et samlet tilbud og ikke skiller de enkelte tilbud ud.

Positive aspekter ved behandlingen i KASA

Det, som stort set alle brugerne fremhæver som noget særligt positivt ved KASA, er den tætte kontakt og relation, som de har til personalet. Nogle af brugerne kan fortælle om, at de med deres case manager for første gang i mange år oplever en person, der gider dem og kan holde dem ud.

Jeg synes, at David er meget dygtig. Han kender mig, han hjælper mig, han forstår mig. For første gang i mange år er der en, der kan det. En anden fortæller: *Jeg bliver så glad, når jeg sidder i bussen, og Signe ude fra KASA ringer. Så kan de andre i bussen se, at der også er nogen, der gider ringe til mig.*

Det er dog karakteristisk, at mange af brugerne er mest glade for dem, de oplever gå længere end den fagligt definerede rolle.

LUCKY7

Jeg synes, at Christina har været en rigtig god case manager for mig, også fordi at hun går længere, end hvad man kan forvente, og hvad nogle af de andre gør. Jeg kan se, at hun kæmper nogle kampe for mig, som hun ikke behøvede at gøre.

I de formelle samtaler nævner brugerne også, at de synes, at det er rart, at KASA har ansat både psykolog, psykiater og socialrådgiver ud over deres case managere. Flere nævner også, at de synes, at personalet er veluddannet og dygtigt – særligt inden for det psykiatriske område. Flere fortæller om, at de har fået konkrete redskaber til at afhjælpe konkrete problemer – f.eks. angst. Nogle få nævner også at have fået hjælp til at begrænse deres stofbrug. De, der nævner dette, knytter det sammen med, at de generelt har fået mere styr på deres liv og derfor ikke længere har brug for at bedøve sig i samme omfang som tidligere.

En af de metoder, som case managerne anvender til at etablere en tæt relation til brugerne, er at hjælpe dem med mange forskellige, mere praktiske ting – ud over det egentlige, behandlingsmæssige arbejde. Man hjælper med at købe tøj, udstyr til lejlighed, søge om gældssanering, etablere kontakt med pårørende, hvor man har mistet kontakten, søge kommunen om særtilskud, afmelde diverse abonnementsordninger på f.eks. film, følge brugerne til fremmøde i socialforvaltningen og domstole og til afhøring hos politiet, indhente oplysninger om forskellige somatiske symptomer hos diverse behandlingsinstitutioner, hjælpe med at rydde op i lejligheden osv. osv. Denne hjælp er brugerne ofte dybt taknemmelige for. I mine interview med brugerne opregnede flere af dem alle de ting, som de mente at have fået hjælp til i KASA. I et evalueringsstudie af belastede stofbrugere i metadonbehandling fandt Asmussen og Kolind på tilsvarende vis, at den personlige relation af misbrugerne blev beskrevet som afgørende for oplevelsen af behandlingen (8).

På grund af den tætte relation får case manageren et meget omfattende kendskab til den enkelte bruger: Han eller hun ved, hvornår deres brugere står op om morgenen; en del om hvad de laver i løbet af en almindelig dag; hvem de omgås; hvad de misbruger; hvad de spiser; hvordan de sover om natten; hvordan deres lejlighed ser ud; hvor gode de er til at holde lejligheden i orden osv. Og en del brugere er faktisk glade for, at der er nogen, der kender dem så godt. Som en bruger sagde i et interview:

Hvordan skal hun [case manageren] vide, hvad hun skal spørge om, hvad der er problemet, hvis hun ikke kendte mig så godt? Igen kan man henvise til Asmussen og Kolind, der på tilsvarende vis fandt, at case manageren kom til at stå som indgang til den øvrige behandling (8).

Dette tætte kendskab til brugeren og følgen med i brugerens liv har også på et andet punkt en positiv betydning for nogle brugere.

ARTIKELSERIE OM KASA, KØBENHAVNS AMTS SPECIAL AMBULATORIUM

Denne artikel er den tredie 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 skrev Katrine Schepelern Johansen om bl.a. brug af caféfunktionen i det ambulante behandlingstilbud til psykisk syge stofbrugere i KASA. I STOF nr. 9 handlede det om brug af case management 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.

Jens havde gennem en længere periode haft et eskalerende misbrug af benzodiazepiner, som han havde svært ved at blive ved med at skaffe. Dette oplevede case manageren på meget tæt hold, når Jens ofte kom om morgenen og var abstinent, svedte, rystede, havde uro, angst osv., som Jens talte med ham om, og som han fysisk kunne observere. Da Jens en dag ikke længere selv kunne klare at skaffe sine benzodiazepiner, havde case manageren en levende oplevelse af Jens' problemer, som han kunne fremlægge til lægesamtalen, da Jens ønskede at snakke med lægen om en benzodiazepin nedtrapning. Hvorvidt nedtrapningen kom til at fungere som en egentlig nedtrapning, eller om det snarere fungerede som en midlertidig substitution af Jens' illegale brug, var case manageren dog noget usikker på. Men Jens var rigtig glad for både case manager og lægen og syntes, at de – i hvert fald til dels – forstod hans problemer.

Noget andet, som brugerne lægger stor vægt på, er den rummelighed og accept, som de oplever i KASA. Netop fordi målgruppen er psykisk syge med misbrug, så er KASA et sted, hvor de kan få lov at være med alle deres problemer. Særligt i forhold til flere af brugernes erfaring med psykiatrien fremstår KASA som et meget positivt sted. *Claus fortæller, at de sidste par gange han har været indlagt, har personalet været meget trætte af ham og hans gentagne indlæggelser. Han fortæller, at flere personalemedlemmer har spurgt ham ad flere gange, om han ikke bare kan holde op med at ryge hash, så han ikke behøver at blive indlagt så tit. Claus oplever, at han bliver nødt til at skjule sit misbrug, når han er indlagt på psykiatrisk afdeling, og at det derfor kommer til at fylde endnu mere i hans bevidsthed. Han fremhæver, at det er noget af det rare ved at være i KASA. 'Her behøver jeg ikke at gå og lade som om, at jeg er en anden end den, jeg er', siger Claus. Han mener samtidig, at behandlingen af hans psykiatriske lidelse bliver mere kvalificeret, fordi personalet ved, at han også har et misbrug af hash.*

KASA har forsøgt at skabe et miljø i institutionen, hvor man rummer brugernes forskellige problemer og afvigende adfærd og kun har få, men faste regler (7). Det virker, som om man har ramt denne balance godt. Mange af brugerne taler om KASA som et fristed - eller som deres sted. Og de få brugere, som på grund af trusler eller vold ikke længere kan benytte værestedsfunktionen i KASA, har alle fortalt til personalet, at de var kede af det og savnede meget at komme i KASA.

Negative aspekter ved behandlingen i KASA

Som nævnt er det ikke negative aspekter ved behandlingen, som fylder mest hos brugerne. Der er dog muligt at påpege en række punkter, som brugerne er mere kritiske i forhold til – enten eksplicit i interviewene med mig eller på baggrund af utilfredshed eller brok over konkrete forhold.

Flere af brugerne nævner, at de godt nok får hjælp til en masse praktiske ting, men at de ikke oplever, at personalet kan hjælpe dem ret meget i forhold til deres stofmisbrug. De behandlingsmuligheder, som personalet har i forhold til disse problemstillinger, oplever brugerne ikke er dem til meget hjælp. Nogle efterlyser medicin: *Det ville være dejligt, hvis I havde en pille, man kunne få, så man ikke længere havde brug for stofferne*. En anden siger: *Når jeg rigtig giver den gas med speeden, så er der ikke noget, som I kan gøre. Så er I lige så hjælpeløse, som jeg er.* Andre oplever, at det er deres eget arbejde, som gør, at misbruget i perioder er mindre. *Jeg har fået hjælp til meget, men ikke til at holde op – det jeg har flyttet mig der, det har jeg selv gjort.* Næsten alle brugere oplever, at de i perioder nok får begrænset deres misbrug, men at det så eskalerer igen i andre perioder, hvilket de beskriver som en oplevelse af, at behandlingen ikke virker.

Denne utilfredshed hænger til dels sammen med, at næsten alle brugerne har et ønske om at leve et liv helt uden stoffer, men at de ikke har noget konkret bud på, hvordan de skal komme til det. De placerer dette håb på personalet, hvilket betyder, at også skuffelsen over ikke at kunne opnå stoffriheden bliver knyttet til personalet.

Nogle af brugerne fortæller også, at de ikke bryder sig om at komme ret meget i KASA, fordi de her bliver tilbudt at købe forskellige stoffer eller piller. Eller de bliver spurgt, om de vil være med til at tage noget. De fleste, der fortæller om disse forbehold, har dog også perioder, hvor de aktivt søger dette samvær og kan i de situationer fortælle, at det er rart at komme i KASA, for der er der nogen, der er ligesom dem selv, og som de kan slappe af og have det rart sammen med – hvilket ofte inkluderer et vist misbrug. Det er ikke tilladt at tage stoffer eller handle med dem i KASA, men ofte går brugerne en lille tur med hinanden, hvor handel eller stofindtag klares.

Hovedparten af brugerne i KASA er i substitutionsbehandling med enten metadon eller subutex. Tildelingen af denne substitutionsbehandling oplever brugerne som liberal. De udtrykker ikke bekymring i forhold til deres metadon-ordination, sådan som Steffen Jöhncke fandt blandt misbrugere i en brugerundersøgelse for 10 år siden (9). Få brugere kan udtrykke utilfredshed med den aftale om udlevering af metadon, som de har. Men det er som sagt få, også fordi brugerne som regel godt kan lide at komme i KASA, og det derfor heller ikke er så problematisk for dem at skulle komme og hente medicin flere gange om ugen. Den utilfredshed og kamp om kontrol, som man tidligere så omkring metadonen, kan man dog finde reminiscenser af i forbindelse med ordination af benzodiazepiner (stesolid og lignende præparater, som mange stofbrugere misbruger, og som er meget afhæn-

gighedsskabende). Man har i KASA en praksis med ikke at give brugerne flere benzodiazepiner, end de allerede får ved opstarten i KASA. Men det giver i perioder nogle utilfredse brugere, som mener at have behov for benzodiazepiner til at dæmpe deres uro og angst og ikke kan forstå, at den medicinske behandling af psykiatriske lidelser i KASA ikke kan udstrækkes til også at gælde denne type af problemer.

Andre af brugerne reagerer på den tætte relation, som personalet søger at etablere, og som brugerne til dels oplever som kontrol. Nogle af brugerne bliver trætte af, at der er en behandlingsperson, der følger deres liv så tæt, og udtrykker irritation over, at der er en, der ringer hver morgen og spørger, hvordan man har det. *'Kan jeg ikke bare få lov at være syg og misbrugende i fred, uden at der er nogen, der blander sig?'*, synes at være en reaktion hos nogle brugere i nogle perioder.

Niels er meget ambivalent omkring sin behandling og har, ifølge personalet, en dårlig sygdomsindsigt. Niels giver udtryk for, at han er rigtig træt af at blive ringet op hver morgen, og at nogen spørger til, hvordan han har det. Specielt når han så vælger ikke at komme i flere dage, så bliver case manageren meget insisterende i sin kontakt, spørger, hvorfor han ikke kommer, om han ønsker besøg. Case manageren giver udtryk for, at hun bliver bekymret, når han ikke kommer i ambulatoriet flere dage i træk. Og Niels bliver rigtig træt af den bekymring, som han ikke oplever at have ønsket.

Som beskrevet ovenfor så anvender case managerne i KASA det at hjælpe brugerne med mange ting til at etablere den tætte relation. Men den meget omfattende hjælp betyder også, at brugerne bliver meget frustrerede, når de rammer grænsen for, hvad case manageren vil være med til. Den grænse er nemlig for brugeren ofte vilkårlig (9). Det er også en mulighed, at brugerens psykiske lidelse gør det sværere for vedkommende at finde den grænse, som ofte ikke defineres eksplicit, men ved hjælp af mere uformelle bemærkninger og afvisninger.

Lotte har en masse somatiske problemer, og case manageren bruger løbende meget tid på at tale med Lotte om disse problemer og følger hende ofte til behandling forskellige steder. Dette er Lotte glad for, fordi hun selv oplever, at hun har svært ved at blive hørt i behandlingssystemet. En dag er case manageren med Lotte hos en almen praktiserende læge, og Lotte begynder at plage lægen for at udskrive en recept på nogle benzodiazepiner, som hun har et omfattende misbrug af. Case manageren vil ikke støtte hende i, at hun har behov for dette, selv om Lotte beskriver sin angst og uro. Efterfølgende er Lotte ked af det og vred, fordi hun ikke kan forstå, at case manageren godt vil hjælpe hende med nogle af hendes lægelige problemer, men ikke andre.

En anden bruger har massiv social angst og har tit svært ved at komme ud af døren. Det hjælper ham lidt, hvis han følges med sin kæreste, som også er misbruger. Men tit kommer de ikke af sted, og så klarer de sig ved at dele deres metadondosis. Det fortæller brugeren en dag sin case manager, og case manageren bliver nødt til at reagere ved at kræve dagligt fremmøde i en periode, fordi brugeren nu skal til at tage sin metadon overvåget, så han ikke deler den med kæresten. Brugeren bliver meget frustreret over dette, da han oplever, at den tillid, som case manageren har søgt at opbygge, alligevel ikke gjaldt (hele vejen). Og at hans problemer med social angst faktisk blev forværret, da han nu skal ud af døren hver eneste dag.

En anden bruger oplevede, at den tætte relation, som han i udgangspunktet satte stor pris på, i en konkret situation ikke længere var entydig positiv.

Han beskrev, hvordan han havde skiftet sagsbehandler og flere andre kontaktpersoner rundt om ham, så nu var der ikke nogen, der kendte ham og hans historie – bortset fra hans case manager i KASA, som han af samme grund var bange for at miste. Denne glæde ved case managers store kendskab til ham blev dog lidt mindre, da han søgte om øget samvær med sin søn, og myndighederne derfor gik i gang med at indhente oplysninger og udtalelser omkring ham, blandt andet hos KASA.

Case manageren kan altså skifte rolle fra at være en primær social kontakt til at blive en repræsentant for et bureaukratisk system; et skift som brugeren nok har formel viden om, men som vedkommende sjældent forstår rækkevidden af.

For brugerne er deres problemer tit uløseligt vævet sammen, og skellet mellem hvilke problemer, der kan bringes til case manageren, og hvilke der ikke kan, er for nogle af brugerne meget svær at finde (9). Nogle vælger at komme med stort set alt – og oplever så en afvisning eller sanktion, som i det sidste eksempel – en reaktion, som KASA ellers arbejder målrettet på, at de ikke skal opleve. Andre prøver selv at finde grænsen, hvilket betyder, at centrale dele af deres liv bliver holdt uden for behandlingssystemet – selv om disse områder ofte vil være relevante at arbejde med i en behandling.

En bruger med en skizofreni-diagnose havde en stor gæld til nogle pushere efter et tidligere meget stort kokain misbrug. Denne gæld gjorde ham meget stresset og betød også, at hans økonomiske situation var meget dårligere, end hvad de officielle tal lod antyde. Denne bruger syntes ikke, at han kunne inddrage sine behandlere i disse problemer, fordi der var tale om narkogæld og ikke gæld til DSB eller lignende. Men at dette problemområde blev holdt uden for behandlingssamtalerne betød, at behandlerne havde meget svært ved at fastholde et kontinuerligt behandlingsforløb. Der kom hele tiden noget i vejen, som behandlerne ikke rigtig forstod.

Denne case viser også, at selv om brugerne nok sætter pris på KASA, så repræsenterer behandlingen også en indgriben i deres dagligdag, som i nogle tilfælde bliver endnu et for-

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

styrrende element i en i forvejen stresset hverdag.

Ovenstående gennemgang viser, at en del af de forhold, som brugerne sætter pris på ved KASA – den store hjælp og den tætte relation – også er noget af det, som de i andre situationer forholder sig mere kritisk til.

Opmærksomhedspunkter

Man har i KASA formået at etablere et behandlingstilbud, som brugerne med en dobbelt diagnose godt kan lide at komme i. Man kan dermed sige, at en vigtig forudsætning for at kunne fastholde brugerne i behandling – og dermed undgå den udstødelse, som mange af dem har erfaring med – er til stede. Særligt den personlige relation til deres case manager værdsætter brugerne. Men ligeså vel som, at brugerne værdsætter den intensive og tætte behandling, så skaber den også en række konfliktsituationer i forholdet mellem behandler og bruger. Positivt taler brugerne om kendskab og medleven i problemer, negativt reagerer de på kontrolaspekterne. Kontrol er et gammelkendt begreb i forhold til metadonbehandling og – udlevering. Ovenstående analyse viser dog, at kontrol ikke længere udgør så formelt et kritikpunkt blandt brugerne, i hvert fald ikke blandt brugerne i KASA. Dette betyder dog ikke, at spørgsmålet om kontrol er forsvundet ud af misbrugsbehandlingen, men at det i dag er konfigureret på en anden måde. Den personlige relation, der er indgangen til behandlingen, indebærer også et aspekt af kontrol med brugernes hverdag, deres sygdom og deres misbrug. Relationen som behandlingsskaber og behandlingsbærer bør derfor følges af en opmærksomhed omkring 'sidegevinsten' kontrol, og hvordan den påvirker brugerne. ■

LITTERATUR

1. Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L.: Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice. The Guilford Press. New York. 2003.
2. 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.
3. 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.
4. Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S.W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N. & McGovern, J.: Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behaviour Therapy and Family Intervention for Patients with Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. I: American Journal of Psychiatry vol. 158, s. 1706-1713. 2001.
5. Bømler, T.U.: En anden hverdag: Om psykisk syge misbrugere. Forskningsgruppen Arbejds- og Levemiljøer, Aalborg Universitet, Forskningsenheden Differentieret Social Integration. Aalborg. 1996.
6. Johansen, K.S.: Case management - Muligheder og problemer i behandlingen af mennesker med dobbelt diagnose. I: STOF, nr. 9, s. 22-27. 2007.
7. Johansen, K.S.: Invitation til behandling. I: STOF, nr. 8, s. 59-68. 2007.
8. Asmussen, V. & Kolind, T.: Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter. Center for Rusmiddelforskning. Århus. 2005.
9. Jöhncke, S.: Brugererfaringer. Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandlingen i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97. Københavns Kommune, Socialdirektoratet. København. 1997.

DANMARKS FØRSTE FIXEHÅNDBOG

Vesterbro må ikke lave fixerum – derfor har Dugnad Vesterbro nu udgivet en Fixehåndbog, så stofbrugerne kan blive bedre til at fixe – på gaden.

Fixehåndbogen er en sundhedsfaglig vejledning og den første håndbog for aktive stofbrugere i Danmark. Bogen er oversat fra engelsk til dansk samt justeret til danske forhold af tidligere gadesygeplejerske Charlotte Fich.

Sygeplejerske Charlotte Fich siger om bogen: 'Stofbrugerne har behov for reel information, der forholder sig til netop deres subkultur. Vi har en hel del viden om de mange risici, der er forbundet med intravenøs brug af stoffer, og bogen kan muligvis begrænse nogle af disse problemer. En bog om dette emne rummer ligeledes en accept af menneskets personlige valg. Hermed mener jeg, at bogen netop tjener til, at brugerne træffer mere kvalificerede valg, end de ville have gjort uden reel indsigt i deres intravenøse stofbrug. Altså reel information skaber mulighed for fornuft... '

BrugerForeningens formand Jørgen Kjær udtaler om bogen: 'Den bog har vi savnet meget længe. De fleste stofbrugere har lidt populært sagt lært at fixe af en kammerat i en kælder. Det er sjældent, at det er fysiologisk korrekt, hvilket kan medføre skader i form af fejlfix, bylder og åbne sår. Derfor er vi utroligt glade for, at der nu findes en rigtig fixehåndbog, hvor stofbrugeren kan få information om, hvordan man fixer uden at skade sig selv.'

Bogen er udgivet af Dugnad Vesterbro – et netværk af lokale beboere, erhvervsdrivende, foreninger og aktører på Vesterbro – der arbejder for at skabe løsninger på de narkotikarelaterede problemer på Vesterbro. Bogen er udgivet med støtte fra en privat fond.

Bogen udkom 1. oktober 2007 i et oplag på 2.700. Efterspørgslen har allerede givet anledning til en fondsansøgning om en 2. udgave og udgiverne overvejer endnu en bog i pixiformat. Bogen kan afhentes hos BrugerForeningen samt på lokale værestеder, kontaktsteder og behandlingssteder på Vesterbro og i København.

På **http://www.dugnad.dk/PDF/Fixeteknik.pdf** kan bogen frit downloades.

Socialsygepleje og konfliktforebyggelse

En gadesygeplejerske har forsøgsvis fulgt et antal indlagte stofmisbrugere som socialsygeplejerske inden for hospitalssystemet. Det er der kommet nogle rigtig gode resultater ud af – både for stofmisbrugerne og for sundhedsvæsenet.

AF MICHAEL JOURDAN

Et to årigt samarbejde mellem Projekt UDENFOR og ortopæd kirurgisk afdeling M4 og MM0 på Bispebjerg Hospitals er nu afsluttet, og erfaringerne er gjort op. Den nyligt udkomne rapport *'Projekt Socialsygeplejerske – Fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient'* beskriver, hvordan mødet mellem stofmisbrugende patienter og personalet på en almindelig somatisk afdeling kan påvirkes uheldigt af gensidig mistillid, og hvordan en socialsygeplejefaglig indsats med både patienterne og personalet som målgruppe kan rette op på diverse uhensigtsmæssigheder.

Ved fast at tilknytte en socialsygeplejerske til en afdeling gennem et år viste det sig, at begrebet brobygning kan løftes til et nyt niveau: fra primært at være noget med at tage misbrugeren ved hånden til også at bestå i systematisk at spore og afhjælpe kilder til konflikter samt at yde kompetenceudvikling til et hospitalspersonale, der uden påkrævet specialviden uforvarende leverer en indsats, som kunne forbedres betydeligt til glæde for alle parter.

Forhistorien

For år tilbage blev det klart for gadesygeplejersken Nina Brünés, at mange misbrugere sjældent opsøger læge eller skadestue til trods for store helbredsproblemer. De gik rundt med ubehandlede sår og bylder, alvorlige lungebetændelser og knoglebrud, der ikke var helet. Blev de indlagt, forlod de ofte hospitalet igen uden at være færdigbehandlet.

Hvorfor gik disse mennesker syge rundt på gaden? Hvorfor var stofmisbrugerne tilbageholdende med at lade sig indlægge? Afbrød de behandlingen af grunde, som måske kunne afhjælpes med lidt brobygning? Gadesygeplejersken begyndte at følge folk med ind på hospitalerne og stødte ved disse ledsagelser på en række problemer og misforståelser, som set med en udefra kommende gadesygeplejerskes øjne var forholdsvis banale – ting, der burde være til at løse.

Den tanke var nærliggende, at det ville være interessant at komme ind på en almindelig afdeling og indefra klæde personalet på, så det kunne yde bedre behandling og hjælpe stofmisbrugerne til at få bedre behandlingsforløb. Lederen af Projekt UDENFOR, overlæge Preben Brandt, hjalp Brünés med finansieringen, så ideen kunne forfølges, og vejen var dermed åben for at forsøge sig som socialsygeplejerske inden for hospitalssystemet.

Samarbejdets betydning i grove træk

I året som socialsygeplejerske opdagede Brünés, at personalets måde at håndtere indlagte stofmisbrugere på - trods de bedste hensigter - langt fra var optimal. Stofmisbrugernes egne negative forventninger og manglende forståelse for vilkår og arbejdsgange på et hospital koblet med personalets manglende tid til at opklare misforståelser og etablere fortrolighed skabte en række problemer i mødet mellem stofmisbrugeren og hospitalet. Den regelbundne hospitalskultur indebærer, at alle skal behandles ens. Rapporten pointerer, at man ikke desto mindre netop gjorde forskel ved på den ene side at håndhæve særlige regler, der skabte en del konflikter. På den anden side manglede man specialviden og forståelse for særlige forhold og nødvendige hensyn i forbindelse med indlæggelser af stofmisbrugere, som gjorde, at man ikke behandlede stofmisbrugerne lige så godt som patienter uden dette problem. Nogle af de vigtigste enkeltheder gennemgås i det følgende – mens særligt interesserede i øvrigt henvises til selve rapporten.

Gensidig mistillid

Tegnet hårdt op har mange stofmisbrugere massiv mistillid til systemet. Noget bunder måske i det sociale system – ikke nødvendigvis hospitalsvæsenet. De har gennem hele deres liv oplevet at blive dårligt behandlet. Vold og mobning. Overgreb. Fogeder, som smider dem ud af deres bolig. Børnehjem og serielle institutionsophold. Tilliden til, at andre mennesker vil dem det godt, er minimal. De kommer ind på en hospitalsafdeling med paraderne oppe.

Omvendt har personalet en oplevelse af, at det er svært at have stofmisbrugere indlagt. Personalet oplever stofmisbrugerne som en patientgruppe, der er opmærksomhedskrævende, klagende, utålmodige, regelbrydende, konfliktskabende

foto: LARS RIEVERS

Personalet oplever stofmisbrugerne som en patientgruppe, der er opmærksomhedskrævende, klagende, utålmodige, regelbrydende, konfliktskabende og – når de forlader afdelingen uden at være færdigbehandlede – som patienter, der ikke samarbejder og ikke vil deres eget bedste. I forbindelse med indlæggelser af stofmisbrugere kunne personalet tilmed opleve pushere på bagtrappen, som solgte stoffer til de indlagte misbrugere. Og besøg på afdelingen af 'kammerater', man gerne havde været foruden.

og - når de forlader afdelingen uden at være færdigbehandlede - som patienter, der ikke samarbejder og ikke vil deres eget bedste. I forbindelse med indlæggelser af stofmisbrugere kunne personalet tilmed opleve pushere på bagtrappen, som solgte stoffer til de indlagte misbrugere. Og besøg på afdelingen af 'kammerater', man gerne havde været foruden.

Mistilliden er med andre ord gensidig. Hvordan kommer man videre? Brünés satte fokus på de konkrete problemstillinger og situationer, som især rummede kimen til konflikt, og de faktorer, som i hendes optik var bestemmende for, om behandlingen lykkedes, og om udskrivningen forløb tilfredsstillende. Med denne kikkert for øjet blev det magtpåliggende at se nærmere på blandt andet smertebehandling, abstinenser, regler og kontrol, tillidsskabende foranstaltninger og god udskrivelse.

Smertedækning

I rapporten beskrives, at personalets oplevelse var, at omdrejningspunktet for *al kontakt* med de indlagte stofmisbrugere omhandlede smertestillende medicin. Hver gang personalet trådte ind på stuen, blev dette taget op til stor frustration for plejepersonalet, som ikke oplevede, at de havde muligheder for at imødekomme ønsker om øgning af doser.

Der var altså problemer med at få smertedækket de stofmisbrugende patienter, som vedvarende klagede over smerter. Problemet viste sig at være, at man på afdelingen opererede med retningslinjer for smertedækning, der ikke tog højde for, at stofmisbrugere oftest skal have langt mere morfin end andre, fordi de kan have opbygget en betydelig tolerance. Personalet var ikke klar over, at standarddoserne kunne være et problem, eller klar over dette problems omfang. Reelt umuliggjorde de gamle smertestandarder en effektiv smertelindring.

At de indlagte stofmisbrugere fik den samme smertebehandling som alle andre patienter oplevede stofmisbrugerne, som om personalet ikke forstod deres smerter og ikke kunne afhjælpe smerterne. Eller de fik det indtryk, at personalet ikke ville give dem noget, netop fordi de var misbrugere. Tilliden til, at personalet forsøgte at gøre det så godt de kunne, forduftede.

For at tage hånd om dette problem har overlæge Nan Sonne udarbejdet nye standarder for den pågældende afdeling, som tillader og anbefaler langt højere doser smertestillende medicin til stofmisbrugere - alt efter deres indtag før indlæggelsen. Den ændrede smertebehandling har haft uvurderlig betydning for patienter og personale. Tidligere rummede den manglende smertedækning et stort konfliktpotentiale. I dag kommer man patienterne i møde. Forskellen er markant!

Problemet med pushere på bagtrappen er også blevet løst. Det viser sig nemlig, at når stofmisbrugerne er ordentlig smertedækket, så er de ikke længere kunder til stoffer. De indlagte patienter har ikke brug for det længere. Hvorfor skulle de i dyre domme købe den urene vare på bagtrappen, når de kan få den rene vare på afdelingen? Når efterspørgslen er væk, holder pusherne op med at komme og sælge stoffer.

At de indlagte stofmisbrugere er

foto: LARS RIEVERS

MICHAEL JOURDAN
FILOSOF OG REDAKTØR PÅ STOF

ordentlig smertedækket sikrer også, at de bliver på afdelingen. Før har nogle følt sig nødsaget til at gå før tid, fordi de har været smerteforpinte. Med det resultat, at de ikke blev færdigbehandlet fra afdelingen og har gået ubehandlet rundt på gaderne.

Abstinenser

Ud over at de indlagte havde smerter, havde de også abstinenser. Også dette er personalet blevet bedre til at håndtere. Før følte de indlagte, at de ikke kunne være helt ærlige om, hvad og hvor meget de tog, inden de blev indlagt. De har været bange for, hvad personalet ville sige til det, og hvilke konsekvenser det ville have for smertedækningen. Nu ved personalet mere om abstinenser, og de indlagte er mere ærlige. At smertedækningen er i orden betyder, at man bedre kan skelne, og den nyvundne tillid er befordrende for åbenheden.

Forskelsbehandling ophævet

Afdelingen havde et særligt sæt regler, som stod i en folder. Det var kun misbrugerne, der fik folderen. Regelsættet var blevet til i samarbejde med direktionen med henblik på at løse problemet med pushere på bagtrappen. Reglerne påbød blandt andet, at misbrugerne ikke måtte forlade afdelingen under hele deres indlæggelse. Brud på reglerne kunne medføre udskrivning.

Folderen havde den effekt, at misbrugeren fik at vide: 'Vi har ikke tillid til dig – vi stoler ikke på, at du ikke tager noget ved siden af'. Noget andet er, at mange af misbrugernes indlæggelser er lange. Det - ikke at kunne komme ud i den friske luft i 2-3måneder eller helt op til 9 måneder - er urimeligt og konfliktskabende.

Hensigten med at lave reglerne var at forhindre, at der opstod konflikter og ballade, men reglerne løste ikke problemet og skabte flere konflikter i stedet for. For eksempel blev personalet fristet til at se gennem fingrene med regelbrud, hvis der var tale om en medgørlig misbruger – men ikke, hvis misbrugeren var mere vanskelig. Reglerne og uens forvaltning af samme skabte '*splitting*' og problemer – også blandt personalet - hvis der var to misbrugere indlagt samtidig, som blev behandlet forskelligt.

Løsningen blev at ophæve reglerne og tage en snak om tingene i stedet for, når og hvis problemer opstod. Efter regelophævelsen er der kommet mere ro på afdelingen, og omgangstonen er blevet bedre. Man har kunnet skabe tillid blandt en gruppe patienter, der som udgangspunkt havde stor mistillid til systemet.

Den gode udskrivelse

Som forholdene var tidligere, forekom det, at misbrugerne forlod hospitalet, før de var færdigbehandlet. Dertil kom, at udskrivelser var vanskelige og problematiske. For eksempel blev hjemløse jævnligt udskrevet til gaden. Ingen samlede op. Ingen uden for hospitalet kunne komme og skifte deres forbindinger og pleje deres sår. Situationen var frustrerende for personalet.

At få kigget på udskrivningerne var velkomment. Det lykkedes at rette op på tingene. I perioden med tilknyttet socialsygeplejerske lykkedes 25 ud af 25 forløb. Alle behandlinger blev gennemført, og der kunne udskrives på en måde, så der var bedre opbakning uden for hospitalsvæsenet. Patienterne fik den opfølgende behandling og den medicin, de skulle have – hvilket var langt mere tilfredsstillende for alle og forebyggede genindlæggelser.

Specialviden

En almindelig sygeplejerske passer mange patientgrupper og kan ikke have en specialviden om misbrugsproblematikken. At kunne trække på en socialsygeplejerske med specialviden og et netværk bag sig viste sig at kunne forebygge mange konflikter, rette op på uhensigtsmæssige rutiner og give bedre behandlingsforløb. Resultaterne blev værdsat af både personale og patienter.

Forsøget med socialsygepleje må siges at være vellykket, og rapportens konklusion er da også, at en socialsygeplejeindsats burde forankres og med fordel kunne udvides til andre afdelinger og sygehuse, hvor der hyppigt indlægges stofmisbrugere. Som læser får man den tanke, at der også kunne være lektioner at hente for behandlingssystemet som helhed. ■

Rapporten 'Projekt Socialsygeplejerske – Fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient' kan downloades på **www.udenfor.dk**

Når TIDLIGERE MISBRUGERE behandler

'Bare fordi man har et 'EX' i panden, er det jo ikke ensbetydende med, at man er en god behandler.'

WORKSHOPDELTAGER

LUCKY7

AF DORTE HECKSHER

Ovenstående er et citat fra en workshopdeltager på 'Seminar om kvalitet i døgnbehandlingen af stofmisbrugere', afholdt d. 23. og 24. oktober 2006 i Odense. Selve workshoppen havde titlen 'Eks-misbrugere som behandlere. Dilemmaer og udfordringer' [1]. Citatet er på mange måder illustrerende for den diskussion, der har været omkring det, at tidligere misbrugere arbejder som behandlere både i offentligt, men især i privat regi, idet det sætter fokus på hvorvidt eller om det at have en fortid som misbruger kan ses som en kvalifikation eller en diskvalifikation i arbejdet som behandler?

Hvornår?

At ansætte tidligere misbrugere som behandlere var almindeligt på en stor del af de døgninstitutioner, der i 1990'erne dukkede op til behandling af stofmisbrugere i Danmark. På disse institutioner så man ofte det at have en baggrund som tidligere misbruger som en kvalifikation i forhold til at arbejde med at gøre andre stof- eller alkoholmisbrugere rusfri. I de offentlige systemer har man særligt siden midten af 1990'erne nogle steder haft eksmisbrugere ansat som behandlere/rådgivere, mens andre offentlige institutioner ikke har benyttet sig af medarbejdere med den type erfaringer. At institutionerne aktivt har valgt eller fravalgt denne mulighed af mere eller mindre ideologiske grunde er muligt. Men alle offentlige behandlingsinstitutioner er på et eller andet tidspunkt blevet nødt til at forholde sig til denne gruppe af behandlere – ikke mindst i forbindelse med visitation af egne klienter til døgnbehandling - og dermed forholde sig til spørgsmålet om, hvorvidt man på den enkelte institution vurderede dét at have en baggrund som tidligere misbruger (plus en fagligt relevant uddannelse) som enten kvalificerende eller diskvalificerende i forhold til behandlingsarbejdet.

Hvor mange?

Det er vanskeligt at sige noget om, hvor mange tidligere misbrugere der er ansat rundt omkring på institutioner og behandlingscentre i Danmark. Ser man på døgninstitutionerne inden for stofmisbrugsområdet, var der blandt de 38 døgninstitutioner, der var registreret i DanRIS databasen i 2001 (1), 25 institutioner, der rapporterede at have ansat tidligere stof – eller alkoholmisbrugere som behandlere. Disse behandlere var på dette tidspunkt karakteriseret ved ikke at have nogen formel uddannelse inden for rådgivning eller behandling. Især på institutioner, hvor behandlingsideologien var baseret på 12-Trinsmodellen, havde størstedelen af medarbejderne en baggrund som tidligere misbrugere. Fra 2004 registreres medarbejdernes eventuelle misbrugsbaggrund ikke længere i DanRIS databasen, og udbredelsen af ansættelse af tidligere misbrugere på behandlingsinstitutionerne er således vanskeligere at følge. Derimod registreres fra 2004, hvorvidt medarbejderne har en socialfaglig uddannelse, hvilket måske også er en mere reel variabel, hvis man ønsker at vurdere kvalifikationer og kvalitet i behandlingsarbejdet. De 44 institutioner, der var registreret i DanRIS i 2004, havde i alt 301 behandlere ansat. Heraf havde 43 % ingen socialfaglig uddannelse. I 2005 havde 38 % af medarbejderne ingen socialfaglig uddannelse. Disse tal siger som sagt intet om medarbejdernes eventuelle fortid som misbrugere, men er nærmere en indikator for uddannelsesniveauet på døgninstitutionerne. Stigningen i antal fagligt uddannede fra 2004-2005 kunne også tyde på, at der finder en opkvalificering

sted blandt de behandlere/rådgivere, institutionerne har ansat. Ser man på den offentlige behandling af stofmisbrugere, findes der ikke nogen samlet opgørelse over antal tidligere misbrugere, der er ansat som behandlere. Men strukturreformen har sandsynligvis medført sammenlægning af behandlingsinstitutioner med forskellige holdninger til ansættelse af tidligere misbrugere som behandlere, hvilket kun kan have været med til at aktualisere diskussionen om, hvordan eller hvorvidt en fortid som misbruger kan være en kvalifikation i behandlingsarbejdet.

Hvorfor?

Kirsten Sofiendal lavede i 2003 en undersøgelse af eksmisbrugere som behandlere (2). Hun skrev i den forbindelse, at man typisk ansætter tidligere misbrugere ud fra den antagelse, at de er særligt kompetente i arbejdet med andre misbrugere. I hendes undersøgelse konkluderes, at: '…eksmisbrugeren [er] en person , der i kraft af sine erfaringer har særlige kompetencer, men ikke nødvendigvis er særlig kompetent som vejleder' (3). Hun ser det at være i stand til at transformere de personlige erfaringer til professionelle kompetencer som en af forudsætningerne for at kunne arbejde som behandler eller rådgiver. Dette kan samtidig ses som en af forudsætningerne for, at den tidligere misbruger over tid kan fungere som en troværdig rollemodel for klienterne. En sådan transformation forudsætter, for mig at se, undervisning, uddannelse og supervision.

Der har som sagt ikke været iværksat nogen forskning eller systematisk registrering i Danmark af dette fænomen. Der findes således heller ikke noget overblik over den reelle udbredelse eller megen viden om de udfordringer og dilemmaer, der kan være forbundet med at være ansat som tidligere misbruger og arbejde som behandler i Danmark. Siden den omtalte konference i 2006 er der dog udgivet en enkelt forskningsartikel om danske forhold (4). Denne artikel tager udgangspunkt i problemstillingen set fra behandlernes perspektiv og undersøger nogle af de dilemmaer de tidligere misbrugere, der arbejder som behandlere, kan opleve. Herunder risiko for tilbagefald og betydningen heraf, håndtering af dobbeltroller i forhold til klienter, behovet for uddannelse og supervision og modsætninger mellem egen og arbejdspladsens forståelse af misbrug og recovery.

Hvem bliver behandlere?

Den viden vi kan benytte os af på området, stammer især fra forskning i en amerikansk kontekst. Den belyser både fænomenets udbredelse (i USA) samt en række mere almene problemstillinger, der ikke er knyttet til den specifikke amerikanske kontekst (5). I de amerikanske undersøgelser, som sammenligner tidligere misbrugere, der arbejder som behandlere, med deres kolleger uden misbrugsbaggrund, finder man væsentlige forskelle på medarbejdere med og uden misbrugsbaggrund. De tidligere misbrugere er således oftere mænd (blandt deres kolleger uden misbrugsbaggrund er fordelingen oftere mere ligelig), de har lavere uddannelsesniveau og færre års erfaring i stofmisbrugsbehandlingen, og de har generelt har været ansat kortere tid i organisationen end deres kolleger uden misbrugsbaggrund. Samtidig finder man blandt andet, at de tidligere misbrugere typisk bruger mere tid direkte sammen med klienterne, at de oftere arbejder ud fra 12-Trins principper og sjældnere har ansættelse som ledere eller administratorer. Det kunne være interessant og relevant at se, hvilket billede der vil tegne sig, hvis man undersøgte disse fænomener i en dansk sammenhæng.

Andre undersøgelser viser, at måler man på effektivitet af behandlingen, er det vanskeligt at påvise, at rådgiverens/behandlerens 'recovery status' skulle have enten positiv eller negativ effekt på de opnåede resultater (6). Flere af de amerikanske studier viser dog, at der kan være særlige dilemmaer og udfordringer forbundet med at ansætte tidligere misbrugere som behandlere. Et særlig centralt element er risikoen for tilbagefald eller slip, hvor man, i lyset af de tilbagefaldsrater man finder i opfølgningsundersøgelser på misbrugsbehandling generelt, som arbejdsgiver må se risikoen for tilbagefald eller slip som en reel risiko for medarbejderen med misbrugsbaggrund. Forskningen viser blandt andet, at en af de væsentlige årsager til tilbagefald eller slip blandt tidligere misbrugere, der arbejder som behandlere, er, at de oplever sig isolerede i deres arbejde. En anden udfordring for arbejdsgiveren er, ifølge undersøgelserne i en amerikansk kontekst, at sikre, at den enkelte behandlers private ideologi og forståelse af misbrug ikke overføres ukritisk til klienten, hvorved behandleren risikerer at overføre sine egne standarder for succes i behandlingen til klienten.

Uddannelse og supervision

Et andet aspekt, som denne forskning belyser, er af relevans for både ledelse og medarbejdere. Noget tyder nemlig på, at tidligere misbrugere, ansat som behandlere, ofte har andre præferencer og ønsker i forhold til valg af supervisor og indholdet af supervision end deres kolleger uden misbrugsbaggrund. Culbreth og Borders (5) fandt eksempelvis i deres sammenligning mellem 'recovering' og 'nonrecovering' medarbejdere inden for misbrugsbehandlingen, at medarbejdere med misbrugsbaggrund ofte foretrak at få supervision af en supervisor, der havde personlige erfaringer med 'recoveryprocessen'. I relation hertil beskriver McGovern og Armstrong (5), at behandlere med misbrugsbaggrund havde ten-

dens til at tilskrive en baggrund som tidligere misbrugere højere status end faglig uddannelse. De tidligere misbrugere foretrak ligeledes, at supervisor var mere støttende og mere aktiv i supervisionen, samt at man i supervisionen brugte tid på at diskutere etiske og lovgivningsmæssige emner. Dette aspekt kunne være væsentligt at forholde sig til, hvis man har medarbejdergrupper, der består af både tidligere og ikke tidligere misbrugere. Det skal dog nævnes, at med hensyn til supervision spiller uddannelsesniveau en stor rolle, således at medarbejdere med en længerevarende uddannelse foretrak supervisorer, der ligeledes havde en længerevarende uddannelse. Blandt de tidligere misbrugere derimod blev supervisors personlige 'recoveryhistorie' samt erfaring med misbrugsbehandling tillagt større betydning end vedkommendes uddannelsesniveau.

Uddannelsesniveau ser også ud til at kunne spille en rolle i relationen mellem den tidligere misbruger og eksterne samarbejdspartnere. En undersøgelse af et tværsektorielt samarbejde mellem misbrugsbehandlingsinstitutioner og psykiatrien, (Hamilton-Brown et al. fra 2002, (5)) viste, at tidligere misbrugere uden faglig uddannelse, der arbejder med stofmisbrugsbehandling, oplever, at samarbejdspartnere, der har en faglig uddannelse, tager dem mindre seriøst, end de tager deres kolleger med en faglig uddannelse. Set i lyset af, at der samtidig er mindst én undersøgelse, der indikerer, at der kan være en tendens til, at rådgivere/behandlere med en baggrund som tidligere misbrugere modtager mindre efteruddannelse end deres kolleger, kunne det være relevant at være opmærksom på, om de tidligere misbrugere, der ansættes som behandlere, får muligheden for at tilegne sig faglige kompetencer, der måske på sigt kunne give dem nogle generelle kompetencer og tilmed kunne kvalificere dem til et arbejde uden for misbrugsfeltet. Uddannelse og efteruddannelse ser ud til at spille en væsentlig faktor både i forhold til den holdning, som møder de tidligere misbrugere, der arbejder som behandlere, og i forhold til den supervision og kompetenceudvikling de modtager som misbrugsbehandlere.

Forskellene udlignes

Spørger man folk, der arbejder med misbrugsbehandling i døgnregi, tegner der sig et billede af, at der efterhånden ikke er ansat mange behandlere udelukkende på baggrund af deres erfaringer som misbrugere. Langt de fleste har en uddannelsesmæssigt relevant baggrund, det være sig en pædagogisk uddannelse, terapeut- eller rådgiveruddannelse. Således er det måske ikke længere relevant at forholde sig til, hvorvidt institutionerne ansætter behandlere udelukkende på baggrund af deres fortid, men snarere relevant at belyse, hvilke uddannelsesmæssige muligheder, der tilbydes netop disse medarbejdere. Dette understøttes også af Center for Rusmiddelforsknings undersøgelser af, hvad der ser ud til at have betydning for effekten af behandlingen på døgnbehandlingsinstitutionerne. Således anførte Centrets leder Mads Uffe Pedersen på Seminar om Kvalitet i Døgnbehandlingen 23. og 24. oktober 2006, at træning i misbrugsbehandling og uddannelse rettet mod behandling eller en form for rådgiver/terapeutisk uddannelse med diplom er nogle af de elementer, der ser ud til at have større betydning for effekten af behandlingen, end hvorvidt behandlerne er tidligere misbrugere eller ej. Måske er der ved at ske en udvikling hen imod, at de 'gamle' behandlere med misbrugsbaggrund bliver mere professionaliserede, og dermed bliver forskellene mellem de to grupper mindre?

Ubesvarede spørgsmål

Der er således en række aspekter, det kunne være vigtigt at se på i en dansk sammenhæng. Blandt andet hvilke funktioner tidligere misbrugere ansat som behandlere typisk dækker – både i relation til klienterne, men også i medarbejdergruppen som helhed? Med henblik på at forebygge isolation i arbejdet kunne det i forlængelse heraf være vigtigt at belyse: Hvordan det er at være blot en eller to behandlere med misbrugerbaggrund ansat på en behandlingsinstitution? Det kunne være væsentligt at belyse, hvordan samarbejdet fungerer mellem medarbejdere med og uden en baggrund som misbruger. Og i den forbindelse se på, hvilke faktorer der, i en sammensat personalegruppe, er med til at fremme behandlingsmæssig konsensus i forhold til klienterne? Det kunne ligeledes være vigtigt at se, om der er områder af behandlingsarbejdet, hvor de tidligere misbrugere er særligt kompetente i arbejdet med klienterne?

Der er således en lang række ubesvarede spørgsmål forbundet med fænomenet i en dansk kontekst. For en kort bemærkning kunne man vende tilbage til det indledende spørgsmål og anføre, at det at have et 'EX' i panden ikke umiddelbart kan ses som enten en kvalifikation eller en diskvalifikation. Det centrale spørgsmål er et andet, nemlig: Har de medarbejdere, der arbejder inden for feltet, uddannelse og erfaring, og modtager de løbende opkvalificering og vejledning? ■

NOTE

1 Workshoppen blev afholdt i fællesskab af psykolog Dorte Hecksher, Center for Rusmiddelforskning og konsulent Mette Kronbæk, Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.

LITTERATUR

(1) DanRIS, Dansk Registrerings og InformationsSystem, er et registreringssystem for døgnbehandlingsinstitutionerne i Danmark. Systemet er udviklet af Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Se: www.danris.dk

(2) Sofiendal, K.: Fra ex'et til ex'er og professionelle eksmisbrugeres udvikling af professionelle vejlederkompetencer. Masterafhandling i

DORTE HECKSHER
CAND.PSYCH., PH.D.,
POST DOC,
CENTER FOR
RUSMIDDELFORSKNING

sundhedspædagogik. Danmarks Pædagogiske Universitet. København. 2003a.
(3) Citat fra: Sofiendal, K.: 'Fra ex'et til ex'er og professionelle…i: Alkoholviden, 11(3) s.7. 2003b.
(4) Hecksher, D.: Former substance users working as counselors. A dual relationship. Substance Use & Misuse 42, 1253-1268. 2007.
(5) Nedenstående er et udpluk af den forskningslitteratur, der er på området:
Aiken, L. S., LoScuito, L. A. & Ausetts, M. A.: Paraprofessional Versus Professional Drug Counselors: Diverse Routes to the Same Role. The International Journal of the Addictions, 19(2), 153-173. 1984.
Culbreth, J. R.: Substance Abuse Counselors with and without a Personal History of Chemical Dependency: A Review of Literature. Alcoholism Treatment Quarterly, 18(2), 67-82. 2000.
Culbreth, J. R., & Borders, L. D.: Perceptions of the Supervisory Relationship: Recovering and Nonrecovering Substance Abuse Counselors. Journal of Counseling and Development, 77, 330-338. 1999.
Doyle, K.: Substance Abuse Counselors in Recovery: Implications for the Ethical Issue of Dual Relationships. Journal of Counseling and Development, 75(6), 428-432. 1997.
Hamilton-Brown, A., Grella, C. E. & Cooper, L.: Living it or Learning it: Attitudes and Beliefs about Experience and Expertise in the Treatment for the Dually Diagnosed. Contemporary Drug Problems, 29, 687-712. 2002.
Herlihy, B.; Corey G.: Dual Relationships in Counseling. American Association for Counseling and Development. 1992.
Kinney, J.: Relapse among Alcoholics who are Alcoholism Counselors. Journal of Studies on Alcohol, 44(4), 744-748.1983.
McGovern, J. F. & Armstrong, D.: Comparison of Recovering and Non-alcoholic Alcoholism Counselors: A Survey. Alcoholism Treatment Quarterly, 4(1), 43-60. 1987.
Stoffelmayr, B. E., Mavis, B. E., Kasim, R. M.: Substance Abuse Treatment Staff: Recovery Status and Approaches to Treatment. Journal of Drug Education 28 (2), 135-145. 1998.
(6) Najavits, L. M., Crits-Critshoph, P. & Dierberger, A.: Clinicians Impact on the Quality of Substance Use Disorder Treatment. Substance Use & Misuse, 35(2), 2161-2190. 2000.

HVAD MENER DU?

Redaktionen modtager gerne indlæg fra læserne om de problemstillinger, der bliver rejst her i bladet. I forlængelse af Dorte Heckshers artikel kunne det være interessant at høre fra læserne om f.eks.: Hvordan er det at arbejde som ekser i det danske behandlingssystem? Hvordan er det at arbejde sammen med eksere? Er problemstillingen overhovedet relevant længere – eller er det stort set kun et levn fra 90'erne?

RED.

Veje til bedre kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen

Center for Rusmiddelforskning fremlagde i april 2007 en evaluering af behandlingsgarantien for stofmisbrugere. Det gav anledning til at den daværende socialminister, Eva Kjer Hansen iværksatte en række nye initiativer med det formål at forøge kvaliteten i stofmisbrugsbehandlingen, her iblandt en temadag for fagfolk og eksperter med overskriften: 'Veje til bedre kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen'.
Temadagen var tilrettelagt af Servicestyrelsen, der havde valgt en konferenceform, som satte den interaktive diskussion i højsædet. Såvel oplæg som spørgsmål til oplægsholderne kørte via et computernetværk. Deltagerne kunne stille skriftlige spørgsmål direkte til de fire oplægsholdere. Spørgsmål og svar blev samlet til en rapport, som deltagerne fik i hænderne umiddelbart efter seminarets sidste oplæg.

En dialograpport

Læser man rapporten som udenforstående, skal man notere sig, at der er tale om en dialog proces – ikke en traditionel rapport med indledning, problemformulering, konklusion og anbefalinger. Rapporten stiller en række centrale spørgsmål:

- Hvad virker? Gavner evidens?Hvilken viden er der brug for i stofmisbrugsbehandlingen?
- Hvem er de centrale personer i et behandlingsforløb? Hvordan sikres det, at brugerne ved, hvad det er for en behandling, de får, og hvad de får ud af den?
- Kan og skal man adskille medicinsk og psykosocial behandling?
- Hvad er det optimale antal klienter pr. behandler? Hvad er optimalt i forhold til intensitet og varighed? Er 14 dageskravet om en indsats realistisk?
- Hvordan ser stofmisbrugsindsatsen ud efter kommunalreformen? Er kommunerne bedre rustet til at løfte indsatsen end amterne?

Sådanne spørgsmål er vanskelige at besvare på grund af deres bredde og den begrænsede tid, men oplægsholderne gav deres umiddelbare fremstilling og svar. Deltagerne kommenterede svarene direkte og udfordrede dermed oplægsholderne.

Et kvalitativt løft

Temadagen kan ses som en forlængelse af en udvikling, som for alvor tager fart med indførelsen af behandlingsgarantien for stofmisbrugere den 1. januar 2003. Behandlingsgarantien indebærer som bekendt, at en behandling skal iværksættes inden for 14 dage efter, at en stofmisbruger har henvendt sig med ønske om behandling. Hvilken slags tilbud, den pågældende skal have, afhænger af en udredning, som den pågældende og kommunens fagfolk skal samarbejde om. Men i sidste instans er det kommunen, der – i sin egenskab af myndighed – vælger behandlingsformen.
Den evaluering og status over behandlingsgarantien for stofmisbrugere, som CRF udarbejdede, var alene en undersøgelse af indsatsen før kommunalreformen og altså ikke en evaluering af de nye kommuners varetagelse af opgaven. Evalueringen gav – foruden temadagen – anledning til en række initiativer, der skal sikre, at behandlingsgarantien overholdes, og at kommunerne bistås i at levere stofmisbrugerne en god behandling.
Initiativerne er bl.a.:

- Der skal ske et kvalitetsløft i sagsbehandlingen, der sikrer, at sagsbehandlerne kender de nødvendige værktøjer til opfyldelse af behandlingsgarantien.
- Der etableres et landsdækkende fagligt netværk bestående af centrale parter, KL, repræsentanter fra kommuner samt bruger- og pårørende-organisationer
- Sikring af data for indberetning om behandlingsgaranti til VBGS Database ('Ventetid for BehandlingsGaranti for Stofmisbrugere').
- Kvalitativ evaluering af indholdet i behandlingen, herunder en beskrivelse af den metodiske udvikling i tilbuddene og udviklingen af nye, fleksible og individuelt tilpassede behandlingstilbud.

Servicestyrelsen står for udmøntningen af de fleste initiativer. Download rapporten og læs om de enkelte initiativer og kontaktpersoner på www.servicestyrelsen.dk.

RUNE KAMSTRUP
FULDMÆGTIG, VELFÆRDSMINISTERIET

– ET PROJEKT OM MOTIVATION AF ARRESTANTER MED STOFMISBRUG

FRIHED TIL AT VÆLGE?

Det er muligt at hjælpe flere indsatte stofmisbrugere i behandling efter endt afsoning. I Nordsjælland har man succes med en målrettet indsats.

AF ANNE MARIE KØBKE OG INGRID LUND SØRENSEN

Selvom mange indsatte i danske fængsler har problemer med stofmisbrug, har den største del af dem ikke erfaring med misbrugsbehandling. Enten er deres stofmisbrug aldrig blevet opdaget, eller også har de ikke fået tilbudt behandling. Og de fleste af dem falder tilbage til misbrug og kriminalitet efter løsladelsen fra fængslet.

I 2005 fik Frederiksborg Amts socialudvalg idéen til at hjælpe fængselsindsatte med misbrugsproblemer i behandling efter afsoningen. Sigtet var at mindske tilbagefald til kriminalitet. To medarbejdere fra Nordsjællands Misbrugscenter fik til opgave at opsøge indsatte borgere med folkeregisteradresser i daværende Frederiksborg Amts kommuner under den sidste del af fængselsopholdet og tilbyde motiverende samtaler. Der blev indgået de nødvendige aftaler mellem Misbrugscentret og Kriminalforsorgen, og projektet kørte i cirka halvandet år. I den periode lykkedes det i flere tilfælde at fastholde brugere i behandling efter løsladelsen.

Som led i den lovpligtige behandlingsgaranti tog Kriminalforsorgen i efteråret 2006 initiativ til at indføre behandlingstilbud på landsplan til stofmisbrugere indsat i fængsler og arresthuse, og det var naturligt at involvere Nordsjællands Misbrugscenter i det nye projekt på baggrund af de erfaringer, vi tidligere havde gjort i fællesskab.

Vi, som er forfatterne til denne artikel, fik tildelt behandlingsopgaven i arresthusene i Hillerød, Helsingør og Frederikssund, og vi har oplevet, at der i arresthusene har været en fin opbakning til projektet, både fra personale og indsatte.

To kulturer mødes

Fra begyndelsen var vi opmærksomme på, at vi kommer fra en kultur, hvor behandling er i centrum, og som er væsentligt forskellig fra den kultur, der findes i arresthusene. Selvom vi var forberedte, var det alligevel en udfordring, der krævede tilpasning, ikke mindst i forhold til de særlige afsoningsregler, der gælder i Kriminalforsorgen.

Vi var derfor meget spændte på, om vores motiverende og løsningsfokuserede behandlingstilgang kunne tilpasses de nødvendigvis mere firkantede systemer i arresterne. Første fase var da også præget af, at vi følte os som gæster, men vi lærte systemerne at kende og kan nu navigere på kryds og tværs og samarbejde med de ansatte.

Særligt i forhold til de indsatte har vi måttet ændre vores hidtidige syn på rammerne for behandling. Vi har lært, at selvom samtalen foregår inden for fængslets ufrie rammer, kan man sagtens arbejde med personens indre motivation for forandring ved hjælp af motivationsteknikker.

Vi vurderer, at den største del af de indsatte, vi har været i kontakt

ANNE MARIE KØBKE,
SOCIALRÅDGIVER
INGRID LUND SØRENSEN,
PÆDAGOG,
NORDSJÆLLANDS MISBRUGSCENTER

med, ikke tidligere har været i nogen form for misbrugsbehandling. Så det er en stor erkendelse for dem at indse, at de 'hurtige stoffer', som de har taget i weekenden, egentlig har været meget dominerende i deres liv og ofte har ledt dem ud i kriminalitet. I forhold til nogle få er det lykkedes os i fællesskab at finde nogle behandlingstilbud inden for fængselsregi i både åbne og lukkede fængsler, som har passet til den enkelte. Vi har selv besøgt flere af disse behandlingstilbud for bedre at kunne danne os et billede af, hvad de indeholdt. Vi har også fået et godt samarbejde med behandlingsafdelingerne, efterhånden som vi har lært personalet at kende.

Det er ofte lykkedes os at hjælpe brugeren til at få øjnene op for de problemer, der er forbundet med et liv præget af misbrug. I mange tilfælde har den indsatte aldrig opfattet sit misbrug som et problem, men som en normal del af tilværelsen. Ved at få lov til at overveje og afklare omkostningerne ved misbruget sammen med misbrugsbehandleren i en ikke-fordømmende atmosfære får mange af brugerne øjnene op for, at det måske er værd at ændre rusmiddelvaner, også efter afsoningen.

Hvordan er det gået?

Det nye projekt har været i gang siden foråret 2007, og indtil nu har vi været i kontakt med i alt 108 indsatte. Nu er det jo ikke sådan, at alle 108 er indgået i lange forløb. Langt de fleste får i første omgang en indledende snak om problemerne uden yderligere opfølgning, og det er en naturlig del af processen, at de indsatte efter den indledende samtale som oftest har brug for at reflektere lidt over deres situation. Nogle vender så tilbage senere for at indgå i et kort motiverende samtaleforløb. Sådan et forløb gennemføres over 2-3 samtaler. Hensigten med samtalerne er at motivere brugeren til egentlig stofmisbrugsbehandling i offentligt eller privat regi, og typisk vil vi slippe kontakten, når den indsatte er kommet i gang med en sådan behandling.

Det er en almindelig erfaring fra al stofmisbrugsbehandling, at resultaterne kommer i det lange seje træk, og at brugeren - og dermed også behandleren - løber ind i mange skuffelser og nederlag undervejs. I det her projekt oplever vi imidlertid både interesse og engagement fra mange af de indsatte og et ønske om at reflektere over deres situation og på længere sigt ændre rusmiddelvanerne. Det virker meget bekræftende og motiverende for os som behandlere at være med i den proces. Vi føler, at vi er med til noget nyt og anderledes, som på trods af, hvad man måske sædvanligvis mener om misbrugsbehandling, virker i forhold til en målgruppe, der ikke tidligere har været gjort synderligt mange forsøg på at motivere for behandling.

Metode

Vores tilgang til arbejdet er baseret på ønsket om at finde selv de mindste tegn på motivation for ændring i livsstil hos brugeren og så at understøtte og forstærke denne spinkle motivation. I arbejdet anvender vi Addiction Severity Index (ASI, der nok vil være mange læsere bekendt), som kortlægnings- og dokumentationsværktøj, og vi har benyttet os af motivationsteknik baseret på Motivational Interviewing, en internationalt anerkendt samtaleteknik.

I arbejdet lægger vi stor vægt på at kunne rumme brugeren, og i og med at vi ved, at vi måske er de eneste besøgende, den indsatte ser i arresthuset, prøver vi også at være underholdende og søger at være troværdige og ægte som samtalepartnere.

Vi søger altså at motivere, afklare og behandle de indsatte. Som bekendt er motivation en flygtig størrelse, som også er meget afhængig af samtalekontaktens hyppighed og omgivelsernes forventninger. Den indsatte befinder sig i et dilemma, fordi vedkommende ofte ikke kan forestille sig, hvordan han eller hun skal bevæge sig hen til et liv uden stofmisbrug. Det er dog vores erfaring, at den indsatte bedre kan koncentrere sig om at tænke på behandling efter domsafsigelsen, og langt flere viser sig også at sige ja til vores behandlingstilbud efter domsafsigelsen end før domsafsigelsen.

Perspektiver

Projektet kører et par år endnu og med mulighed for forlængelse, og allerede nu kan vi sige, at vi vurderer, at projekter som dette er fuldstændig afgørende for en bedre integration af mennesker, som - retfærdigt eller uretfærdigt - er blevet udstødt af samfundet og stemplet som kriminelle. De indsatte har oftest lavt selvværd og meget lidt selvtillid og tro på egne evner, så deres forventninger til livet udenfor er ikke høje. De tror for de flestes vedkommende ikke på en ændret tilværelse og er i en overhængende risiko for at falde tilbage i ny kriminalitet, fordi 'det kender man til'.

Vil vi integration af denne menneskelige ressource, er det nødvendigt, at der ikke bare sørges for misbrugsbehandling, men at man tillige fra samfundets side i meget højere grad står til rådighed med uddannelse, bolig og job.

Afslutningsvis vil vi gerne slå fast, at vi vurderer, at vores projekt kan betragtes som en succes. Vi oplever, at projektet har bevågenhed i Kriminalforsorgen og på vores arbejdsplads som sådan. Ledelsen er interesseret, måske fordi det er ledelsen, der har indgået aftalerne med Kriminalforsorgen. Vi har opnået en vældig god kontakt til de indsatte, som over tid vil føre til, at langt flere indsatte med stofmisbrug vil kunne gennemføre behandling. Vi tror, at vi hos alle dem, vi taler med, får sået et lille frø, der hos mange vil kunne udvikle sig til noget positivt. ■

LUCKY7

Klienter med ANTISOCIALE PERSONLIGHEDSTRÆK

Ud fra sine personlige erfaringer giver en tilbagefaldsterapeut her sit syn på hvordan man kan blive bedre til at møde og hjælpe en meget vanskelig klientgruppe.

AF HENRIK BECK

I mit arbejde gennem de sidste seks år som tilbagefaldsterapeut har jeg dagligt mødt klienter med antisociale personlighedstræk – dog uden at vide særlig meget om denne specielle type klienter. På behandlingsinstitutioner, hos misbrugskonsulenter og i fængsler bliver de betegnet meget forskelligt som: kroniske tilbagefaldsklienter, adfærdsvanskelige, dampklienter, de ulykkelige som ikke besidder evnen til at være ærlige, de farlige kriminelle, gengangerne, overfangerne, de rå, de professionelle klienter….

En stor udfordring for behandlingssystemet

Når denne type klienter skal behandles i det traditionelle behandlingssystem, bliver indgangsvinklen oftest deres misbrugsproblematik, hvilket typisk resulterer i, at de havner i forskellige tilbagefaldsgrupper eller på behandlingsafdelinger i fængslerne rundt om i Danmark. Jeg har igennem de sidste seks år ofte siddet med 3-5 antisociale klienter i behandlingsgruppen, som har haft gentagne tilbagefald. Det skyldes typisk, at deres antisociale problematik ikke har været behandlet, og at de derfor er vendt tilbage til gamle adfærdsmønstre. De har således ikke kunnet lade være med at opsøge kriminelle venner i misbrugs-miljøet, forsøge sig med sort arbejde eller andre kriminelle aktiviteter, begynde at handle med stoffer som stoffri o.l. Dette på trods af, at de ofte har gennemført en eller flere tilbagefaldsbehandlinger, hvor de gentagne gange har fået at vide: 'Hold jer væk fra det gamle kriminelle miljø, og opbyg en ny, hæderlig livsstil.'

Spørger man klienterne om årsagen til deres tilbagefald, hører man ofte svar som: 'Jeg kunne ikke lade være', 'Jeg er anderledes end de andre', 'Jeg havde ikke planer om at tage stoffer, bare at lave nogle hurtige penge', 'Jeg savnede det gamle miljø og spændingen', 'Jeg fik aldrig en chance på arbejdsmarkedet', 'Jeg havde jo ikke andre steder at gå hen, hvor jeg følte mig hjemme og forstået'…..

Disse antisociale klienter sætter virkeligmisbrugskonsulenterne,psykologerne, misbrugsterapeuterne og de ansatte i fængslerne rundt om i Danmark på hårdt arbejde i forsøget på at finde effektive løsninger og egnede døgnbehandlingsinstitutioner, så de kan blive ansvarlige og produktive mennesker i vores samfund igen.

Sammenligner man danske forhold med udenlandske undersøgelser af, hvor udbredt antisocial adfærd er, må man formode, at vi har en ret stor gruppe, som på nuværende tidspunkt ikke har mulighed for den optimale behandling. Især den store gruppe, der er indsat i de danske fængsler, har svære vilkår i dag.

Hvornår er man antisocial?

En antisocial klient har som regel startet en kriminel løbebane som meget ung og udviser et mønster af vedvarende uansvarlighed, manglende respekt for andres rettigheder, manglende skyldfølelse og aggression - som strategi for at overleve psykisk. Ofte har antisociale klienter et godt blik for egne gevinster, og når de ser, at de kan få noget ud af at 'spille spillet', kan de sagtens engageres i behandling.

ALFA-FREDENSBORG er et terapeutisk fællesskab, der har eksisteret siden 2003. På institutionen benyttes blandt andet CENAPS ® modellen til behandling af afhængige misbrugere i forbindelse med afgiftning, stabilisering, omsorg og stoffri behandling. Behandlingstilbuddene omfatter hjælp til problemer med kriminalitet, prostitution, overgrebsproblematikker, depressioner og angst. Institutionen er normeret til 24 personer i døgnophold. Læs mere på **www.alfa-fredensborg.dk.**

Det er utrolig vigtigt for terapeuter, der arbejder med antisociale klienter, at være sikker på, om klienten har en mulig personlighedsforstyrrelse, eller om den pågældende har tillært sig antisociale træk, som typisk forekommer i omgangen med andre antisociale fra det kriminelle misbrugsmiljø eller fra fængselsophold.

En af grundene til, at personer præget af en antisocial personlighed bruger antisocial adfærd, er, at de derved kan bibeholde grandiositet og magt, så de kan undgå et følelsesmæssigt nulpunkt. Det vil sige, at andre mennesker ikke må finde ud af, at de grundlæggende føler sig ikke særligt meget værd som menneske. Dette kommer til udtryk i form af dobbelthed, overfladisk charme, manipulation, negligering af andre menneskers følelser samt bedrag. Deres adfærd præges af præsentation af et falsk ydre, udfordring af autoriteter, brud på regler og en gøren andre til ofre. Når og hvis de 'opdages', er reaktionen ofte at give ofret skylden og/eller at give myndighederne skylden. Antisociale klienter lærer meget sjældent af konsekvenserne af deres handlinger, og dette er en af grundene til, at de kan være svære at behandle effektivt.

LUCKY7

Kriminalitet, stofmisbrug & vold

Én gruppe antisociale klienter er de ikke-voldelige kriminelle klienter med et stofmisbrug. De har alvorlige problemer med stoffer og udviser dårlig dømmekraft, når de er påvirkede eller har abstinenser, men har en forholdsvis lav grad af antisociale træk. De begår typisk kun stofrelateret kriminalitet, herunder handel med stoffer.

Denne type kan stoppe deres afhængigheds- og kriminalitetscyklus, hvis de bliver involveret i en fællesskabsbaseret behandling, der fokuserer på undervisning i helbredelsesfærdigheder, forebyggelse af tilbagefald, hurtig standsning af tilbagefald - hvis det sker - samt faste rammer og afkrævet ansvarlighed.

En anden stor gruppe af antisociale klienter er de stærkt voldelige kriminelle klienter med et stofmisbrug. De har en meget høj grad af antisociale træk, og de har lyst/trang til at begå kriminalitet, selv når de er stoffri. De er involveret i en kriminel kultur/livsstil, som styrker deres antisociale identitet. De finder kriminalitet acceptabel, og handel med stoffer ses som et arbejde. For ikke selv at løbe risikoen lokker de andre til at begå kriminalitet. Denne type kan stoppe deres afhængigheds- og kriminalitetscyklus, hvis der sættes ind tidligt i deres kriminelle karriere. De kan blive afholdende og involverede i behandling for både afhængighed og antisociale træk, hvis de flyttes helt væk fra det antisociale og kriminelle stofmiljø, og hvis de bliver styret og holdt ansvarlige i en lang periode.

Det er min erfaring, at de voldelige typer ofte har en høj grad af motivation på grund af de alvorlige konsekvenser, de har oplevet. Samtidig kan de være meget svære at behandle, fordi de er så hårdt ramt følelsesmæssigt, og fordi de er meget bange for det nye og fremmede. De eksempler, jeg har set, hvor de stærkt voldelige, antisociale klienter har klaret sig godt efter endt behandling, har været, når der har været en massiv opbakning fra misbrugscentret, kommunen og kriminalforsorgen. Det er vigtigt for denne type klienter, at de efter endt behandling kommer i gang med noget nyt og betydningsfuldt, som giver deres liv mening. Det vil sige: arbejde, uddannelse, fritidsaktiviteter, selvhjælpsgrupper o.l.

Når problemerne følges ad

Forbindelsen imellem misbrugsproblemer og en antisocial personlighedsforstyrrelse kan ses i en gensidig prædisponering: Den ene forstyrrelse øger risikoen for at udvikle den anden, fordi symptomerne forstærker hinanden. Antisocial adfærd er i sig selv selvundertrykkende og forårsager smerte og problemer hos den pågældende person. De antisociale klienter bruger eller misbruger afhængighedsskabende stoffer i et forsøg på at fjerne den smerte, som forårsages af brugen af antisocial adfærd. Stimulanser såsom amfetamin og kokain bruges til at øge fornemmelsen af at have magt over tingene, mens beroligende stoffer som alkohol og 'nervepiller' samt smertestillende stoffer såsom heroin og receptpligtige stoffer bruges til at håndtere den smerte, som følger af den antisociale adfærd. Disse stoffer forvrænger dømmekraften og minimerer impulskontrollen, hvilket yderligere øger intensiteten i den antisociale adfærd.

HENRIK BECK
TILBAGEFALDSTERAPEUT
PÅ ALFA-FREDENSBORG

Hvilken behandling – og hvordan?

Klienter med antisocial personlighed søger typisk behandling, når konsekvenserne tvinger dem til det. Deres mål med behandling handler typisk om at slippe for andre menneskers indblanding eller om at slippe for fængsel. De vil typisk kritisere offeret eller samfundet for at klage over dem og ordenshåndhævere for at være onde imod dem. Hvis offeret og ordenshåndhæveren blot ville lade dem være, ville alt være godt.

Det er min overbevisning, at et endnu bedre samarbejde mellem kriminalforsorgen, kommunerne og nogle af de private behandlingsinstitutioner vil kunne hjælpe mange antisociale klienter til at få en bedre tilværelse og til at blive gode og stabile samfundsborgere igen. Foruden at udbygge dette samarbejde bør de behandlingsprogrammer, der anvendes, effektiviseres og forbedres væsentligt, så både terapeuter og klienter kan få gavn af det.

Det er meningsløst og spild af penge at blive ved med at give antisociale klienter traditionel misbrugsbehandling, som den foregår i dag. Der skal i stedet satses på at uddanne fængselspersonale og misbrugsterapeuter i at håndtere disse klienter. Det vil have stor betydning for hverdagen og omgangen med klienter og indsatte. For samfundet vil der være udsigt til store besparelser på områder som politi, retsvæsen, fængsler, forsikring, behandling (grundet færre tilbagefald), og der vil komme flere skatteindtægter ved, at mennesker, der ellers er opgivet af samfundet, muligvis vil komme i arbejde.

Hvad må gøres?

Hvad vil det så kræve rent praktisk og ressourcemæssigt at indføre nye behandlingstiltag rettet mod de mange klienter, der er præget af en antisocial personlighed? Først og fremmest politisk vilje til at ændre de nuværende behandlingstilbud. Det er min vurdering, at der fra politisk side skal stilles krav til kriminalforsorgen, fængselsbehandlingen og til behandlingsinstitutionerne om behandlingsprogrammer, der er specielt designet til klienter med antisocial personlighed. I den forbindelse er det værd at diskutere følgende:

1. Socialrådgivere og misbrugskonsulenter i kommunerne skal have en specialdesignet uddannelse i at screene for symptomer på antisocial personlighed, så de bedre kan udrede og vurdere graden af klienternes antisociale personlighedstræk. Det vil klæde dem bedre på i forhold til at finde de bedst egnede behandlingsinstitutioner til deres klienter.

2. De fængselsafdelinger, arresthuse og kontraktafdelinger i fængslerne, der allerede er begyndt at anvende terapeutiske redskaber i behandlingen af kemisk afhængige klienter, som også har en antisocial personlighed, skal yderligere uddanne deres personale i håndtering af klienter præget af en antisocial personlighed, så de bliver bedre rustet til at udføre struktureret og effektiv behandling af netop denne type klienter.

3. Personalet i landets arresthuse skal uddannes i et simpelt screeningssystem, så de kan udføre forskellige former for screeningstest på de antisociale indsatte. Tests, som kan give et fingerpeg om alvorlighedsgraden af antisociale personlighedstræk samt om graden af motivation og ønske om ændring.

4. Alle førstegangsafsonere, der typisk havner i åbne fængsler, skal – jf. regeringens 'noget for noget' princip - have tilbud om struktureret behandling med henblik på forebyggelse af kriminalitet. Det vil kræve en opgradering af behandlingspladser i fængslerne samt uddannelse af personalet.

5. Dommere og kriminalforsorgens medarbejdere skal oplæres i et simpelt screeningssystem, så de kan teste, om klienter, der ønsker alternativ afsoning, er en antisocial klient, der 'bare vil slippe for afsoning' uden et egentligt ønske om forandring. Testen kan ligeledes give et fingerpeg om, hvorvidt klientens belastningsgrad er så graverende, at ansøgningen om alternativ afsoning skal afslås.

6. Alle offentlige og private behandlingsinstitutioner på misbrugsområdet skal have specielt designede behandlingsprogrammer til håndtering af klienter præget af en antisocial personlighed, fordi omkring 30 – 40% af deres klienter har denne personlighedsforstyrrelse eller antisociale træk, og fordi de rigtige behandlingsprogrammer og uddannelsesmuligheder rent faktisk findes i dag.

Det er min vurdering, at hvis man indarbejder nogle af ovenstående punkter, vil det kunne hjælpe mange antisociale klienter i Danmark til at få en bedre tilværelse og komme tilbage på rette spor. Det vil også hjælpe en masse kolleger, som vil opleve, at deres arbejde bliver mindre besværligt, og de vil få følelsen af at være klædt ordentligt på i forhold til deres arbejde med de antisociale klienter.

I næste nummer af STOF vil jeg beskrive behandlingsprogrammet på Alfa-Fredensborg mere indgående. ■

Antisocial personlighedsforstyrrelse – hvad siger forskningen?

Om antisocial personlighedsforstyrrelse gør fastholdelse i behandlingen lettere eller sværere kommer an på, hvilken behandling man tilbyder.

LUCKY7

AF MORTEN HESSE

Antisocial personlighedsforstyrrelse er en forstyrrelse, der er karakteriseret ved impulsivitet, aggressivitet, mangel på respekt for sociale normer, løgnagtighed, manipulerende adfærd og overskridelse af andres grænser. Men hvor kommer det fra? Og hvad gør det ved behandlingen?

Det er vist, at personer, der senere udvikler antisocial personlighedsforstyrrelse, har haft problemer med deres adfærd fra de tidligste barneår. Antisocial adfærd starter som voldelig, impulsiv og grænseoverskridende adfærd allerede i førskolealderen, og jo mere markant adfærden er i disse tidlige år, jo mere markant og langvarig bliver den antisociale adfærd i voksenårene.

Der ser ud til at være to stærke faktorer i spil: en stærk grad af arvelig disposition[1] og en traumatisk opvækst - især med tidlig indlæring af vold som kommunikationsform fra både familie og opvækstmiljøet udenfor familien[2].

Man kan sige, at man skal have en vis medfødt sårbarhed for antisocial adfærd, sammen med tidligt at blive præsenteret for modeller for vold, for at have risiko for at udvikle antisocial personlighedsforstyrrelse.

Hvad betyder antisocial personlighedsforstyrrelse for behandlingen?

Når man ser på symptombilledet kunne antisocial personlighedsforstyrrelse meget vel tænkes at have en negativ indflydelse på behandlingen: antisocial, grænseoverskridende, manipulerende adfærd, uærlighed og uforudsigelighed. Behandlere har det da også med at føle sig på vagt, når de er i kontakt med antisociale klienter, og føle sig mindre til nytte og mindre sikre på, hvad de skal stille op med sig selv. Man kunne også meget vel forestille sig, at antisociale klienter er svære at beholde i behandling, og at de har det med at være i svingdøren.

Men hvad er realiteten? Lidt mere kompliceret end som så. En gennemgang af litteraturen, som Center for Rusmiddelforskning for nylig publicerede, viste, at det afhænger ret meget af, hvilken behandling man taler om[3]. I ambulant stoffri behandling - hvor man har en høj grad af forpligtelse til at klare at møde op selv og overholde

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

forpligtelser overfor behandlere og eventuelt andre i en gruppe - er der en ret klar tendens i retning af, at personer med antisocial personlighedsforstyrrelse ikke holder så længe i behandlingen, som andre uden antisocial personlighedsforstyrrelse. I metadonbehandling er der ikke rigtig nogen klare tendenser: Der er kun gennemført to undersøgelser, og den ene viste en fordel for antisociale, den anden en ulempe.

Endelig i Terapeutiske Samfund - hvor man arbejder i døgnbehandling og i høj grad bruger fællesskabet som metode - er det statistisk set en lille fordel at være antisocial. Godt nok er der igen kun to undersøgelser, men de er ganske store og velgennemførte, og understøtter i hvert fald ikke synet på antisociale personer som 'håbløse tilfælde'. Om antisocial personlighedsforstyrrelse gør fastholdelse i behandlingen lettere eller sværere, kommer altså an på, hvilken behandling man tilbyder.(se tabel1)

Kriminalitet og antisocial personlighedsforstyrrelse

Et centralt element i antisocial personlighedsforstyrrelse er overskridelse af samfundets normer. Det er vist mange gange, at antisocial personlighedsforstyrrelse er forbundet med tidligere kriminalitet, når man indskrives i behandling. Men hvordan ser det ud fremad?

Forskningen viser, at der er stor variation i sammenhængen mellem antisociale træk og kriminalitet. Seks undersøgelser har vist, at antisociale stof- og alkoholmisbrugere er mere kriminelle end andre, tre at der ingen forskel er og to at antisociale faktisk var mindre kriminelle end andre. Ny forskning lavet i et samarbejde mellem Lund Universitet, Center for Rusmiddelforskning og Socialforskningsinstituttet er på vej, og tyder på, at der er markante forskelle, som holder over mange år. Dette tyder på, at når undersøgelserne hidtil har vist forskellige resultater, så kan det også skyldes relativt begrænset tid i opfølgningsundersøgelserne og små størrelser på de enkelte undersøgelser.

Funktionsniveau i øvrigt

Ret få undersøgelser har set på, hvordan antisociale specifikt fungerer. En undersøgelse har rapporteret, at antisociale har flere symptomer og fungerer dårligere i deres relationer i efterbehandling[4]. Dette er dog en gruppe, som er lidt speciel. I efterbehandlingsperioden er det muligvis anderledes at have en historie med antisocial personlighed, end hvis man er i behandling aktuelt. En anden undersøgelse, med mere blandede patienter viste, at antisociale i høj grad har problemer med selvforsørgelse, og der fandtes ligeledes indikationer på, at forholdet til deres egne børn var problematisk [5].

Afsluttende bemærkninger

Næppe nogen anden psykiatrisk diagnose har nydt så meget interesse blandt forskere og behandlere af stofmisbrugere som antisocial personlighedsforstyrrelse. Derfor er det paradoksalt, at der har været så lidt interesse for at inddrage antisocial personlighedsforstyrrelse aktivt i behandlingen af alkohol- og stofmisbrugere. Men heldigvis er interessen for at se på antisocial personlighed som noget, der kan og skal behandles, ved at vinde frem - frem for at se det som en 'negativ prognostisk faktor' eller en undskyldning for ikke at behandle. ■

REFERENCER

1. Nigg, J.T. & Goldsmith, H.H.: Genetics of Personality Disorders: Perspectives from Personality and Psychopathology Research. Psychological Bulletin. 115(3): p. 346-380. 1994.
2. Bernstein, D.P., Stein, J.A. & Handelsman, L.: Predicting Personality Pathology among Adult Patients with Substance Use Disorders: Effects of Childhood Maltreatment. Addictive Behaviors. 23(6): p. 855-868. 1998.
3. Hesse, M. & Pedersen, M.U.: Antisocial Personality Disorder and Retention: A Systematic Review. Therapeutic Communities: International Journal of Therapeutic Communities. 27(4): p. 495-504. 2006.
4. McKay, J.R., et al.: Prognostic Significance of Antisocial Personality Disorder Cocaine-Dependent Patients Entering Continuing Care. The Journal of Nervous and Mental Disease. 188(5): p. 287-296. 2000.
5. Fridell, M., Hesse, M. & Johnson, E.: High Prognostic Specificity of Antisocial Personality Disorder in Patients with Drug Dependence: Results from a Five-year Follow-up. American Journal on Addictions. 15(3): p. 227-32. 2006.

TABEL 1. ØGER ANTISOCIAL PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSE RISIKOEN FOR AT MAN FALDER FRA I BEHANDLINGEN?

TYPE AF BEHANDLING	ANTAL UNDERS.	ANTAL PERS.	KONKLUSION
TERAPEUTISK SAMFUND	2	573	ANTISOCIAL PERSONLIGHED MINDSKER RISIKO FOR FRAFALD
METADONVEDLIGEHOLDELSE	6	1344	INGEN KONSISTENTE SAMMENHÆNGE
AMBULANT STOFFRI BEHANDLING	4	704	ANTISOCIAL PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSE ØGER RISIKO FOR FRAFALD

LUCKY7

Tre nye ph.d.-projekter og en afsluttet ph.d. på Center for Rusmiddelforskning

HVAD ER EN PH.D.?

Ph.d., (af eng. *Ph.D.* eller *PhD*, fork.f. nylat. *philosophiae doctor*), akademisk grad, der har sit udspring i det system af akademiske grader, som blev udviklet ved de middelalderlige europæiske universiteter. Ph.d.-graden kendes i dag først og fremmest fra den angelsaksiske verden, hvor det er den højeste grad, man kan erhverve ved et universitet. I Danmark blev betegnelsen ph.d. indført i 1992 som erstatning for licentiat ud fra et ønske om at gøre denne grad internationalt genkendelig. Normalt opnås ph.d.-graden som resultat af en treårig formaliseret forskeruddannelse under vejledning ved et universitet afsluttet med udarbejdelsen af en større selvstændig videnskabelig afhandling. Der er dog undtagelsesvis mulighed for at erhverve graden ved at indlevere en afhandling til et universitet, uden at man er indskrevet som forskerstuderende. Ph.d.-graden eller tilsvarende videnskabelige kvalifikationer er mindstekravet ved fast ansættelse i en videnskabelig stilling ved et universitet eller anden forskningsinstitution.

Antallet af ph.d.-studerende er vokset stærkt siden begyndelsen af 1990'erne som konsekvens af en bevidst satsning på at styrke den fremtidige forskerrekruttering. *Gyldendals encyklopædi*

Rusen i det fremmede

LUCKY7

AF SÉBASTIEN TUTENGES

Hvert år rejser millioner af unge fra vestlige lande til udlandet i en til to uger. Mange af disse rejsende vælger feriedestinationer med en stor festscene og et bredt udvalg af billige rusmidler. Det lader til, at de unge vil *feste igennem*. Men hvorfor egentlig rejse til udlandet for at feste? Hvordan opfører de unge sig i de udenlandske festbyer? Hvordan er deres omgang med rusmidler? Hvad er det sjove ved en druktur i fremmede omgivelser? Og hvilke erfaringer og vaner bringer de unge med sig hjem? Det er den slags spørgsmål, dette ph.d. projekt skal belyse.

Festturismen fik for alvor danskernes opmærksomhed i sommeren 2007. Årsagen var en række dødsfald, voldtægter og overfald i den bulgarske 'festby' Sunny Beach. Aviserne var spækket med alarmerende overskrifter såsom: 'Danskerne er internationale drukkonger', 'På ferie i helvedes forgård', 'Lokker unge til at drikke sig ihjel', 'Hjem fra bulgarsk drukhelvede', 'Drikker hjernen ud', 'Sparket bagi for at tisse' og så videre og så videre. En lang række aktører kom på banen for at forsvare eller angribe fænomenet festrejser, men midt i tumulten var der en gruppe, der kun en sjældent gang kom til orde: de unge selv.

Vi kender scenariet fra tidligere mediestorme – for eksempel den om 90'ernes teknofester. I debatten har vi på den ene side offentligheden, repræsenteret af journalister, politikere og andre med ordets magt. Blandt denne offentlighed af voksne er der en tendens til at fokusere på festlighedernes negative konsekvenser. På den anden side er der de unge, som – når de ellers bliver spurgt – har en tendens til at betone festens positive sider. En forståelseskløft adskiller de bekymrede voksne og de festglade unge, og dette er et problem. Effektiv forebyggelse forudsætter gensidig forståelse og respekt.

Dette projekt sigter mod at skabe større forståelse for de unge og deres festoplevelser i det fremmede. Tilgangen er i vid udstrækning fænomenologisk: Det handler om at nå bagom de deprimerende nyhedsoverskrifter og komme helt tæt på de unges egne oplevelser i nattelivet. For at dette skal lykkes, vil jeg studere unge danskere, mens de opholder sig i de bulgarske feriebyer Sunny Beach og Golden Sands.

Jeg har tidligere, positive erfaringer med at udføre feltarbejde blandt unge i henholdsvis Ringsted, Sydfrankrig og på Roskilde Festival. Alle steder er jeg blevet taget imod med stor venlighed og åbenhed. Unge vil heldigvis gerne have en forsker med på slæb til privatfester, drukklubber, på gadehjørnet, og hvor de nu ellers indtager rusmidler. Det er ikke svært at indsamle data om unges rusvaner. Spørgsmålet er, hvordan man får gode data?

Min strategi er at bosætte mig i højsæsonen blandt danskere i Sunny Beach og Golden Sands. Herved får jeg mulighed for at være i nærheden af de rejsende og tage del i deres daglige gøren og laden. Den daglige kontakt med de unge vil utvivlsomt afstedkomme spontane og uformelle samtaler om festerne og festscenen i Bulgarien, og netop uformelle samtaler er frugtbare, når man interesserer sig for noget så uhåndgribeligt som stemning, musikoplevelser, seksualitet og rus. Folk slapper lettere af, når de ikke er konfronteret med en båndoptager og en spørgeguide, og de får nemmere ved at finde de rette ord.

Ulempen ved uformelle samtaler er, at de gør det svært at registrere eksakte formuleringer og længere udredninger. Derfor vil jeg lave en række båndede interviews med både enkeltpersoner og grupper. Berusede individer har svært ved at bevare fokus og formulere sig, og de har det med at afsløre informationer, som de normalt ville hemmeligholde. Derfor vil jeg kun lave båndede interviews med ædru personer.

Blandt antropologer er det god skik for feltarbejde at udføre 'deltagerobservation'. Hvis man interesserer sig for nepalesiske landmænd, så er det for eksempel en god idé at gå med ud i marken og føle på egen krop, hvordan det er at pløje jorden, så frø, vente på

regn og så videre. Og hvis man interesserer sig for fest, så kan man få meget ud af at deltage aktivt i festlighederne for at leve sig ind i, hvordan de studerede oplever musikken, rusen og så videre. Nogle feltarbejdere er gået meget langt i deres bestræbelser på at deltage. Carlos Castaneda påstår i sine bøger, at han i studiet af shamanisme indtog en lang række eksotiske stoffer for på egen krop at sanse rusen. Kroppen bliver et arbejdsredskab, der skal tilvejebringe data. Der er imidlertid mange problemer knyttet til at udføre deltagerobservation blandt alkohol- og stofbrugere. Man kan nemt komme på kant med loven, og aktiv festdeltagelse flere uger i træk er både usundt og enormt anstrengende. Derfor vil jeg ikke deltage, men blot observere de festende danskere i Bulgarien. Og systematisk observation som metode skal man bestemt ikke kimse af. Selvom rus i princippet kun kan opleves indefra af den berusede selv, så kommer indre sansninger til udtryk i handling og tale. Er man til teknofest med en flok kokain-påvirkede unge, kan man sagtens - ved simpelthen at være tilstede - få et godt indtryk af deres indre sindstilstand. Selvom man er pinligt ædru (og nogle gange kan det faktisk være ret pinligt at være ædru, når alle andre er berusede), så kan man næsten ikke undgå at blive 'smittet' af de andres rus. Rus breder sig hurtigt i en folkemængde og kryber ind under huden på selv den mest tilbageholdende og ædru festdeltager. Så ved at interviewe og observere de unge, regner jeg med at få gode oplysninger om, hvordan de oplever rusen i det fremmede.

Den sidste metode jeg vil tage i brug i Bulgarien er spørgeskemaundersøgelser. I samarbejde med min kollega Morten Hesse vil jeg blandt andet forsøge at kortlægge omfanget af og karakteren af rusmiddelforbruget blandt danske rejsende samt belyse de skader, de pådrager sig under ferien. Vi har en ambition om, at disse oplysninger skal hjælpe med at formulere en strategi for, hvordan man bedst kan begrænse skaderne blandt de millioner af vestlige unge, der hvert år rejser udenlands for at feste. ■

LITTERATUR:

Bellis et al.: The Role of an International Nightlife Resort in the Proliferation of Recreational Drugs. I: Addiction 98: 1713-1721. 2003.

Bülent, D. & Laustsen, C.B.: Sol, sommer, strand... og biopolitik. I: Dansk Sociologi nr. 4: 83-97. 2004.

Smeaton, G., Josiam, B. M. & Dietrich, U. C.: College Students' Binge Drinking at a Beach-Front Destination during Spring Break. I: Journal of American College Health 46: 247-254. 1998.

Tutenges, S.: Gold n' Metal - en beretning om rus. I: Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 22(6): 429-446. 2005.

www.duf-rejser.dk

OM FORFATTEREN:

UDDANNELSE: Antropolog

ARBEJDSPLADS: Ansat som studentermedhjælper og senere forskningsassistent på Center for Rusmiddelforskning siden 2004.

PH.D.-PROJEKTET UDFØRES I PERIODEN MAJ 2007 – MAJ 2010.

MAIL-ADRESSE: SebastienTutenges@crf.dk

Etniske minoriteter, rusmidler og socialt arbejde

AF BJARKE NIELSEN

Hvad stiller man op med 'kultur' og 'etnicitet' i misbrugsbehandlingssystemet? Inden for de seneste årtier er etnicitet og misbrug opstået som et nyt problemfelt både i det sociale hjælpesystem og i misbrugsbehandlingssystemet. Det 'kulturelle' eller 'etniske' *kan* dermed være et fokus i behandlingspraksis. Men er det det? Og ses forståelse af kultur eller etnicitet som forudsætning for at opnå forståelse for klienterne og tilbyde kvalificeret hjælp? Eller opleves kultur eller etnicitet nærmere som en barriere, der synes svær at overskride af frygt for netop det, der opfattes som den andens kultur (Hjarnø 1996, Schierup 1993)? Dette ph.d.-projekt har til formål at belyse følgende hovedspørgsmål:

- Hvilke muligheder skabes i møder mellem socialarbejdere og etniske minoriteter med et rusmiddelmisbrug? Hvilke løsninger og begrænsninger opstår for eksempel som 'selvfølgelige' i praksis og hvorfor?
- Hvilke parametre af etniske minoriteters liv og fortælling inkluderes eller ekskluderes i mødet med hjælpesystemet?

Groft skitseret kan man konstruere følgende kontinuum: Det 'kulturelle' kan nedtones eller opprioriteres (her er det yderpunkterne): Enten kan den etniske 'anden' integreres i det eksisterende behandlingssystem eller ikke. Er sidstnævnte tilfældet udvikles og/eller målrettes indsatser specielt i forhold til etniske minoriteter. Spørgsmålet er altså blandt andet, om og hvordan kultur spiller en rolle i arbejdet med at hjælpe marginaliserede mennesker, snarere end om det er godt eller skidt at fokusere på kultur.

Sundhedsstyrelsen skønner, at der ca. er 27.000 afhængige, behandlingskrævende stofmisbrugere i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2006). Af den gruppe er ca. 13.300 i en form for behandling. Rapporten *stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark* (ALS research 2005) anslår, at ca. 8 % af personerne i stofbehandling tilhører etniske minoriteter, hvilket svarer til minoriteternes andel af hele befolkningen.

I forskningsregi er relationen mellem etniske minoriteter, stofmisbrug og socialt arbejde underbelyst i dansk såvel som i skandinavisk regi. De få rapporter, der eksisterer på området, har hovedsagelig karakter af at være evalueringer (Berg 2002, Staunæs 1998, Wittrup 1997). Der er således et hul i den eksisterende forskning i Danmark på området, hvad angår implikationerne af dette nye 'problemfelt' sammenholdt med samfundsmæssige og socialpolitiske vilkår for etnisk 'andre' misbrugere. Trækker man problemfeltet op i international sammenhæng, har fokus som oftest været af mere epidemiologisk karakter. Altså, hvorfor ser vi misbrug blandt nogle kulturelle grupper og ikke hos andre? (Se fx, Adrian 2002, Finn 1994, Maddux & Desmond 1996, Manderson 1999). Den x-faktor, de har arbejdet med i forklaringen af forskelle i alkohol- eller stofbrug, har så været noget, der har været kaldt kultur. Men det er stadig ikke belyst, hvordan noget kulturelt tillægges mening i behandlingspraksis og hvorfor. I forlængelse heraf skriver dette studie sig ind i nyere forskning i etnicitet og grænsedragelse mellem grupper, idet studiet ikke antager, at kulturforskelle eksisterer i sig selv (se eksempelvis Barth 1989, Eriksen 2006, Brubaker 2002).

Den hidtidige sociologiske forskning i socialt arbejde og system-klient relationen har ofte været fokuseret på selve denne relation og/eller på 'statens' målsætninger i forsøget på at normalisere borgeren. Denne forskning har belyst mange vigtige områder, men der har samtidig været en tendens til at se socialarbejderes handlefrihed (eller mangel på samme) som et produkt af vedtagne, nedskrevne normer og retningslinier, og brugerne er til tider fremstillet som oversocialiserede i forhold til institutionernes krav. Det er projektets mål at forstå, hvilke parametre - som fx. misbrug, social klasse og/eller kultur - der prioriteres i det sociale arbejde – for at forandring og dermed forbedring eller stabilisering kan iværksættes. Ambitionen er at åbne og etablere et forskningsfelt, så et fokus på møder mellem systemet - her socialarbejdere i misbrugssektoren - og klienterne - her etniske minoriteter - forstås i forhold til de muligheder, der er til stede for henholdsvis socialarbejderen i misbrugs-

sektoren og (mis)brugeren. Dvs. at hjælpesystemet også må forstås i relation til forandringer i socialpolitikken og statens forestillinger om 'det gode samfund' og 'den gode borger'. Mere generelt rettes fokus mod:

- Hvordan det nye 'problemfelt' tænkes i det sociale arbejde i forhold til, hvad der opfattes som den rette, mest hensigtsmæssige eller gode hjælp?
- Er der andre typer af problemer på spil i arbejdet med etniske minoriteter i forhold til etniske danskere?
- Er det ønskeligt at etablere særtilbud til etniske minoriteter og i givet fald hvorfor?

For at få viden om relationerne mellem 'etniske minoriteter, rusmidler og socialt arbejde' er det helt afgørende, at projektet undersøger, hvad der sker i praksis. På den ene side er dette vigtigt for at undgå, at skrivebordsforskning kommer til at stå alene. På den anden side er problemfeltet stadig så relativt nyt og uudforsket i Danmark og Skandinavien, at der ikke er én dominerende måde at angribe eller forstå det på i det sociale arbejdes praksis (Berg 2003, ALS-Research 2005). Udgangspunktet for at belyse denne problemstilling er derfor, at frugtbar forståelse og forklaring sker i et kontinuerligt samspil mellem teori og empiri. Metoden for projektet vil være kvalitativt orienteret (jf. den sociologiske og antropologiske tradition herfor) og tage form gennem brug af observationer, interview og skriftligt materiale.

Studiet håber først og fremmest at bidrage med en nuanceret forståelsesramme af fænomener, der sandsynligvis trækker på flere forklaringsrammer end én. At kunne se mønstre bagved praksis og dermed videreformidle de forklaringsrammer og rationaler, der trækkes på for at hjælpe brugerne, vil være et væsentligt bidrag fra dette studie. Dette vil relateres til forandringer i socialpolitikken, velfærdsstaten og ikke mindst integrationspolitikken.

Nogle spørgsmål kan være: Føler etniske minoriteter sig eksempelvis misforstået eller marginaliseret i behandlingssystemet og hvorfor? Er socialarbejdere og behandlere frustrerede i forhold til denne meget forskelligt sammensatte målgruppe? Er nogle ligefrem trætte af at tale om kultur, hvis de mener, at det faktisk er misbrugets omfang og sociale bibetydninger, der er hovedområdet? Hvilke løsninger fungerer i praksis?

Et systematisk, kvalitativt studie af socialarbejderes og etniske brugeres oplevelser af og erfaringer med behandlingssystemet kan identificere eventuelle problemfelter og praksisløsninger. ■

LITTERATUR:

For videre læsning, se blandt andet:

Adrian, M.: A Critical Perspective on Crosscultural Contexts for Addiction and Multiculturalism: their Meanings and Implications in the Substance Use Field. Substance Use & Misuse 37, 8-10: 853-900. 2002.

Als-Research: Stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark. www.alsresearch.dk . København. 2005.

Barth, F.: The Analysis of Culture in Complex Societies. Ethnos 54, III-IV. 1989.

Berg, E.: Terapeutisk offentlighet - en kompleks hybrid. Hvorfor avbryter (en del) innvandrere behandlingen? Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskift 19, 3: 171-185. 2002.

Berg, E.: Samhandlingens Monolog. En studie av interaksjon mellem klienter med invandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelbrukere. Rapport nr. 1/2003. Sirus. Oslo. 2003.

Brubaker, R.: Ethnicity without Groups. European Journal of Sociology 43, 2: 163-189. 2002.

Eriksen, T. H.: Diversity versus Difference: Neo-liberalism in the Minority Debate. In The Making and Unmaking of Difference, ed. Rottenburg, Schnepel & Shimada. Transaction. Bielefeld. 2006.

Finn, P.: Addressing the Needs of Cultural Minorities in Drug Treatment. Journal of Substance Abuse Treatment 11, 4: 325-337. 1994.

Hjarnø, J.: Er kultur et relevant begreb i social rådgivning? Dansk Center for Migration og Etniske Studier. Sydjysk Universitetsforlag. 1996.

Maddux, J. F. & Desmond, D. P. :Ethnic Matchning of Caseworker and Patient in Methadone Maintenance. Journal of Substance Abuse Treatment 13, 3: 233-239. 1996.

Manderson, D.: Symbolism and Racism in Drug History and Policy. Drug and Alcohol Review 18: 179-186. 1999.

Schierup, C.-U.: På kulturens slagmark. Mindretal og størretal taler om Danmark. Sydjysk Universitetsforlag. Esbjerg. 1993.

Staunæs, D.: En 'Anden' Bruger - behandling af misbrugere med etnisk baggrund. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. 1998.

Sundhedsstyrelsen: Narkosituationen i Danmark 2006. Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug. EMCDDA. Sundhedsstyrelsen. 2006.

Wittrup, I.: Også ung i Århus - en etnografisk undersøgelse af unge flygtninge og indvandreres brug af rusmidler i Århus. Århus Kommune og Center for Rusmiddelforskning. Institut for Statskundskab, AU. 1997.

OM FORFATTEREN:

UDDANNELSE: Cand.mag. i antropologi

ARBEJDSPLADS: Ansat som forskningsassistent på Center for Rusmiddelforskning siden marts 2005.

I perioden frem til ph.d.-projektets start har arbejdsopgaverne bl.a. været at lave interview med stofmisbrugere i fængselssystemet og i metadonbehandling samt med alkoholikere efter endt døgnbehandling.

PH.D.-PROJEKTET UDFØRES I PERIODEN JULI 2007 – JULI 2010.

MAILADRESSE: bn@crf.au.dk.

Cannabiskontrol i København siden 2000

AF KIM MØLLER

Dette ph.d.-projekt skal belyse virkningerne af de seneste års ændringer i dansk hashpolitik. Problemstillingen er aktualiseret af det stærke, politiske fokus på hashmarkedet siden 2000.

Danmark har traditionelt skilt sig ud fra majoriteten af de lande, vi sammenligner os med, ved at føre en nedkriminaliseret hashpolitik. Denne politik blev defineret af en række cirkulærer udstedt af Rigsadvokaten i slutningen af 60'erne og starten af 70'erne. I alt væsentlighed gik politikken ud på, at politiet ikke skulle bruge ressourcer på at uddele bøder til folk, der kun havde hash til eget forbrug på sig - det vil sige mindre end ti gram.

Denne politiske linje har ikke været uproblematisk. Brugerne køber jo deres hash et sted, og hvor der er en efterspørgsel, vil der også være nogen til at imødekomme den. Her opstår problemet: Hvor meget hash kan man sælge, førend det bliver mere end tilfældigt små-salg og antager karakter af organiseret kriminalitet? Det er et dilemma ved den traditionelle danske hashpolitik, der aldrig er blevet taget entydigt stilling til. Et godt eksempel herpå er, da politiet rykkede ind på Christiania i 1992 og forsøgte at dæmme op for hashhandelen. I politiets øjne var det en organiseret distribution, der foregik, hvilket ikke burde være dækket af Rigsadvokatens cirkulærer. Det var oplagt provokerende, at et så systematisk og synligt salg med illegale stoffer fandt sted midt i København. Daværende justitsminister Erling Olsen (S) var dog ikke enig i aktionen. Som politiets øverste chef beordrede han politiet til at være mere tilbageholdende over for, hvad han fortolkede som små-salg med henvisning til Rigsadvokatens cirkulærer. Det var politiet selvfølgelig svært utilfredse med, efter at de havde brugt tid og kræfter på indsatsen. De havde ikke noget valg og trak sig ud af Christiania, hvorefter hashmarkedet straks blomstrede op igen.

Op igennem 1990'erne steg ungdommens forbrug af hash i Danmark, som så mange andre steder i øvrigt. Dette store forbrug resulterede i, at handelen nu blev særdeles tydelig i det Københavnske gadebillede. Omkring 2000 var der anslået 140 hashklubber i København og omtrent 40 boder ude på Christiania - foruden al gadehandelen rundt om i byen, som ingen havde overblik over. Så synligt et marked udstillede dilemmaerne i Rigsadvokatens cirkulærer, og de mange sorte penge, der blev tjent på handelen, udfordrede samfundsøkonomiens moralske fundament. At politiet var trætte af situationen siger sig selv, men der var ikke meget, man kunne gøre mod så omfattende et problem.

Det stod klart, at det kun var et spørgsmål om tid, førend politikerne måtte gøre noget.

Processen tog fart omkring 2000. Siden da har Folketinget vedtaget to love med direkte adresse til hashmarkedet og yderligere tre love, der muliggør politiets håndhævelse af disse love. Skillelinjen i fortolkningen af Lov om euforiserende stoffer – mellem brugere og små-salg på den ene side og organiseret distribution på den anden – er blevet ophævet. Med de nye regler har politiet i København iværksat flere større aktioner rettet mod det synlige hashmarked. Kronologisk lukkede man først hashklubberne og fokuserede herefter kræfterne på Christiania.

Mit projekt går ud på at undersøge, hvordan disse lovændringer og politi-aktioner har påvirket markedet og forbruget. Det undersøger jeg med udgangspunkt i en forståelse af sorte markeder som betinget af risiko og priser, hvor det analytiske koncept er baseret på en integration af økonomisk og kriminologisk teori. International økonomisk forskning i sorte markeder har vist, at man ved at sammenholde udtryk for politiindsatsen med prisudviklingen på hash kan analysere sammensætningen af markedet. For eksempel: Tjener de, der sælger hash, færre penge nu end før lovændringerne? Når man yderligere inddrager kriminologisk teori om risikovillighed hos sælgere og købere, kan man forklare en række strukturelle forandringer

i markedet. Skræmmer man nye brugere væk ved at gøre det mere besværligt at købe hash?

I yderste instans handler al narkotikapolitik om at reducere forbruget af illegale stoffer og om at minimere den involverede kriminalitet. Det er ikke min ambition med afhandlingen at svare entydigt på, om det er tilfældet i den periode, jeg undersøger. Dertil er der for mange faktorer, der opvejer hinanden, og for mange usikkerheder i de tilgængelige data. Jeg håber dog på at kunne opregne en række virkninger og konsekvenser, som det utrænede øje ikke umiddelbart kan identificere.

Her er vi fremme ved motivationen til at sidde og forske i sådan noget som hashmarkedet. Primært synes jeg, at kriminologi er utroligt spændende, sekundært at narkotikapolitik er det. Spændingsfeltet mellem de to kan jeg ikke få nok af. At emnet blev hashmarkedet skyldes de ydre omstændigheder: Markante lovændringer efterfulgt af en omfattende politiindsats, det er godbidder for en kriminolog.

Da jeg satte mig nærmere ind i forskningen på området, blev jeg bekræftet i, at jeg har fundet en relevant problemstilling: For det første er hashmarkedet det mindst studerede af markederne for illegale stoffer. Der vides rimeligt meget om, hvordan distributionen og salget af kokain og heroin fungerer, men det er meget få forskere, der har taget fat på hashmarkedet. En rimelig formodning er, at det skyldes, at hashen i forhold til de to andre stoffer – trods alt – er mindre farligt. En observation, der bekræfter denne påpegning, er, at jeg ikke kender til andre lande, der i disse år omlægger deres hashpolitik i en skærpende retning. Al anden forskning om hashmarkedet handler enten om specifikke markeder eller om, hvad der sker, når man nedkriminaliserer.

Mere generelt har jeg interesseret mig for narkotikapolitik siden midten af halvfemserne, hvor jeg boede på Vesterbro. Her kunne jeg dagligt på første hånd observere problemerne med særdeles aggressive afrikanske pushere på Istedgade. Det var sådan dengang, at de uopfordret kom op til én og spurgte, om man skulle købe coke eller heroin. Det var en klart uacceptabel situation for beboerne, men det var ikke muligt for politiet at få dem til at blive væk. De var altid tilbage på deres plads ganske kort tid efter, at de havde været arresteret.

Situationen kom til offentlighedens kendskab i form af en kampagne, hvor Ekstra Bladet trykte billeder af pusherne på forsiden. Efterfølgende blev den såkaldte Pusherlov så vedtaget. Den skærpede straffen for gentagne handler med meget små mængder særligt skadeligt stof. Denne skærpelse medførte, at myndighederne nu kunne udvise disse pusherne fra Danmark. Loven var en succes, da den gjorde det muligt at fjerne de akutte problemer på Istedgade. Pusherne blev ganske enkelt smidt ud af landet én efter én.

Senere gik den Europæiske Menneskerettighedsdomstol så ind og underkendte Højesterets udvisningsdomme med henvisning til kravet om proportionalitet mellem forbrydelse og straf. Det var fagligt set en utroligt spændende udvikling. Menneskerettighedskonventionen er inkorporeret i dansk ret, hvilket vil sige, at den principielt har samme juridiske status som Grundloven. For at løse problemerne på Istedgade havde Folketinget altså vedtaget en lov i strid med landets vigtigste, retlige principper. Det var ikke sket siden Tvindloven – og, så vidt jeg ved, hverken før eller siden. Eksemplet illustrerer narkotikakontrollens konstante dilemma: Hvordan løser man akutte problemer uden at overskride grænsen for acceptable midler? ■

LITTERATUR:

Kim Møller har skrevet følgende artikler i STOF om beslægtede emner:
Pengevask og narkotikadistribution. STOF nr.9. 2007.
Hvad sker der med hashmarkedet? STOF nr.7. 2006.
Hvor organiseret er narkotikakriminalitet? STOF nr.7. 2006.

OM FORFATTEREN:
UDDANNELSE: Cand.scient.adm.
ARBEJDSPLADS: Forskningsassistent på Center for Rusmiddelforskning siden 2005.
PH.D.-STUDERENDE FRA JUNI 2007 TIL JUNI 2010.
MAIL-ADRESSE: km@crf.dk

ER DET MANDEN, DER STYRER STOFFERNE, ELLER ER DET STOFFERNE, DER STYRER MANDEN?

AF ESBEN HOUBORG

Jeg indleder afhandlingen med det spørgsmål, der står i overskriften: 'Er det manden, der styrer stofferne, eller er det stofferne, der styrer manden?' for der findes mange forskellige måder at forstå og håndtere stofmisbrug på. Den problemstilling, jeg har valgt at studere, er de forskellige måder at forstå, forklare og håndtere stofmisbrug på. Min tilgang har været at følge, hvordan forskellige aktører har forholdt - og forholder - sig til stofmisbrug. Det har jeg gjort gennem følgende undersøgelser:

1. En historisk undersøgelse af, hvordan ungdomsnarkomanien har udviklet sig til et behandlingsproblem i 1960'erne og hvordan en særlig behandlingsstrategi har udviklet sig i forhold til dette.
2. En historisk undersøgelse af de forskellige roller, som metadon har været tildelt i den officielle behandlingspolitik.
3. En undersøgelse af, hvordan stofmisbrug forstås, forklares og håndteres i to forskellige behandlingssammenhænge og af gadeplansarbejdere.
4. Endelig en undersøgelse af, hvordan stofmisbrug og behandlingen af stofmisbrug fremstilles i klientjournaler.

Arbejdet med de fire forskellige slags analyser har bl.a. bestået af følgende:

Problemet ungdomsnarkomani

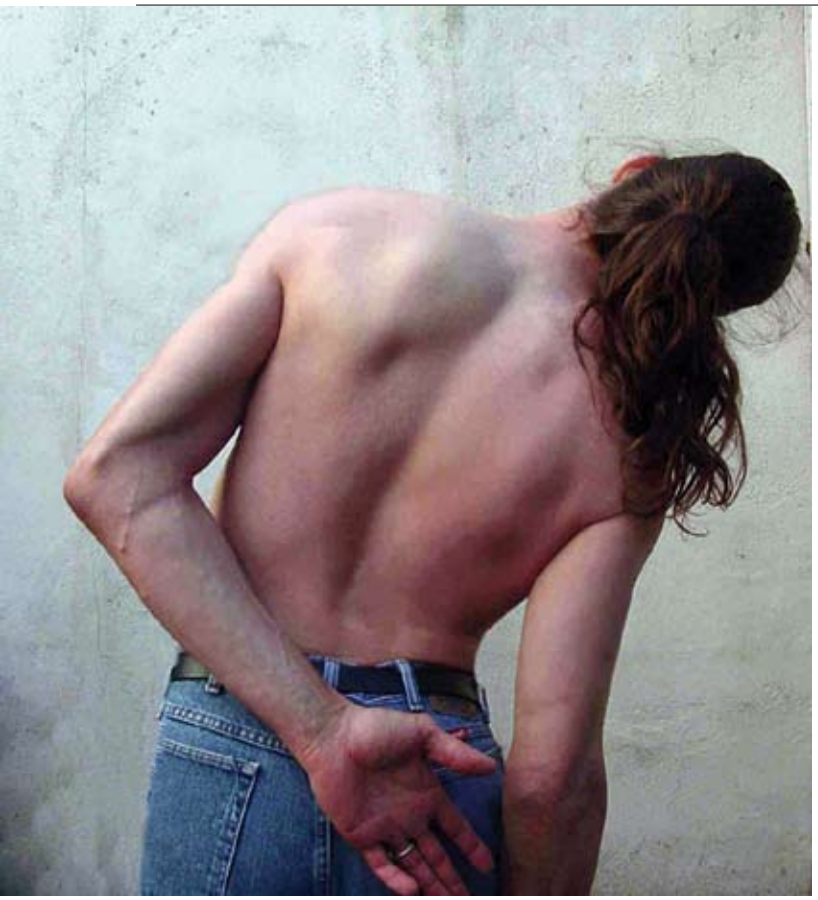
For det første en historisk analyse af, hvordan stofmisbrug er blevet et sociologisk fænomen, som er betinget af dårlige sociale forhold og socialisering ind i en subkultur, og som skal behandles af socialpædagoger og psykologer i et særligt behandlingssystem. Det sker gennem en analyse af, hvordan vigtige elementer i behandlingspolitikken er blevet produceret og kombineret.

- Hvordan misbrug er blevet defineret som primært et socialt og psykologisk fænomen.
- Hvordan der er blevet etableret bestemte normer eller regler for, hvilke begreber man kan bruge til at betegne dette fænomen og til at udforme teorier om det. Det vil sige, hvordan sociologiske begreber har vundet hævd, mens psykiatriske begreber er blevet afvist som forældede.
- Hvordan sygehusvæsenet er blevet afvist som en relevant institutionel ramme for behandling af stofmisbrugere, og hvordan der er blevet etableret særlige tilbud og institutioner under eller i tilknytning til det sociale system. (Og hvordan socialpædagoger og psykologer er blevet autoriseret til at varetage behandlingen.)
- Hvordan en grundlæggende forandringsmodel, der definerer, hvilke slags redskaber og metoder der kan tages i anvendelse, er blevet etableret, nemlig en særlig socialiseringsmodel.

Metadonens skiftende roller

For det andet en historisk analyse af de forskellige roller, metadon har spillet i behandlingen af stofmisbrugere, og hvordan den 'klassiske' substitutionsbehandlingsmodel er blevet introduceret i Danmark. Analyserne handler om det arbejde, der gennem tiderne er blevet gjort for at 'iscenesætte' metadonen i bestemte roller, og det arbejde, der er blevet gjort for at undgå, at metadonen skulle indtage de forkerte roller. Jeg starter med at se på metadonens rolle i den behandlingsstrategi, som jeg har beskrevet i den foregående historiske analyse. Det vil sige primært som nedtrapningsmiddel, og hvordan man har søgt at fastholde metadonen i denne rolle og har undgået, at metadonen er kommet til at optræde som 'medicin'. (Af de forskellige historiske dokumenter, jeg har gennemgået, fremgår det, at man har set fjender overalt, hvor de mest prominente var pårørende til misbrugere og praktiserende læger.) Senere analyserer jeg, hvordan man er begyndt at arbejde på at give metadonen mulighed for at optræde som 'stabiliserende medicin'. Først forsigtigt og i det små, men senere i stort omfang. Gennem analysen viste det sig hurtigt, at metadonens forskellige historiske roller er tæt knyttet til den måde, stofmisbrugerne er blevet fremstillet på. Så længe stofmisbrugerne blev fremstillet som afvigende unge, der havde behov for resocialisering, var der ikke plads til metadon som medicin. Men da 'den ældre stofmisbruger', det vil sige en stofmisbruger, som man ikke længere gjorde sig forhåbninger om kunne blive resocialiseret – i hvert fald ikke på kort sigt – begyndte at fylde mere og mere, er man begyndt at udforske, hvordan metadon kunne fungere som medicin. Der er tale om en historie, der viser, hvordan der er sket forandringer og udskiftninger af

Denne artikel er en forkortet version af det oplæg Esben Houborgs holdt ved sit ph.d.-forsvar, der foregik den 11. oktober 2006. Afhandlingen har titlen: 'Stofmisbrug – metadon – subjektivering. Historiske og aktuelle fremstillinger af stofmisbrug'. Afhandlingen er på 321 sider. Den koster 130 kr. og kan købes på Sociologisk Institut, Københavns Universitet, Tlf.: 3532 3953. **www.sociology.ku.dk**



behandlingspolitikkens elementer over tid, men også om kontinuitet. Således ser man fx ingen forandringer af behandlingspolitikkens grundlæggende struktur.

Stofmisbrug og stofmisbrugere

For det tredje foretager jeg i tre kapitler analyser af, hvordan stofmisbrug og stofmisbrugere fremstilles i forskellige sammenhænge: Hvordan rådgivningscentrene - i kraft af den måde arbejdet er organiseret på - kun får begrænset kendskab til, hvad der rører sig i klienternes tilværelse, mens ambulatorierne - bl.a. i kraft af ture og hjemmebesøg - og gadeplansarbejderne - i kraft af deres færden i deres klienters 'naturlige omgivelser'- får et bredere kendskab til, hvad der rører sig.

Jeg ser også på, hvordan formålet med arbejdet beskrives i de forskellige kontekster, og dermed det rationale eller 'manuskript', der skal medvirke til at styre, hvordan de forskellige ting, man får øje på, skal defineres, samt hvilken rolle de skal have i relation til behandlingen.

Som eksempel på det sidste indgår der en analyse af, hvordan det i princippet ret stramt strukturerede 'manuskript' for substitutionsbehandling, hvor metadonen skal fungere som en 'stabiliserende medicin', i nogle sammenhænge brydes til fordel for en fremstilling af metadon som en mellemting mellem 'medicin' og 'nydelses- og rusmiddel'. Dette er tæt forbundet med en fremstilling af klienten, hvor vedkommende ikke nødvendigvis skal vælge mellem at være en 'god patient' eller en 'misbruger', men kan få mulighed for at optræde som 'kompetent stofbruger'. I forhold til diskussionen om, hvorvidt man skal bruge begreberne 'stofmisbruger' eller 'stofbruger', kan man på baggrund af min undersøgelse sige, at det handler om mere end semantik. Det handler også om, hvordan man i praksis iscenesætter forholdet mellem personen og stoffet, og at dette involverer et stykke 'mangfoldigt ingeniørarbejde', hvor der både arbejdes med stoffernes kemiske egenskaber, indtagelsesmåder, forbrugsetik, adfærdsregler, sociale roller osv.

Hvad klient-journalerne fortæller

For det fjerde har jeg analyseret 'fortællinger' om, hvordan man vinder og taber sin status som et handlende subjekt. Min analysestrategi har åbnet narkotikafeltet som et felt, hvor der er stærke kræfter og mange aktører på spil. Det kommer måske stærkest til udtryk i analyserne af klienternes forløb, som de fremgår af journalerne. Disse journaler kan bl.a. ses som beskrivelser af, hvordan klienterne løbende vinder og taber herredømmet over deres egen tilværelse. De kan også ses som beskrivelser af det store arbejde, der nogle gange ligger i at opbygge, vedligeholde og evt. genopbygge behandlingsarrangementer, der kan gøre klienterne til subjekter i deres egen tilværelse. Der kan være tale om etablering af et medicinsk behandlingsarrangement, eller et behandlingsarrangement der også involverer et større eller mindre antal sociale og psykologiske elementer. I afhandlingens kapitel 6 gennemgår jeg en case (Trine) som et eksempel på, hvordan det pludselig bliver nødvendigt at etablere et omfattende arrangement af mange forskellige slags elementer i forhold til en klient, som man først troede ville kunne fungere normalt udelukkende gennem medicinsk behandling.

Gennem disse analyser får begrebet 'vedligeholdelsesbehandling' en meget bredere betydning end blot at vedligeholde klienterne på en stabil metadondosis. Her handler det også om, hvordan man vedligeholder et behandlingsarrangement bestående af mange forskellige slags elementer, der kan gøre det muligt for klienterne at fungere som handlende subjekter.

Jeg mener, at dette er en ganske frugtbar måde at lave forløbsbeskrivelser på, fordi det åbner for, at man

ESBEN HOUBORG
CAND.SCIENT.ADM., PH.D.,
ADJUNKT PÅ CENTER FOR RUSMIDELFORSKNING

kan lade mange forskellige ting indgå i forståelsen af, hvad der har betydning for, hvordan stofmisbrugere klarer sig. Ting, der gør en forskel, men som ellers let ville kunne blive overset.

Kroppen ud af behandlingen

Når man læser klientjournalerne, er det bemærkelsesværdigt, hvor meget de handler om klienternes kroppe. Klienternes kroppe kommer til at fremstå som helt centrale i forbindelse med misbrugsbehandlingen. Både som noget, der truer med at få klienterne til at miste kontrollen, og som noget, der gennem bearbejdning kan blive noget af det allervigtigste i bestræbelserne på at etablere og bevare et herredømme over tilværelsen. Der er ikke noget mærkeligt i, at kroppen spiller en stor rolle i journaler om metadonbehandling. Det er imidlertid interessant, at når man taler med behandlere, giver mange af dem udtryk for, at de er godt trætte af hele tiden at skulle forholde sig til klienternes kroppe. Allerhelst skulle den medicinske behandling bare fungere, således at klienterne hele tiden var stabiliserede i området mellem eufori og abstinens, og således at kroppen forsvandt som noget, man behøvede at beskæftige sig med – i alle tilfælde som socialarbejder.

Men måske kan min analysestrategi, hvor kroppen betragtes som noget, der ikke kun er skabt gennem medicinsk arbejde, men i høj grad også gennem socialt arbejde, medvirke til, at man som socialarbejder forholder sig mere aktivt til de kropslige aspekter ved stofmisbrug? Også selvom det ville gå imod forsøg på at isolere det medicinske arbejde. Jeg mener, at jeg med min analysestrategi har vist, at det medicinske arbejde ikke er isoleret i praksis. Jeg tror, at en erkendelse af dette, kunne indgå som ét element i en større diskussion om stofmisbrug som et multifaktorielt fænomen og om tværfaglig behandling – en diskussion, som jeg håber mit arbejde kan være med til at rejse. ■

Nyt fra Sundhedsstyrelsen

FÆRRE UNGE TAGER NARKOTIKA

Udbredelsen af illegale stoffer blandt de unge er svagt faldende for første gang i mange år. Det viser Sundhedsstyrelsens ny årsrapport over narkotikasituationen i Danmark. Den positive udvikling kommer efter markante stigninger i brugen af de illegale i slutningen af 90 erne og et stabilt højt niveau fra 2000 og frem.

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, EMCDDA, har også offentliggjort sin årsberetning om Narkotikasituationen i EU og Norge. EU-rapporten med tilhørende pressemeddelelser kan ses på **www.emcdda.eu.int**. Her findes også en særlig beskrivelse af narkotikasituationen i Danmark i et EU-perspektiv.

På anmodning fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet har Sundhedsstyrelsen lavet udredningen: 'Ordination af injicerbar heroin til stofmisbrugere'.

Stofinfo.sst.dk er Sundhedsstyrelsens nye hjemmeside med information om stoffer. Siden er især beregnet for unge, men også for lærere, der vil tage emnet op i undervisningen og forældre, der vil kunne tale med deres unge om stoffer.

Find vej til rapporter, redegørelser og Stofinfo på **www.sst.dk**

'Den usynlige jura'– Hvad loven siger – og ikke siger

Hvad betyder det, at stofmisbrugere har garanti for at komme i behandling – og hvad er det for en behandling, vi taler om?

AF PETER SINDAL LUNDSBERG

Med indførelsen af behandlingsgarantien pr. 1. januar 2003 fik stofbrugere et lovfæstet retskrav på et socialt behandlingstilbud. I praksis har det imidlertid vist sig særdeles vanskeligt at håndtere behandlingsgarantien. Et tydeligt billede på de nye udfordringer kom frem i forbindelse med Center for Rusmiddelforsknings undersøgelse af behandlingsgarantien. Rapporten fra undersøgelsen findes på Center for Rusmiddelforsknings hjemmeside på www.crf.au.dk.

I undersøgelsen blev det påvist, at mange myndighedspersoner var usikre m.h.t. indholdet og forståelsen af servicelovens § 101.[1]

Denne artikels formål er at præsentere indholdet i servicelovens § 101. Herunder at uddybe, hvad lovgivers intentioner var med behandlingsgarantien og indholdet i selve den sociale behandling. Artiklen vil i væsentligt omfang bygge på bemærkningerne til lovforslaget samt behandlingen i Folketinget.

Stofbrugeres rettigheder

Servicelovens § 101 om behandling m.v. lyder således:

§ 101. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde behandling af stofmisbrugere.

Stk. 2. Tilbud efter stk. 1 skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen.

Stk. 3. Socialministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler om behandling efter stk. 1 og 2 af stofmisbrugere under 18 år i særlige tilfælde.

Stk. 4. En person, der er visiteret til behandling, kan vælge at blive behandlet i et andet offentligt behandlingstilbud eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til efter stk. 1.

Stk. 5. Fristen efter stk. 2 kan fraviges, hvis personen vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller godkendt privat behandlingstilbud end det, kommunalbestyrelsen har visiteret til efter stk. 1.

Stk. 6. Retten til at vælge efter stk. 4 kan begrænses, hvis hensynet til stofmisbrugeren taler for det.

§ 101 omhandler kun den sociale del af stofmisbrugsbehandlingen og opstiller en række rettigheder for den stofbruger, der søger behandling.

Hovedindholdet i bestemmelsen er:

- Krav på et behandlingstilbud
- En behandlingsgaranti
- Ret til frit valg af behandlingstilbud

Hvad bestemmelsen derimod ikke giver et klart svar på er, hvad man skal forstå ved behandling, hvad konsekvenserne er, når myndighederne ikke overholder behandlingsgarantien, hvornår garantien løber fra - og endelig, hvordan man nærmere skal forstå retten til frit valg.

For at finde svar på disse centrale spørgsmål må man søge hjælp i forarbejderne til bestemmelsen. Særligt bemærkningerne til det oprindelige lovforslag[2], men også Folketingets forhandlinger er interessante her.

Hvad indeholder behandlingsgarantien?

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår det tydeligt, at der med en behandlingsgaranti forstås, at når en borger henvender sig med ønske om behandling for sit stofmisbrug, så har myndighederne pligt til at komme med et behandlingstilbud inden for 14 dage. Og den frist løber fra første personlige henvendelse om behandling. I praksis forstås det sådan, at borgeren kan henvende sig skriftligt, personligt, telefonisk eller på anden måde. Ud fra en almindelig betragtning om, hvordan kommunikationen med offentlige myndigheder udvikler sig, må det også være muligt at henvende sig via e-mail. De eneste forhold, der kan forlænge 14-dages fristen, er, hvis det f.eks. er nødvendigt at indhente relevante oplysninger fra andre myndigheder, eller at stofmisbrugeren udebliver fra behandlingen.

Spørgsmålet er så, hvilke konsekvenser det har, hvis myndigheden ikke overholder behandlingsgarantien? Svaret skal vi finde i selve forhandlingerne i Folketinget, hvor daværende socialminister Henriette Kjær sagde således fra Folketingets talerstol i forbindelse med 1. behandlingen af L 37: ' Så har narkomanen altså krav på og lov til selv at finde et sted, blive behandlet og

sende regningen til amtet. Hvis amtet ikke vil betale, skal der klages til de sociale nævn, og lovgivningen er jo helt klar: Det er en 14-dages-behandlingsgaranti, man har. Derfor kan der ikke være tvivl om udfaldet af en sådan klage'[3].

Indtil nu har Ankestyrelsen ikke taget stilling til dette spørgsmål. Vi ved derfor ikke, hvordan landets øverste sociale klagemyndighed vil forholde sig til spørgsmålet. Men fortolkningsbidraget forekommer temmelig tydeligt: Stofmisbrugeren har et retskrav på et behandlingstilbud, og modtager vedkommende ikke dette tilbud inden 14 dage, kan man henvende sig et andet sted og sende regningen til sin kommune.

Hvad er behandling?

Det store spørgsmål er så, hvad lovgiver forstår ved behandling? Undersøgelsen af behandlingsgarantien afslørede, at der rundt om i amterne var stor forskel på, hvad man anså for behandling i lovens forstand. Og umiddelbart er der ingen grund til at forestille sig, at det forholder sig anderledes i kommunerne. Rigtigt er det da også, at loven i sig selv ikke giver megen hjælp til afklaringen af dette spørgsmål. Igen må vi søge svaret i bemærkningerne til L 37. Her fremgår det, at behandling i hvert fald ikke er et tilbud om rådgivning og enkeltstående samtaler. Der skal altså mere til. Formuleringen i bemærkningerne betyder, at det ikke vil være tilstrækkeligt at tilbyde korte samtaler i forbindelse med medicinudlevering, eller - som det sker visse steder - at henvise folk til at modtage deres substitutionsmedicin på Falck-stationer, busser og andre steder uden et aktivt tilbud om social behandling.

En stofbruger har ret til et frit valg. Og dog!

Endelig giver § 101 stofbrugeren en ret til at vælge mellem offentlige behandlingstilbud og godkendte private tilbud af tilsvarende karakter. Det store spørgsmål er her, hvad der skal forstås med 'af tilsvarende karakter'? Her er man lidt mere overladt til sig selv og eventuelle afgørelser fra klagesystemet. Bemærkningerne yder nemlig ingen hjælp til afklaring af spørgsmålet. Og desværre har Ankestyrelsen heller ikke her behandlet en sag endnu. De få nævnsafgørelser, der findes, peger i mange retninger og tjener ikke som et synderligt godt fortolkningsbidrag.

En almindeligt forekommende situation er, at en stofbruger ønsker at komme i døgnbehandling på en navngiven behandlingsinstitution. Dette ønske kan skyldes mange ting, såsom forudgående kendskab og dermed tryghed ved behandlingsstedet. Eller at brugeren ikke ønsker en behandling baseret på en særlig behandlingsideologi. Modsat kan der hos den visiterende myndighed være en vis forkærlighed for udvalgte behandlingssteder. Også dette forhold kan givet skyldes flere ting. F.eks. kendskab til behandlingsstedet hos den enkelte sagsbehandler - og dermed (måske) en fagligt velbegrundet indstilling. Eller de mere uheldige situationer, hvor valget af behandlingssted skyldes økonomiske aftaler, eller at sagsbehandleren har deltaget i kurser afholdt af det specifikke behandlingssted. Ønsker stofbrugeren at udnytte sin ret til frit valg af behandlingssted, viser de få sager, der behandler spørgsmålet, at visiterende myndighed som oftest fastholder den oprindelige afgørelse, og det er temmelig uklart, på hvilket grundlag det sker. Der findes således eksempler på stofbrugere, der visiteres til døgnbehandling, hvor gruppeterapi er en betydelig del af behandlingstilbuddet. Og selvom stofbrugeren har en veldokumenteret psykisk lidelse, der gør, at vedkommende ikke kan profitere af gruppeterapi - snarere tværtimod -fastholdes det, at stofbrugeren skal i døgnbehandling på det af kommunen foretrukne behandlingssted. Også selvom stofbrugeren selv har peget på et alternativt behandlingssted, hvor der netop tages højde for vedkommendes personlighed.

Udfordringer

Servicelovens § 101 har givet en udsat gruppe mennesker en række rettigheder. Desværre har lovgiver forsømt at forholde sig til de helt centrale spørgsmål om

PETER SINDAL LUNDSBERG
CAND.JUR.

definitionen af f.eks. behandling og behandlingstilbud. Det ville være ønskeligt, om lovgivningen blev mere tydelig på disse områder. Til gavn for stofbrugerne, men også for de sagsbehandlere, der skal administrere efter loven.

I denne artikel er hele spørgsmålet om medicinsk behandling ikke blevet behandlet. Men også her er der lovgivningsmæssige udfordringer. Det ville f.eks. være meget ønskeligt, om der blev indført en behandlingsgaranti for lægelig behandling. Ligesom det burde tydeliggøres i lovgivningen, at der skal være en sammenhæng mellem den sociale behandling og den medicinske.

Endelig er manglende afgørelser fra klagesystemet et stort problem på dette område. Der er ingen tvivl om, at fraværet af klagesager dels skyldes manglende klageressourcer hos stofbrugerne og dels selve klagesystemets opbygning. Sagsbehandlingstiderne i de sociale nævn er ofte ganske lang. Konsekvenserne ved en lang sagsbehandlingstid kan enten være, at stofbrugeren tager imod det tilbud, der er givet - oftest med et ringe resultat til følge - eller i værste fald, at stofbrugeren helt falder ud af behandlingssystemet. Hvad angår klageressourcerne er ingen tvivl om, at mange stofbrugere ikke orker en kamp mod systemet, og mange er bange for, hvilke konsekvenser en klage kan have for samarbejdet med ens sagsbehandler. Formuleringer som 'du kan da godt klage – men du skal lige huske, hvem der skal behandle din klage' er ikke fremmende for klagelysten hos et i forvejen udsat menneske. Foruden at formuleringen er helt forkert – det er Det Sociale Nævn og ikke den enkelte sagsbehandler, der skal behandle klagen – ja, så er det også i strid med vejledningsforpligtigelsen. Man har nemlig pligt til som offentlig myndighed at bistå i udformningen af en klage, hvis borgeren ønsker det. ■

Noter

1. Bestemmelsen hed § 85 i den tidligere servicelov. I forbindelse med vedtagelsen af den nye servicelov blev bestemmelsen ændret til § 101. Indholdet er dog det samme.
2. L37/2002-03. Lovforslaget blev fremsat 24. oktober 2002 og vedtaget 11. december 2002 med ikrafttrædelse 1. januar 2003. Lovforslaget kan læses her: http://www.ft.dk/doc.aspx?/samling/20071/MENU/00000002.htm
3. FT samling 2002-03 1. behandling af L 37. Folketingets forhandlinger kan læses her: http://www.ft.dk/doc.aspx?/samling/20071/MENU/00000002.htm

Om forfatteren

Forfatteren er ansat som projektleder i KABS på et Case Management-projekt og er samtidig tilknyttet Gadejuristen. Sideløbende underviser han og holder foredrag om retsforhold vedrørende udsatte grupper.
For kommentarer eller bemærkninger til artiklen kan Peter Sindal Lundsberg kontaktes på psl@peterlundsberg.dk

Relevante links til yderligere oplysninger om emnet:
Sundhedsstyrelsen: www.sst.dk – Her kan man bl.a. finde det nye ordinationscirkulære.
Gadejuristen: www.gadejuristen.dk – Indeholder mange henvisninger til relevant litteratur.
Foreningen for aktive stofbrugere: www.brugerforeningen.dk – Omfattende linkssamling samt henvisning til relevant litteratur.
Center for Rusmiddelforskning: www.crf.au.dk – Henvisninger til relevant forskning på området.
Retsinformation: www.retsinformation.dk

NYT FRA CRF

GRAVIDITET OG MISBRUG.
BELYST UD FRA KVINDERNES PERSPEKTIV.
Helle Dahl og Dorte Hecksher.
118 sider.
Center for Rusmiddelforskning.
Århus Universitet. 2007. www.crf.dk

På baggrund af 26 kvinders beretninger om deres liv, brug af rusmidler og kontakt til behandlingssystemet i forbindelse med graviditet og fødsel præsenterer etnograf Helle Dahl og psykolog Dorte Hecksher i rapporten 'Graviditet og misbrug' kvindernes perspektiv på denne problematik. Emner som motivation og forventninger til graviditet og fødsel, strategier for ændring af livsstil samt betydningen af kvindernes netværk og parforholds-relationer belyses ud fra kvindernes fortællinger. Kvindernes brug af og erfaringer med de offentlige tilbud til gravide med misbrug beskrives, og de barrierer, kvinderne kan opleve i forhold til at søge eller ikke søge behandling, skitseres.

Rapporten kan bestilles via crf@au.dk
Husk at opgive EAN- nummer, navn og adresse samt antal eksemplarer.
Den kan også bestilles via tlf. 8942 6930.
Pris 130 kr., inkl. porto.

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

B

Returneres ved varig adresseændring

POST
PP DANMARK