STOF

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET

NR.14. VINTER 2009/2010

leder

Rosens navn

'Hvad er et navn? Det vi kalder en rose ville dufte lige sødt, hvad det end kaldes' skriver Shakespeare i en berømt passage i stykket Romeo og Julie. Det sproglige mesterskab hos den store engelske digter og dramatiker kan ikke bestrides. Og sandt er det nok, at Julie ville elske Romeo lige højt, om han hed Julius eller Sigurd.

At det afgørende er, hvad noget *er*, og ikke hvad det *kaldes*, kan imidlertid ikke generalises. Går vi til stoffer og afhængighed, gives der talrige eksempler på, at navnet betyder ganske meget for såvel vores forståelse, som for vores stillingtagen til og håndtering af det fænomen, som benævnes. Valg af ord er en kappestrid om, hvad vi skal tænke og føle, hvad man anser for korrekt og fejlagtigt, hvad der er opportunt og ufordelagtigt, og hvad der er moderne og passé. På vores felt skifter betegnelser fra tid til anden, fra system til system, fra sted til sted og fra person til person. Hvert skift fremmer visse associationer og betydninger, mens andre minimeres eller blokeres. Eksemplerne er legio.

Meget vand er løbet i åen, siden det var god latin at bruge ordene '*junkie*' eller '*narkoman*'. I mange år talte man udelukkende om '*stofmisbrugere*' – et udtryk, mange har problemer med, fordi det opleves som nedsættende, og fordi nuancerne i en terapeutisk kontekst forsvinder, hvis al brug af illegale stoffer gøres til ét fedt. Hvis al brug er misbrug, hvor er så moderat, uproblematisk eller rekreativ brug – brugsformer forskningen og erfaringen viser også findes? Frem sprang betegnelsen '*stofbruger*' eller bare '*bruger*'. Andre konkurrerende betegnelser er '*klient*', '*patient*' og '*borger*'. En ny afhandling, som omtales i dette nummer af STOF, bruger betegnelsen: '*personer med afhængighedsforhold til illegale rusmidler*'. Hvert skift i betegnelse signalerer ændringer i tankesæt.

Noget lignende gælder for betegnelsen '*stof*'. Ret beset er vores krop bygget op af kemiske bestanddele. Signalstofferne i hjernen og de receptorer, som vi er udstyrede med, er også ren biokemi. Indtag og adfærd af enhver art har en kemisk befordret psykoaktiv effekt. Så stoffrihed er egentlig talt noget vrøvl: Ingen er stoffri. Er man '*clean*' hvis man ryger, drikker kaffe, spiser chokolade, gambler, bjergbestiger eller tager lægeordineret medicin?… Moses kom ikke ned fra Sinaibjerget med en liste over forbudte stoffer hugget i sten. Selv om cannabis, opium og alkohol var velkendte dengang, angik de 10 bud udelukkende umoralsk adfærd. Listen over narkotiske stoffer er menneskeskabt - og dermed potentielt unøjagtig eller fejlagtig og principielt reviderbar. Historien viser, at stoffer på forbløffende vis skifter status fra vidundermidler og nydelsesmidler til truende giftstoffer - eller omvendt. Er alkohol et stof? Mange muslimske lande har et forbud mod alkohol: For dem er alkohol et stof… Er khat et stof? I nogle lande ja - i andre nej. Nogle folkesundhedsfolk foreslår i disse år et forbud mod tobak, som hermed ville overgå fra i sin tid at være apotekerforhandlet medicin – og nu et højt beskattet og reguleret sundhedsskadeligt nydelsesmiddel - til måske fremover at blive en bekæmpelsesværdig folkefjende. De politisk farmakologiske diskussioner er ingenlunde ovre.

For 14 år siden da debatten om, hvorvidt man skulle ordinere heroin i Danmark, begyndte, skete det under overskrifter som '*fri narko*', '*statsnarko*' og '*gratis heroin*'. Få tænker medicin i forbindelse med ordet '*heroin*', der hos mange udelukkende fremmaner billeder af menneskelig elendighed, slavebundne skæbner og kriminalitet. I Folketinget spurgte en politiker, om heroinen skulle købes hos 'dødens købmænd' - '*pusherne*' i Istedgade? At stoffet i sin tid blev produceret og markedsført som hostemedicin i hele verden af det velkendte firma Bayer, at heroin vedvarende i flere lande har figureret i farmakopéen, og at den farmaceutiske industri nutildags er leveringsdygtig i legale forsyninger, var ikke viden, som belastede den gode ordfører. Nu hvor Danmark - efter inspiration fra diverse udenlandske heroinforsøg - står på trapperne til at indføre heroin som substitutions- og behandlingspræparat, er man begyndt at foretrække den kemiske betegnelse: '*diacetylmorfin*' eller det kortere '*diamorfin*'. Tilfældigt og ligegyldigt navneskift? Næppe!

Inden for behandling er det ikke uvæsentligt, om man taler om *'at få et tilbagefald'* eller *'at tage et tilbagefald'*. Talemåderne indikerer, om det er manden eller stofferne, der styrer. Er man passivt offer eller handlende subjekt? Et svært og vigtigt spørgsmål! Ligegyldigt er det ej heller, om lidelsen opfattes som en sygdom eller et valg med omkostninger. Er der tale om en kronisk lidelse, som man skal i behandling for – vedvarende eller om og om igen? Er man for evigt *'in recovery'*, eller kan man være *'recovered'*? Er det en forbigående, problematisk relation, man over tid - selv eller med hjælp - kan få styr på?

Meningerne brydes, og forskellige opfattelser accentueres i valg af betegnelser. Kampen om ordene finder blandt andet sted i STOF's spalter nummer for nummer.

Hvad er et navn? Selv når man ikke er sig det bevidst, vil valget af udtryk gøre en forskel. Det samme bliver noget andet. Hvilke benævnelser, der er de rette, og hvilke begreber, som er mest frugtbare og brugbare, kan sammenlignes med en opdagelsesrejse, som pågår, til vi er enige og ikke kan blive klogere.

M.J.

STOF 14

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET · NR 14 · VINTER 2009/2010

GRÅT GULD OG HVID SNE 4
Aldrende heroinveteraner fra 60'erne og nye seniorer, der bruger stoffer, giver nye udfordinger i Storbritannien.
AF CARYL BEYNON & LLOYD BARON

ALDERDOM, ALKOHOL & MEDICIN 6
Når man som ældre ikke tåler alkohol og stoffer så godt mere, kræver det stor konduite af hjemmehjælperen at tage emnet op.
AF CHRISTINA KUDSK NIELSEN

FOKUS PÅ 'PASSIV DRIKNING' I ALKOHOLFOREBYGGELSEN 11
Hvis folk generer eller skader andre, når de drikker, angår det os alle.
AF MAIBRITT KUSZON, GRETE ODDER NIELSEN & HELENE GOLDBERG

FORANDRING UDEN BEHANDLING 17
Indtil for få år siden var det nærmest tabu, at man kan komme ud af afhængighed uden at få behandling.
AF KAREN ELMELAND & DORTE HECKSHER

PSYKOTERAPI MOD DEPRESSION HOS MISBRUGERE? 21
Er der er evidens for behandling? Sagen undersøges i ny forskningsoversigt fra CRF.
AF MORTEN HESSE

BLIVER MAN DUMMERE AF METADON? 22
Hvorfor har metadon et dårligt ry i mange kredse – og er der hold i det?
AF PETER EGE

HEROINBEHANDLING I DANMARK – HVAD SKAL DER FORSKES I? 30
I 2010 påbegyndes behandling med diacetylmorfin. Den danske model vil blive evalueret og en række aspekter undersøgt.
AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

LSD – VIDENSKABELIGE MULIGHEDER OG KULTURELLE BEGRÆNSNINGER 32
En rejse gennem laboratorier, psykiatrien, mind control og hippiebevægelsen. Får stoffet en renæssance?
AF BJARKE SKÆRLUND RISAGER

BOGANMELDELSE 37
Respekt – Gadekultur, ny etnicitet og stoffer.
AF KIM MØLLER

TVANGSINDLÆGGELSE AF GRAVIDE RUSMIDDELBRUGERE – NORSKE ERFARINGER 38
Tvang efter norsk forbillede overvejes i Danmark. Virker det efter hensigten?
AF KARL HARALD SØVIG

FAMILIEBEHANDLING PÅ SKOVVÆNGE 43
Misbrugere kan godt blive gode forældre – hvis de får den rette hjælp.
AF ANETTE JUUL

HVORFOR ER ET SPECIFIKT KVINDEFOKUS NØDVENDIGT? 45
Det enkle svar er: fordi mænd og kvinder er forskellige – også når det handler om misbrug. Men der er flere grunde….
AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN

PROJEKT OVER MUREN 52
Misbrugsbehandling i fængsler er lidt af et kultursammenstød. Hvordan får man det til at fungere?
AF CAMILLA HJØRNHOLM OLSEN

MARKEDSKRÆFTERNE OG BRIXTON-EKSPERIMENTET 56
Engelsk politi nytænker indsatsen og tager skadesreduktion til sig.
AF HARRY SHAPIRO

'PROJEKT BEDRE UDREDNING' 60
Den rette hjælp kan lette vejen mod bedre livskvalitet for folk med dobbeltdiagnose.
AF KIRSTEN FREDERIKSEN

NY PH.D. PÅ CRF 64
Unge, natklubber og stoffer.
AF SIGNE RAVN

AT VÆRE KLÆDT PÅ TIL ARBEJDET MED STOFBRUGERE 66
Det er ikke viden om misbrugsbehandling, der mangler – men bliver den brugt?
AF BIRGITTE THYLSTRUP & KATHRINE BRO LUDVIGSEN

NYT FRA FELTET 68

Gråt guld og hvid sne

Ældre stofbrugere udgør nogle specielle udfordringer for behandlingssystemet. Aldrende heroinveteraner fra 60'erne og senere har skabt en ny bølge af problembrugere i Storbritannien.

AF CARYL BEYNON & LLOYD BARON

Vi antager, at folk over 50 ikke tager stoffer, for sådan har det været historisk set. Det er da også højest usandsynligt, at folk, som nu er i halvfemserne, har taget stoffer, da de var unge, for det er forholdsvis usandsynligt at de skulle begynde i deres alderdom. Men overvej, hvordan det forholder sig for folk, der nu er i halvtredserne eller tresserne. De blev voksne i 1960'erne og 1970'erne, hvor stoffer var mere tilgængelige, og for dem ser det anderledes ud. Nogle, der tog stoffer dengang, tager også stoffer nu.

Fremkomsten af ældre stofbrugere er derfor et forholdsvis nyt fænomen. Og der er mange grunde til at tro, at vi kommer til at se en vedvarende vækst i antallet af ældre, som bruger stoffer. Hvad indebærer det? Blandt andet, at vi nu ser et stigende antal ældre i behandling. De får hjælp for deres heroinafhængighed og modtager metadon.

Vi kan tælle dem. En undersøgelse foretaget af Liverpools Center for Folkesundhed viser for eksempel, at antallet af ældre, der er i kontakt med behandlingssystemet i Cheshire og Merseyside, er vokset betragteligt siden 1998. Mens de, der er over 50, stadig kun udgør en meget lille del af dem, der er i behandling – ca. fire procent - så udgør de, der er mellem 40 og 49 – fremtidens potentielle ældre stofbrugere – en stadig større andel. I 1998 udgjorde de blot 8 procent, men andelen er i 2006 vokset til hele 25 procent af dem i behandling.

Ældre problembrugere har overlevet overdoser og de akutte virkninger af stofbrug, men de døjer nu med kroniske virkninger af eksempelvis hepatitis C, åndedrætsproblemer og hjerte-kar-sygdomme. Kroniske effekter forbundet med stofbrug - og i de fleste tilfælde lang tids dårlige miljømæssige forhold og dårlig ernæring – fremskynder aldersrelaterede forandringer, sådan at sygdomme, der sædvanligvis forekommer blandt folk i halvfjerdserne og firserne, indtræffer betydelig tidligere blandt dem, der har en stofbrugshistorie.

Mange langtids stofbrugere har oplevet dødsfald blandt deres stofbrugende venner, og de har også afskåret forbindelsen til deres familie og andre, som ikke bruger stoffer. Som konsekvens heraf kan ældre stofbrugere være særligt udsatte for at blive ensomme og isolerede, og de kan mangle hjælp til hverdagsaktiviteter som f.eks. at købe ind.

Der findes også en anden gruppe ældre brugere af illegale stoffer bestående af dem, der begynder at bruge stoffer sent i livet, eller dem, som genoptager et forbrug efter mange års afholdenhed. Efterhånden som antallet af ældre, der bruger stoffer, stiger, og den øgede sociale netværksdannelse via internettet, som også ældre benytter sig af, forøges muligheden for, at mennesker sent i livet begynder at tage stoffer i forbindelse med dannelsen af relationer med en anden person, som tager stoffer.

Faktorer, som bliver mere fremherskende med alderen, såsom tab i.f.m. dødsfald, forlis af ægteskab, pensionering, uarbejdsdygtighed og helbredsmæssige problemer udgør alle risikofaktorer for brug af illegale stoffer, særligt for dem, der har brugt stoffer i ungdommen. Potentialet for misbrug af recept og håndkøbsmedicin er også betydeligt blandt ældre.

Omkring en tredjedel af al receptmedicin gives til mennesker over 65 år, heraf en del stoffer med misbrugspotentiale. Bensodiazepiner bruges for eksempel af en del ældre, men kan give fysisk afhængighed efter bare to måneders brug i de anviste doser. For nogle vil misbruget af receptmedicin begynde med hensigtsmæssig brug i behandlingen af en medicinsk eller psykiatrisk lidelse, hvorefter brugen eskalerer til et misbrug.

Behandlingstilbud, der er vant til at have med yngre brugere at gøre, vil skulle tilpasse sig deres ældre klienters behov. Man vil stå over for en meget forskelligartet population - med meget varierede stofbrugshistorier og meget varierende hjælpebehov, og dette vil kræve en tilsvarende bred vifte af behandlingsformer. Mennesker i halvtredserne og tresserne med en lang stofbrugshistorie vil nogle gange befinde sig i en mental og fysisk tilstand, som var de omkring 20 år ældre. Og de vil have brug for meget andet end behandling af deres afhængighed. Mange af disse mennesker vil ikke kunne klare sig uden betragtelig støtte, og behandlingssystemet må træde til med denne støtte – særligt for dem med lidt eller ingen støtte fra familien.

På det seneste er Schweiz begyndt at tage hånd om denne udfordring. I dette land med relativ liberal narkotikalovgivning var det tidligere sådan, at ældre stofbrugere blev henvist til nødherberg. Men på det seneste er omsorgshjem for ældre stofbrugere blevet oprettet. Her tilbydes den nødvendige støtte, mens man samtidig tillader forbrug af illegale stoffer på stedet.

Andre behandlingsstrategier er påkrævet til dem, der er begyndt at bruge illegale stoffer eller misbruge receptmedicin i en sen alder. De præsenterer helt andre misbrugsprofiler og vil have andre grunde til et forbrug end de yngre brugere i tyverne og trediverne, som behandlingssystemet er mere vant med.

Det almindelige sundhedssystem kommer til at spille en vigtig rolle i forhold til at få øje på stofproblemer hos ældre og i forhold til at videresitere til passende omsorgs- og behandlingstilbud. Dette vanskeliggøres i øjeblikket af, at de screeninginstrumenter, som anvendes til dette formål, er udviklet og valideret for unge og midaldrende populationer, og de er måske ikke lige så effektive i forhold til ældre.

Forebyggelsesstrategier vil også være nødt til at favne en mangfoldighed af sårbare ældre. Sociale tilbud vil for eksempel skulle være på vagt over for ældres eskalerende stofbrug i forbindelse med stressbelastning og tab i forbindelse med dødsfald, mens medarbejdere i sundhedssektoren skal være opmærksomme på, at brug af receptmedicin kan eskalere ind i afhængighed. ■

Denne artikel har under titlen 'Twist and Gout' været bragt i det engelske tidsskrift Druglink, vol.24, issue 6, nov./dec 2009.
Citatet er fra Caryl Beunon's oplæg: 'The Age of Ageing' på konferencen 'Exploring the Challenges of an Ageing Population of Drug Users' – se mere på www.cph.org.uk
Oversættelse: Michael Jourdan

CARYL BEYNON
DR., FORSKNINGSLEDER
LLOYD BARON
FORSKNINGSASSISTENT
CENTER FOR FOLKESUNDHED, LIVERPOOL,
JOHN MOORE'S UNIVERSITY

'Så jeg må være meget forsigtig, min krop er ikke hvad den har været.
Nogle gange bliver jeg grebet af det, fordi jeg føler mig ung inden i, så jeg også føler mig ung udenpå, hvilket jeg ikke er. Sådanne dage har jeg svært ved at tackle det. Hvis jeg har drukket meget, så ryger jeg ikke. Selv om jeg ikke har det ret godt, så venter jeg med at ryge indtil alkoholen er brændt af for at sikre mig, at jeg ikke falder i søvn og ikke vågner op igen.'

Et forsøg på 'fredelig' sameksistens mellem alderdom, alkohol og medicin

Når vi bliver ældre tåler vi ikke alkohol og stoffer så godt mere – og endnu mindre hvis der samtidig er tale om sygdom og diverse medicin. Det kan være svært for hjemmehjælperen at tale med de ældre om disse ting, men i Silkeborg har man besluttet at gøre et forsøg.

AF CHRISTINA KUDSK NIELSEN

Ældre borgere med et problematisk alkoholforbrug, som modtager hjemmeplejeydelser, er et område, hvor der ikke eksisterer nogen målrettet, samlet indsats. I Silkeborg Kommune har alkoholrådgivningen i samarbejde med hjemmeplejen besluttet sig for at arbejde med dette gennem et nystartet fireårigt projekt, som løber fra 2009 til 2013.

Hjemmeplejen oplever problemer hos de ældre

Inden projektopstart har der været flere henvendelser fra hjemmeplejen til alkoholrådgivningen i Silkeborg Kommune i forbindelse med forskellige problemstillinger blandt ældre, hvor alkohol spiller en afgørende rolle. Det er særligt spørgsmål som: Hvordan kan vi som personale sætte ind over for denne gruppe borgere? Hvilke 'redskaber' kan vi anvende? Der viser sig fra personalets side et tydeligt behov for mere viden om alkohol, samtaler om holdninger til forskellige alkoholtiltag og enkle, konkrete handleanvisninger i forhold til at håndtere forskellige situationer. Henvendelserne kommer fra både hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker. Det er især hjemmesygeplejerskerne, som udtrykker, at det er meget svært at tage hul på samtalen med den ældre om alkoholvaner. Det føles i den grad af hjemmesygeplejerskerne som en invadering af den ældres privatsfære. Derimod oplever hjemmesygeplejerskerne, at samtaleemner som kost, rygning og motion ikke volder samme problemer. Samtalen om alkohol forbindes med et særligt tabu, når den foregår i borgerens eget hjem.

Ældre danskeres alkoholforbrug er stigende

Et stigende antal danskere over 60 år drikker mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser anbefaler [1]. Kombineret med en viden om, at ældre mennesker generelt ikke tåler alkohol i samme mængder som yngre mennesker, betyder det, at der kan opstå mange skader hos ældre borgere. Desuden er det en kendsgerning, at medicinforbruget generelt stiger med alderen, og der er derfor risiko for ubehagelig interaktion mellem alkohol og medicin [2].

Kombinationen af alderdomssvækkelse, alkoholforbrug og et generelt højt forbrug af medicin kan foruden de forskellige sundhedsrisici, som er forbundet hermed, være en udfordring for sundhedsmedarbejdere i mødet med de ældre borgere i hjemmeplejen.

Projektets formål

Projektets formål består af flere led. I første omgang handler det om at foretage en undersøgelse af omfanget af problematisk alkoholforbrug blandt ældre tilknyttet hjemmeplejen. Derudover skal der etableres konkret brugerrettet rådgivning og behandling i samarbejde med hjemmeplejen. Ligeledes i samarbejde med hjemmeplejen er det formålet at danne overblik over behovet for uddannelse af medarbejdere specifikt i relation til alkohol samt gennemførelse af kurser og etablering af supervisionsgrupper. Endelig skal behovet for udvikling af deciderede behandlingstilbud til hjemmeplejens målgrupper afklares. Det er vurderingen, at en forbedret indsats over for både borgere i form af forskellige tiltag og medarbejdere i form af uddannelse og vejledning vil styrke begge målgrupper

Hvordan vi går til opgaven

Projektet vil som nævnt indeholde en undersøgelse af omfanget af problematisk alkoholforbrug blandt borgere ved inddragelse af borgerperspektiv og medarbejderperspektiv i en udvalgt del af hjemmeplejen i Silkeborg Kommune.

Det betyder konkret, at der bliver lavet en spørgeskemaundersøgelse blandt 500 medarbejdere og deres erfaringer med ældre borgere med problematisk alkoholforbrug. 'Problematisk alkoholforbrug' skal forstås som det forbrug, der har fysiske, psykiske og sociale konsekvenser for den enkelte borger, uanset om der er tale om et højt eller et lille alkoholforbrug. Spørgeskemaundersøgelsen skal desuden afdække medarbejdernes muligheder for at udføre deres arbejde på fagligt tilfredsstillende vis og deres måder at håndtere et skønnet problematisk alkoholforbrug hos en borger.

Borgerperspektiv og MAST-G

I forhold til borgerperspektivet vil ca. 1.000 ældre borgere, som er tilknyttet hjemmeplejen, og som bor i eget hjem, blive bedt om at udfylde et MAST-G spørgeskema, hvor der desuden spørges til daglige alkoholvaner og medicinforbrug (se faktabox). Grunden til, at vi anvender MAST-G spørgeskemaet er, at dette skema er udviklet specielt til ældre menneskers livsomstændigheder med blandt andet fokus på øget hyppighed af tab og ensomhed. Vi forventer, at screeningen vil give et billede af omfanget af problematisk alkoholforbrug hos gruppen af ældre borgere. Med screeningen forventer vi også at skabe refleksion hos den ældre borger og ad den vej skabe muligheder for at indgå i en anerkendende dialog med de ældre borgere. Vi ser det som en fordel at læne os op af et anvendt screeningsredskab, som er særligt målrettet til ældre borgere. Redskabet er brugt både i primær og sekundær sektor

FAKTA FRA EMCDDA

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, EONN, udgav i april 2008 strategidokumentet Stofbrug blandt de ældre: et overset problem – nr. 18 i serien Fokus på narkotika. Artiklen tager udgangspunkt i, at den europæiske befolkning bliver markant ældre: I det 20. århundrede mere end tredobledes antallet af ældre over 65 år, og den forventede levealder mere end fordobledes. I 2028 vil over en fjerdedel af Europas befolkning være 65 år eller derover. Som en følge heraf kan man forvente, at antallet af ældre med stofmisbrugsproblemer bliver mere end fordoblet mellem 2001 og 2020. Det skyldes dels den store baby boom-årgang (født mellem 1946-1964) og den større forekomst af stofbrug blandt denne gruppe. I takt med at metadonbehandling og andre vedligeholdelsesprogrammer bliver mere effektive til at fastholde patienter i behandling og til at reducere antallet af dødsfald som følge af overdosis, vil antallet af ældre patienter gradvist stige. Mellem 2002 og 2005 mere end fordobledes andelen af patienter på 40 år eller derover, der blev behandlet for opiatproblemer (fra 8,6% til 17,6% - i Europa). Direktøren for EONN, Wolfgang Götz, citeres for følgende:
'Når vi skal til at tænke over, hvordan vi behandler stofproblemer i samfundet, eller vurderer behovet hos dem, der er i behandling, bliver vi nødt til at acceptere, at stofbrug i Europa ikke længere er et fænomen, der er begrænset til de unge. Denne erkendelse medfører en forpligtelse til at udvikle nye metoder og gennemgå eksisterende initiativer, således at det sikres, at de også er relevante for ældre medborgere'.

Læs mere om stofbrug og ældre på www.emcdda.europe.eu

i USA. I Danmark er der foretaget undersøgelser i Ikast og hos Bispebjerg Hjemmepleje ud fra en anden screeningsmodel kaldes CAGE (se faktabox), som er udviklet til at afdække problematisk alkoholforbrug hos socialt udsatte. Resultaterne fra Bispebjerg og Ikast viser, at kun et ganske lille fåtal af ældre, mellem 2-4 %, oplevede, at de havde et problem med alkohol, mens en fjerdel af de ældre brugte alkohol dagligt, og halvdelen af de 844 adspurgte modtog nervemedicin (4). Det tyder på en stor uoverensstemmelse mellem det problem, som sundhedspersonalet møder, og borgerens egen oplevelse af sin situation. Det problematiske ved screeningsmodeller er, at målgruppen ikke nødvendigvis kan identificere sig med de opstillede problematikker, fordi de ikke oplever, at spørgsmålene refererer til deres egen oplevelse af problematikken. Når det drejer sig om ældre, der er omfattet af hjemmeplejen, eksisterer der desuden kun få undersøgelser af de ældres alkoholvaner, hvilket betyder, at vi kun i et lille omfang kan drage nytte af andres erfaringer og viden på området.

CAGE:

ALKOHOL SCREENING FOR SOCIALT UDSATTE MENNESKER

1. Har du inden for det sidste år følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?
2. Er der nogen, der inden for det sidste år har 'brokket' sig over, at du drikker for meget?
3. Har du inden for det sidste år følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
4. Har du inden for det sidste år jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at 'berolige nerver' eller blive 'tømmer-mændene' kvit?
5. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?
6. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

(Positiv test = 2 positive i 1-5 eller 1 positiv i 1-5 + > 3dage om ugen).

Læs mere om CAGE: Hesse, M. & Thiesen, H.: The CAGE as a Measure of Hazardous Drinking in the Homeless. Am J Addict 2007;16:475–478.

Udfordringen er i privatsfæren

I forbindelse med overvejelserne om, hvordan vi kan afdække de ældre borgeres alkoholforbrug, er der fortsat en del uafklarede spørgsmål. Den store udfordring er at sætte ord på ældres alkoholvaner som en del af deres dagligdag i eget hjem. Ét er at spørge en ældre borger om alkoholvaner, når vedkommende henvender sig til lægen eller kommer på hospitalet. Her er der faglitteratur, som understreger vigtigheden af at spørge til alkoholforbruget, da det ikke alle steder er en fuldt integreret del af kortlægningen af sygdomsbilledet.

Noget andet er, at i eget hjem er spillereglerne til en vis grad anderledes. Det viser udsagn fra hjemmesygeplejersker og hjemmehjælpere. I hjemmet er borgeren langt mere integreret og helstøbt. Man må forestille sig, hvordan hjemmehjælperen møder Fru Jensen med strikketøj, kortspil, en lille cerut og et glas kirsebærvin, i modsætning til, hvordan Fru Jensen iklædt hvidt patienttøj ligger i sengen på hospitalet og bliver mødt af en sygeplejerske eller en læge med nogle gode sundhedsintentioner.

Der er uden tvivl forskellige holdninger til, at der med spørgeskemaet om alkoholvaner trædes ind i en privatsfære. Det kan af nogle ældre borgere og medarbejdere opfattes som invaderende. Derfor er det også så meget vigtigt at signalere et ønske om en konstruktiv og interesseret dialog med de ældre borgere omkring deres alkoholvaner, hvor vi alle kan blive klogere. Alternativet er, at nogle ældre borgere ikke får mulighed for at træffe et valg om at ændre en livsstil, alene fordi de ikke har (fået) kendskab til, hvordan alderdom med alkohol og medicin kan have uhensigtsmæssige konsekvenser. Undersøgelser viser, at ældre er den mest underinformerede gruppe i forhold til viden om alkohol [6]. Alkohol er en integreret del af de flestes hverdag, hvilket også gælder for ældre, og opgaven er derfor at være med til at skabe de bedste betingelser for sameksistens mellem alderdom, alkohol og medicin.

Livsfortællinger

Spørgeskemaundersøgelsen vil blive efterfulgt af nogle dybdegående interviews med et antal ældre borgere omkring livsfortællinger. Formålet med livsfortællingerne er at skabe fokus på billeder af alderdom, hvor medicin og alkohol indgår som to naturlige ingredienser. Livsfortællinger er dermed en måde at få nogle billeder på alkoholforbrug hos ældre borgere, som gør både medarbejdere og borgere i stand til at samtale om emnet og dermed gøre forsøg på at bryde et tabu. Det lader til, at det i første omgang er et spørgsmål om at tage hul på samtalen om alkoholvaner mellem de ældre og medarbejderne.

Mulighed for at vælge 'gode' alkoholvaner til

Formålet med undersøgelserne er at få belyst alkoholvaner eller alkoholproblematikker ud fra forskellige vinkler. Er der overensstemmelse mellem personalets oplevelse af problematisk alkoholforbrug og borgerens oplevelse af sit eget forbrug? Desuden er det højt prioriteret at få bragt emnet alkoholvaner på dagsordenen, uden at det er hensigten, at nogle af de ældre skal opleve, at deres privatsfære invaderes ufrivilligt. Der vil højst sandsynlig være forskellige opfattelser af, hvornår en ældre borger har et problematisk alkoholforbrug både internt hos medarbejderne, men også hos de ældre borgere selv. Idéen med projektet er at skabe muligheder for at tale om alkohol og ældre i positive vendinger gennem information og vejledning, så den ældre borger tilbydes en reel mulighed for at træffe et aktivt valg om 'gode' alkoholvaner.

I snitfladen mellem de ældres egne beskrivelser af deres alkoholvaner og medarbejdernes beskrivelser af problematisk alkoholforbrug forventer vi, at der befinder sig en gråzone af ældre borgere. En gråzone, som består af en gruppe ældre, der har et relativt lille alkoholforbrug, som hverken af medarbejderne eller den ældre selv opfattes som problematisk (i forhold til genstandsgrænserne), men kombineret med en svækket sundhedstilstand og et forbrug af sovemedicin samt anden medicin betyder det, at denne gruppe borgere kan betegnes som værende i en risikogruppe. Undersøgelser har vist, at mange ældre mennesker ikke er klar over, at de ikke tåler alkohol på samme måde, som da de var yngre[3]. Vi har en forventning om, at der vil være gode muligheder for gennem intervention at skabe forudsætningerne for et eventuelt ønske om at ændre på et uhensigtsmæssigt alkoholforbrug.

Tiltag og initiativer

Medarbejderne er meget vigtige i forhold til at indgå i dialogen med de ældre borgere, hvad enten det handler om at give information eller støtte op om andre tiltag. Med henblik på at skabe bedre betingelse for medarbejderne, som ofte er hårdt pressede af mange opgaver, vil der blive oprettet supervisionsgrupper til medarbejderne i hjemmeplejen. Der er ikke tradition for gennem supervision at reflektere over de forskellige udfordringer, som medarbejderen møder hos borgeren, og derfor forventer vi, at supervision vil kunne skabe nogle gode betingelser for faglig udvikling, som vil komme både medarbejderne og borgerne til gode. Desuden vil der udbydes en nøglepersonsuddannelse til 50 medarbejdere i hjemmeplejen. Nøglepersonsuddannelsen vil in-

MAST-G:

ALKOHOL SCREENING FOR ÆLDRE MENNESKER

Inden for det sidste år:

1. Når du taler med andre, underdriver du indimellem, hvor meget du i virkeligheden drikker?
2. Har du nogen sinde efter at have drukket et par glas ikke følt sult – eller været i stand til at springe et måltid over, fordi du ikke følte dig sulten?
3. Hjælper et par glas dig til at undgå at føle uro og ryste?
4. Gør alkohol det svært for dig at huske dele af dagen eller natten?
5. Tager du ofte en drink for at slappe af eller berolige nerverne?
6. Drikker du alkohol for at få tankerne væk fra dine problemer?
7. Har du nogensinde øget dit forbrug af alkohol efter at have oplevet et tab i dit liv?
8. Har en læge eller en sygeplejerske nogensinde udtrykt bekymring over dit forbrug af alkohol?
9. Har du nogensinde opstillet regler for at styre dit alkoholforbrug?
10. Når du føler dig ensom, hjælper det dig at drikke alkohol?

SCORING: Hvis personen svarer 'ja' til to eller flere spørgsmål opfordres til en snak med lægen.

Kilde: University of Michigan Alcohol Research Center, Michigan Alcohol Screening. Test (MAST-G). © The Regents of the University of Michigan, 1991

CHRISTINA KUDSK NIELSEN
SYGEPLEJERSKE, ANTROPOLOG
ALKOHOLRÅDGIVNINGEN I SILKEBORG

deholde undervisning i viden om alkohol, undervisning i den motiverende samtale samt viden og dialog om skadesreduktion og konkrete handlemuligheder m.m. Derudover vil der arbejdes på at udvikle deciderede behandlingstilbud målrettet til de ældre, som er tilknyttet hjemmeplejen. Det kunne for eksempel være tilbud, som finder sted i dagcentrene i kommunen, hvor det faste personale bliver udrustet til at varetage nogle opgaver. Det vurderes, at der vil være god effekt af at sætte fokus på alderdom, alkohol og medicin som en naturlig del af mange ældre borgeres hverdag i Danmark. Ved at have fokus på, at et af de normale billeder af alderdom i dag ofte består af alderdomssvækkelse, alkoholvaner og medicinforbrug, tror vi, at det er nemmere at vejlede borgere til at træffe et valg om at få justeret alkoholvanerne, hvis det er et ønske hos den enkelte.

Ældre med alkohol og andre problematiske forbrug

Med projektet forventer vi at løfte en flig af et område, som berører ældres forbrugsvaner af alkohol. Projektet kunne også med fordel inddrage fokus på ældre med problematisk forbrug af stoffer. Vi har dog valgt at holde fokus på den relativt store 'normale' gruppe af ældre borgere, som har et forbrug af alkohol, som af den ene eller anden grund er problematisk for vedkommende og for medarbejderne i hjemmeplejen, da det er en problematik, som fylder meget hos medarbejderne.

I forhold til, at der i gruppen af ældre borgere også findes stofbrugere, har vi ikke på nuværende tidspunkt gjort os overvejelser om at inddrage stofproblematikker i projektet. Det er der flere grunde til, hvoraf nogle er bestemt af en overordnet struktur. Alkohol og stofområdet i Silkeborg Kommune har indtil for nylig været to adskilte arbejdsområder, som hver især har holdt fokus på egen problematik. Der er imidlertid en fusion på vej, som vil gøre det muligt, at der arbejdes mere sammen på de to områder. Det betyder, at der på sigt vil være mulighed for at skabe nogle gode rammer for at medtænke indsatsområder over for stofproblematikker hos de ældre borgere.

Det er sandsynligt, at flere af de indsatser, som vi sætter i værk, med fordel vil kunne inddrages i forhold til ældre borgere med stofproblematikker.

En af tankerne med projektet om ældre og alkohol er at skabe en 'naturlig' dialog om emnet alkohol og ældre. Der ligger altså en intention om en normalisering af området. Ældre borgere med stofproblematikker er et område, som er mere gemt af vejen for offentligheden end ældre og alkohol, ligesom der hos ældre med stofproblematikker ses øget forekomst af dobbeltdiagnoser. Det stiller nogle meget store krav til plejepersonalet. Ikke desto mindre er det en kendt problematik i Silkeborg Kommune, som der også arbejdes med gennem et andet projekt, hvor fokus er på de socialt udsatte borgere og dermed også ældre borgere med stofproblematik, som ikke kan rummes af hjemmeplejen.

En forudsætning for at kunne tale om ældre med stofmisbrug er en parathed og en anerkendelse af problemet. Den parathed tyder det på, at der er omkring ældres alkoholvaner. En større undersøgelse af danskerne holdninger til alkoholintervention - og dermed også dialog - viser en overvejende velvilje i forhold til at tage fat på området [5]. ■

Projektet er et samarbejde mellem alkoholrådgivningen og hjemmeplejen i Silkeborg Kommune. For yderligere information: Kontakt projektmedarbejder Christina Kudsk Nielsen på alkoholrådgivningen i Silkeborg: Tlf. 8970 1171 eller 2979 5571.

LITTERATUR

1. Hvidtfeldt, U. A. et al.: Ældre og alkohol – Sammenhængen mellem socioøkonomiske faktorer og alkoholstorforbrug. SIF og Servicestyrelsen. 2006.
2. Schroll, M.: Alkohols særlige påvirkning af ældre – Synet på, hvad der er overforbrug hos ældre, bør nuanceres. Konferencerapport: En åben debat om ældre og alkohol. Udgivet af Ældremobiliseringen. 2002.
3. Bjørk, C. et al: Midaldrende og ældre danskeres alkoholforbrug fra 1987-2003. Ugeskrift for læger. 2006.
4. Zierau, F.: Alkoholmisbrug – det koster. Konferencerapport: En åben debat om ældre og alkohol. Udgivet af Ældremobiliseringen. 2002.
5. Nyhedernes Tænketank, Mandag Morgen og Trygfonden: Den første samlede undersøgelse af danskernes opfattelser af alkoholproblemer og holdninger til alkoholpolitik. 2009.
6. Dar, K.: Alcohol Use Disorders in elderly People: Fact or Fiction? Advances in Psychiatric Treatment. 2006.

PLEJEHJEM FOR ÆLDRE MISBRUGERE

I mange år var plejekrævende alkoholikere og stofmisbrugere henvist til enten forsorgshjem eller almindelige plejehjem. Først i 2000 blev det første alternative plejehjem oprettet som forsøgsprojekt på forsorgshjemmet Svendstrupgård i Nordjyllands Amt med støtte fra hjemløsepuljen. Siden kom flere pilotprojekter til, og i 2003 afsatte Socialministeriet 32 mio. kr. over tre år til etablering af 31 plejehjemspladser for misbrugere, der ikke passer ind på almindelige plejehjem.
Socialministeriet oplyser, at der ifølge Danmarks Statistik i 2008 var 205 personer, der opholdt sig på §108 botilbud som følge af sociale problemer – nogle af disse vil sandsynligvis være ældre misbrugere, men det har ikke været muligt at få konkrete tal for antallet af alternative plejehjemspladser.

PASSIV DRIKNING Passiv drikning omfatter situationer, hvor mennesker bliver generet, påvirket (negativt) eller skadet af andre menneskers alkoholadfærd.

Hvordan sætter man fokus på passiv drikning i alkoholforebyggelsen?

'Der må da være nogle områder, hvor barnepige-staten ikke skal blande sig!' Nej, siger man i Guldborgsund Kommune – hvis folk ikke kan styre deres adfærd over for andre når de drikker, så angår det os alle.

AF MAIBRITT KUSZON, GRETE ODDER NIELSEN & HELENE GOLDBERG

Denne artikel er en opfølgning på artiklen 'Passiv drikning - en ny strategi i alkoholforebyggelsen', som blev bragt i sidste nummer af STOF. Artiklen i STOF nummer 13 omhandlede Guldborgsund Kommunes pilotundersøgelse om passiv drikning og teoretiske perspektiver i forhold til at fokusere på passiv drikning i alkoholforebyggelsen. I denne artikel fremlægger pilotundersøgelsens styregruppe, hvorledes Guldborgsund Kommune, med afsæt i kommunens nye sundhedspolitik, vil sætte fokus på passiv drikning i alkoholforebyggelsen i fremtiden.

Ny sundhedspolitisk tilgang til alkohol

Baggrunden for pilotundersøgelsen om passiv drikning er Guldborgsund Kommunes sundhedspolitik vedrørende alkohol, som blev vedtaget i februar 2009. Sundhedspolitikken adskiller sig fra de fleste andre kommunale sundhedspolitikker ved at pointere, at alkohol *ikke er en privatsag*, eftersom den enkeltes alkoholadfærd har konsekvenser for andre. Sundhedspolitikken udvider derfor det traditionelle fokus fra et fokus på 'den drikkende' til i lige så høj grad at handle om et fokus på omgivelserne - de 'passivt drikkende'[1]. Alkohol er blot et af sundhedspolitikkens fokusområder. Andre fokusområder er øvrige rusmidler, trivsel, motion osv. Artiklen her omhandler, hvordan der i alkoholforebyggelsen eksplicit fokuseres på passiv drikning. I praksis vil alkohol/rusmiddelforebyggelsen nogle gange være overlappende (som fx i skoleundervisningen), ligesom alkoholforebyggelsen nogle gange vil føre til en opmærksomhed på andre trivselsproblemer eller øvrige rusmiddelrelaterede problemer. Det er vigtigt at pointere, at pro-

blemer relateret til alkohol – så vidt vi ved - ikke er større i Guldborgsund Kommune end andre steder; men at den danske uproblematiserede alkoholkultur generelt fører til mange forskellige problemer. Rent faktisk viser statistikker, at Guldborgsundborgere ligger under landsgennemsnittet, når det kommer til overskridelse af genstandsgrænserne. Forklaringen, som gives på fænomenet, er, at kommunens borgere er lavere uddannede end landsgennemsnittet, og at der er omvendt social ulighed, når det kommer til alkohol (altså, højtuddannede drikker mest).[2]. KRAM-undersøgelsen fra 2008 viste, at 9,6 % Guldborgsundborgere overskred genstandsgrænserne[3]. Pilotundersøgelsen om passiv drikning blev gennemført i marts 2009 og havde til formål at undersøge, hvor mange der havde været udsat for passiv drikning. Undersøgelsen havde derudover til formål at afprøve, om det ville være muligt at samtale om alkohol i det offentlige rum. Pilotundersøgelsen peger blandt andet på, at det er yderst relevant at belyse problemstillingen vedrørende alkohol fra andre vinkler. Pilotundersøgelsen viste blandt andet, at 60% af deltagerne havde været udsat for passiv drikning ved at være *påvirket af eller bekymret for* alkoholadfærden hos personer i nærmeste omgangskreds, mens 37% havde været udsat for passiv drikning via *gener og påvirkninger* fra berusede personer inden for det sidste år [4].

Igangværende tiltag med fokus på omgivelserne

Kommunens deltagelse i Sundhedsstyrelsens projekt 'Børn i Familier med Alkoholproblemer' udgør en væsentlig baggrund for, at sundhedspolitikken nu har rettet fokus imod alkohols konsekvenser for omgivelserne. Projektet har formået at bringe problemstillinger vedrørende alkohol for dagen, problemer som man ikke tidligere så i det omfang, man gør nu, og som man heller ikke havde redskaberne til at håndtere, hvis man så dem. I erfaringsopsamling/evaluering af projektet forklarede en viceskoleleder eksempelvis, at personalet på skolen, han kom fra, i udgangspunktet troede, at de var særligt privilegerede, idet de ikke havde børn fra familier med alkoholproblemer. Men da de hørte de nationale tal og lærte, hvad de skulle kigge efter, måtte de erkende, at problemet var lige så stort hos dem som andre steder[5]. Problemets omfang har således i høj grad overrasket de involverede i projektet. Nye beregninger viser, at der er 1.290 børn i Guldborgsund Kommune, der lige nu vokser op i en familie med alkoholproblemer. Det svarer til to til tre børn i hver skoleklasse i Guldborgsund Kommune. Tallet er baseret på en statistisk beregning på baggrund af nationale tal fra Sundhedsstyrelsen sammenholdt med befolkningstallet i Guldborgsund Kommune. I forbindelse med projektet har kommunen derfor allerede forud for sundhedspolitikkens vedtagelse og pilotundersøgelsen iværksat en række tiltag, som har fokus på omgivelserne, især børn og familier.

I forbindelse med projektet har udvalgte skoler og daginstitutioner – herunder hele dagplejen - siden 2007 uddannet nøglepersoner, som har fået en særlig viden om børn i familier med alkoholproblemer, så de kan spotte børnene, støtte dem og tale med forældrene om problemstillingen. Ligeledes er der i forbindelse med projektet udviklet alkoholpolitikker og handleplaner på børne- og skoleområdet. I forbindelse med forankring af projektet i kommunen blev det i 2008 politisk vedtaget, at alle kommunale skoler og daginstitutioner skal have en alkoholpolitik og handleplan, ligesom det er vedtaget, at der skal udbydes kurser til udpegede nøglepersoner fra skoler og daginstitutioner (af to dages varighed), med henblik på at formidle viden og handlekompetencer i forhold til børn i familier med alkoholproblemer. Slutteligt er det vedtaget, at Center For Afhængighed (CFA) skal udbyde trænings-dage (af én dags varighed) for alle interesserede fra daginstitutions- og skoleområdet, så de får viden og handlekompetencer i forhold til børn i familier med alkoholproblemer. Dermed er et fokus på børn og familier med alkoholproblemer nu fast forankret i driften.

I CFA, som tilbyder alkoholbehandling i Guldborgsund Kommune, har man implementeret et relationsperspektiv i alkoholbehandlingen, hvilket i praksis betyder, at man afdækker en drikkendes relationer, så snart personen går i alkoholbehandling, ligesom man i behandlingsforløbet har fokus på, hvordan alkoholen påvirker omgivelserne. Endvidere tilbyder CFA nu også pårørendebehandling i det omfang, der er ressourcer til det, og dette er p.t. desværre med venteliste. Baggrunden herfor er, at der p.t. kun er lovgivningsmæssig pligt til at behandle personen med

REAKTIONER PÅ PILOTUNDERSØGELSEN OM PASSIV DRIKNING

Guldborgsund Kommunes lille pilotundersøgelse om passiv drikning har fået en overvældende national og lokal opmærksomhed, hvilket måske vidner om en generel parathed til at debattere den danske alkoholkultur. Politiken satte i sommeren 2009 begrebet til debat i en web-blog, hvilket førte til mange reaktioner, som overvejende var positive. Her er et par smagsprøver på reaktioner i debatten – såvel for som imod:

'[...] det passer perfekt til min opfattelse af det med alkohol.[...] at det ikke handler om genstande, men om det, alkoholen gør ved den, der drikker, og dennes omgivelser. Alkohol forpester relationen mellem børn og voksne, de voksne bliver dumme og naragtige - af og til ligeglade eller aggressive.'

'Endelig et godt udtryk, der dækker de medafhængige børn og partnere, der har levet eller lever under alkoholbelastede forhold. Og lad os så komme i gang med at få den utålelige danske forherligelse af den enkeltes ret til at drikke sig halv- eller helfuld ved enhver lejlighed til debat. Ved passiv druk kan man blive syg i sjælen, og det er lige så uacceptabelt, som det er at få astma af røg.'

[...]'Det må være op til den enkelte, hvordan man håndterer sine sociale relationer – om man er et behageligt menneske at være sammen med? Ærlig talt, der må da være nogle områder, hvor barnepigestaten ikke skal blande sig!'

'Jeg frygter, at det ender med en enten- eller kampagne, hvor man enten drikker og dermed som rygerne er en slem én, eller også drikker man slet ikke. [...] Jeg tror ikke, det vil føre til færre alkoholikere, da de jo alligevel er vant til ikke at være accepterede af det omgivende samfund, men det ville givetvis føre til færre folk, som snupper en øl eller et glas vin i weekenderne. [...] fra tid til anden vil jeg have lov til at nyde et godt glas øl/vin med god samvittighed, nu da jeg ikke længere må ryge.'

Der har også været reaktioner lokalt i Guldborgsund Kommune. I forbindelse med pilotundersøgelsens gennemførelse var borgerne imødekommende og interesserede og ville gerne fortælle om deres mange forskellige oplevelser med passiv drikning. Vi oplever, at tilgangen legitimerer og giver anledning til drøftelse af oplevelser, som de fleste har haft, men som mange aldrig har fået sat ord på eller vidst, hvordan de skulle tackle. Der har været læserbreve om, at 'det var på tide', i undervisningsforløb har reaktionerne generelt været positive – men ind i mellem virker tilgangen dog også provokerende på modtagerne.

Anekdote fra det virkelige liv i alkoholforebyggelsen i Guldborgsund Kommune:

Grete Odder Nielsen: - Jeg blev for nyligt ringet op af en institutionsleder, som bad om hjælp til at udarbejde en lokal alkoholpolitik. Jeg fortalte, at jeg ville sende ham forskelligt materiale, som kunne hjælpe ham videre. I den forbindelse fortalte jeg om rapporten vedrørende passiv drikning, som jeg gerne ville sende med. 'Passiv drikning?' siger han. 'Ja,' forklarer jeg, 'lidt på lige fod med passiv rygning'. 'Ja, men man bliver jo skadet af passiv rygning,' siger han. 'Ja,' siger jeg, 'men det kan man også blive af passiv drikning'. Han fortæller, at han ikke mener, at man kan blande sig i folks privatliv – og jeg får sagt, at lige nu blander vi os alt for lidt i Danmark mht. alkohol til stor skade for den drikkende og dennes omgivelser. Vi snakker lidt frem og tilbage om det. 'Nå', siger han til sidst med smil i stemmen, 'jeg kan godt høre, at du er lidt af en fagidiot!'

Anekdoten illustrerer det skisma, som deler vandene i debatten – omkring det ideologiske spørgsmål om ansvar: Er hensynsløs alkoholadfærd en privat sag, som andre ikke skal blande sig i, eller er skadesvirkningerne store nok til, at omgivelserne har pligt til at blande sig? For blot få år siden var den generelle holdning, at rygning er en privat sag, men på kort tid er holdningen og adfærden ændret, fordi vi har fået fokus på passiv rygning. Vi håber derfor på en lignende udvikling i forhold til alkohol.

SUNDHEDSPOLITIK VEDRØRENDE ALKOHOL

GULDBORGSUND KOMMUNE ØNSKER, at borgerne har sunde alkoholvaner, og at færre borgere mistrives af andres alkoholforbrug. Vi vil derfor nedsætte et tværfagligt alkoholråd, som skal udarbejde en alkoholpolitisk handleplan baseret på anbefalingerne fra 'Sund By Netværket' og 'Børn i Familier med Alkoholproblemer' med henblik på en mere systematisk og sammenhængende indsats inden for alkoholområdet, som kan skabe rammer for en mere sikker og social hensynsfuld måde at omgås alkohol på.

Mange lokale enheder har allerede udarbejdet alkoholpolitikker og handleplaner, og flere institutioner på børne-skoleområdet er på vej. Kommunens direktion har netop besluttet, at der i løbet af de næste 2 år skal udarbejdes en overordnet indsatspolitik for alkohol, lokale alkoholindsatspolitikker for hvert område (fx ældre-, psykiatri-, handicapområdet osv.) samt at der nedsættes arbejdsgrupper til at udarbejde lokale handleplaner på hver enkelt institution/område. Pilotundersøgelsen om passiv drikning bliver inspirationsmateriale for disse arbejdsgrupper for at sikre, at perspektivet inddrages, idet dét at blive udsat for passiv drikning (af andre borgere eller derhjemme) kan påvirke en medarbejders trivsel og dermed også arbejdspladsen.

HANDLEPUNKTER – HVAD VIL VI?:

- Udarbejde en overordnet alkoholpolitik omfattende alle kommunale arbejdspladser, skoler og institutioner.
- Sikre alkoholfri zoner i byer og i lokalsamfund – specielt for børn og unge.
- Oplyse om konsekvenserne af et stort alkoholforbrug, give borgeren mulighed for indsigt i egen sundhedstilstand og informere om kommunens sundhedsfremmende og forebyggende indsats.
- Uddanne mere frontpersonale på familieområdet m.h.p. tidlig opsporing og støtte af børn i familier med alkoholproblemer.
- Uddanne flere KRAM-ambassadører på kommunale og private institutioner og arbejdspladser.
- Deltage i nationale og lokale alkoholkampagner for at skabe fokus på den danske alkoholkultur og dens konsekvenser.
- Undersøge alkoholproblemets omfang og konsekvenser for kommunens borgere for at kunne udvikle relevant og målrettet hjælp.

HVAD GØR VI?

Passiv drikning inddrages i alle kommunens tiltag vedrørende alkohol:

- Alkoholrådet sætter fokus på passiv drikning.
- For at forebygge imod passiv drikning etableres alkoholfri zoner på samme måde som de nu velkendte røgfri zoner.
- Når borgere henvender sig til sundhedsvæsenet indgår spørgsmål om alkoholvaner rutinemæssigt. Fremover vil borgerne også blive spurgt om de udsættes for passiv drikning, samt blive oplyst om, hvor man kan søge råd og vejledning.
- Kommunen har de sidste to år uddannet 120 nøglepersoner til at skabe fokus på sundhedsfremme og forebyggelse på arbejdspladserne i kommunen i forhold til Kost, Rygning, Alkohol, Motion – og trivsel. Fremover vil også passiv drikning indgå i KRAM-ambassadøruddannelsen.
- Pilotundersøgelsen om passiv drikning var den første undersøgelse af sin slags i kommunen. I fremtidige lokale kampagner, undersøgelser og statistikker på sundhedsområdet vil der være fokus på passiv drikning.

alkoholproblemet (med 14 dages behandlingsgaranti), hvilket i praksis betyder, at kommunen først må opfylde disse lovgivningsmæssige krav, før der kan tilbydes pårørendebehandling, selv om der er meget stort behov for dette.

Et andet tiltag er, at man i alkoholbevillinger stiller krav om, at unge under 18 år ikke må være til stede efter kl. 2:00 om natten på diskoteker, barer mv. (enkelte andre steder i landet har formået at gennemføre en kl. 23:00-regel). Denne praksis blev allerede startet af den gamle Nykøbing Falster kommunes bevillingsråd og politikreds (i samarbejde med den gamle kommunes alkoholråd). Praksissen er nu blevet udvidet til hele Lolland-Falsters og Sydsjællands politikredse. Baggrunden for denne praksis er ønsket om at få de unge væk fra gaden i de 'farlige morgentimer', hvor flere statistisk udsættes fra vold. Med andre ord er baggrunden at forebygge mod passiv drikning[6].

Nye initiativer

Som nævnt i sidste nummer af STOF indgik pilotundersøgelsen om passiv drikning som en del af den lokale kampagne 'Vi sætter spot på A'et i KRAM'. Kampagnen satte også fokus på kommunens nye sundhedspolitik, heriblandt især kommunens holdninger om, at alkohol ikke er en privatsag, og at det er vigtigt at handle, hvis man observerer alkoholproblemer. I denne forbindelse blev der udviklet handleguider til borgerne, som er tilgængelige på kommunens hjemmeside [7]. Ved at klikke på en af overskrifterne: 'Jeg er bekymret for en kollega', 'Jeg er bekymret for et barn i en familie med alkoholproblemer', 'Jeg er bekymret for min samlever', 'Jeg er bekymret for en, jeg kender' eller ' Jeg er bekymret for mit eget alkoholforbrug' – kan borgerne finde råd og vejledning, der kan hjælpe dem videre. Derudover kan de finde materiale fra Sundhedsstyrelsen samt kontaktinformation til Center For Afhængighed (CFA), hvor borgere kan henvende sig og få råd, vejledning og hjælp i ovennævnte situationer.

Det første egentlige tiltag, der er iværksat efter undersøgelsens offentliggørelse, er, at rusmiddelforebyggelsen i kommunens 8. klasser er udvidet. Rusmiddelforebyggelse blev i efteråret 2007 hjemtaget af kommunen efter at have været varetaget af regionen og varetages nu af CFA's ungekonsulenter i samarbejde med SSP og politiet. En uventet sidegevinst ved selv at varetage undervisningen har vist sig at være, at børnene tør henvende sig i CFA, når de oplever problemer, fordi de allerede kender behandlerne fra undervisningen. I undervisningen har fokus hidtil kun været på de unges egne erfaringer og forestillinger om alkohol og rusmidler, og der er i den forbindelse blevet uddelt spørgeskemaer i klasserne, der skulle afdække disse spørgsmål. Men fra dette efterår er også spørgsmål vedrørende de unges erfaringer med at blive udsat for passiv drikning inddraget i spørgeskemaet og i undervisningen. De unge får i denne forbindelse oplyst, at de kan henvende sig til CFA's ungekonsulenter, hvis de er påvirket af andres alkoholadfærd.

Til undervisningen i skoleklasserne afprøver CFA i øjeblikket et klik-sæt, hvor spørgsmålene i spørgeskemaet præsenteres på power point, mens eleverne kan klikke ja eller nej på en lille 'klikker,' som de hver især har fået udleveret. Systemet udregner med det samme svarene og præsenterer resultaterne i grafer og kurver i power point. Derved kan de unge med det samme se, at de ikke er alene om deres eventuelle oplevelser, hvilket kan være en styrke, idet oplevelsen af at være den eneste i verden med en given problematik ofte kan afholde mennesker fra at tale om deres oplevelser og søge hjælp. I slutningen af skoleåret kan statistikker fra kommunens skoler sammenføres, og det bliver således muligt at vurdere, hvor mange elever, der udsættes for passiv drikning. I fremtiden vil det evt. også blive muligt at vurdere, om det kommunale fokus på passiv drikning har en effekt, fx ved at undersøge om færre unge udsættes for passiv drikning.

Mht. at inddrage spørgsmål om passiv drikning i fremtidige undersøgelser er det allerede nu planlagt, at kommunen i en ny analyse af sygefravær på ældreområdet skal inddrage spørgsmål herom. I denne forbindelse er det besluttet, at man både vil spørge ind til medarbejderes egne alkoholvaner, og om de udsættes for passiv drikning, for at se eventuelle nye mønstre i årsager til sygefravær.

Kommunen udbyder en KRAM-ambassadøruddannelse til sine medarbejdere. Uddannelsen er under udvikling i øjeblikket, således at den i fremtiden forventes at blive en obligatorisk suppleringsuddannelse i sundhed og trivsel for alle kommunens sikkerhedsrepræsentanter og –ledere (i alt ca. 300 personer). Det er oplagt at inddrage passiv drikning som en vinkel i uddannelsesforløbet, således at sikkerhedsrepræsentanterne ud over at få viden om, hvor man kan få hjælp i forbindelse med kollegaer, der drikker, også bliver opmærksomme på, hvor man kan søge råd og vejledning, hvis en kollega mistrives, fordi vedkommende udsættes for passiv drikning.

Ud over kommunens KRAM-ambassadørkoncept, har CFA som udviklingsmål for 2010 at ville tilbyde kompetenceudvikling til frontpersonalet på arbejdsmarkedsområdet, således at jobcentrets medarbejdere får en ny opmærksomhed på såvel alkohol som passiv drikning. Jobcentrets personale skal ikke uddannes som alkoholbehandlere, men de skal lære at være opmærksomme på problemstillinger i forhold til alkohol samt andre rusmidler og videreformidle, hvor borgerne kan søge hjælp.

Endvidere vil CFA fra januar 2010 i samarbejde med regionen få en ny opsøgende behandler på Nykøbing F. Sygehus, og tilgangen vil her – som i alkoholbehandlingen - være en relationstilgang. Det betyder i praksis, at det i forbindelse med en samtale med en patient med et alkoholproblem vil være naturligt at foreslå inddragelse af patientens nærmeste pårørende i samtaler på sygehuset og efterfølgende i CFA.

Endelig er der planer om at lave forskelligt materiale, der eksponerer fokuset på passiv drikning over

HELENE GOLDBERG ANTROPOLOG, SUNDHEDSUDVIKLING
MAIBRITT KUSZON SUNDHEDSCHEF
GRETE ODDER NIELSEN LEDER AF CENTER FOR AFHÆNGIGHED
GULDBORGSUND KOMMUNE

for borgerne. Der er planer om at trykke go-cards og plakater med lidt provokerende spørgsmål som: 'Hvordan virker du på andre, når du er fuld? Tør du spørge dine nærmeste?' Samt spørgsmål som 'Bliver du også udsat for passiv drikning? Du er ikke alene.' Desuden vil der blive udarbejdet en letlæselig pixiudgave af undersøgelsen om passiv drikning, eventuelt suppleret med trykte handleguider om, hvad man kan gøre i forskellige situationer, a la de handleguider, der allerede er lagt ud på internettet. Formålet med disse materialer er at bevare det fokus og den italesættelse, der er skabt omkring passiv drikning i Guldborgsund Kommune.

Perspektivering

I England fremlægger chef-embedslægen årligt en række anbefalinger til udvikling af folkesundhedsområdet. I 2008 argumenterede han for, at samfundet skal gøre en aktiv indsats og anerkende passiv drikning som et nyt hovedindsatsområde. Begrundelsen er bl.a., at mennesker i alle grupper af samfundet udsættes for og skades af passiv drikning, idet den enkeltes alkoholadfærd bl.a. fører til vold, trafikuheld, familieproblemer og omsorgssvigt og derudover koster samfundet milliarder af pund. Han udtrykker, at der er behov for en national anerkendelse af, at passiv drikning i endnu højere grad end passiv rygning har omfattende konsekvenser. Slutteligt fremlægger han et regnestykke, hvor han argumenterer for, at der vil kunne spares over en milliard pund og mange menneskeliv, hvis man hæver alkoholpriserne)[8,9]. Med andre ord italesætter chef-embedslægen problemstillingen vedrørende passiv drikning – frem for den traditionelle problemstilling vedrørende de individuelle helbredsmæssige skader - som begrundelsen for gennemførelsen af en klassisk forebyggelsesstrategi, nemlig en forhøjelse af alkoholafgifterne.

Guldborgsund Kommune ønsker også at implementere klassiske forebyggelsesstrategier og nå mål, såsom at mindske alkoholudbuddet, udskyde unges debutalder i forhold til alkohol og nedbringe det samlede alkoholforbrug. Dog vil begrundelsen i fremtiden ikke alene være helbredsmæssige konsekvenser, men også konsekvenser for omgivelserne. Vi har en fælles alkohol- og beruselseskultur, og derfor vedkommer det at blive udsat for passiv drikning os alle. Alle kan blive udsat for passiv drikning – i trafikken, på gaden eller som vidner til andre, der mistrives i forbindelse med alkohol. Med italesættelsen af passiv drikning **– tror og håber vi –** at kommunen kan bidrage til at skabe rammer for sundere alkoholvaner (fx i lokale alkoholpolitikker og handleplaner), ligesom **– vi tror og håber –** at det bliver mere legitimt at drøfte negative oplevelser og handle på dem. ■

KREDITERING

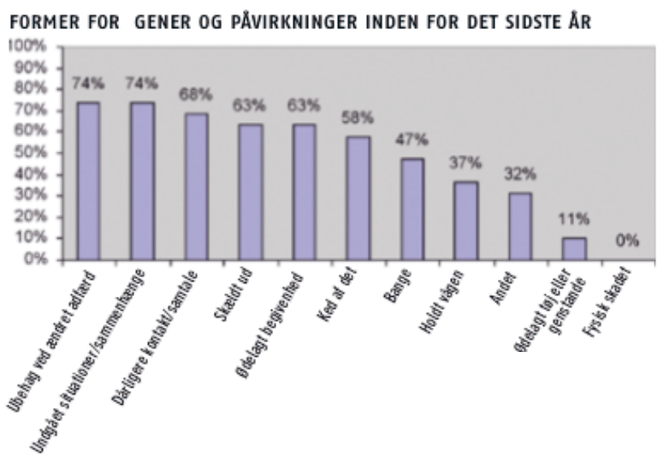
Styregruppen vil gerne takke psykolog Lena Bjerrum Bach, projektleder for 'Børn i Familier med Alkoholproblemer', for mange indsigtsfulde kommentarer og forslag i forbindelse med såvel planlægningen af pilotundersøgelsen om passiv drikning som i forbindelse med formidlingen af undersøgelsens resultater.

NOTER

1. Sundhedspolitik 2009. Guldborgsund Kommune.
2. Sundhedsprofil. Guldborgsund Kommune. 2006.
3. KRAM-profil, Guldborgsund Kommune. Statens Institut for Folkesundhed. 2008.
4. Goldberg, H.: Pilotundersøgelse om passiv drikning i Guldborgsund Kommune. Guldborgsund Kommune. 2009.
5. Bach, L.B. m.fl.: Børn i familier med alkoholproblemer. Erfaringer og anbefalinger fra Guldborgsund Kommunes indsats 'Børn i familier med alkoholproblemer'. Guldborgsund Kommune.
6. Kilde: Pilborg, B. SSP-konsulent, Guldborgsund Kommune.
7. Se handleguiderne på www.guldborgsundhed.dk under 'alkohol'.
8. Donaldson, Sir L.: 150 Years of the Annual Report of the Chief Medical Officer. Department of Health. 2008.
9. Filmklip med chef-embedslægen: www.dh.gov.uk/en/News/Media/DH_096274

RETTELSE:

I artiklen 'Passiv drikning - en ny strategi i alkoholforebyggelsen' i STOF nr. 13 bragte vi en graf, der viste fordelingen over gener hos personer, der havde været udsat for passiv drikning inden for det sidste år. Ved layout rykkede teksten sig desværre. Derfor gentrykker vi her grafen med den rigtige tekst.



Forandring uden behandling

Hvordan kan det være, at nogle mennesker kan komme ud af deres afhængighed uden at få behandling? Hvordan adskiller de sig fra dem, der søger behandling? Det er noget af det, der forskes i på Center for Rusmiddelforskning.

AF KAREN ELMELAND & DORTE HECKSHER

Indtil for 30-40 år siden var forestillingen om, at en person selv skulle kunne nedsætte eller helt stoppe et alvorligt, problematisk og belastende forbrug af alkohol eller illegale stoffer uden at indgå i en behandlingsmæssig sammenhæng, nærmest tabu inden for såvel behandlingsområdet som i den etablerede alkohol- og narkotikaforskning. Det hævdedes – med en noget tautologisk argumentation – at såfremt man havde et misbrug/var afhængig, kunne dette kun afhjælpes gennem behandling – så i fald man stoppede eller reducerede forbruget ved egen hjælp, havde man altså ikke haft et 'rigtigt' misbrug eller været 'rigtig' afhængig.

Imidlertid pressede flere og flere eksempler på 'natural recovery', 'self-change' eller 'spontan remission', som er nogle af betegnelserne for fænomenet, sig på, og det har der gennem de sidste 30 år været en stigende interesse for samt heraf følgende forskning i feltet. Dette også motiveret af, at erfaringer fra studier af self-change populationer viste sig at kunne bidrage med væsentlig viden og inspiration i relation til behandlings- og forebyggelsesforskningen – herunder viden om årsager til at stoppe/nedsætte forbruget samt i relation til de handlingsstrategier, der benyttes i forandrings- og vedligeholdelsesfaserne. De internationale studier viser, at langt størstedelen af de personer, der har haft et problematisk brug af rusmidler, selv har formået at stoppe dette – uden at modtage formel behandling eller deltage i selvhjælpsgrupper. Dette gælder tilsyneladende for såvel alkohol- som stofbrugere, selv om hovedparten af de gennemførte studier primært har haft fokus på self-change i relation til et overforbrug af alkohol [6].

I international sammenhæng har man således interesseret sig for dette område i en årrække, men der er imidlertid endnu ikke i Danmark lavet systematiske undersøgelser af self-change i relation til hverken stofmisbrug eller alkoholmisbrug, selv om man må formode, at der også i Danmark er en forholdsvis stor population, der har oplevet at have haft alvorlige problemer med især alkohol, og som er kommet ud af det ved egen hjælp. Danmark er en såkaldt 'våd' alkoholkultur, hvor man estimerer, at ca. 860.000 overskrider de af Sundhedsstyrelsen anbefalede genstandsgrænser, og af disse skønnes ca. 150.000 at have et egentlig alkoholmisbrug. I forhold til dette tal er der kun 9-12.000 danskere i behandling for et overforbrug af alkohol (på årsbasis).

Ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, blev der derfor i slutningen af 2008 iværksat et pilotprojekt, der skulle belyse self-change-fænomenet i relation til problematisk brug af alkohol i

en dansk kontekst. I denne artikel præsenteres dels internationale erfaringer fra forskningen i self-change populationer, dels de første resultater fra det danske pilot studie.

Internationale erfaringer

Den internationale forskning i self-change kan overordnet ses at have gennemløbet 4 stadier, hvor det første stadie var centreret omkring at finde evidens for, at begrebet self-change i det hele taget eksisterede i relation til at stoppe et misbrug af alkohol.

I forskningens andet stadie blev der iværksat undersøgelser, der skulle belyse omfanget af fænomenet. Disse studier viste, at self-change syntes at være en udbredt vej ud af et alkoholmisbrug/alkoholoverforbrug [7, 3]. I nogle nationale survey-populationer var det helt op til 75 % af den gruppe, der havde oplevet en længerevarende periode i deres liv med et alvorligt alkoholproblem, som var kommet ud af det uden behandlingsmæssig intervention [6].

Det tredje stadie i forskningen har været fokuseret på at finde karakteristika, der kan beskrive gruppen af self-changers: Adskiller de sig fra traditionelle behandlingspopulationer – og i givet fald hvordan? Forskningen i dette spørgsmål er ikke entydig. Nogle undersøgelser peger på, at behandlingspopulationer synes betydelig mere belastede i relation til omfang og grad af alkoholmisbrug[4], mens andre studier modsat peger på, at self-changegruppen kan være lige så belastet i relation til misbrug og afhængighed som behandlingspopulationerne, men at de oftere har et intakt netværk, en intakt og fungerende familie samt kontakt til arbejdsmarkedet. Endvidere påpeges det i nogle af undersøgelserne, at det blandt self-changers ofte ses, at de i året op til forandringen af deres forbrug har oplevet en eller flere positive livsbegivenheder, som har fungeret såvel initierende som understøttende i relation til forandringsprocessen [1, 2].

Fjerde og foreløbig sidste stadie i forskningen er centreret omkring en afdækning af veje ind i og ud af misbruget blandt self-change populationerne. Der synes fx at være store variationer i begrundelserne for self-change, men ofte fremhæves individets rationelle beslutning - i form af en afvejning af fordele og ulemper - samt negative helbredsmæssige konsekvenser af misbrug/afhængighed som centrale begrundelser for selv at forandre et brug af alkohol eller illegale stoffer[6].

Da mænd og kvinder drikker forskelligt, er der også generelt en forskel på, i hvilket tempo og omfang de oplever såvel fysiske skader som sociale og personlige konsekvenser af alkoholafhængighed og misbrug. I forlængelse heraf ses også forskellige typer beretninger om veje ud af misbrug og afhængighed for de to køn - ligesom der også er forskelle på de såvel igangsættende som vedligeholdende faktorer, de hver især fortæller om. Sammenligner man andelen af kvindelige self-changers med andelen af kvinder i behandling for alkoholproblemer, er der studier, der viser, at der muligvis findes forholdsmæssigt flere kvinder i den første gruppe (altså blandt self-changers). Disse kønsforskelle er imidlertid et område, hvor man stadig kun har en sparsom viden, og der er brug for yderligere forskning på området.

I forhold til aktivt at vælge det gældende behandlingssystem fra har den internationale forskning i self-change vist, at der inden for denne population – groft sagt – kan udspecificeres tre hovedgrupper:

1) De personer, der har valgt at 'gøre det selv' og på 'min egen måde' - og dermed ikke mener, de har haft brug for det etablerede behandlingssystem.
2) De personer, der ikke har haft lyst til at kontakte det etablerede behandlingssystem (da de fandt det stigmatiserende/marginaliserende) – og dermed har følt sig tvunget til at agere 'på egen hånd'.
3) En kombination af 1 og 2 (med forskellig vægtning).

Forskningen inden for self-change kan således være med til at belyse, hvorvidt der er særlige faktorer, der har betydning for, at bestemte befolkningsgrupper/individer vælger ikke at kontakte behandlingssystemet – og dermed kan vi igen få en øget viden om, hvilke populationer de etablerede alkoholbehandlingstilbud ikke formår at tiltrække. Mennesker med alkoholproblemer kan således opleve forskellige typer barrierer i forhold til at søge behandling – og der kan være forskel på typer af barrierer for henholdsvis kvinder og mænd.

Der er således en hel række grunde til, at et dansk projekt om self-changers nu er sat i gang. Bl.a. vil viden om denne gruppes 'forandrings-strategier' give en væsentlig information, som direkte kan overføres til såvel forebyggelses- som behandlingsmæssige sammenhænge herhjemme.

Endvidere vil det være interessant at kunne foretage komparative studier mellem en dansk self-change population og self-changers i andre drikkekulturer, ligesom en sammenligning med danske behandlingspopulationer er oplagt.

Det danske pilotstudie

I efteråret 2008 blev der indrykket en annonce i et landsdækkende dansk dagblad, hvor personer, som havde oplevet en periode i deres liv med et problematisk forbrug af alkohol, og som var kommet ud af det ved egen hjælp, blev efterlyst til interviews. Interviewpersoner efterlystes også via annoncering på Center for Rusmiddelforsknings hjemmeside samt via oprettelse af en diskussionsgruppe på Face-Book. Herudover blev der bragt en artikel om pilotprojektet i Misbrugspolitisk Magasin, og der blev også annonceret i lokale ugeaviser. Inklusionskriterierne for interviewpersonerne var, at de var over 21 år, havde haft et problematisk forbrug af alkohol i en periode på mindst 2 år, som de var kommet ud af uden behandlingsmæssig intervention – og det skulle være mindst 1 år siden, de havde ændret forbruget. De interviewpersoner, der meldte sig, blev først screenet via et kort telefoninterview, hvor vi registrerede alder, køn, omfang af problematisk forbrug samt sikrede os, at personerne reelt havde ændret forbruget på egen hånd. Behandling blev defineret som 'enhver form for intervention fra en organisation, institution eller person med det specifikke formål at reducere/stoppe forbruget'.

Efterfølgende blev der foretaget kvalitative, semistrukturerede interviews med de godkendte interviewpersoner, hvor bl.a. forbruget blev registreret via 'Lifetime Drinking History' -skemaet. Efterfølgende udfyldte de interviewede et spørgeskema omhandlende sociodemografiske data samt spørgsmål omhandlende misbrug (DSM-IV) og afhængighed (ICD-10).

For forsøgsvis at kunne sammenholde de indsamlede data med en behandlingspopulation anvendte vi data fra en tidligere undersøgelse foretaget ved Center for Rusmiddelforskning: 'Døgnbehandling af alkoholafhængige – forløb, tilbagefald og køn'[5]. Den undersøgte behandlingspopulation bestod her af 571 personer, hvoraf 330 deltog i et follow-up studie 6-12 måneder efter endt behandling. Der blev foretaget kvalitative interviews med 39 af disse personer. Heraf var 31 stadig enten helt afholdende eller havde kun et minimalt forbrug på interview-tidspunktet, og data fra disse 31 blev anvendt til en komparativ analyse.

Foreløbige resultater

I alt 38 personer responderede på opfordringena til at deltage i projektet. Af disse 38 opfyldte 25 personer inklusionskriterierne, de resterende 13 havde enten været i en eller anden form for behandling eller havde stadig et alkoholproblem. 2 personer dukkede aldrig op til interview, mens de resterende 23 (6 kvinder og 17 mænd) alle blev interviewet og udfyldte spørgeskemaet. I annonceringen havde vi ikke nærmere defineret 'et problematisk forbrug af alkohol', men ved analyse af data fra spørgeskemaerne kunne det konstateres, at hovedparten af interviewpersonerne levede op til kriterierne for såvel misbrug som afhængighed i beskrivelsen af det tidligere problematiske alkoholforbrug. I relation til belastningsgrad i forhold til forbruget adskiller de sig ikke fra den aktuelle behandlingspopulation, ligesom længden af deres misbrugsperiode (fra 3-24 år) også matcher sammenlignings-populationens. Gennemsnitsalderen for gruppen af personer, som havde gennemgået et behandlingsforløb, var 49 år ved indskrivning i behandling, mens gennemsnitsalderen for self-change gruppen var 49 år ved stop af storforbruget. Heller ikke her adskiller de to grupper sig altså fra hinanden. Til gengæld synes self-change gruppen generelt at være bedre uddannet, have fast arbejde samt generelt have en højere indtægt – også gældende i perioden med det forhøjede forbrug.

Ses der på veje ind i misbruget/afhængigheden, beskriver self-change-gruppen det primært som et normal-forbrug, der eskalerede langsomt. Alkoholforbruget bliver ikke beskrevet som en afværgestrategi eller eskapisme, men som en vane – noget sjovt og festligt – der dog tager overhånd. Selve perioden med det problematiske forbrug beskrives heller ikke som specielt problematisk, selv om de nu – retrospektivt – kan se, at de havde problemer, der var direkte relaterede til deres forbrug. Som en af interviewpersonerne udtrykker det: 'Ja, vi drak og blev fulde, og – må jeg tilstå – havde det rigtig sjovt. Jeg tænkte ikke på det som problematisk, vi havde masser af penge – og manglede jo ellers bestemt ikke noget. I dag kan jeg godt se, at det ikke har været rart for min søn at overvære.' (Kvinde – self-changer)

Her op imod beskriver fx en kvinde fra behandlingspopulationen sit overforbrug således: 'Jeg har aldrig drukket, fordi jeg synes, det var sjovt – jeg drak for at kunne holde livet ud.'

KAREN ELMELAND
MAG.ART., PH.D., LEKTOR
DORTE HECKSHER
CAND.PSYCH., PH.D., POST DOC
BEGGE CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING

Som årsager til at stoppe det problematiske forbrug angiver hovedparten af self-change populationen såvel positive som negative livsbegivenheder, mens andre simpelthen angiver at have nået et mætningspunkt: 'En eftermiddag, hvor jeg sad og fik en drink på en bar, så jeg mig pludselig omkring og tænkte: Er det her i grunden så sjovt? Og det synes jeg faktisk ikke, det var. Så den drink blev min sidste – siden har jeg ikke drukket.' Men gældende for hele self-change-populationen er den 'lethed', hvormed de beskriver at have stoppet overforbruget. Selv om de fleste havde haft oplevelser, hvor de kunne være fristede til at 'falde i' igen, er det tilsyneladende ikke det, der har fyldt mest i perioden efter ophør. Hovedparten af personerne beskriver deres tilknytning til arbejdsmarkedet som et væsentligt omdrejningspunkt i relation til at strukturere en hverdag – uden alkoholindtagelse. Herudover har de anvendt strategier som afledning (nye fritidsinteresser bl.a.), miljøskift (flytning og/eller ny omgangskreds), helt ændret livsstil (nye kost- og/eller motionsvaner), men frem for alt afholdenheden som en målrettet og individuelt orienteret ny adfærd. Af de 23 interviewpersoner var de 19 helt afholdende på interview-tidspunktet, 3 drak lejlighedsvist, mens den sidste røg hash ind imellem.

Sammenligner man self-changegruppen med gruppen af personer i behandling, er det tydeligt, at self-change gruppen har et betydeligt større overskud – både socialt og økonomisk, mens personerne i behandlingspopulationen er karakteriseret ved at have betydelig flere problemer ud over alkoholforbruget – såvel fysiske som psykiske og såvel sociale som økonomiske.

Direkte adspurgt angiver self-change gruppen flere grunde til ikke at have benyttet et af de eksisterende behandlingstilbud. Nogle angiver, at de ville finde det stigmatiserende at indgå i behandling for alkoholmisbrug. Andre angiver, at det ville være praktisk umuligt at kombinere arbejdslivet med en behandlingsperiode. Men for stort set alle personer gælder det, at de har anset projektet med at stoppe overforbruget som et individuelt projekt – og for langt de flestes vedkommende har tanken om at skulle i behandling end ikke strejfet dem.

Der kan således konstateres både ligheder og forskelle mellem de to undersøgte populationer, selv om det med størrelsen af populationerne in mente er vanskeligt at konkludere noget endegyldigt. Der er tale om retrospektive studier af drikkekarrierer, og bl.a. behandlingspopulationens deltagelse i et decideret behandlingsforløb kan have bevirket, at de er mere problemfokuserede i relation til beskrivelse af drikkekarriere end self-change gruppen. Men de foreløbige resultater er dog så markante, at det findes vigtigt at gå videre med projektet.

Det videre forløb

Pilotprojektet fortsætter som et egentlig forskningsprojekt, hvor der fortsat annonceres efter interviewpersoner. Den virkelige udfordring i projektet har vist sig at være rekrutteringen af relevante interview-personer. Pilotstudiet har tydeliggjort, at det er vanskeligt – her i Danmark - at finde personer, der vil fortælle om/og indgå i et projekt om self-change i relation til alkoholforbrug. Og det er jo i sig selv interessant og siger en del om vores alkoholkultur. Har man ændret kostvaner og reduceret sin vægt, så kommer man gerne frem med 'opskriften'. Er man holdt op med at ryge, så fortæller man også gerne om sine erfaringer og strategier. Men at stå frem med en erfaring i relation til at have reduceret sit alkoholforbrug er åbenbart ikke på samme måde attraktivt.

OPFORDRING

Så hermed denne opfordring til bladets læsere: Hvis du har nogle af de efterlyste erfaringer og har lyst til at deltage i projektet, hører vi meget gerne fra dig. Du skal være over 21 år, have haft et problematisk forbrug af alkohol, som strakte sig over minimum 2 år – og det skal være mindst 1 år siden, du ændrede dette forbrug. Al deltagelse er anonym.

Henvendelse kan ske på telefon: 23 38 24 45, hvor du kan lægge en besked, eller du kan henvende dig via mail: change@crf.au.dk. ■

LITTERATUR

1. Blomqvist, J.: Inte bara behandling - väger ut ur alkoholmisbruket. Bjurner och Bruno. Stockholm. 1999.
2. Blomqvist, J.: Recovery with and without Treatment: A Comparison of Resolutions of Alcohol and Drug Problems. Addiction Research & Theory, 10(2), 119-158. 2002.
3. Carballo, J.L., Fernándes-Hermida, J.R., Secades-Villa, R., Sobell, L.C., Dum, M., & García-Rodriguez, O.: Natural Recovery from Alcohol and Drug Problems: A Methodological Review of the Literature from 1999 through 2005. In H. Klingemann & L. Sobell (Eds.), Promoting Self-change from Addictive Behaviors. Practical Implications for Policy, Prevention, and Treatment. Springer. New York. 2007.
4. Cunningham, J.A., Lin, E., Ross, H.E., & Walsh, G.W.: Factors Associated with Untreated Remissions from Alcohol Abuse or Dependence. Addictive Behaviors, 25(2), 317-321. 2000.
5. Pedersen, M.U. & Hecksher, D.: Døgnbehandling af alkoholafhængige. Forløb, tilbagefald og køn. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. 2008.
6. Smart, R.G.: Natural Recovery or Recovery without Treatment from Alcohol and Drug Problems as seen from Survey Data. In Klingemann, H. & Sobell, L. (Eds.), Promoting Self-change from Addictive Behaviors. Practical Implications for Policy, Prevention, and Treatment. Springer. New York. 2007.
7. Sobell, L.C., Ellingstad, T.P., & Sobell, M.B.: Natural Recovery from Alcohol and Drug Problems: Methodological Review of the Research with Suggestions for Future Directions. Addiction, 95(5), 749-764. 2000.

NOTE

[1] Skinner, H. A. : Instruments for Assessing Alcohol and Drug Problems. Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behavior, 3, 21-33. 1984.

Psykoterapi mod depression hos misbrugere?

Ny forskningsoversigt fra Center for Rusmiddelforskning undersøger sagen

AF MORTEN HESSE

En meget stor del af mennesker med problemer med alkohol og stoffer lider også af angst og depression. Nyere forskning tyder desuden på, at angst og depression er stærkt overrepræsenteret hos mennesker, der for mange år siden havde et misbrug. En ny forskningsoversigt fra Center for Rusmiddelforskning har set på effekten af at behandle depressioner og angst hos mennesker med misbrugsproblemer. Spørgsmålet er, hvad man kan få ud af at tilbyde psykoterapi specielt til de grupper, som har depressioner og angst? Kan det at inddrage psykiske problemer i behandlingen for misbrug forvirre begreberne i misbrugsbehandlingen, så man hverken får taget ordentligt fat på misbruget eller på depressionen? Forhindrer misbrugsproblemerne, at man kan profitere af psykoterapi mod angst og depression? Eller er behandlingen effektiv?

Der findes allerede dokumentation for, at antidepressiv medicin er effektiv mod depressioner, men har man mulighed for at tilbyde en bredere vifte af behandlinger, kan det være, at man kan hjælpe en større gruppe patienter. Selv om effekten af medicinsk behandling kan dokumenteres, så er der afgjort plads til forbedringer - og for patienter med angst og misbrug findes der faktisk ikke rigtig dokumentation for, at den medicin, man ellers anvender til angstbehandling, er effektiv. Den stærkeste dokumentation for, at en behandling kan være effektiv, er, at man i et lodtrækningsforsøg kan vise, at behandlingen er bedre end anden behandling. I lodtrækningsforsøg fordeles patienterne til en kontrolgruppe og en eksperimentgruppe, som modtager hver sin behandling. På den måde kan man sikre sig, at patienterne ikke blot bliver bedre, fordi tiden går. Derfor har oversigten fokuseret på de egentlige lodtrækningsforsøg.

Der er i alt publiceret 5 lodtrækningsforsøg, hvor psykoterapi med depressionsfokus er blevet sammenlignet med en mere rendyrket misbrugsbehandling. Tre af disse undersøgelser har anvendt forskellige former for kognitiv adfærdsterapi, en har anvendt en kortidspsykodynamisk terapi, og en har anvendt en særlig behandlingsform, som forskerne kalder 'selvundersøgelses-terapi' (engelsk: 'self examination therapy'). Hver for sig er undersøgelserne små og svære at konkludere noget ud fra. Når de kombineres, kommer der et billede frem af, at behandlingen overordnet set er virksom i forhold til andelen af dage i opfølgningsperioden, hvor patienten er helt rusfri, samt i forhold til depressive symptomer - dels vurderet af en professionel interviewer ('Hamilton skala'), og dels vurderet ved hjælp af selvrapporteringsskalaer. Hvad angår gennemførelsen af behandlingen, var der ingen signifikante forskelle hvor behandlingen er evalueret, men en lille forskel til fordel for den kombinerede psykoterapi.

Den enlige behandling med en psykodynamisk vinkel havde klart den ringeste effekt på både symptomer og misbrug, men forsøget var så lille, at man ikke kan være sikker på, at man ikke ville kunne finde effekter med større grupper. Forfatterne til denne undersøgelse er selv opmærksomme på, at den form for korttidsterapi, som de arbejder med - kaldet interpersonel psykoterapi - til trods for ganske god effekt for mennesker med depressioner, generelt har vist ganske dårlig effekt for mennesker med misbrugsproblemer. Endelig blev lodtrækningsforsøg med integreret behandling for angst og misbrug gennemgået. Undersøgelserne var gennemgående betydeligt større, behandlingen var i alle tilfælde kognitiv og adfærdsorienteret, og undersøgelserne var velgennemførte. Men psykoterapien var ikke effektiv. I nogle undersøgelser var kontrolgruppen endda bedre for patienterne end gruppen med den integrerede psykoterapi. Det var især tilfældet, når behandlingen indebar, at patienterne skulle bruge mere tid i behandling. For gruppen med en angstproblematik oven i misbruget var det altså ikke hensigtsmæssigt at smide mere behandlingstid oveni. Dette er set i flere undersøgelser, og man må sige, at det mest evidensbaserede, man kan gøre for mennesker med misbrug og angst, er at give dem noget fred og ro. Dette er så meget mere overraskende, som det faktisk modsiger, hvad man ellers ved om angst - nemlig at undvigelsesadfærd og det at skynde sig væk fra de angstprovokerende situationer netop er med til at forstærke angsten.

De er således brug for at udvikle nye metoder til at hjælpe mennesker med misbrug og angst - og disse metoder bør ikke tage udgangspunkt i, at patienterne skal en hel masse i behandling. ■

MORTEN HESSE
CAND.PSYCH., PH.D., LEKTOR PÅ CRF

Den fulde tekst kan hentes gratis herfra:
www.biomedcentral.com/bmcpsychiatry
Morten Hesse: Integrated Psychological Treatment for Substance Use and Co-Morbid Anxiety or Depression vs. Treatment for Substance Use Alone. A Systematic Review of the Published Literature: BMC Psychiatry, 9:6 doi:10.1186/1471-244X-9-6. 2009.

Bliver man dummere af Metadon?

Der er dem, der ser metadon som en brugervenlig måde at få ro på bagsmækken på. – For andre er formålet at hjælpe stofmisbrugere til et normalt, produktivt liv med arbejde, bolig og familie. Hvorfor har metadon et dårligt ry i mange kredse – og er der hold i det?

scanpix

AF PETER EGE

Overskriftens spørgsmål er selvfølgelig retoriske. Og så alligevel. Der er mange, som mener, også ansatte i behandlingssystemet, at personer i metadonbehandling bliver sløve, dumme og befinder sig som i en glasklokke. Der er også en del brugere, der tror det. Jeg har hørt psykiatere sige, at personer i metadonbehandling ikke kan profitere af psykoterapi, herunder også kognitiv terapi. Og ansatte i beskæftigelses- og socialforvaltninger mener, at disse personer ikke kan klare et arbejde eller tage vare på deres børn.

Metadon har i vores branche altid haft et tvivlsomt omdømme, og det er nærmest blevet værre med tiden. Introduktionen af buprenorphin har bestemt ikke hjulpet på det. Vi hører mange historier om, hvor vidunderligt klare i hovederne folk bliver, når de skifter fra metadon til buprenorphin, og da man slås om den samme markedsandel, kan man dårligt bebrejde producentens anstrengelser for at gøre hvad de kan for at misrekommandere metadon. Det gør ikke sagen bedre, at vi arbejder i et felt med en kort hukommelse, hvad der igen hænger sammen med en stor personaleomsætning og en manglende tradition for skriftlighed. Der er efterhånden ikke mange, der ved, at metadon i 1960´erne blev introduceret som en behandling, hvis primære formål var at rehabilitere stofmisbrugere og hjælpe dem, så langt det var muligt, til et normalt og produktivt liv med arbejde, bolig og familie. I dag bliver behandlingen oftest anskuet som en defensiv 'harm reduction'-foranstaltning, brugervenlig måske, men først og fremmest noget, vi tilbyder for at skabe ro på bagsmækken og for at nedbringe kriminaliteten. Selvfølgelig er metadonbehandling også en 'harm reduction'-foranstaltning. Det kan man sige om alt, hvad der virker. Men der er mange, der mener, at det kun er en behandling, hvor vi køber os lidt ro og fred på bekostning af stofbrugernes mentale sundhed. Det er en udbredt forestilling blandt tilhængerne af den stoffri behandling, og den samme forestilling skinner klart igennem i Socialforskningsinstituttets seneste publikationer om effekten af stofmisbrugsbehandling [1,2].

Vi er, efter min bedste mening, vidne til en ny puritansk bølge, hvor stoffrihed er det eneste agtværdige behandlingsmål, og når det er tilfældet, så bliver især metadon noget snavs.

En forklaring på de meget negative forestillinger om metadon er selvfølgelig, at mange personer i metadonbehandling fremtræder sølle og elendige og bestemt ikke som de hurtigste knallerter på kajen. Det samme kan man sige om en del personer, som ikke er i metadonbehandling, og under alle omstændigheder kan man ikke tillade sig at slutte, at fordi nogle personer i metadonbehandling fungerer dårligt, at det så er, fordi de får metadon, at de fungerer dårligt. Virkeligheden kunne være mere kompliceret, eller som Tolstoj har formuleret det: *'Trangen til at finde årsager ligger i menneskets sjæl. Og den menneskelige forstand, som ikke gennemskuer fænomenernes talløse og komplicerede forudsætninger, der alle hver for sig kan forekomme at være årsag, kaster sig over den første og mest nærliggende og siger: Dette er årsagen!'*

(Lev Tolstoy. Krig og Fred. 1864)

Hvorom alting er, så har metadon et sløjt ry. Jeg vender tilbage til, om det er fortjent, men behandlingsmæssigt er det uhensigtsmæssigt. Hvis der breder sig en forestilling om, hvor dårligt personer fungerer i metadonbehandling og alt det, de ikke kan præstere, får det let karakter af en negativ, selvopfyldende profeti.

En litteraturgennemgang

Jeg har mødt mange personer i metadonbehandling. Mange har været overordentligt velfungerende, andre knapt så velfungerende, og i litteraturen kan man finde eksempler på mennesker i fremtrædende positioner, som, mens de varetog meget krævende funktioner, var i opioidsubstitutionsbehandling. Det mest berømte eksempel er måske den amerikanske kirurg William Halsted (død 1992). Halsted 'kurerede' sin kokainafhængighed med morfin, 180 mg dagligt, som han tog i mere end 30 år – 'han forblev professionelt produktiv – og over for kolleger og venner virkede han mentalt og fysisk sund til det sidste'[3]. Går man ind i Wikipedia, kan man om Halsted læse, at han af mange betragtes som den mest innovative, indflydelsesrige og betydningsfulde kirurg nogen sinde i Amerika.

Et andet, måske mere relevant eksempel, er Richard Lane. Han sad 12 år i fængsel, før han som en af de første kom ind i Vincent Dole's metadonbehandlingsprogram. Han var i metadonbehandling 27 år, indtil han døde af leverkræft, og var i mange år leder af Baltimores første metadonprogram. Han var en førerskikkelse i bestræbelserne på at forbedre metadonbehandlingen og kæmpede hele sit professionelle liv for større accept af metadonbehandlingen og mod de mange restriktioner, som behandlingen var underlagt [4].

På den ene side er der således mine personlige erfaringer, på den anden side divergerende opfattelser hos fagfolk og i litteraturen om metadons (og andre opioiders) påvirkning af de psykomotoriske og kognitive funktioner. Og som det væsentligste: stigmatiseringen af personer i metadonbehandling. Alt det gør, at jeg synes, det er umagen værd at undersøge sagen nærmere ved en systematisk gennemgang af litteraturen på området. Det er så det, jeg har gjort i det følgende. Som det fremgår af referencerne, er der litteratur fra 1976 til 2009, og hovedvægten er lagt på den nyere litteratur.

Lidt om kognitive og psykomotoriske funktionsnedsættelser

Kognitive funktioner er de mentale processer i hjernen, der medfører, at vi kan tænke, tale og løse problemer. Det drejer sig blandt andet om koncentration og opmærksomhed, indlæring og hukommelse, visuelle funktioner (evne til at bearbejde synsindtryk), styringsfunktioner (planlægning, problemløsning og evalueringsopgaver), hukommelse, intelligens og sprogfunktion (forståelse og brug af sproget). De psykomotoriske funktioner er beslægtet med de kognitive funktioner og er et udtryk for, hvor hurtigt og præcist vi opfatter, bearbejder og reagerer på sanseindtryk.

Der eksisterer en enorm mængde af mere eller mindre komplicerede og sofistikerede test til undersøgelse af de psykomotoriske og kognitive funktioner, hvor der testes for de ovennævnte funktioner, og det er resultaterne af en række undersøgelser, hvor stofafhængige med et aktivt misbrug, stofafhængige i substitutionsbehandling, x-misbrugere og kontrolpersoner er undersøgt for kognitiv og psykomotorisk funktionsevne, der vil blive gennemgået i det følgende.

Psykomotoriske og kognitive funktioner hos stofafhængige i substitutionsbehandling

Det er velkendt, at indgift af metadon og andre opioider til ikke-tolerante individer påvirker de kognitive og psykomotoriske funktioner negativt. Det samme er tilfældet, hvis man øger dosis hos tolerante personer, der er i stabil substitutionsbehandling, med en mindre dosis. Men det er ikke det, der er emnet for det følgende, som handler om personer i stabil substitutionsbehandling.

Det er et gennemgående træk ved en gennemgang af litteraturen, at man i de ældre undersøgelser ikke finder holdepunkter for funktionsnedsættelser, mens man i den nyere litteratur med anvendelse af flere forskellige og mere sofistikerede test finder nedsat funktion hos personer i substitutionsbehandling. Således skrev Lowinson, Dole m.fl. i en oversigtsartikel fra 1992: 'Patienten kan fungere normalt og kan uden problemer udføre enhver psykisk og fysisk opgave. Patienterne oplever fortsat normal fysisk smerte og følelsesmæssige reaktioner…det kan konkluderes, at metadonbehandling hverken svækker normale funktioner eller intellektuel kapacitet'.[5]

Denne opfattelse blandt metadonbehandlingens pionerer understøttes af en række undersøgelser af metadonpatienter og kontrolpersoner. Grevert et al.[6] undersøgte hukommelsesfunktioner hos 30 personer i metadonbehandling, 31 i behandling med LAAM og 26 kontrolpersoner matchet for alder, køn, uddannelse, etnicitet og beskæftigelse og fandt ingen forskelle mellem de tre grupper. Appel[7] undersøgte 4 grupper på hver 24 personer for evnen til at fastholde opmærksomhed og koncentration (sustained attention, vigilance): 24 personer i metadonbehandling og i arbejde, 24 personer i metadonbehandling uden beskæftigelse, 24 x-misbrugere og 24 kontrolpersoner, der aldrig havde indtaget opioider. Der var ingen forskelle på testresultater mellem de fire grupper. Lombardo et al.[8] testede to grupper af metadonpatienter med Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS): en gruppe i behandling med 50 mg dgl., og en gruppe i behandling med 80 mg dgl. Der var ingen forskel mellem de to grupper, og forfatterne konkluderede, at moderate doser metadon ikke nedsætter de intellektuelle funktioner, og at præstationsniveauet hos de undersøgte var sammenligneligt med niveauet i normalbefolkningen, kontrolleret for uddannelsesniveau.

Tilsvarende resultater har man fundet hos forskellige patientgrupper i konstant smertebehandling med opioider [9, 10, 11]. Hendler et al. [9] konkluderer således, at 'når narkotiske stoffer gives i de doser, der normalt ses i klinisk praksis, ses ingen nedsættelse af kognitive funktioner, hukommelse eller præstationer, som kræver visuel eller psykomotorisk funktion '.

Og Bruera et al.[10] konkluderer, at 'den kendsgerning, at patientgruppen ikke viste tegn på kognitive forringelser, leder frem til, at der udvikles tolerance i forhold til kognitive reaktioner, hvilket også ses mht. kvalme og træthed (øget søvntrang)'.

I en leder fra *Addiction* nuancerer Zacny[12] disse udsagn en smule, men den overordnede konklusion er den samme. Han skriver, at opioider ikke forårsager udtalt psykomotorisk eller kognitiv funktionsnedsættelse, og at man i de undersøgelser, hvor man har kunnet finde en funktionsnedsættelse, har det drejet sig om en nedsættelse af hastigheden, ikke af nøjagtigheden. Videre skriver han, at der ikke er fundet funktionsnedsættelser på et så vigtigt område som evnen til at koncentrere sig om flere ting på én gang samt på området koordination, og at der kun var tale om en ringe eller ingen funktionsnedsættelse på test for logisk ræsonnering, aritmetiske færdigheder, forståelse af læst tekst og hukommelse.

Resultaterne af nyere undersøgelser viser et noget andet, mere broget og kompliceret billede[13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24], men generelt finder man reduceret præstationsniveau hos personer i metadonbehandling sammenlignet med kontrolpersoner i en eller flere test, specielt de mere komplicerede test.

Således fandt Darke et al[13] ringere præstationer hos personer i metadonbehandling sammenlignet med en kontrolgruppe på områderne: informationsbearbejdelse, opmærksomhed, kort- og langtidshukommelse og problemløsning. Specka et al.[14] fandt beskedne reduktioner i test for opmærksomhed og koncentration. Mintzer et al.[16] fandt, at personer i metadonbehandling – sammenlignet med kontrolpersoner - præsterede dårligere i test for psykomotorisk hastighed, arbejdshukommelse og beslutningstagen, men ikke på områderne problemløsning og langtidshukommelse. Verdejo et al.[18] sammenlignede personer i metadonbehandling med x-misbrugere og fandt, at metadonpatienterne havde noget ringere præstationer i test for opmærksomhed og kognitiv fleksibilitet. Prosser et al.[21] undersøgte tre grupper: 29 personer i metadonbehandling, 27 x-misbrugere, som havde været stoffri i 6 måneder, og 29 kontrolpersoner. Der var ingen forskelle i undersøgelsesresultater mellem de to første grupper, men deres præstationer var dårligere end kontrolpersonerne, bl.a. i test for sproglig funktion og hukommelse. Tilsvarende resultater fandt man i de øvrige ovenfor angivne undersøgelser.

Sammenhæng mellem metadondosis og påvirkning af de kognitive funktioner

Hvis metadon påvirker de kognitive funktioner negativt, må man forvente en sammenhæng mellem dosis og graden af funktionsnedsættelse. Der er ikke mange undersøgelser på dette område, men det gennemgående træk er, at der ikke er nogen sammenhæng mellem metadondosis og funktionsnedsættelse[8, 13, 14, 21, 25]. Dog finder Curran et al.[15] i en undersøgelse med et cross-over design nedsat hukommelsesfunktion 3 timer efter indtagelse af en fuld dosis, men ingen nedsættelse efter delt dosis. Rapeli et al.[26] opdelte personer i metadonbehandling i en lavdosis (gennemsnitlig dosis 40 mg) og en højdosis (!) (gennemsnitlig dosis 67 mg) og fandt længere reaktionstid i den sidste gruppe. Loeber et al[24] fandt en signifikant negativ korrelation mellem metadondosis og antallet af rigtige svar i forskellige test. I betragtning af de mange negative fund må det anses for tvivlsomt, om der hos personer i stabil metadonbehandling er en sammenhæng mellem dosisstørrelse og kognitiv funktionsnedsættelse.

Buprenorphin

Man kan overføre de betragtninger, der er fremsat ovenfor om dosissammenhænge, til spørgsmålet, om der er mindre funktionsnedsættelse hos personer i buprenorphinbehandling sammenlignet med metadonbehandling, fordi buprenorphinbehandling, uanset hvilken dosis der anvendes, kan betragtes som en lavdosis-substitutionsbehandling, fordi der er en øvre tærskelværdi for buprenorphins effekt svarende til ca. 40 mg metadon. Der er gennemført enkelte sammenligninger, og igen må det siges, at det er usikkert, om der er forskel på metadon og buprenorphin.

Pirastu et al.[22] fandt, at personer i buprenorphinbehandling fungerede bedre på en enkelt test end personer i metadonbehandling, mens niveauet var det samme i andre test - og gennemgående ringere end kontrolpersonernes niveau. Soyka et al.[27] undersøgte for visuel perception, selektiv opmærksomhed, reaktivitet og stresstolerance og fandt en tendens til lidt bedre præstationer i buprenorphingruppen sammenlignet med metadongruppen. På de fleste prøver var der dog ingen signifikante forskelle mellem de to grupper. I en række andre undersøgelser har man ikke kunnet påvise forskelle mellem personer i metadon- og i buprenorphinbehandling [23, 24, 28, 29].

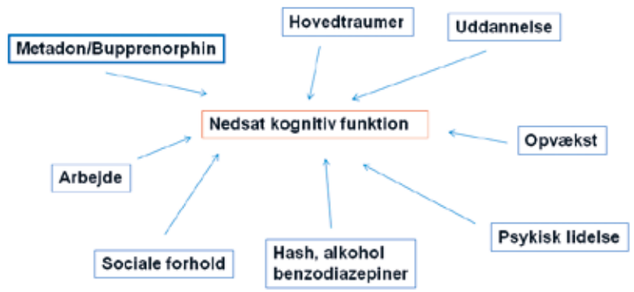
Forbedres de kognitive funktioner under metadonbehandling?

Det er normalt ikke det spørgsmål, der er på dagsordenen, men det gør det ikke mindre relevant.

Gruber et al.[30] undersøgte 17 personer i metadonbehandling for indlæringsevne, hukommelse og psykomotorisk hastighed ved behandlingens start, efter 15 dage og efter 2 måneder og fandt en signifikant øgning i præstationsniveau i løbet af behandlingen. Soyka et al.[23] fandt ligeledes fremgang på en række funktioner efter 10 ugers behandling (men ingen forskel mellem metadon- og buprenorphingruppen). De tilskrev forbedringen et mindsket brug af alkohol og stoffer under behandlingen samt en generel forbedring af livsstilen.

scanpix

FIGUR 1. KOGNITIVE OG PSYKOMOTORISKE FUNKTIONER HOS MISBRUGERE



Hvordan skal man tolke undersøgelsesresultaterne? Signifikans, klinisk relevans og fejlkilder

Hvis man ultrakort skal resumere de mange undersøgelser, så fortæller de os, at man i de ældre undersøgelser fandt, at personer i metadonbehandling fungerede på niveau med alle andre, mens man i nyere (og bedre?) undersøgelser finder, at de fungerer under niveau. Normalt vil man tillægge de nyeste undersøgelser den største værdi og herefter konkludere, at metadon nedsætter de kognitive funktioner.

Men så simpelt er det ikke. Der er andre tolkningsmuligheder, og det vil jeg diskutere i det følgende.

De ældre versus de nyere undersøgelser

Umiddelbart vil de fleste nok konkludere, at forskellen mellem de ældre og de nyere undersøgelser afspejler det forhold, at metoderne er blevet bedre, og forskerne er blevet dygtigere. Den reelle forskel, der også var til stede i gamle dage, kunne man ikke opdage, fordi måleapparaterne var for dårlige.

Men der er en anden og måske mere sandsynlig tolkning af forskellene, nemlig: at personerne i metadonbehandling i dennes første pionértid var bedre fungerende med mindre psykopatologi og mindre sidemisbrug. Så det behøver ikke at handle om klogere forskere og bedre måleinstrumenter, men om en periodeeffekt, altså at tidligere tiders klientel var mere selekteret end nutidens.

Er det virkningen af metadon, man måler?

Kognitive og psykomotoriske funktioner er noget diffust noget, og der er rigtig mange forhold, der påvirker dem, jf. figur 1.

Det er en indiskutabel kendsgerning, at der er personer i metadonbehandling, der fungerer dårligt, og som gruppe har man i flere undersøgelser som beskrevet ovenfor fundet, at personerne i metadonbehandling gennemsnitligt fungerer dårligere end 'grupper af kontrolpersoner', dvs. 'normalpersoner' eller stoffri x-misbrugere. Disse undersøgelser har imidlertid den indbyggede svaghed, at der ikke er tale om egentlige kontrolgrupper, men om 'sammenligningsgrupper', hvor man har forsøgt at matche personer i metadonbehandling med sammenligningsgrupperne på en række variable som fx alder, køn, uddannelsesniveau, brug af andre stoffer mv. Der er således ikke tale om randomiserede undersøgelser, og når det er tilfældet, kan sammenligneligheden mellem metadon- og 'kontolgruppen' aldrig sikres[14]. Og ikke alene kan den ikke sikres, men når man gennemgår de forskellige undersøgelser, bliver det ret klart, at metadon- og kontrolgrupperne er forskellige på en række andre punkter end lige på det punkt, man ønsker at undersøge, nemlig: at personerne i den ene gruppe er i metadonbehandling og kontrolgruppen ikke er det. Der er således i de refererede undersøgelser langtfra altid kontrolleret for andet stofbrug, specielt brugen af hash, alkohol og benzodiazepiner, men ofte heller ikke for hovedtraumer, uddannelse, levekår, livsstil mv.[13, 14, 16, 17, 21, 23, 24].

Darke et al.[13] sammenlignede således 30 personer i metadonbehandling med 30 normalpersoner. Hyppigheden af alkoholafhængighed (63 %), overdoser (73 %) og hovedtraumer (67 %) var signifikant større blandt personerne i metadonbehandling sammenlignet med kontrolgruppen, og ca. halvdelen af personerne i metadonbehandling havde kognitive forstyrrelser karakteriseret som 'alvorligt svækket', hvilket ikke kan undre. Også Davis et al.[17] og Prosser et al[21] er tilbøjelige til at tilskrive forskellene i præstationsniveau alkohol og andre livsstilsfaktorer.

Sagt på en anden måde: De undersøgelser, der er lavet for at undersøge metadons påvirkning af de kognitive funktioner, har ikke nogen høj validitet, dvs. sandhedsværdi eller pålidelighed. Det, man kan påvise i nogle undersøgelser, er, at personer i metadonbehandling i nogle af de valgte test fungerer dårligere end forskelligt sammensatte sammenligningsgrupper. Men det betyder ikke, at det er, fordi de er i metadonbehandling, at de fungerer dårligere. Der kan være 117 andre grunde til det.

Har undersøgelserne af de kognitive funktioner klinisk relevans?

Konstateringen af, at en konkret bruger har nedsat kognitiv funktion målt ved en række test, har selvfølgelig klinisk relevans, specielt hvis funktionsnedsættelsen er betydelig. Men hvis man i undersøgelser finder, at en gruppe personer i metadonbehandling på en række test scorer lavere end en gruppe kontrolpersoner – har det så klinisk relevans? Som

scanpix

beskrevet falder undersøgelserne for kognitiv funktionsnedsættelse meget forskelligt ud. Nogle finder nedsat funktion, andre ikke. Og det er tvivlsomt, om funktionsnedsættelsen, når den findes, kan tilskrives metadon, specielt i betragtning af, at man ikke har fundet en dosissammenhæng. Men hvis vi nu antager, at personer i metadonbehandling gennemsnitligt fungerer dårligere – har det så nogen klinisk relevans?

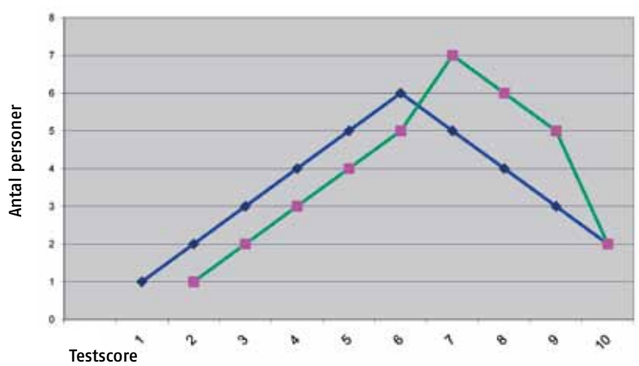
Mintzer og hans medarbejdere [16, 19], som er en af de forskningsgrupper, der finder nedsat præstationsniveau hos personer i metadonbehandling, er således noget i tvivl, når de skal fortolke deres forskningsresultater. De mener nok, at metadon er synderen, men åbner dog for den mulighed, at nedsættelsen af præstationsniveauet sammenlignet med kontrolgruppen kan tilskrives andet stofbrug, eller at forskellene kan tilskrives personlige forskelle, der var til stede, før metadonbehandling blev iværksat. Og endelig skriver de som alle gode forskere, at det er nødvendigt med mere forskning for at kunne afgøre betydningen af deres fund, idet 'mange personer i metadonbehandling er i stand til at varetage et arbejde og fungere normalt i samfundet'[16].

Specka et al.[14], som også finder signifikante forskelle mellem personer i metadonbehandling og en kontrolgruppe, skriver, at forskellene er små, i de fleste tilfælde mindre end en halv SD, standarddeviation (afvigelse), og det betyder, at der er en betydelig overlapning i præstationerne mellem personer i metadonbehandling og kontrolpersoner. Hvis forskellen mellem personer i metadonbehandling og kontrolpersoner er 0,2 SD, så vil 42 % af personerne i metadonbehandling præstere bedre end kontrolpersonerne, hvis forskellen er 0,5 vil 30 % præstere bedre. Meget skematisk kan det illustreres ved figur 2, som gerne skulle tydeliggøre, at gennemsnitlige forskelle mellem to grupper ikke kan anvendes i den individuelle vurdering af en person, fordi der er så stor en overlapning mellem den undersøgte gruppe og kontrolgruppen. Selvom vi kunne stole på resultaterne af undersøgelserne af de kognitive og psykomotoriske færdigheder hos personer i metadonbehandling (og det er som nævnt tvivlsomt), så har det ingen klinisk relevans i vores vurdering af den enkelte klient, fordi mange (men ikke flertallet) vil fungere bedre end gennemsnittet.

Specielt om kørefærdigheder

Her er det rimelig godtgjort, at personer i en stabil, velreguleret opioidsubstitutionsbehandling, uanset om vi snakker om smertepatienter eller om stofbrugere, ikke har nedsat evne til at føre bil mv. EMCDDA

FIGUR 2. FORDELING AF TESTSCORE HOS PERSONER I METADONBEHANDLING OG HOS KONTROLPERSONER. ET KONSTRUERET EKSEMPEL



udgav i 1999 en litteraturoversigt [31], hvor man konkluderede, at metadonbehandling ikke resulterer i at de behandlede er uegnede til at føre motorkøretøj. Samme konklusion når andre til [11, 32, 33]. Fishbain et al. [33] skriver i en oversigtsartikel, at der er moderat og generel konsistent evidens for, at psykomotoriske færdigheder ikke påvirkes, at der er konsistent evidens for, at der ikke er nedsat kørefunktion i simulatorforsøg, og at der er stærk og konsistent evidens for, at ulykkesfrekvensen ikke er forøget hos personer i opioidsubstitutionsbehandling. Det sidste bekræftes af en norsk undersøgelse[34]. I Norge tages der blodprøver fra personer, der er mistænkt for at køre påvirket af stoffer. I perioden 2001 – 2006 fandt man metadon i blodet hos 635 personer, men kun i 10 tilfælde var metadon det eneste fund. Der var ingen sammenhæng mellem resultaterne i en klinisk test for funktionsnedsættelse og metadonkoncentrationen i blodet. Forfatterne konkluderede, at det er ekstremt sjældent, at metadon optræder isoleret hos personer, hvor der er mistanke om kørsel i påvirket tilstand, og at stabiliserede metadonpatienter, som ikke indtager andre stoffer, ikke udgør nogen fare for trafiksikkerheden.

Metadon og arbejde

I Sundhedsstyrelsens seneste publikation Narkotikasituationen i Danmark[35] 2009 kan man læse følgende: 'Tidligere stofmisbrugere tilbydes samme beskæftigelsesfremmende tilbud som andre kontanthjælpsmodtagere eller ledige. Stofmisbrugere i længerevarende substitutionsbehandling tilbydes derimod overvejende aktivitets- og samværstilbud, ofte i tilknytning til et misbrugscenter eller et værested'.

Der kan være gode grunde til, at det er sådan. Stofbrugere i metadonbehandling er ofte ældre og slidte, og en placering på arbejdsmarkedet kan være urealistisk. Men der er måske også en dårlig grund til det, nemlig: at stofbrugere i substitutionsbehandling per automatik fraskrives muligheder på arbejdsmarkedet, og det er uheldigt. Dels fordi mange stofbrugere i substitutionsbehandling vil være i stand til at passe et arbejde[5,] dels fordi alt tyder på, at stabil selvforsørgelse fører til en bedre psykosocial funktion og reduceret illegalt stofbrug [36, 37]. Ingen siger at det er nemt. Der er mange barrierer på vejen til en placering på arbejdsmarkedet: hjemløshed, sygdom, manglende uddannelse og erhvervserfaring [38, 39], men metadonbehandling i sig selv bør aldrig være et påskud til ikke at forsøge at hjælpe en person til selvforsørgelse. Det har vi dog aldrig været særlig gode til i Danmark, og sammenlignet med andre lande ligger vi lavt, når det gælder om at hjælpe personer i substitutionsbehandling i arbejde. Opgørelser fra fx USA og Italien[37, 40] viser beskæftigelsesrater på mellem 40% og 50 %.

Opsamling og konklusion

- Ældre undersøgelser har vist, at personer i metadonbehandling fungerer på niveau med normale kontrolpersoner. Nyere undersøgelser har fundet en oftest moderat funktionsnedsættelse. Det er blevet tolket i retning af, at de nye undersøgelser er bedre og mere følsomme, men det kan også forklares ved de ændringer, der er sket i rekrutteringen til metadonbehandling. De første metadonpatienter var formentligt meget selekterede og motiverede sammenlignet med nutidens patienter, som ofte er slidte stofbrugere med et større blandingsmisbrug.
- Det er meget svært – for ikke at sige umuligt - at afgøre, om det er metadon, der nedsætter funktionen, eller om det er en lang række andre forhold. Det hænger sammen med, at de kontrolgrupper, som personer i metadonbehandling sammenlignes med, er forskellige fra metadongrupperne på en lang række andre punkter end det ene, man ønsker at undersøge; nemlig metadon. Undersøgelsernes validitet eller sandhedsværdi er således begrænset.
- Der er ingen sammenhæng mellem metadondosis og funktionsnedsættelse, og der er heller ingen sikker forskel mellem metadon og buprenorphin.
- Litteraturen siger samstemmende, at personer i metadonbehandling ikke har nedsat evne til at køre bil. Bilkørsel stiller store krav til kognitive og psykomotoriske færdigheder.
- I flere nyere undersøgelser har man fundet, at personer i metadonbehandling *gennemsnitligt* fungerer dårligere end kontrolpersoner. Som nævnt er det højst tvivlsomt, om denne forskel skal tilskrives metadon. En række andre forhold kan forklare forskellene: livsstil, levekår, uddannelse, andet stofbrug mv. Men hvad der er endnu mere væsentligt er, at der er en betydelig overlapning mellem metadongruppen og kontrolpersonerne, hvilket igen betyder, at mange personer i metadonbehandling fungerer bedre end de ikke-metadonbehandlede kontrolpersoner.
- Det fører så frem til den afsluttende konklusion: Der er intet som helst videnskabeligt belæg for, at den enkelte person i metadonbehandling fungerer dårligere end alle andre mennesker. I udgangspunktet kan personer i metadonbehandling derfor køre bil, passe et arbejde, passe børn og profitere af kognitiv og anden behandling lige så godt som alle andre mennesker. Men det er utilladeligt at generalisere. Hvor meget, en person kan eller ikke kan, må altid bero på en konkret individuel vurdering. Foretager man ikke denne, risikerer man at diskriminere, og det vil vi vel helst ikke? ■

PETER EGE
SOCIALOVERLÆGE
I KØBENHAVNS KOMMUNE

LITTERATUR

1. Andersen D, Järvinen M.: Skadesreduktion i praksis. SFI. København. 2009.
2. Benjaminsen L, Andersen D, Sørensen M.: Den sociale misbrugsbehandling i Danmark. SFI. København. 2009.
3. Brust JCM. Neurological aspects of substance abuse. Butterwoorth-Heinemann. Boston. 1993.
4. Novick DM, Hayes MG: Richard Lane. A tireless fighter for treatment of drug addiction. J Addict Dis 1996; 15: 119 – 23.
5. Lowinson JH, Marion IJ, Joseph H, Dole VP.: Methadone maintenance. I: Lowinson JH, Ruiz P (eds.): Substance abuse. Clinical problems and perspectives. Williams & Wilkins, Baltimore 1992: 550 – 61.
6. Grevert P, Masover B, Goldstein A: Failure of methadone and Levomethadyl Acetate (Levo-Alpha-Acetylmethadon, LAAM) maintenance to affect memory. Arch Gen Psychiatry 1977; 34: 849 – 53.
7. Appel PW: Sustained attention in methadone patients. Int J Addictions 1982; 17: 1313 – 27.
8. Lombardo WK, Lombardo B, Goldstein A: Cognitive functioning under moderate and low dosage methadone maintenance. Int J Addictions 1976; 11: 389 – 401.
9. Hendler N, Cimini C, Ma T, Long D: A comparison of cognitive impairment due to benzodiazepines and to narcotics. Am J Psychiatry 1980; 137: 828 – 30.
10. Bruera E, MacMillan K, Hanson J, MacDonald RN: The cognitive effects of the administration of narcotic analgesics in patients with cancer pain. Pain 1989; 39: 13 – 6.
11. Vainio A, Oillilia J, Matikainen E, Rosenberg P, Kalso E: Driving ability in cancer patients receiving long-term morphine analgesia. Lancet 1995; 346: 667 – 70.
12. Zacny JP: Should people taking opioids for medical reasons be allowed to work and drive? Addiction 1996; 91: 1581 – 4.
13. Darke S, Sims J, McDonald S, Wickes W: Cognitive impairment among methadone maintenance patients. Addiction 2000; 95: 687 – 95
14. Specka M, Finkbeiner T, Lodermann E, Leifert K, Kluwig J, Gastpar M: Cognitive-motor performance of methadone-maintained patients. Eur Addict Res 2000; 6: 8 – 19.
15. Curran HV, Kleckham J, Bearn J, Strang J, Wanigaratne S: Effects of methadone om cognition, mood and craving in detoxifying opiate addicts: a dose-response study. Psychofarmacology (Berl) 2001; 154: 153 – 60.
16. Mintzer MZ, Stitzer ML: Cognitive impairment in methadone maintenance patients. Drug Alc Depend 2002; 67: 41 – 51.
17. Davis PE, Liddiard H, McMillan TM: Neuropsychological deficits and opiate abuse. Drug Alcohol Depend 2002; 67: 105 – 8.
18. Verdejo A, Toribo I, Orozco C, Puente KL, Peréz-Garcia M: Neuropsychological functioning in methadone maintenance patients versus abstinent heroin abusers. Drug Alc Depend 2005; 283 – 8.
19. Mintzer MZ, Copersino ML, Stitzer ML: Opioid abuse and cognitive performance. Drug Alcohol Depend 2005; 78: 225 – 30.
20. Brooks DJ, Vosburg SK, Evans SM, Levin FR: Assessment of cognitive functioning of methadone-maintenance patients: Impact of adult ADHD and current cocaine dependence. J Addictive Dis 2006: 25: 15 – 25.
21. Prosser J, Cohen LJ, Steinfeld M, Eisenberg D, London ED, Galynker II: Neuropsychological functioning in opiate-dependent subjects receiving and following methadone maintenance treatment. Drug Alcohol Depend 2006; 84: 240 – 7.
22. Pirastu R, Fais R, Messina M, Bini V, Spiga S, Falconieri D, Diana M: Impaired decision-making in opiate dependent subjects: Effect of pharmacological therapies. Drug Alcohol Depend 2006; 83: 163 – 8.
23. Soyka M, Lieb M, Kagerer S, Zingg C, Koller G, Lehnert P, Limmer C, Kuefner H, Hennig-Fast K: Cognitive functioning during methadone and buprenorphine treatment: results of a randomized clinical trial. J Clin Psychopharmacol 2008; 28: 699 – 703.
24. Loeber S, Kniest A, Diehl A, Mann K, Croissant B: Neuropsychological functioning of opiate-dependent patients. A nonrandomized comparison of patients preferring either buprenorphine or methadone maintenance treatment. Am J Drug Alcohol Abuse 2008; 34: 584 – 93.
25. Swingedouw V, Auriacombe S, Reviriego E, Fatseas M, Auriacombe M: Methadone dosage and cognitive impairment in methadone-maintained patients. Proceedings of the 69th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of drug dependence; june 2007, Quebec City, Canada.
26. Rapeli P, Fabritius C, Alho H, Salaspuro M, Wahlbeck K, Kalska H: Methadone vs. Buprenorphine/naloxone during early opioid substitution treatment: A naturalistic comparison og cognitive performance relative to haltby controls. BMC Clinical Pharmocology 2007; 7: 5.
27. Soyka M, Hock B, Kagerer S, Lehnert R, Limmer C, Kuefner H: Less impairment of one portion af a driving-relevant psychomotor battery in buprenorphine-maintained than in methadone-maintained patients: Results of a randomized clinical trial. J Clin Psychopharmcol 2005; 25: 490 – 3.
28. Lenné MG, Dietze P, Rumbold GR, Redman JR, Triggs TJ: The effects of the opioid pharmacotherapies methadone, LAAM and buprenorphine, alone and in combination with alcohol, on simulated driving. Drug Alcohol Depend 2003; 72: 271 – 8.
29. Rapeli P, Fabritius C, Kalska H, Alho H: Memory function in opioid-dependent patients treated with methadone or buprenorphine along with benzodiazepine: longitudinal change in comparison to healthy controls. Substance Abuse Treatment, prevention, and policy 2009; 4: 6.
30. Gruber SA, Tzilos GK, Silveri MM, Pollack M, Renshaw PF, Kaufman MJ, Yurgelun-Todd DA: Methadone maintenance improves cognitive performance after two months of treatment. Exp Clin Psychopharmacol 2006, 14: 157 – 64.
31. EMCDDA. Litterature review on the relation between drug use, impaired driving and trafic accidents (CT.97.EP.14) Lisbon: EMCDDA, 1999.
32. Lenné MG, Dietze P, Rumbold G, Redman JR, triggs TJ: Opioid dependence and driving ability: a review in the context of proposed legislative change in Victoria. Drug Alchol review 2000; 19: 427 – 39.
33. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS: Are opioid-dependent/tolerant patients impaired in driving-related skills? A structured evidence-based review. J Pain Symptom Manage 2003; 25: 559 – 77.
34. Bernard J-P, Mørland J, Krogh M, Khiabani HZ: Methadone and impairment in apprehended drivers. Addiction 2009; 104: 457 – 64.
35. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2009.
36. McLellan AT, Ball JC, Rosen L, O´Brien CP: Pretreatment source of income and response to methadone maintenance: A follow-up study. Am J Psychiatry 1981; 138: 785 – 9.
37. Gerra G, Ferri M, Polidori E, Santoro G, Zaimovic A, Sternieri E: Long-term methadone maintenance effectiveness: psychosocial and pharmacological variables. J Subst Abuse Treat 2003; 25: 1 – 8.
38. Blankertz L, Magura S, Staines GL, Madison EM, Spinelle M, Horowitz E, Bali P, Guarino H, Grandy A, Young R: A new work placement model for unemployed methadone maintenance patients. Subst use Misuse 2004; 39: 2239 – 60.
39. Lidz V, Sorrentino DM, Robinson L, Bunce S: Learning from disappointing outcomes: An evaluation of prevocational intereventions for methadone maintenance patients. Subst Use Misuse 2004; 39: 2287 – 2308.
40. Appel PW, Joseph H, Kott A, Nottingham W, Tasiny E, Habel E: Selected in-treatment outcomes of long-term methadone maintenance treatment patients in New York state. Mount Sinai J Med 2001; 68: 55 – 61.

Heroinbehandling i Danmark – hvad skal der forskes i?

Et næsten enstemmigt Folketing har besluttet, at der skal etableres behandling med diacetylmorfin. Tiltaget vil blive evalueret og en række aspekter undersøgt.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

Gennem de sidste 15 år har man i udlandet tilvejebragt evidens for, at behandling med heroin er praktisabel og værd at benytte. Det er sket gennem en række forsøg, hvor én gruppe får heroin, og en eller flere kontrolgrupper får noget andet end heroin. Hovedparten af den forskning, der er gennemført i forbindelse med andre landes heroinforsøg, har fokuseret på at dokumentere ladsiggørlighed, sammenligninger af effekt og virkning på en lang række parametre, undersøgelsen af sikkerhed, samt udregning af omkostninger *(cost-benefit)* ved behandlingen.

I Danmark bygger vi på den evidens, som er tilvejebragt ved forsøgene i Schweiz, Holland, Tyskland, Spanien, Canada og England. Men heroinbehandlingen i Danmark bliver etableret som et egentligt behandlingstilbud og ikke som et forsøg. I løbet af 2010 vil der blive etableret behandlingstilbud med heroin 4-5 steder i landet - formentlig København, KABS i Glostrup (det tidligere Københavns Amt), Odense, Esbjerg og formodentlig senere Århus.

Det estimeres, at der vil blive tale om ca. 200 brugere i opstartsfasen, stigende til 3-400 brugere, når tilbuddene er fuldt etablerede.

Planlagte undersøgelser

At ordningen med ordination af heroin i Danmark ikke er et forsøg betyder imidlertid ikke, at der ikke skal forskes. Modellen er en anden end i de udenlandske heroinforsøg, men der skal også i Danmark monitoreres og forskes. For nærværende er to undersøgelser i støbeskeen: Sundhedsstyrelsen gennemfører i 2011 en evaluering af behandlingen på baggrund af de data som løbende indberettes – data som primært vil fokusere på brugernes sundhedsmæssige status.

En anden undersøgelse - forankret i og finansieret af KABS VIDEN og udarbejdet efter konsultation med Sundhedsstyrelsen - vil blive udført i samarbejde med de øvrige behandlingscentre, som også er inddraget i den endelige udformning af undersøgelsen. Hensigten med denne undersøgelse er at give et mere fyldestgørende indblik i effekt og betydning af heroinbehandlingen i Danmark, hvor det bliver muligt at sætte de sundhedsmæssige oplysninger ind i en større kontekst i forhold til både brugere og behandlingssystem, økonomi, kultur og sociale forhold.

Dette forskningsprojektet skal efter planen undersøge implementeringen og udførelsen af heroinbehandling i Danmark og vil følge heroinbehandlingen i opstartsfasen de først par år. Udgangspunktet for forskningsprojektet er, at der i de udenlandske undersøgelser mangler kvalitative undersøgelser af brugernes syn på heroinbehandling. Projektet skal også se på, hvordan målgruppen for heroinbehandling i praksis kommer til at se ud, samt inddrage behandlingspersonalet: Hvordan opfatter behandlerne brugerne og deres misbrug, og hvordan er samspillet mellem brugerne og personalet?

Desuden skal der kigges nærmere på, hvordan de institutionelle rammer påvirker behandlingen. Projektet vil derfor undersøge organiseringen af behandlingen, behandlingens tilknytning til andre behandlingstilbud og evt. sundhedsøkonomiske konsekvenser af behandlingen. Vi skulle derved gerne få indblik i, hvilken betydning den konkrete organisering af behandlingstilbuddene har, samt få viden om, hvilken rolle heroinbehandlingen i Danmark får i forhold til andre tilbud.

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

Metodisk vil projektet benytte sig af kvantitative og kvalitative metoder. Med sine differentierede metoder, bredde og fokus komplementerer undersøgelsen Sundhedsstyrelsens evaluering af heroinbehandlingen. Projektet vil være et dansk bidrag til den internationale forskning og udgøre et supplement til de udenlandske undersøgelser af effekten af behandling med heroin. Undersøgelsens resultater vil løbende blive publiceret i nationale og internationale tidsskrifter.

Forskningsspørgsmål:

Følgende seks forskningsspørgsmål skal opfattes somsidestillede. Metodisk vil besvarelsen af nogle af spørgsmålene dog afhænge af besvarelsen af andre.

- Hvordan planlægges, organiseres og udføres heroinbehandlingen?
- Hvilken effekt er der af behandlingen – for brugerne og sundhedsøkonomisk?
- Hvordan oplever brugerne behandlingen?
- Hvordan oplever personalet behandlingen?
- Hvordan er brugernes komplians? Følges behandlingen? Er der frafald?
- Hvordan ændrer brugergruppens sammensætning sig? Hvordan rekrutters brugerne?

Forskningsdesign - tre delundersøgelser:

Til afdækning af disse spørgsmål bruges flere forskellige metoder; henholdsvis kvantitative og kvalitative metoder i forskellige kombinationer. Nedenfor redegøres der for de tre forskellige overordnede metoder, der påtænkes anvendt.

1. En kvantitativ undersøgelse der omfatter:

- Brugernes misbrug
- Brugernes kriminalitet
- Brugernes fysiske helbred
- Brugernes psykiske helbred
- Brugernes egen opfattelse af livskvalitet
- Brugernes sociale relationer /integrering
- Brugere der afsluttes, hvad afsluttes de til?
- Brugernes fremmøde

Henvisende institution/myndighed

Data indhentes dels fra ASI-scoringer af brugerne på de enkelte behandlingsinstitutioner, dels fra indberetningerne til Sundhedsstyrelsen og dels fra registerundersøgelser af brugernes kriminalitet og indlæggelser på henholdsvis somatiske og psykiatriske afdelinger. Det påtænkes også at inddrage et redskab til måling af livskvalitet hos injektionsmisbrugere. Data vil blive indhentet i forbindelse med indskrivning og hver 3. måned frem til 12 måneder efter indskrivningen. Det påtænkes yderligere at etablere en kohorte bestående af misbrugere indskrevet i heroinbehandlingen i Danmark det første 1 ½ år, med henblik på at kunne følge denne gruppe mennesker over en længere årrække.

2. En kvalitativ undersøgelse der omfatter:

- Brugernes syn på behandling
- Personalets syn på behandlingen
- Institutionens hverdagsliv
- Institutionens tilknytning til andre misbrugstilbud
- Brugen af andre sociale tilbud
- Evt. pårørende

Den kvalitative undersøgelse vil dels bestå af et mere dybdegående etnografisk feltarbejde i en til to af behandlingsinstitutionerne. Her vil metoderne være deltagerobservation og åbne, kvalitative interviews med brugere og behandlere. Dels vil den kvalitative undersøgelse inddrage de øvrige behandlingsinstitutioner gennem åbne, kvalitative interviews med udvalgte brugere og personale et par gange i løbet af heroinbehandlingens første år til halvandet.

3. En beskrivelse af den administrative og politiske proces samt den konkrete organisering af behandlingstilbuddene:

- Deltagelse i planlægningsmøder
- Deltagelse i studieture
- Studie af vejledninger og policydokumenter samt af beslutninger vedrørende de økonomiske spørgsmål
- Deltagelse i uddannelsesforløbene for behandlingspersonale
- Undersøge den konkrete organisering af de enkelte behandlingstilbud samt forankringen i de forskellige kommuner og kommunale tilbud

Etiske overvejelser:

Der er indhentet tilladelse til indsamling, opbevaring og analyse af ovenstående data hos datatilsynet. Projektet er ligeledes sendt til høring hos de videnskabsetiske komiteer og retningslinjerne herfra vedrørende patientinformation og informeret samtykke vil blive fulgt.

Yderligere oplysninger om forskningsprojektet kan fås ved henvendelse til:
Katrine Schepelern Johansen,Forsker, Ph.D.
Institut for Antropologi, ,Københavns Universitet
katrine.s.johansen@anthro.ku.dk
eller
Thomas Fuglsang,Centerchef, overlæge,KABS
thomas.fuglsang@glostrup.dk

syre

LSD

En rejse gennem laboratorier, psykiatrien, *mind control* og hippiebevægelsen. Får stoffet en renæssance?

AF BJARKE SKÆRLUND RISAGER

Det hallucinogene stof LSD's videnskabelige og kulturelle betydning er en sammenflettet historie, hvori indgår såvel terapeutisk medicinsk brug, eksperimentel udforskning og rekreativt brug, samt interaktionen mellem disse anvendelsesmåder gennem tiden fra stoffets opfindelse i 1938 og frem til i dag.

Hofmanns syntetisering

LSD, der er en forkortelse for Lysergsyre Diethylamid, er et semisyntetisk stof, der syntetiseres fra meldrøjens alkaloider, en kornsvamp, der typisk gror på rug. Det tilhører den kategori af psykoaktive stoffer, der benævnes psykedelika, hallucinogener, bevidsthedsudvidende stoffer etc.

LSD eller LSD-25, som det også betegnes med henvisning til, at det er den[25]. lysergsyreafledning, bliver første gang syntetiseret i 1938 i Sandoz-laboratorierne af den schweiziske kemiker Albert Hofmann under et forskningsprojekt, der undersøger meldrøjens medicinske anvendelsesmuligheder. LSD viser ingen ekstraordinære positive resultater i dyretest, og inden stoffets psykedeliske egenskaber kendes, indstilles forskningen. Fem år senere syntetiserer Hofmann endnu engang stoffet efter at have haft, hvad han i bogen LSD - My Problem Child betegner som en 'underlig forudanelse'.[1] Utilsigtet optager han en lille mængde LSD gennem huden under arbejdet. I BBC-dokumentarfilmen LSD – The Beyond Within forklarer Hofmann, at han efter syntesens afslutning befinder sig i en meget mærkelig psykisk tilstand; en form for drømmeverden fremtræder for ham. Tre dage efter denne episode, den 19. april 1943, indtager Hofmann intentionelt 250 mikrogram LSD, hvilket han tror er en mild dosis.[2] En dosis i denne størrelsesorden er faktisk op til 10 gange så stor som det, der kan betegnes som en mild dosis.[3] På sin cykel på vej hjem fra laboratoriet kort tid efter starter verdens første LSD-trip, hvorfor dagen senere er blevet refereret til som 'Bicycle Day'.[4]

Den tidlige psykiatriske forskning

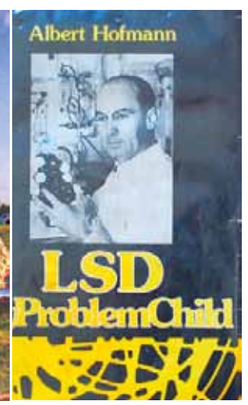
Hofmann bliver hurtigt klar over, at LSD har mulige psykiatriske potentialer, og Sandoz begynder at sælge LSD under det kommercielle navn Delysid. I slutningen af 1940'erne kommer der for alvor gang i udforskningen af disse potentialer. I starten opereres der med en hypotese om, at LSD er et såkaldt psykotomimetisk stof, dvs. et stof, der imiterer en psykotisk tilstand, hvorfor Sandoz opfordrer psykiatere til selv at tage stoffet for at opnå en subjektiv forståelse af deres patienters mentale tilstande. I forlængelse heraf udvikles hypoteser om, at LSD kan have positive effekter i psykiatrisk behandling.[5] Man forestiller sig, at stoffet kan fungere som en nøgle til den ubevidste del af det menneskelige sind. Således er formålet med at give det til psykiatriske patienter at frigøre de undertrykte minder og mentale konflikter, som psykoanalysen ser som årsagen til mentale lidelser.[6] LSD bliver i slutningen af 50'erne også brugt i behandlingen af alkoholikere[7] af blandt andre Humphry Osmond (psykiateren, der fandt på ordet *psychedelic*). Endvidere forskes der i LSD som smertestillende middel til blandt andre cancerpatienter – angiveligt med succes.[8] Således synes der i det hallucinogene stofs unge år at stå en verden af medicinske muligheder åben.

Mind control og rekreativt brug

Uden for de psykiatriske hospitalers mure begynder andre, at interessere sig for LSD's potentialer. I 50'erne og 60'erne undersøger CIA under projekt MKULTRA i al hemmelighed forskellige stoffers egnethed til mind control. LSD vurderes som havende størst potentiale. Forfatteren til The CIA and the Cult of Intelligence, John Marks, påpeger, at LSD er et potentielt instrument til at opnå kontrol, hvilket er essensen af efterretningsvirksomhed[9]. Hvor psykiatrien kan siges at benytte LSD i behandlinger for at give patienterne kontrol over deres eget liv, ønsker CIA at benytte stoffet til at tage kontrol over andre menneskers liv. I et MKULTRA-dokument fra 1955 udspecificeres projektets mål i 17 punkter. Eksempelvis vil man finde: 'substanser, der vil fremme ulogisk tænkning og impulsivitet i en sådan grad, at modtageren af disse vil blive offentligt miskrediteret' … og et: 'stof, som vil forårsage mental forvirring af en sådan type, at et individ, der er under dets indflydelse, vil finde det svært at opretholde en opdigtet forklaring under afhøring'[10]. Marks uddyber, at CIA også ønsker at vide, hvordan udenlandske diplomater og statsledere vil reagere, hvis de eksempelvis får LSD, umiddelbart inden de skal holde en tale[11].

Med henblik på disse mål er det for CIA i mange af forsøgene altafgørende, at forsøgspersonerne er uvidende om, at de har indtaget LSD, og at de i det hele taget er uforberedte på den oplevelse, der venter dem. Også det amerikanske militær udfører eksperimenter med det bevidsthedsudvidende stof med henblik på at finde et middel, der kan gøre fjenden ukampdygtig, ligesom den britiske efterretningstjeneste, MI6, i jagten på et sandhedsserum benytter sig af lignende metoder, der er i åbenlys modstrid med Nürnberg-erklæringen[12]. Ud over de etiske problematikker, der senere fører til flere erstatningssager, har de mange forskellige forsøg det til fælles, at de konkluderer, at LSD er for uforudsigeligt i sin virkning til at være anvendeligt som et middel til mind control.[13]

Organisationerne bag projekt MKULTRA holder i disse år også et vågent øje med den videre psykiatriske forskning i LSD's potentialer. Eksempelvis er der interesse for det arbejde med stoffet, der foregår i Danmark på Frederiksberg Hospital. I Alex Frank Larsens bog *De sprængte sind – Hemmelige forsøg med LSD* beskrives, hvordan især denne danske institution i 1960'erne under ledelse af overlæge Einar Geert-Jørgensen udfører behandlinger på flere hundrede sindslidende personer, i en form der snarere end behandling kan karakteriseres som forsøg (hvilket medgives af Geert-Jørgensen selv). 'Behandlingerne' er ud fra et psykiatrisk-videnskabeligt synspunkt dybt problematiske. Blandt andet på grund af, at den psykoaktive påvirkning ikke ledsages af terapi, hvilket ellers understreges som absolut påkrævet af udenlandske lægekollegaer inden for området. Desuden foregår forsøgene på en måde, der ud fra et videnskabsetisk perspektiv er dybt kritisabelt. De implicerede patienter er i vid udstrækning uvidende om eller ligefrem misinformeret om karakteren af behandlingsformen og de forbundne risici, ligesom der i flere tilfælde kan stilles spørgsmålstegn ved, om eksperimenterne foregår med patienternes frivillige samtykke. Igen ignoreres Nürnberg-erklæringen. Flere af de danske forsøgspersoner begår efterfølgende selvmord, mens andre må kæmpe med livsvarige psykiske mén. I 1986 vedtager Folketinget en særlov, der giver 154 overlevende patienter erstatning og tilbud om efterbehandling.[14]



Psykedeliske stoffers rekreative potentiale uden for hospitalerne vækker op igennem 1950'erne også interesse hos psykiaterene og blandt intellektuelle som den britiske forfatter Aldous Huxley. Humphy Osmond giver i 1953 Huxley meskalin, og det er oplevelsen med dette stof, han skildrer i bogen, *The Doors of Perception*. I 1958 udtaler Huxley i et tv-interview, at indtagelse af psykedeliske stoffer vil være godt for alle, der føler sig sikre på 'hvad, der er hvad' for at erkende, at den verden, de har konstrueret, langt fra er den eneste verden.[15]

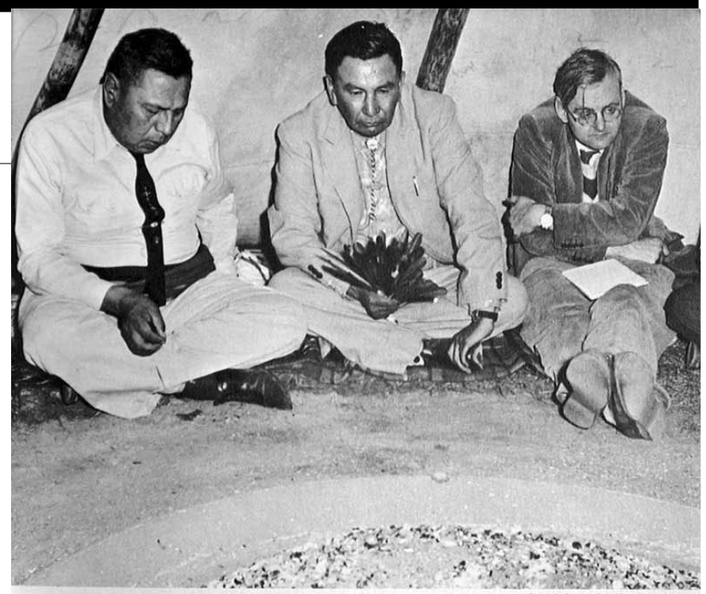


Photo: Saskatoon Star-Phoenix

Pictured in deep meditation are, from left to right, William Russell, state president of the Montana church organization, Frank Takes Gun, the international president and Dr. H. Osmond, psychiatrist.

Det er dog først i 60'erne, at idéen om at sprede LSD og andre psykedeliske stoffer til masserne for alvor begynder at blomstre, og stofferne bliver populære hos den oprørske ungdom. Forfatteren Ken Kesey mener, at den amerikanske regerings mange forsøg med LSD, der involverer omkring 6.700 amerikanere,[16] herunder Kesey selv, som en bivirkning vækker befolkningens interesse for stoffet. Han bemærker, at det paradoksalt nok er CIA, der får USA 'turned on'.[17] Finansieret af overskuddet fra Keseys succesroman *Gøgereden* fra 1962 køber han med vennerne i 'The Merry Prankster' en brugt skolebus, som de maler i alskens psykedeliske mønstre og motiver og døber 'Further'. I 1964 kører de tværs igennem USA og introducerer endnu flere amerikanere til det i deres øjne vidunderlige bevidsthedsudvidende stof.[18]

Samtidigt udforsker den tidligere Harvard-professor i psykologi, Timothy Leary, der er blevet fyret fra universitetet efter at have uddelt psykedeliske stoffer til studerende, sammen med en gruppe tilhængere hallucinogenernes psykoterapeutiske og ikke mindst spirituelle potentialer i en stor villa i landsbyen Millbrooke i staten New York. 'Vores mål er, som alle nystartede religiøse gruppers mål, at forandre det amerikanske samfund. […] Det amerikanske folk er fuldstændigt optaget af materiel besiddelse, af magt, af krigsførelse… Det er en galeanstalt herovre. Og det er vores mål at løfte det amerikanske folks spirituelle niveau. Vi vil prøve at frembringe en religiøs renæssance og en spirituel revolution', udtaler han i en videooptagelse.[19] For Leary og hans ligesindede i *The League for Spiritual Discovery*[20] er LSD det hellige middel til at 'turn on, tune in, drop out' og gennemføre den spirituelle revolution, der skal omvælte den borgerlige 'galeanstalt' kaldet USA, som de ikke kan identificere sig med. Denne subversive idé er selvsagt ikke populær i det mere etablerede USA, og Leary bliver senere af Richard Nixon betragtet som det amerikanske samfunds fjende nummer ét.[21]

Også i Danmark vinder LSD indpas som rekreativt middel blandt en politisk bevidst ungdom. Ifølge Ebbe Reich, der i august 1967 skriver en leder i tidsskriftet P*olitisk Revy* om psykedeliske stoffer, er der på dette tidspunkt et firecifret antal danske LSD-brugere. Kort tid efter arrangerer Politisk Revy og Ebbe Reich, hvad de kalder 'det første officielle LSD-trip i Danmark' i Dyrehaven. Med Reich som ædru observatør tager flere unge mennesker deres første LSD-trip i de grønne omgivelser - det psykedeliske stof er endnu lovligt her. Idéen om at sprede det potente stof til masserne findes også på *Politisk Revys* redaktion, der proklamerer, at et hjørne af den efterfølgende udgave af tidsskriftet er imprægneret med LSD. Det er kun en joke, men dette 'stunt' udløser ikke desto mindre en politianmeldelse. Koblingen mellem det bevidsthedsudvidende stof og politisk handlen er heller ikke en idé, som den amerikanske ungdom har monopol på, om end ambitionerne i Danmark ikke helt når de samme højder som hos Leary og hans tilhængere. Således skriver Ebbe Reich i samme udgave af Politisk Revy, at 'et psykedelisk 'drop out' kan være en lige så eller mere bevidst handling end en arbejdsnedlæggelse i protest mod en skurvogn uden træk og slip.'[22]

Illegitimisering og paranoia

Mens mange mennesker i den vestlige verden op igennem 50'erne og 60'erne stifter bekendtskab med LSD, enten igennem CIA og andre statslige organisationers ovenfor beskrevne forsøg eller gennem disses ideologiske modpol, hippiebevægelsen, ser Albert Hofmann og hans kollegaer bekymret til fra Sandoz-laboratorierne i Schweiz, der på daværende tidspunkt er den eneste legale leverandør af stoffet. Hofmann er imod efterretningstjenesternes uetiske forsøg. Han påpeger, at det er en kriminel handling at give mennesker LSD uden deres vidende, ligesom han heller ikke billiger hippiebevægelsens - i hans øjne - lemfældige omgang med den potente substans. Da Timothy Leary i 1963 bestiller intet mindre end 100 gram LSD fra Sandoz, anbefaler Hofmann virksomheden at afvise ordren, hvilket de gør. I 1965 stopper Sandoz produktionen af LSD, men på dette tidspunkt produceres stoffet allerede i illegale laboratorier i USA.[23]

I slutningen af 60'erne tager den offentlige modstand mod LSD til. I offentligheden sættes der fokus på de negative aspekter af LSD-rusen såsom bad trips bestående af panikanfald og paranoia og efterfølgende risiko for flashbacks. Omkring en million unge amerikanere har på dette tidspunkt prøvet stoffet, der frem til 1966 har været legalt, men nu har præsident Lyndon B. Johnson fået nok: 'Tiden er kommet til at stoppe salget af slaveri til ungdommen!'[24] I 1967 forbydes LSD i USA, og i 1970 kommer det i selskab med de farligste stoffer på USA's Schedule I. Stoffer på denne liste har per definition blandt andet et højt misbrugspotentiale og ingen accepteret medicinsk anvendelse. I 1971 vælger FN på baggrund af Psykotropkonventionen at anbefale dets medlemslande at forbyde LSD og andre hallucinogener, og denne konvention tilsluttes af blandt andre Danmark, der placerer stoffet på listen over de farligste rusmidler, den såkaldte Liste A, sammen med heroin, kokain m.m., hvilket vil sige, at hallucinogenet LSD ikke må forefindes i landet - end ikke til medicinsk eller videnskabelig brug.[25]

Op igennem 1970'erne og 80'erne falder forbruget af LSD støt i den vestlige verdens befolkning. Der er som nævnt et øget fokus på stoffets negative aspekter. Stoffet er nu forbudt, og hippieæraen rinder lige så stille ud. Med LSD og andre psykedeliske stoffers placering på Schedule I er der samtidig lagt låg på den videnskabelige udforskning og anvendelse og af stoffet.

En psykedelisk renæssance?

Fra 1990'erne og frem har LSD og andre psykedeliske stoffer oplevet en rekreativ renæssance ikke mindst grundet en interesse i visse elektroniske musikmiljøer for disse stoffers bevidsthedsudvidende potentialer. Der er dog her tale om et subkulturelt fænomen, og stoffernes popularitet har ikke nået tilnærmelsesvis samme højder som i 60'ernes modkultur, der var identitetsdannende for en hel generation af unge mennesker.

Forskningen i psykedeliske stoffers terapeutiske potentialer synes ligeledes at stå over for en renæssance med organisationer som den amerikanske MAPS (Multidisciplinay Association for Psychedelic Studies), der dog må operere inden for rammerne af den strenge lovgivning. Organisationen, der blev stiftet i 1986, har som sit førstnævnte mål 'at behandle lidelser, som den konventionelle medicin kun i begrænset omfang kan lindre – såsom post-

LIFE

Photographed by LAWRENCE SCHILLER

A Remarkable Mind Drug Suddenly Spells Danger LSD

BJARKE SKÆRLUND RISAGER
IDÉHISTORIESTUDERENDE
AARHUS UNIVERSITET

traumatisk stresslidelse (PTSD), smerter, stofafhængighed, angst og depression forbundet med end-of-life-problemer – ved at udvikle psykedeliske stoffer og marihuana til receptmedicin.'[26] Eksempelvis får Dr. Peter Gasser i december 2007 med støtte fra MAPS de endelige tilladelser fra de schweiziske myndigheder til - som den første i 35 år - at gennemføre et studie af LSD's terapeutiske potentiale. Med projektet, der efter planen er færdigt i efteråret 2010, ønsker Gasser at klarlægge det psykedeliske stofs muligheder for at afhjælpe den angst, som cancerpatienter og lignende måtte opleve i forbindelse med deres livstruende sygdom. Et andet igangværende forskningsprojekt støttet af MAPS, omhandler LSD's og psilocybins smertestillende egenskaber hos patienter, der lider af klyngehovedpine.[27]

LSD'ens fader, den 102 år gamle Albert Hofmann, døde tirsdag den 29. april 2008. MAPS' formand Rick Doblin var sammen med Hofmann på hans fødselsdag tidligere på året. 'Han virkede… Jeg ved det ikke… fredfuld på en eller anden måde; tryg ved at lade den næste generation fortsætte i hans ånd. Og han udtrykte, hvor taknemmelig han var for, at vi havde fået mulighed for at genstarte LSD-forskningen – at hans 'problembarn' var blevet et 'vidunderbarn", fortæller Doblin.[28]

Videnskab og misbrug

Målet med ovenstående gennemgang har været at illustrere sammenfletningen af

LSD's terapeutiske, videnskabelige og rekreative historie. Denne sammenfletning er let at få øje på fra den tidlige psykiatriske forskning i 1940'erne over den intellektuelle og spirituelle psykedeliske fascination i 50'erne frem til starten af 70'erne, hvor illegitimiseringen satte en (midlertidig?) stopper for videnskabelig såvel som rekreativ brug af stoffet. Historien rejser flere interessante problemstillinger om samspillet mellem videnskab, teknologi og kultur. Som det er tilfældet med de fleste kemiske innovationer, er der også et misbrugspotentiale forbundet med psykedeliske stoffer som LSD. Som i så mange andre tilfælde svarer samfundet med et forbud. Ud over de åbenlyse kontrol- og håndhævelsesproblemer i at ville bekæmpe misbrug med et forbud (hvad enten der tales om efterretningstjenesters eller privatpersoners), giver historien om LSD anledning til refleksion over, om man bør lade misbrug i den (mod)kulturelle sfære begrænse de videnskabelige muligheder for at udvikle samme stoffers terapeutiske potentialer. ■

LITTERATUR

ACHRE (Avisory Committee on Human Radiation Experiments): Chapter 3: Supreme Court Dissents Invoke the Nuremberg Code: CIA and DOD Human Subjects Research Scandals i ACHRE Report, fra URL = kortlink.dk/59sm. 1995.

Carey, B.: A Psychedelic 'Problem Child' Comes Full Circle, fra URL = kortlink.dk/59sk (8. Oktober). 2009.

DEA (U.S. Drug Enforcement Administration): LSD, fra URL = usdoj.gov/dea/concern/lsd.html. 2006.

Erowid: LSD Dosage, fra URL = kortlink.dk/59sp (8. oktober). 2009.

Evans, R.: MI6 Pays out over Secret LSD Mind Control Tests : i The Guardian, den 24. februar, fra URL = guardian.co.uk/uk/2006/feb/24/military.past. 2006.

FN (Forenede Nationer): Convention on Psychotropic Substances, fra URL = unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf. 1971.

Frood, A.: Dropping Acid May Help Headaches, 13. September, fra URL = nature.com//news/2006/060911/full/news060911-05.html. 2006.

Hofmann, A.: LSD: My Problem Child, fra URL = maps.org/books/mpc. 1979.

Larsen, A.F.: De sprængte sind. Hemmelige forsøg med LSD. Informations Forlag. København. 1985.

Larsen, A.F.: Punktum for lsd-opgør, Information. Her brugt fra infomedia.dk. 2005.

Kast, E.: Attenuation of Anticipation: A Therapeutic Use of Lysergic Acid Diethylamide: i Psychiat. Quart., 41, pp. 646-657, fra URL = kortlink.dk/59sq. 1967.

Martinov, N.: Ungdomsoprøret i Danmark – Et portræt af årene, der rystede musikken, billedkunsten, teatret, litteraturen, filmen og familien. Aschehoug. København. 2000.

MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Research) : Mission Statement and Purpose, fra URL = maps.org/mission.html (8. oktober). 2009a.

MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Research): LSD and Psilocybin Research, fra URL = maps.org/research/cluster/psilo-lsd/ (8. oktober). 2009b.

Michaelis, B.T.: LSD-guruen døde i går: i Politiken, Kultur og Debat, side 8, den 1. juni, her brugt fra infomedia.dk. 1996.

Moreno, J.D.: Lessons Learned: A Half-Century of Experimenting on Humans - U.S. Army Experiments': i Humanist, September, vol. 59, nr.5, fra URL = kortlink.dk/59sb. 1999.

Movin, L.: Nekrolog: Den sidste Prankster: i Information, 1. sektion, side 6, den 16. november, her brugt fra infomedia.dk. 2001.

Nichols, D.: Hypothesis on Albert Hofmann's Famous 1943 'Bicycle Day'. Foredrag holdt på konferencen Mindstates IV den 24. maj, fra URL = kortlink.dk/59s9. 2003.

Stevens, J.: Storming Heaven: LSD & The American Dream, fra URL = erowid.org/library/books_online/storming_heaven.pdf. 1988.

Sundhedsstyrelsen: Lovgivning, fra URL = kortlink.dk/59se. 2007.

Tanne, J.H.: Obituary: Osmond Humphry, den 20. marts, fra URL = kortlink.dk/59s7. 2004.

United States Senate: Senate Hearing on MKULTRA, fra URL = arts.rpi.edu/~pellr/lansberry/mkultra.pdf. 1977.

Whitby, M.: LSD – The Beyond Within. Part I: The Rise of LSD, BBC. 1986a.

Whitby, M.: LSD – The Beyond Within. Part II: The Fall of LSD, BBC. 1986b.

NOTE-HENVISNINGER
– referencer til litteraturlisten

1 Hofmann 1979: kap. 1
2 Whitby 1986a
3 Erowid 2009
4 Nichols 2003
5 Hofmann 1979: kap. 4
6 Whitby 1986a
7 Tanne 2004
8 Kast 1967
9 Whitby 1986a
10 United States Senate 1977: 166-168
11 Whitby 1986a
12 *ibid.*; Moreno 1999; ACHRE 1995
13 Evans 2006
14 Larsen 2005
15 Whitby 1986a
16 Moreno 1999
17 Whitby 1986a
18 *ibid.*; Movin 2001
19 Whitby 1986b
20 Stevens 1988: 9
21 Michaelis 1996
22 Martinov 2000: 143
23 Whitby 1986a; Hofmann 1979: kap. 5
24 Whitby 1986a
25 DEA 2006; FN 1971; Sundhedsstyrelsen 2007
26 MAPS 2009a
27 MAPS 2009b; Frood, 2006
28 Carey 2009

Bøger

Respekt – Gatukultur, ny etnicitet och droger.

Philip Lalander:

Liber AB 2009, 296 sider, illustreret.
www. Liber.se

Philip Lalander er professor i socialpsykologi og har studeret den bølge af heroinmisbrug der udviklede sig i og omkring Norrköping i det sydøstlige Sverige i slutningen af 1990erne. I 1994 anslog myndighederne således, at der var fire-fem heroinbrugere i byen, men dette tal var i 2000 eksploderet til 248 ud af en befolkning på knap 120.000. En ikke uanseelig andel af disse var af udenlandsk herkomst. Lalander stiller skarpt på den gadekultur der muliggjorde og betingede at en gruppe af unge heroinbrugende og -sælgende mænd med chilenske rødder blev revet med af denne epidemi.

Med begrebet *Gadekultur* skriver Lalander sig ind i en etnografisk baseret kultursociologisk forskningstradition i forlængelse af Pierre Bourdieu (1984) og Philippe Bourgois (2003). Det teoretiske perspektiv er velegnet i forhold til problemstillingens beskaffenhed og er ligeledes med heldigt resultat nyligt anlagt af Sveinung Sandberg og Willy Pedersen i deres bog om Gatekapital blandt hashsælgere i Oslo (2006). I det hele taget er der mange fællestræk mellem disse to bøger. Fællestræk der vidner om, at de analyserede problemstillinger er udbredte og særdeles relevante at forstå nærmere, også i en dansk sammenhæng.

Overordnet handler bogen om hvordan disse marginaliserede unge mænd skaber sig en identitet og en livsstil der roterer omkring at drive rundt på gaden og bruge forskellige former for narkotika, dog primært heroin. Lalander får på overbevisende vis placeret denne gadekultur i en bredere sammenhæng hvor især køn og klasse vikles ind i spørgsmålet om etnicitet og marginalitet. Det hele udspiller sig i Hageby, der er en forstad til Norköping i det sydøstlige Sverige med knap 8.000 indbyggere. Det empiriske materiale består af tre års observationer og 100 interviews med 23 forskellige personer og Lalander er særdeles fortrolig med såvel sit materiale som sit emne. Ikke alene er han selv vokset op i området. Han har tilmed tidligere begået en bog om heroinmiljøet: *Hele världen er din: En bok om unga heroinsiter (2001).* Denne fortrolighed er selvsagt altafgørende for at komme ind på livet af en gruppe mennesker med etnisk minoritets baggrund, som tilmed er aktive deltagere i en så 'tabubelagt og umenneskelig' kriminel livsstil som brug og salg af heroin. Det er en barsk livsstil, det er der ingen tvivl om. Men Lalander kommer langt bagom de sensationsprægede beskrivelser og ind til kernen i problemet, gadekulturens særegne regler og normer.

Det aspekt ved gadekulturen, der er fjernest fra en almindeligt accepteret livsførelse, er den udbredte og anerkendte brug af fysisk vold. Volden bruges i mange sammenhænge og opfylder mange problemknusende funktioner. Volden udvikler sig som logisk konsekvens af, at man i gadekulturen under ingen omstændigheder kan tillade sig at involvere velfærdsstatens normale, konfliktløsende aktører. Men voldens funktioner rækker ud over dette. Med volden - og truslerne om vold - etablerer man sig selv som et menneske med magt. En magt og dertil hørende anerkendelse man ellers skal se langt efter som indvandrer bosat i en forstad med et dårligt ry. Læg dertil problemerne der følger af at have dårligt integrerede forældre, der lider af mere eller mindre udtalt hjemve til oprindelseslandet Chile, og du har opskriften på en sprængfarlig cocktail.

Livsstilen med brug og salg af heroin omtales som *driftande*. Til trods for at det er et risikofyldt liv opfylder det tre funktioner, som disse socialt marginaliserede unge ellers kunne kigge langt efter. Spiller man sine kort rigtigt, uden at blive alt for high på sit eget supply, muliggør livsstilen, at man kan opnå at deltage i forbrugssamfundet. Derudover giver det tilværelsen en struktur, om end nok så løs, men en beskæftigelse ikke desto mindre. I en periode opsluger denne beskæftigelse Lalanders informanter helt og aldeles. De lever som selverklærede Grottemennesker, der kun undtagelsesvist og modvilligt forlader det kælderrum hvorfra heroinen sælges. Der går næsten mode i ikke at betale *Kranen* for forsyningerne af heroin, og heraf følger selvsagt en ond spiral af økonomiske problemer og tiltagende marginalisering fra en almindelige *Svensson-tilværelse*. Økonomisk gæld og inddrivelse heraf bliver i gadekulturen meget mere symbolladet end blot bidraget til økonomisk velstand. Som alt andet handler det om at etablere og opretholde respekten omkring sin person. Det groveste normbrud i gadekulturen er således at snakke, eller sladre om man vil, med politiet. End ikke for at beskytte sin egen familie er dette en udvej. Er en person fra gademiljøet først identificeret som stikker vil denne i henhold til kulturens normer aldrig kunne behandles med respekt igen, og respekten er det vigtigste - og tit det eneste - man har i de kriminelle netværk.

Opgaven er svær, og løsningen fordrer en portion tålmodighed og vedholdenhed som er de færreste forundt. Lalander har sammenlagt fulgt sine informanter over en periode på hen ved ti år, og efter endt læsning sidder man tilbage med en oplevelse af, at den komplicerede opgave ikke ville kunne løftes uden netop et sådant engagement fra forskerens side. Et engagement, der ved flere lejligheder er ved at kamme over. Lalander redegør troskyldigt for sine genvordigheder med at opretholde skellet mellem at være objektiv forsker og samtidig betroet ven. Her bliver det for alvor spændende, og det er sigende for Lalanders grundighed, at selve brugen af heroin først bliver introduceret halvt inde i bogen. Herfra følger således en uforbeholden anbefaling, forudsat et nogenlunde kendskab til det svenske sprog. ■

KIM MØLLER. CAND. SCIENT. ADM. PH.D.-STUD. CRF

Tvangsindlæggelse af gravide rusmiddelbrugere – norske erfaringer

Meget tyder på, at tvangslove ikke forhindrer helbredsskader hos børn. Den norske lov er på 13. år ikke evalueret, så man ved ikke om den har den ønskede effekt for mødre og børn.

AF KARL HARALD SØVIG

Siden 1996 har Norge haft en lovgivning, der har gjort det muligt at tvangsindlægge gravide kvinder med et rusmiddelbrug, som kan skade det kommende barns helbred. Bestemmelsen er - så vidt jeg ved - særnorsk, uden paralleller i andre europæiske lande. De sidste år har der imidlertid været diskussioner i flere af de andre nordiske lande om at indføre lignende tvangsregler. Formålet med dette bidrag er at give en oversigt over det norske regelsæt og praktiseringen af det.

Norsk lovgivning

I Norge er både frivillige tiltag og tvangsindlæggelse over for borgere med et problematisk højt forbrug af rusmidler samlet i socialtjenesteloven (Lov om sociale tjenester af 13. december 1991 nr. 81 kap.6). Socialtjenestelovens kap. 6 indeholdt oprindeligt to bestemmelser, som indebar tvangstiltag. For det *første* § 6-2, som giver hjemmel til tvangsindlæggelse i indtil tre måneder for personer, som har et omfattende og vedvarende misbrug af rusmidler, og som derfor udsætter eget helbred for fare. For det *andet* § 6-3, som giver mulighed for tilbageholdelse på grundlag af patientens eget samtykke ('aftalt' eller 'odysseisk tvang'). Efter en omfattende samfundsdebat - og flere forkastede lovforslag - vedtog Stortinget i 1995 en *tredje* tvangsbestemmelse - § 6-2a – som giver hjemmel til tvangsindlæggelse af gravide rusmiddelbrugere, så længe svangerskabet varer. Bestemmelsen trådte i kraft den 1. januar 1996.

Værdimæssige spændingsfelter

De etiske eller værdimæssige argumenter, der er knyttet til tvangsindlæggelse, kan deles i to kategorier: *ideologiske* (knyttet til grundværdier som autonomi og beskyttelse af fosteret) og *pragmatiske* (knyttet til effekten af eventuel brug af tvang). En undergruppe af denne sidste argumenttype er eventuelle utilsigtede virkninger af tvangsbestemmelser.

Udgangspunktet for den videre diskussion er, at gravide – som alle andre borgere – har ret til selvbestemmelse (autonomi). Skal denne grundrettighed have betydning ud over festtalerne, må den også inkludere retten til at træffe valg, som samfundet misbilliger. Samtidig er den aktuelle persongruppe speciel, ved at selvbestemmelsesevnen er reduceret som følge af afhængighedstilstanden. Dertil kommer, at adfærden kan indebære en risiko for fosteret. På andre områder har samfundet opsat regler med sigte på at hindre, at medborgere påfører hinanden alvorlig helbredsskade, for eksempel gennem regler om tvangsindlæggelse inden for det psykiatriske behandlingssystem og strafferetlig nødværge. Set fra denne vinkel har samfundet gode grunde til at gribe ind over for gravide kvinder med et højt rusmiddelforbrug.

Samtidig er relationen mellem kvinden og fosteret på alle måder speciel. Det er vanskeligt at trække paralleller til andre situationer, hvor der er interessekonflikt mellem forskellige samfundsborgere, og her står muligheden for abort centralt. I den periode, hvor kvinden – enten efter ansøgning eller efter eget ønske – kan stoppe fosterets videre udvikling, er fosteret uden retslig beskyttelse, når det gælder retten til liv. Samtidig er fosteret beskyttet gennem andre regler, for eksempel i form af en erstatningsretslig beskyttelse for skader påført under svangerskabet og gennem strafferetslige regler om fosterdrab. Fosteret står dermed i en særstilling (Hermann 2008), hvor retsbeskyttelsen både er gradueret og relativ. Formålet med tvangsindlæggelse er at forhindre negative helbredskonsekvenser på *barnet,* som skal vokse op. Dermed er der større grund til at trække parallellen til børns retsstilling, for så vidt angår skader påført under svangerskabet, end til fosterets manglende beskyttelse mod moderens valg af abort. Samtidig er situationen speciel ved, at fosteret er inde i moderens krop, og man kan ikke uden videre sammenligne med situationer, hvor andre end moderen udsætter det kommende barn for en retsstridig risiko.

Utilsigtede virkninger

Når det gælder utilsigtede virkninger af tvangsbestemmelsen, har to forhold stået i fokus: *øget forekomst af aborter* for at undgå tvangsindlæggelse og frygt for, at gravide med et højt rusmiddelbrug *undlader at opsøge hjælpeapparatet* (socialtjeneste og sundhedspersonale), fordi de er bange for at blive tvangsindlagt. På individniveau er der rapporteret om, at kvinder har valgt abort efter tvangsindlæggelse, men på gruppeniveau er der kun lidt, der tyder på, at de årlige norske aborttal er påvirket af indførelsen af § 6-2a.

Samtidig med, at Stortinget vedtog § 6-2a, blev også reglerne om tavshedspligt ændret, så sundhedspersonale og andre udvalgte grupper nu har oplysningspligt 'af egen drift' til socialtjenesten (se bl.a. Lov om sundhedspersonale af 2. juli 1999 nr. 64 § 32). Hvorvidt gravide undlader eller udsætter at opsøge læge eller andre dele af hjælpeapparatet er vanskeligt at undersøge. Der findes ikke statistik eller undersøgelser knyttet til problemstillingen. Formentlig vil der være variationer mellem forskellige grupper, og en generel erfaring er, at kvinder med højt alkoholforbrug i mindre grad end deres narkotikabrugende søstre opsøger hjælpeapparatet.

For mit eget vedkommende har jeg få ideologiske indvendinger mod den afvejning af de krydsende interesser mellem kvindens ret til selvbestemmelse og det kommende barns beskyttelse mod helbredsskader, som Stortinget foretog ved at vedtage § 6-2a. Mine indvendinger er af pragmatisk art, og jeg kommer afslutningsvis tilbage til refleksioner, som er knyttet til tvangsreglernes effekt.

Vilkår for tvangsbehandling

§ 6-2a opererer med fem vilkår for tvangsindlæggelse:

Det *første* vilkår er, at kvinden er rusmiddelmisbruger (og gravid). Vilkåret stiller krav til både arten (for eksempel omfattes tobak ikke) og til omfanget.

For det *andet* må rusmiddelforbruget føre til en negativ helbredskonsekvens for fosteret. I modsætning til departementets oprindelige forslag kræver bestemmelsen ikke, at skaden må være kvalificeret ('væsentlig' eller lignende).

For det *tredje* sætter lovteksten et krav op om virkningssammenhæng mellem rusmiddelmisbruget og den negative helbredskonsekvens, nedfældet i vilkåret 'overvejende sandsynligt'. Sprogligt set er formuleringen lidet træffende. Tillægget om 'overvejende' tilfører ikke ordet 'sandsynlighed' et kvalificerende element, selv om dette var intentionen fra departementets side (Ot. prp. 48 (1994-95) s. 11). Desuden kan man sætte spørgsmålstegn ved, hvor velvalgt et krav om kvalificeret sandsynlighed er, al den stund fosteret må bære tvivlsrisikoen?

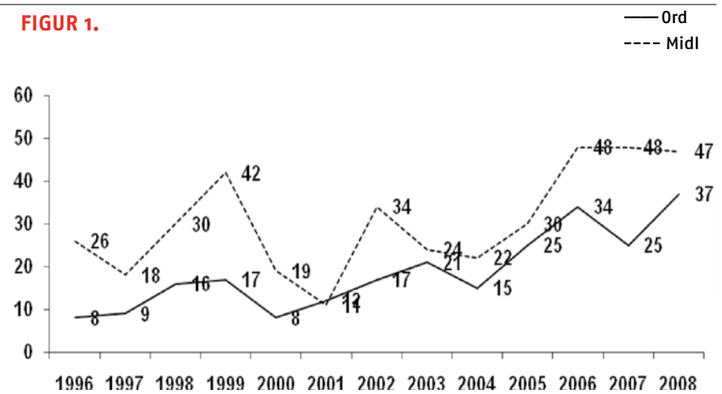
Det *fjerde* vilkår er, at frivillige tiltag skal være utilstrækkelige. En sådan indsnævring af rækkevidden findes i alle tvangsbestemmelser - både i Norge i og andre nordiske lande, enten eksplicit eller indfortolket – men den rejser særlige udfordringer når det drejer sig om gravide. Mens tiltagene afprøves, eksponeres fosteret ofte for ruspåvirkning, og det er vanskeligt både etisk og i en praktisk hverdag at sige, hvornår 'nok er nok'.

Det *femte* vilkår er et krav om skønsmæssig helhedsvurdering. I modsætning til i Sverige, hvor länsretten 'skal' træffe tvangsafgørelse om, hvorvidt de materielle vilkår er indfriede, har det norske 'fylkesnævn' (se nedenfor) en skønsmæssig kompetence, nedfældet i lovens vilkår 'kan'. I praksis spiller dette vilkår kun en lille rolle, og kun i ganske få tilfælde vil det være aktuelt at lade være med at træffe en beslutning om tvang, hvis de øvrige materielle vilkår er opfyldt.

Den ordinære sagsgang er, at beslutningen om tvang træffes af 'fylkesnævnet for børneværn og sociale sager'. Nævnet er et statsligt, uafhængigt forvaltningsorgan på 'fylkesnivau', dvs amtsniveau, som tager beslutning efter en proces, der ligger tæt op ad en civil rettergang. Alle sager om tvangsfjernelse efter børneværnsloven og tvangsbehandling af gravide misbrugere efter socialtjenesteloven skal behandles af fylkesnævnet. Nævnet består af en nævnsformand (statsligt ansat), to sagkyndige (psykologer, pædagoger eller socialrådgivere med lang

erfaring) og to udnævnte lægmænd (tilfældigt udvalgt som med domsmænd i retssystemet). Begge parter – dvs kommunen og den anden part, kvinden – møder med sin advokat. Nævnet træffer normalt beslutning efter at have holdt et mundtligt forhandlingsmøde. Den tabende part har ret til at anke, og i disse tilfælde går sagen ind i det ordinære retssystem. Eftersom en sådan sagsbehandling nødvendigvis tager tid, åbner § 6-2a for, at socialtjenesten i akutte situationer kan træffe en midlertidig afgørelse, som skal godkendes af formanden for udvalget. Både lovteksten og lovforslagets bemærkninger præciserer, at midlertidige beslutninger skal være en snæver undtagelsesregel, men denne behandlingsmåde er i praksis blevet hovedreglen, jf. figur 1.

FIGUR 1.



Oversigt over antal vedtagelser efter § 6 -2a, truffet af fylkesnævnene efter ordinær sagsbehandling (Ord) og sager om godkendelse af midlertidige beslutninger truffet af socialtjenesten (Midl). Oversigten viser antallet af afgørelser (ikke antallet af personer). Kvinder, som både har været udsat for en midlertidig beslutning, og som senere er blevet tvangsindlagt af fylkesnævnet efter ordinær sagsbehandling, vil figurere i begge sagstyper. Tallene er baseret på eget indsamlet materiale.

Hvad ved vi om brugen af § 6-2a?

I Norge findes der ingen central statistik knyttet til brug af tvangsbestemmelserne i socialtjenesteloven. I forbindelse med mit doktorgradsprojekt indsamlede jeg samtlige beslutninger, som socialudvalgene har truffet efter ordinær sagsbehandling i henhold til § 6-2a i perioden 1996-2003. I det følgende vil jeg præsentere nogle data fra denne undersøgelse, suppleret med materiale, som jeg har indsamlet fra fylkesnævnene vedrørende senere perioder. For god ordens skyld gør jeg opmærksom på, at tal for 2004 og fremover er uofficielle, og at jeg foreløbig heller ikke har kvalitetssikret dem. I forbindelse med lovvedtagelsen anslog departementet, at § 6-2a ville være aktuel i ca. 10 tilfælde om året. Denne angivelse var mere ment som et estimat end et måltal, men erfaringen indtil nu har vist, at bestemmelsen bruges langt hyppigere end anslået. (Se figur 1).

Som det fremgår af talmaterialet, er midlertidige afgørelser den fremgangsmåde, som følges i praksis, til trods for lovgivers forudsætning om, at dette skal være en snæver undtagelsesregel. Så længe der er flere ugers sagsbehandlingstid i fylkesnævnet, har man i praksis fundet en tillempning, som efter mit skøn er etisk forsvarlig, men lovgivningen bør ændres og tage højde for, at denne type sager altid er hastesager. Dermed må lovgiver enten gribe ind for at reducere sagsbehandlingstiden i ordinære sager efter § 6-2a - eller gøre midlertidige afgørelser til lovens hovedregel.

Af i alt 108 sager efter § 6-2a, rejst efter ordinær sagsbehandling i perioden 1996 – 2003, fik socialtjenesten medhold i 100 af begæringerne om tvangsindlæggelse. Oversigten i figur 2 viser, hvilke typer rusmidler de kvinder, som blev begæret tvangsindlagt, havde.

For fuldstændighedens skyld har jeg medtaget statistik om afgørelser efter § 6-2 (for perioden 1993-2003). Tallene viser, at de tvangsindlagte kvinder hovedsageligt bruger opiater, hvilket normalt vil sige injektion af heroin. Derudover er der mange, der bruger lægemidler (benzodiasepiner), som stort set ikke er udskrevet af en læge. Tilsvarende fund er gjort ved undersøgelser blandt de kvinder, som bliver indskrevet på institution efter § 6-2a, og som dermed også inkluderer midlertidige afgørelser (Hansen & Svenkerud 2006).

Fosterets eksponerng for rusmidler

Det medicinske fagmiljø har en enig opfattelse af, at alkoholindtagelse er farligere for fosteret end narkotikabrug på grund af alkoholens påvirkning af organdannelsen. Tillige er alkoholbrug mere udbredt blandt gravide end narkotikabrug. Selvom det er en fordel for fosteret, hvis moderen nedsætter sit narkotikabrug som følge af en tvangsindlæggelse, så har bestemmelsen i § 6-2a begrænset betydning for det, som i et samfundsperspektiv har størst skadepotentiale, nemlig alkoholforbruget. Jeg har ikke haft mulighed for at lave analyser af forskellige forklaringer på denne skævvridning, men antagelig er årsagsbilledet sammensat og komplekst. Ét element kan være, at kvinder med et alkoholdomineret forbrug i større grad er ukendte for det sociale system end kvinder, som bruger opiater/benzodiasepiner, mens en anden faktor kan være, at opiatbrug for mange intuitivt fremstår som værre for fosteret end alkoholbrug.

Jo tidligere samfundet griber ind gennem tvangsindlæggelse, jo længere periode vil fosteret være uden eksponering for rusmidler. Tidlig intervention øger derfor sandsynligheden for, at tvangsbehandling opnår den ønskede effekt. Samtidig er det en udfordring for samfundet tidligt at identificere de kvinder, som er i målgruppen for bestemmelsen, og disse skal desuden først motiveres for forskellige former for frivillige tiltag. I perioden 1996 til 1999 var der i gennemsnit 84 dage til termin, da fylkesnævnet traf sin midlertidige afgørelse, mens tallet var steget til 114 i perioden 2000 til 2003 (Søvig 2007:398). I samme periode har der også været et fald i sagsbehandlingstiden i fylkesnævnene, det vil sige tiden fra nævnet får kendskab til, at kvinden er gravid og som udsættes for tvangsindlæggelse – er frekvensen af samtykke. De norske regler praktiseres således, at fylkesnævnene også kan træffe afgørelse om tvangsindlæggelse i de tilfælde, hvor kvinden erklærer sig enig med beslutningen. I 25 % af de sager efter § 6-2a, som afgøres af nævnene efter ordinær sagsbehandling, erklærer kvindens advokat sig enig med nævnets afgørelse (Søvig 2007:241). Andelen, som samtykker, må ses i sammenhæng med, at kvinderne normalt altid har været tvangsindlagt en vis tid på grundlag af en midlertidig afgørelse og dermed har haft tid til at tænke sig om uden påvirkning af rusmidler. Alligevel er samtykkefrekvensen højere for sager efter § 6-2, hvor den ligger på 46 %, og hvor anvendelsen af midlertidige afgørelser er lavere.

FIGUR 2.

	§ 6-2 (N=280)		§ 6-2A (N=108)	
SUBSTANS	ANTAL	PROCENT	PROCENT	ANTAL
ALKOHOL	91	32,5 %	16,7 %	18
AMFETAMIN	71	25,4 %	40,7 %	44
BENZO-DIASEPINER	84	30 %	45,4 %	49
CANNABIS	39	13,9 %	40,7 %	44
FLYGTIGE OPLØSNINGSMIDLER	5	1,8 %	0	0
HALLUCINOGENER	12	4,3 %	2,8 %	3
KOKAIN	4	1,4 %	1,9 %	2
OPIATER	180	64,3 %	63 %	68
USP.NARKOTIKA	28	10 %	1,9 %	2
USP.MEDIKAMENTER	52	18,6 %	7,4 %	8
IKKE-NARK. MEDIKAMENTER	4	1,4 %	2,8 %	3
ANDRE	6	21%	4,6%	5

Tal baseret på eget indsamlet materiale fra fylkesnævnene (1993-2003), baseret på afgørelser truffet efter ordinær sagsbehandling (Søvig 2007:258). Klassificeringen er foretaget ud fra det forbrug, som fylkesnævnene har lagt til grund for afgørelserne. I de tilfælde, hvor kvinden bruger flere typer rusmidler, er alle talt med.

Tvang og samtykke

Som tidligere nævnt var mange instanser skeptiske i forhold til at indføre tvangsbestemmelser af frygt for, at gravide med højt rusmiddelbrug skulle undlade at opsøge hjælpesystemet. Et overraskende fund ved gennemgangen af fylkesnævnenes afgørelser om tvangsindlæggelse var, at i 45 % af de sager, hvor der forelå oplysninger om dette, havde den gravide selv opsøgt det sociale system (Søvig 2007:114). En mulig forklaringsfaktor kan være, at kvinder med et opiatdomineret forbrug i stor udstrækning har løbende kontakt med det sociale system og derfor let fanges op. En anden indikator på, at bestemmelsen har en vis legitimitet – også blandt dem, rusmiddelbruger, og til de træffer en midlertidig afgørelse. Disse tal tyder på en udvikling i retning af, at fylkesnævnene griber noget tidligere ind, men uanset hvad vil det være vanskeligt at gribe ind så tidligt, at fosteret kun får en beskeden ruspåvirkning.

Hvad med børnene?

I dag foreligger der ingen officiel statistik over, hvordan de efter § 6-2a tvangsindlagte kvinders nyfødte børn har det. Derimod har Egil Nordlie (i Social- og Helsedirektoratets ekspert-udredning: Hva er farlig for fosteret?) foretaget en sammenligning mellem de nyfødte børns fødselsvægt i forhold til, om moderen var tvangsindlagt efter § 6-2a eller var frivilligt indlagt på grund af rusmiddelbrug under svangerskabet. Hos de tvangsindlagte kvinders børn var fødselsvægten signifikant lavere (3.027 gram mod 3.366 gram), og både for frivilligt indlagte og tvangsindlagte steg børnenes vægt i takt med opholdets varighed (tallene er refereret i Social- og helsedirektoratets udredning IS-1284 s.73). Samtidig vil de kvinder, som tvangsindlægges, generelt have et højere rusmiddelforbrug end frivilligt indlagte, hvorfor de to grupper ikke er direkte sammenlignelige. En udfordring på feltet er, at den mest nyttige forskning fra et samfundsmæssigt synspunkt vil være etisk uholdbar. Dermed vil det være vanskeligt at få gode data

KARL HARALD SØVIG
DR.JUR.
UNIVERSITETET I BERGEN

på, i hvilken udstrækning en tvangsindlæggelse forbedrer helbredet hos de børn, der fødes af denne gruppe mødre.

Har tvang løst problemet?

Som jeg indledningsvist var inde på, er jeg ingen ideologisk modstander af regler om tvangsindlæggelse af gravide med et rusmiddelforbrug, som kan medføre, at børn vokser op med helbredsskader. En sådan lovbestemmelse kan efter min mening være både etisk forsvarlig og nødvendig, men den må i så fald føre til, at denne type skader helt undgås, eller at der i det mindste bliver færre af dem. I den henseende er jeg mere betænkelig.

Da Stortinget vedtog § 6-2a, var lovvedtagelsen ledsaget af løftet om en evaluering. Først i 2008 udbød Helsedirektoratet projektet, og Rokkansenteret har nu fået i opdrag at gennemføre en evaluering af tvangsbestemmelserne i socialtjenesteloven (for god ordens skyld gør jeg opmærksom på, at jeg er medarbejder på projektet). Dog er der fare for, at meget interessant information er forsvundet eller er blevet vanskeligt tilgængelig på grund af ventetiden. Systematisk indsamlede data på landsbasis vedrørende kvinder, som har født efter at have været tvangsindlagt, mangler, og Norge står også uden officielle data om, hvordan det går med kvinderne under tvangsopholdet (antal tvangsdøgn, brug af rusmidler m.v.).

Selvom der mangler megen viden, giver de empiriske data, vi har, grund til bekymring. Kun et fåtal af de kvinder, som tvangsindlægges, bruger alkohol, til trods for at alkoholbrug under svangerskabet har større skadepotentiale end narkotika, og at alkoholbrug er langt mere udbredt. Et andet kritisk punkt er mulighederne for tidlig intervention. I princippet kan afgørelser træffes, så snart graviditeten er konstateret, selvom vilkåret om afprøvning af frivillige hjælpeforanstaltninger vil være til hinder for umiddelbar intervention. I praksis vil det imidlertid tage tid, før kvindens graviditet med tilhørende rusmiddelforbrug bliver kendt for det sociale system. Dette er problematisk, når formålet er at hindre skader på indre organer, som dannes tidligt i svangerskabet. Denne udfordring findes der få retslige løsningsmodeller til.

Den måde, hvorpå tvangsregulering og praktiseringen af den i dag foregår, giver også grundlag for diskussioner om forholdet mellem individ- og gruppeniveau. Selv om vi kun har få data, tyder den tilgængelige viden på, at tvangsindlæggelse fører til, at de aktuelle børn har bedre helbred som nyfødte, end de ville have haft, hvis moderen ikke var tvangsindlagt. I et folkesundhedsperspektiv handler det alligevel om få individer. Det er usikkert, hvor stor den positive sundhedsgevinst er, og reglerne er ikke i stand til at få bugt med det, som set i et samfundsperspektiv er den store udfordring: børn født af mødre, som har et overdrevent alkoholforbrug.

På denne baggrund er der grund til at stille spørgsmålstegn ved, om de norske tvangsbestemmelser har fået en tilslørende funktion? Efter at reglerne blev vedtaget, stilnede den samfundsmæssige debat af. Ved at vedtage lovbestemmelsen viste politikerne handlekraft og havde tilsyneladende løst et samfundsproblem, selv om meget tyder på, at tvangsbestemmelsen har begrænset betydning for helbredet hos de børn, der fødes af mødre, som bruger rusmidler under svangerskabet. ■

OM FORFATTEREN

Karl Harald Søvig er ansat som 1. amanuensis ved det juridiske fakultet ved Universitetet i Bergen. Han er desuden gæsteforsker ved Rokkansenteret i Bergen. I 2005 forsvarede Søvig sin doktordisputats: Tvang over for rusmiddelafhengige. Socialtjenesteloven § 6-2 – 6-3.

Læs mere på wwww.jur.uib.no/ansatte/jprks/default.html
og wwww.rokkan.uni.no

Oversættelse: Birgitte Jensen
Oversætters bemærkning: I Danmark taler vi om tvangsbehandling generelt, mens man i Norge skelner mellem tvangsindlæggelse og tvangsbehandling. Tvangsbehandling er et mere vidtrækkende tiltag end tvangsindlæggelse. Førstnævnte indebærer bl.a. en ret til at medicinere imod patientens vilje, hvilket efter det norske regelsæt udtrykkeligt er forbudt over for gravide rusmiddelbrugere (men derimod tilladt inden for psykiatrien).

LITTERATUR

Hansen, F. & Svenkerud, S.: Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 1996–2005 . Borgestadklinikken. Skien. 2006.
Herrmann, J. R.: Retsbeskyttelsen af fostre og befrugtede æg: om håndteringen af retlige hybrider. Jurist- og Økonomforbundets Forlag. København. 2008.
Søvig, K. H.: Tvang over for rusmiddelavhengige. Fagbokforlaget. Bergen. 2007.
Sosial- og helsedepartementet: Ot.prp. 48 (1994-95) Om lov om endring i lov om sosiale tjenester mv. og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere i institusjon). 1995.
Sosial- og helsedirektoratetet: Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle? Rapport fra en ekspertgruppe. (IS-1284). 2005.
Lovteksten er tilgængelig på www.lovdata.no

gravide

Familiebehandling på Skovvænge

Misbrugere kan godt blive gode forældre, hvis de hjælpes ud af deres misbrug og støttes i graviditeten – og når barnet er født.

AF ANETTE JUUL

Familieinstitutionen Skovvænge er et behandlingstilbud til gravide kvinder og deres familier. Skovvænge er netop fyldt 10 år og har gennem alle årene modtaget gravide kvinder og familier med misbrug. Vores fornemste mål er at arbejde på, at barn og forældre skal forblive sammen.

Når vi modtager gravide kvinder med misbrug, giver det os mulighed for at nedtrappe eller stabilisere dem og allerede i graviditeten arbejde med mor-barn tilknytningen. Når vi møder kvinderne, har de ofte ingen føling med deres foster, og ofte er fosterets vægt for lav. De er angste og bange for at få deres barn fjernet og har ofte mødt holdninger, som at misbrugere ikke evner at være forældre. Flere gange har vi mødt nybagte mødre, som har måttet kæmpe for at få en chance i behandlingsregiet for at vise deres værd som forældre. Allerede i deres graviditet er de blevet mødt med mistro og har fået stillet i udsigt, at deres kommende barn sandsynligvis vil blive fjernet. Disse kvinder har naturligt svært ved at tro på, at vores udgangspunkt på Skovvænge altid er, at mor og barn skal forblive sammen. Når disse kvinder mødes i et omsorgsfuldt miljø og får tillid til, at de har en reel mulighed for at komme hjem med deres barn, kommer de selv og dermed også deres ufødte barn hurtigt i trivsel.

Barnet i familien

Et behandlingsforløb på Skovvænge er individuelt tilrettelagt og altid afstemt efter de særlige behov, den enkelte måtte have. Familien får tilknyttet en behandler, som er den gennemgående person under hele forløbet. I de tilfælde, hvor barnet for en periode har brug for ekstra omsorg, knyttes en omsorgsperson til barnet, som sammen med moderen skaber den nødvendige nærhed. Barnet skærmes den første periode, og stimuli afstemmes. Forældrene undervises om det lille barn – hvordan vi som forældre aflæser vores børns reaktioner, ser og tyder deres signaler, rytme, forudsigelighed, kost etc.

Vi arbejder med hele familiens situation, dvs. netværk, kompetencer, økonomi, fremtidsønsker - også i forhold til uddannelse - job, bolig og institution til børnene. Vi tilbyder altid op til to års efterværn i eget hjem.

Gennem årene har vi modtaget misbrugere med deres nyfødte børn fra København, Bornholm, Århus og Odense. Nogle af børnene er født med abstinenser og har været igennem en nedtrapning på hospitalerne, inden vi modtager dem. Enkelte kvinder har vi modtaget i deres graviditet. Børn, der fødes abstinente, er allerede fra fødslen omsorgssvigtede og har brug for massiv hjælp, specielt i de første 6 måneder af deres liv.

Behandlingen af børn født med abstinenser foregår i et overskueligt miljø, stille og rolige omgivelser, tilpassede stimuli, med svøbning, trykmassage etc. Disse børn modtager også spædbørnsterapi, som er en terapiform, hvor der bliver sat ord på barnets smerte.

Forældrene informeres om behandlingsformen, og de drages så vidt muligt ind i behandlingen af deres barn - med tæt støtte fra personalet.

Samtidig arbejdes der med den tidlige mor/barn tilknytning. Det er en hårfin balance at arbejde i dette felt, for kvinderne er ofte tynget af skyld i forhold til, hvad de har påført deres barn, så der skal være fokus på kvinden, samspillet og barnets trivsel i et ikke fordømmende, men udviklende miljø. Disse kvinder har ofte mange ressourcer og en evne til at kæmpe for, at det skal lykkedes.

At sikre en god start

Da vi ved, at børn født af misbrugere har potentiale til en normaludvikling, hvis deres mødre ikke var misbrugere, er det selvfølgelig vigtigt, at misbrugeren kommer i døgnbehandling, når graviditeten konstate-

ANETTE JUUL
LEDER AF SKOVVÆNGE

res. De skader, der sker med fosteret, er for nogle børns vedkommende livslange, og derfor skylder vi det ufødte barn, at vi tager hånd om det. Skader, som i mange tilfælde kunne forhindres, hvis der blev sat ind med den rigtige behandling i tide.

Det er min overbevisning, at skal vi hjælpe det ufødte barn og moderen, så skal det foregå i døgnregi i forudsigelige, rummelige og strukturerede rammer, hvor der arbejdes med moderen, hendes graviditet, sundhed og hendes kommende forældreskab.

Mange af disse kvinder er slet ikke klar over, hvor store eller hvilke skader de påfører deres barn. Kvinderne tilbydes i dag typisk ambulant behandling i form af metadonbehandling, jordemoderkontrol og samtaler. Det viser sig, at det i mange tilfælde ikke er tilstrækkeligt til at hjælpe det ufødte barn, hvilket vi kan konstatere, når vi modtager kvinderne, efter at de har født.

Derfor må man hjælpe de ufødte børn til at få en god start på livet ved at sende deres mødre i kvalificeret rusmiddel- og familiebehandling. Det kan være starten på at bryde et mønster, som for nogles vedkommende har varet i generationer, og som kan fortsætte i generationer, hvis vi som samfund ikke går ind og yder den fornødne hjælp.

Hvem har ansvaret for det ufødte barn ?

Gravide misbrugere risikerer at påføre deres børn uhelbredelige skader allerede inden fødslen. Denne viden er ikke ny, men alligevel sendes kun få gravide misbrugere i døgnbehandling.

Kvinder, der indtager alkohol eller euforiserende stoffer under graviditeten, vil med stor sandsynlighed føde børn, der er skadet - nogle for livstid. Alkohol er det absolut skadeligste rusmiddel for fosteret.

Det ufødte barn kan ikke tale sin egen sag og er underlagt sin mors formåen, ressourcer og aktuelle muligheder i forhold til at give barnet en sund fostertilværelse. Som samfund bør vi tale fosterets sag og give den gravide misbruger og dermed også det kommende barn den hjælp, der er nødvendig for at undgå disse livsvarige skader. Det er derfor af stor betydning, at gravide kvinder med alkohol- og/eller stofmisbrug spores og tilbydes døgnbehandling mhp. behandling, allerede når graviditeten konstateres.

Børn født af stofmisbrugere kommer ofte til verden med abstinenser.

Alkoholskader ses derimod ofte senere og opdages på barnets adfærd og udseende. Disse børn er motorisk urolige, sitrer, skriger voldsomt, har problemer med vejrtrækningen, har forstyrret søvnmønster og problemer med mave–tarmsystemet etc.

Alkoholskader er livsvarige, idet organerne hos det alkoholskadede barn har lidt uoprettelig skade.

Mange af disse børn anbringes uden for hjemmet lige fra fødslen og resten af deres barndom.

Misbrugere kan godt blive gode forældre. Det kræver, at de hjælpes ud af deres misbrug og støttes under graviditeten, og når barnet er født.

Tidlig indsats

Vi ved i dag, at de første omsorgssvigt allerede sker i fostertilværelsen. At både den vordende moders fysiske og psykiske tilstand påvirker fosteret. Derfor er det afgørende, at vi sætter ind med en tidlig indsats over for disse udsatte kvinder og deres ufødte børn. Vi kan på både kort og langt sigt reducere såvel de menneskelige som de økonomiske omkostninger ved for alvor at prioritere forebyggelse gennem en tidlig indsats.

Et medansvar for disse ufødte børn er at tilbyde dem at være i et miljø, hvor målet er at give barnet en sund start på livet og skabe mulighed for en god tilknytning og et godt samspil mor og barn imellem.

Vi kan gøre en forskel, hvis vi vil. Alle gravide og alle forældre ønsker det bedste for deres børn. Derfor er gravide ofte motiverede og opsatte på at få hjælp. Men de er også angste for at få fjernet deres barn. Systemet kan være tvetydigt i mødet med den gravide misbruger, og mange bliver ofte tidligt i deres graviditet konfronteret med en sandsynlig anbringelse af deres barn umiddelbart efter fødslen. Dette er en yderligere belastning, som den gravide må leve med - en situation, som kun kompliceres af, at mange af disse gravide kvinder har meget vanskeligt ved at overskue deres rettigheder. Systemet er dermed ufrivilligt med til at komplicere graviditeten i stedet for at pege på muligheder, der kan give kvinden og det ufødte barn chancen for udvikling og trivsel. En adskillelse af mor og barn er altid en traumatiserende begivenhed og derfor kun en løsning, der bør peges på, når alt er forsøgt og tilbudt, og det ikke er muligt at udvikle tilstrækkelige forældrekompetencer. Dette skal naturligvis foregå i et miljø, hvor barnets behov og udvikling samtidig sikres.

Allerede i graviditeten kan vi møde den gravide misbruger i et støttende, omsorgsfuldt og behandlende miljø, hvor hun oplever, at behandlingsmiljøet består af reelle medspillere, der signalerer, at målet er, at mor og barn forbliver sammen. Vi kan være med til at minimere fjernelser af børn og dermed værne om, at børn har det bedst hos deres forældre.

Vi kan kun appellere til, at myndighederne øger deres opmærksomhed på denne gruppe af udsatte kvinder og deres børn og benytter sig af den ekspertise og viden, der findes inden for området. Vi kan iværksætte mønsterbrydende processer i mødet med børn og deres forældre gennem målrettet arbejde med relationer. Vi ved i dag, at det menneskelige møde, de nære relationer med betydningsfulde voksne, kan bane vejen til, at en positiv proces sættes i gang. Og skal vi endelig tale økonomi, er der intet, der peger på, at en tidlig indsats ikke kan betale sig. ■

Hvorfor er et specifikt fokus på kvinder i udsattesystemet nødvendigt?

Det enkle svar er: fordi mænd og kvinder er forskellige – også når det handler om misbrug og afhængighed. Et mere uddybende svar følger i denne artikel.

AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN

I midten af oktober måned i år blev mænd og kvinder, der benyttede metroen på Kgs. Nytorv, behandlet forskelligt: En hurtig rulletrappe ned til metroen var forbeholdt mænd, mens en langsom rulletrappe var forbeholdt kvinder. På samme måde var der på perronen sat behageligt polstrede bænke op til mænd - og hårde slidte træbænke til kvinder. Når passagerne skulle vente på indstigning i toget, var der en streg helt oppe foran døren – forbeholdt mænd - mens en streg på en meters afstand fra metrodørene var forbeholdt kvinder.

Og hvorfor nu det? Den meget synlige diskriminering af de kvindelige metropassagerer var en del af en kampagne, fagforeningen HK stod for. Formålet var at sætte fokus på diskriminering af kvinder i forhold til ligeløn og lige adgang til toppo-ster, formandsposter og gode jobs med indflydelse og magt. Vi er ens i metroen og på arbejdsmarkedet. Når vi er ens, skal vi ikke behandles forskelligt.

Den skjulte og utilsigtede diskriminering af kvinder

Forskelsbehandling kan imidlertid også have et andet ansigt. Det sker, når vi behandler folk ens – når man for eksempel tager udgangspunkt i det ene køn og behandler alle herefter, til trods for at kønsbetingede forskelligheder tilsiger, at man for at behandle alle lige burde behandle folk forskelligt. I denne artikel vil jeg rette fokus på nogle af disse mere subtile sider af ligestillingsproblematikken og argumentere for:

- at der i vores tilsyneladende kønsneutrale hjælpe- og behandlingssystem utilsigtet er fare for diskriminering af kønnene
- at der er behov for at tænke ligestilling ind i vores hjælpe- og behandlingssystem i form af et specifikt fokus på hhv. mænds og kvinders muligheder og adgang til korrekt hjælp og behandling
- at det er nødvendigt med en større opmærksomhed på forskelle mellem mænd og kvinder i tilrettelæggelsen af vores tilbud/indsatser.

Særligt fokus på kvinder i udsatte-systemet

I KABS har man siden 2006 forsøgt at komme de kvindelige brugere i møde med særlige kvindespecifikke sundhedstilbud, fx gynækologiske undersøgelser og samtaler om sex og prævention, da viden om aktivt stofbrugende kvinder peger på en risikoadfærd med hensyn til fx usikker sex, hvis konsekvenser bl.a. er uønskede graviditeter og seksuelt overførte sygdomme. Sundhedstilbuddet synes da netop at adressere disse problemer, men tilbuddene

bliver sjældent benyttet af kvinderne.

I 2007 igangsatte KABS det 3-årige udviklingsprojekt 'Projekt Kvindeedukation', finansieret af satspuljemidler. Formålet med projektet er dels at få mere viden om kvindespecifikke dilemmaer, problemer og tematikker blandt de kvinder, der er i behandling i KABS, dels at etablere nogle behandlingstilbud særligt målrettet til kvinderne. Desuden vil man prøve at finde måder at skærme de svageste kvindelige brugere på i forhold til den øvrige (mandlige) brugergruppe. Endelig er det hensigten at gøre kvinderne mere opmærksomme på sundhedstilbuddene.

Projekt Kvindeedukation er således i overensstemmelse med den overordnede strategi, KABS gennem en årrække har søgt at holde i hævd; nemlig at sikre, at brugergrupper med særlige problematikker og behov også tilbydes adækvate tilbud, målrettet deres specifikke problemstillinger. Eksempler på sådanne målrettede tilbud er fx etableringen af afdelingen KASA for dobbeltdiagnosticerede1 og etableringen af afdelingen FamilieVinklen for brugere med børn, og kvinder med stofbrug der bliver gravide.[2]

Kvindespecifikke problemer og behov

Såvel internationalt som nationalt er der en kønsmæssig *skævhed* i brugen af illegale stoffer: Flere mænd end kvinder bruger stoffer. *Skævheden* går igen i behandlingen: De kvindelige brugere i behandling udgør ca. 1/3 af alle i behandling. I praksis betyder denne fordeling, at behandlingen er præget af mandlig dominans, både når det gælder den fysiske synlighed, som mandlige brugere har i afdelingerne, men også når det gælder selve indholdet i behandlingen.

I Danmark har der ikke været tradition for at målrette misbrugsbehandlingsindsatsen til henholdsvis mænd og kvinder. Indsatsen mod stofmisbrug er fra starten tilrettelagt og præget af den forståelse, samfundet *generelt* har til misbrugsproblemet. 'Stofmisbrugsproblemet' opstår først i 70'erne, hvor en ny type '*uregerlige*' og kriminelle stofbrugere bliver synlige.[3] Fra at stofbrug var et privat anliggende mellem det bedrestillede borgerskab og egen læge (med adgang til forskellige opiater), bliver stofmisbrug - og dermed stofmisbrugsbehandling - nu knyttet til social utilpassethed, kriminalitet og brud med samfundets herskende værdier og normer. På relativ kort tid placeres det meste af stofmisbrugsbehandlingen i socialpædagogiske behandlingsinstitutioner med fokus på opdragelse og resocialisering.

Problemerne i forhold til stofmisbrug betragtes hovedsagligt som værende et (mandligt) socialt fænomen, og dette kommer til at præge de tilbud, behandlingssystemet etablerer. Overvægten af mandlige brugere og deres 'misbrugsadfærd', 70'ernes syn på stofmisbrugsproblemet og deraf følgende foranstaltninger i form af kontrol, sanktioner 4og opdragelsesprincipper er med til at skabe en behandlingsindsats, hvor indholdet er tilpasset disse faktorer. Forskelle mellem mænd og kvinder tillægges ingen synlig betydning. I det hele taget synes indsatsen at rette sig mod én homogen gruppe. Måske forestiller man sig, at kønnene netop behandles lige ved at få de samme tilbud og ydelser?

Vender man så blikket mod undersøgelser, der specifikt retter fokus mod kvinder i misbrugsbehandling, viser det sig imidlertid, at kvinder ofte har helt andre misbrugsmønstre og misbrugshistorier end mænd. Dette peger på et behov for en anden tilgang og andre tilbud end dem, der generelt eksisterer i behandlingssystemet: Fx viser forskellige undersøgelser, at en meget stor andel af stofbrugende kvinder har erfaringer med vold og overgreb fra mænd, og at de i langt højere grad end mænd påtager sig skyld og skam, dvs. vender problemerne indad, mens mænd finder årsager til deres stofmisbrugsproblemer i omgivelserne.[5] Kvindernes negative erfaringer med mænd gør, at de i en række situationer fravælger at indgå i gruppesammenhænge, hvor der er mænd til stede. Eller de undgår at tale om særlige (kvindespecifikke) emner, som prostitution, abort, gynækologi, prævention, forældrerolle, parforhold mv., selvom disse emner kan være vigtige og fylde meget i kvindernes liv. Fravalgene har den konsekvens, at kvinderne ikke indgår i konstruktive sammenhænge med andre brugere, der befinder sig i en lignende situation. De afskæres dermed fra at dele erfaringer med ligestillede, ligesom de afskærer sig fra behandlingstilbud, der kunne være relevante for deres problematikker.[6]

En litteraturgennemgang i startfasen af Projekt Kvindeedukation viste bl.a., at der inden for misbrugsområdet er forskel på mænds og kvinders motivations- og ændringsprocesser, hvorfor målsætningen for deres respektive behandlinger bør være forskellige.[7] På samme vis sammenfatter Center for Rusmiddelforskning i en rapport fra 2008 flere vigtige kønsforskelle vedrørende mænds og kvinders stofdebut, samt begrundelser og motivation for at søge behandling, nemlig at:

- kvinder har flere barrierer for at søge behandling end mænd, fx nervøsitet for systemets sanktioner og kontrol vedr. børn og graviditet
- graden af behandlingskontrol over for henholdsvis mænd og kvinder kan variere
- graden af oplevet fysisk, psykisk og social belastning er større hos kvinder
- procentdelen af erfaringer med vold og traumer er højere blandt kvinder end mænd
- behandlingsrammen og graden af konfrontation opleves forskelligt af mænd og kvinder
- kvinder oplever større diskriminering og stigmatisering pga. deres misbrug, end mænd gør

- netværkets størrelse i forhold til hjælp og støtte i relation til at søge behandling er større hos en mand, der oftest har mindst én omsorgsperson omkring sig, (fx en kæreste, en mor eller søster), hvorimod kvinden i større grad beskriver, at evt. partner/familie har/har haft et problematisk brug af alkohol/stoffer, ligesom kvindens partner i højere grad modsætter sig, at hun går i behandling[8]

Konferencer med kvindefokus

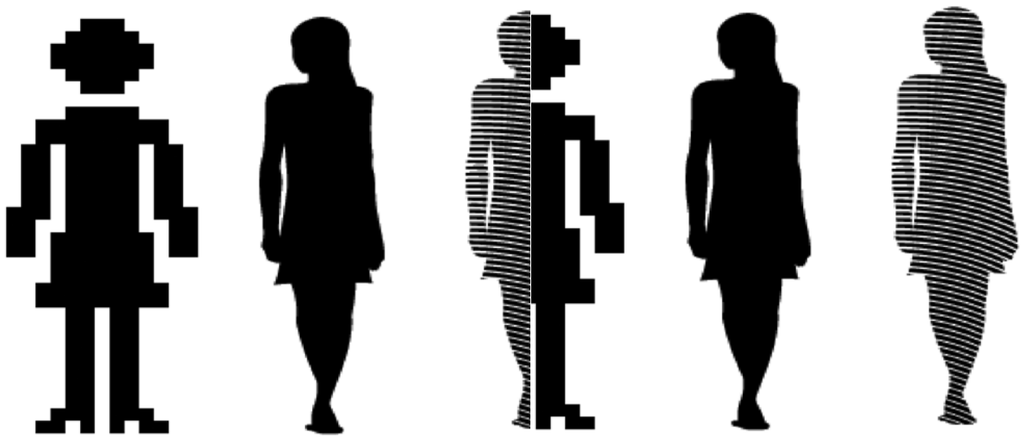
Parallelt med Projekt Kvindeedukations arbejde med udvikling og etablering af kvindespecifikke tilbud nedsatte KABS en arbejdsgruppe til at undersøge muligheden og interessen for en konference-række med fokus på kvindespecifik behandling, problematikker og behov: Hvilke emner ville være interessante set med et kvindespecifikt fokus? Hvordan ser indsatsen over for kvinder ud i andre instanser? Hvilke erfaringer og resultater har andre med kvindespecifikke tilbud? Hvad viser forskningen på området? Undertegnede fik til opgave at foretage research på området for at finde ud af, hvad der kunne være relevant at udvælge som konference-temaer.

De første mange søgninger på relevante instansers hjemmesider gav ingen (kvindespecifikke) resultater: Som på misbrugsområdet har der tilsyneladende heller ikke på andre socialområder været tradition for at målrette indsatsen specifikt i forhold til henholdsvis mænd og kvinder.

Kvinder i fængsel

De seneste 5-10 år ændrer billedet sig dog lidt. Fx iværksatte Direktoratet for Kriminalforsorgen i 2003 et 3-årigt forsøgsprojekt i samarbejde med Socialministeriet vedrørende kvindelige indsatte med stofmisbrugsproblematikker. Baggrunden herfor var, at internationale undersøgelser viser, at indsatte kvinder med stofmisbrugsproblemer er en særlig belastet gruppe i fængslet, med problemer der adskiller sig fra de mandlige misbrugere. Projektets hovedformål var derfor at tilbyde kvinderne behandling med henblik på et stoffrit liv uden kriminalitet. Projektet blev varetaget af behandlingsinstitutionen Projekt Menneske, der stod for at levere et særligt afklarings- og motivationsforløb for kvinder med misbrugsproblemer i forbindelse med varetægtsfængsling og afsoning samt stå for et decideret behandlingsforløb.[9] Center for Rusmiddelforskning fulgte projektet og redegjorde for projektets resultater og erfaringer i en afsluttende rapport. [10]

Projekt Menneske var i udgangspunktet et kønsneutralt behandlingskoncept, men udviklede undervejs et kvindespecifikt behandlingsprogram med særlig vægt på et terapeutisk behandlingsmiljø indrettet til kvinder. Målgruppen blev karakteriseret som havende en 'spinkel kvindeidentitet', og behandlingen rettede sig mod at styrke og/eller genskabe kvindernes selvværd. Derudover karakteriseredes kvinderne ved problematiske erfaringer med andre kvinder (herunder deres mødre) samt problematiske forhold til mænd og mandlige partnere. Kvindernes forhold



til deres børn og til egen krop var ligeledes problematisk. Generelt beskrives de indsatte kvinder med misbrugsproblemer som særdeles belastede - socialt, mentalt og helbredsmæssigt. Rapporten fra CRF inddrager international forskning i perspektiveringen af det danske studie. Ud over de ovennævnte fund viser undersøgelser fra USA således, at brug af hårde stoffer og alkohol indtil starten af 90'erne var dobbelt så udbredt hos fængslede mænd som hos fængslede kvinder. Men blot 10 år senere har billedet ændret sig: Nu har fængslede kvinder lige så ofte et stofindtag som mandlige indsatte (ibid: 103). Der er således god grund til at være særligt opmærksom på de indsatte kvinder.

Researchen kunne imidlertid ikke frembringe ret mange andre data om kvinder i fængselssystemet. Statistisk materiale er sjældent opgjort i forhold til køn. I en opgørelse over indsættelser i 2008 fremgår det, at ud af de 17.211 indsættelser i 2008 er 15.837 mænd mod kun 1.374 kvinder.11 Men de fleste øvrige opgørelser i forhold til alder, rusmiddelforbrug, straflængde, overskridelse af regler i fængslet, sanktioner i forbindelse med regelbrud, urinprøvekontrol, afgang af indsatte (herunder dødsfald, prøveløsladelse mv.) og oprindelsesland udspecificeres ikke i forhold til køn. Set i relation til det fokus, som netop befordrede etableringen af Projekt Menneske, kan det undre, at kvinderne i den grad forsvinder. De udgør ganske vist under 10 procent af de indsatte på årsbasis, men kønsmæssige forhold må siges at være underbelyst i årsrapporterne og statistikkerne.

Sundhed og helbred m/k

Som på fængselsområdet gav søgninger i forhold til kvinders sundhed og helbred ligeledes et sparsomt resultat, hvorimod researchen flere gange førte til undersøgelser om mænds helbred og trivsel. Ligestillingsministeriet havde – ud over fokus på ligeløn og lige adgang til lederstillinger etc. – et link til Voldsobservatoriet om kvinder, vold og trafficking (dvs. handel med kvinder på tværs af landegrænser). Et eksplicit fokus på kvinder inden for socialt arbejde var svært at finde på nær særlige emner: Kvinderne var overrepræsenterede, når det drejede sig om prostitution, trafficking, vold, etnicitet og moderskab.

Viste researchen, at det ikke stod så galt til med kvinderne i vores udsatte-system? Havde det overhovedet sin berettigelse at arrangere en konference med fokus på kvinder, når det i virkeligheden ser ud til, at mænd generelt klarer sig dårligere? Mænd var karakteriseret ved kortere skolegang og uddannelse, dårligere helbred og lavere levealder, hyppigere stof- og alkoholmisbrug, mere hjemløshed, større kriminelle overtrædelser.

Jannie Pedersen, leder af Hotellet på Vesterbro, gjorde mig opmærksom på rapporten *Dårligt liv – Dårligt helbred* ,[12] hvor optikken er rettet mod udsatte borgere i Danmark (fattige, sindslidende, misbrugende, hjemløse, kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister). Her fremgår det, at udsatte har en markant dårligere sundhed og helbredsrelateret livskvalitet end den øvrige befolkning. Det fremgår også, at kvinderne generelt fremstår dårligere end mændene! Med disse tankevækkende fund in mente blev det besluttet, at der var basis for at afholde en konference, hvor der specifikt blev set på kvindelige brugere/borgere/klienter i de pågældende hjælpe-/straffe-/behandlingsindsatser, uagtet den mandlige overrepræsentation i disse.

LUDVIGSEN OG LYDOLPH:
'At blive taget alvorligt. Stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp' KABS VIDEN. 2008.
Kan downloades fra:
www.kabs.dk -> organisation -> publikationer

AT BLIVE TAGET ALVORLIGT
Første delrapport fra Projekt Kvindeedukation: Stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp
KATHRINE LOUISE BRO LUDVIGSEN OG TINE LYDOLPH

Den første konference

Konferencen *Kvinder i Udsatte-Systemet* blev afholdt tirsdag d. 17. november 2009 af KABS VIDEN13 i samarbejde med KVINFO.14 Konferencens formål var at sætte fokus på kvinder i udsatte-systemet: Hvad ved vi om disse kvinder/pigers problematikker, ønsker og behov? Hvilke erfaringer og viden har kriminalforsorgen, kvinde-krisecentrene, misbrugsbehandlingen mv. fra arbejdet med kvinder, og hvilke tendenser der er at spore blandt unge piger i forhold til risikoadfærd?

Den første konference lagde op til en bred indsigt i forskellige områder, der sædvanligvis holdes adskilt på hver deres konferencer, og som normalt ikke retter fokus specifikt på kvinder. Tilhørerskaren var bredt sammensat af forskere, praktikere og embedsmænd fra Social- og Sundhedsministerierne. Pludselig mødtes folk, der normalt ikke kommer på de samme konferencer. Oplægsholdernes indlæg repræsenterede tilsammen fattige kvinder, hhv. alkohol- og stofmisbrugende kvinder, kvinder i fængselsvæsenet, kvinder på krisecentre, unge piger med risikoadfærd og kvinder med ikke diagnosticerede lidelser (se box med konferenceprogram). Konferencen blev holdt på Hotel Nyborg Strand, og selvom datoen faldt sammen med kommunalvalget, havde 113 personer tilmeldt sig. Heraf var ca. 10 fremmødte mænd!

På trods af de forskelligartede områder gik flere tematikker igen: udsatte kvinders erfaring med misbrug, vold, traumer og tab, ensomhed, lavt selvværd og fattigdom; kvinders begrænsede eller besværlige adgang til samfundets ydelser og behandlingstilbud; udsatte-systemets forestillinger om, hvad kvinden har brug for versus det, der har betydning og giver mening for kvinden selv. Et andet gennemgående tema var, at de forskellige former for risikoadfærd, som oplægsholderne tog udgangspunkt i, med fordel kan ses som kvindernes mestringsstrategier og derved indeholde nøglen til det, kvinden skal have hjælp eller adgang til. Et sidste tema, konferencen berørte, var behovet for (efter) uddannelse og bedre samarbejde på tværs af sektorer.

De mange fælles temaer understreger det faktum, at udsatte kvinder sjældent kun tilhører én (behandlings)kategori. Kvinder med stofmisbrug har fx ofte traumer efter vold og seksuel udnyttelse. De er fattige og har et dårligt helbred, men har i mange henseender begrænset adgang til samfundets ydelser og behandlingstilbud: En kvinde med stofmisbrug kan fx ikke benytte størstedelen af landets krisecentre og her opnå beskyttelse mod en voldelig partner, *fordi* hun har et stofmisbrug. Som det forrige eksempel med kvinder i fængsel viser, kan indsatte kvinder også have en mere besværlig adgang til kriminalitetsforebyggende tilbud i fængslet end mænd: I Projekt Menneske blev det fx klart, at en del kvinder afsoner i kortere tid end mænd, og de er dermed indsat i for kort tid til at kunne optages i behandlingen. Eller de bliver løsladt til senere afsoning og er derfor nødt til at afbryde behandlingen. Så noget tyder på, at det kunne være værd at se nærmere på, om behandlingstilbud og behandlingssamtaler til udsatte kvinder imødekommer kvinderne egne prioriteringer og behov. Eksempelvis kunne det tænkes, at den største bekymring for en prostitueret kvinde, der ikke har et sted at sove næste nat, ikke er risikoadfærd og god ernæring, men en seng at sove i. I det hele taget udspiller de udsatte kvinders særlige forhold sig i flere sammenhænge, hvorfor det giver god mening ind imellem at samle de forskellige områder under ét.

Kønsmainstreaming – anderledes socialt arbejde?

Jeg har i artiklen forsøgt at vise, at flere områder inden for vores hjælpe- behandlingssystem er præget af mandlig dominans, såvel fysisk (antallet af mænd i misbrugsbehandling, fængsler, herberger etc.) som forståelsesmæssigt. Fx har den medicinske forskning taget udgangspunkt i mænd. Medicin og behandlingsmetoder har været afprøvet på mænd og derefter brugt på den øvrige befolkning. De fleste har hørt om de fejldiagnosticerede og fejlbehandlede kvinder med hjerteinfarkt, hvis hjerteproblemer blev overset, fordi kvinderne ikke udviste samme symptomer som mænd. Man kan ligefrem tale om, at manden *'er den underforståede norm'*, hvor kvinden står tilbage som afviger.[15] Nye tiltag inden for ligestillingsstrategien er imidlertid i gang og vil bryde med den kønsneutrale eller kønsblinde behandlingsindsats. I ligestillingsloven § 4 hedder det:

'Offentlige myndigheder skal inden for deres område arbejde for ligestilling og indarbejde ligestilling i al planlægning og forvaltning'.

I tilknytning til loven er begrebet *kønsmainstreaming* lanceret. Kønsmeanstreaming handler om at integrere og medtænke køn og ligestilling i alle kerneopgaver, hvad enten det drejer sig om trafikplanlægning, aktivering af ledige eller behandling af stofmisbrugere. Med begrebet kønsmainstreaming gøres der for alvor op med den kønsneutrale position, Danmark gennem mange år synes at have gjort en dyd af: Lige adgang for alle handler ikke længere om at tilbyde de samme ydelser i de samme rammer på samme betingelser til begge køn, men om at medtænke kønsforskelle i alt, hvad der udbydes:

'På mange forvaltningsområder er der forskel på mænd og kvinder, piger og drenges muligheder, vilkår og behov. Fra rygevaner til karrierevalg – kønnet betyder noget. Af den grund påvirker den samme politiske beslutning ofte de to køn forskelligt. Det er ikke et ligestillingsproblem i sig selv, men det kan det meget let blive, hvis beslutninger blindt bygger på vanetænkning og traditionelle forestillinger om køn. Derfor er det vigtigt, at kommuner og regioner er bevidste om kønsaspektet og undersøger hvilke borgere, der har fordele og ulemper ved en beslutning'.[16]

Men selvom det er lovfæstet at tænke køn ind i alle tiltag og indsatser, er der stadig et stort stykke arbejde tilbage med at udføre det i praksis. Og netop derfor har en konferencerække om kvinders position og adgang til hjælpesystemet sin berettigelse og relevans.

Kønsulighed i udsatte-systemet

Intentionen er, at konferencer om kvinder i udsatte-systemet skal være en årligt tilbagevendende begivenhed, der sætter fokus på køns-ulighed og de konsekvenser, en kønsneutral versus en kvindespecifik (eller mandsspecifik) indsats kan få. Fokus er rettet mod den utilsigtede diskriminering af *kvinder* – velvidende, at der kan være områder, hvor den kønsneutrale behandlingsindsats rammer mænd. Det må understreges, at selvom konferencerækken sætter fokus på kvinder i vores behandlings- og hjælpesystem, er det ikke ensbetydende med, at konferencerne kun er for kvinder. Ligestillingsstrategien er netop tænkt som en fælles opgave, og det er konferencerækken også. Vi – der arrangerer konferencer som denne, og jer der inviteres som deltagere – skal være opmærksomme på, at når et emne omhandler *køn*, opfattes det af mange som 'en kvindeting' eller 'kvindesag', hvilket kan betyde, at nogle (fx mænd) undlader at give det opmærksomhed, selvom de arbejder med borgere af begge køn.

Det er vores håb, at der i næste nummer af STOF kommer artikler til et tema, hvor konferencen kan uddybes med indlæg fra nogle af konferencens oplægsholdere, ligesom det er ambitionen at inddrage flere forskere og praktikere med fokus på disse problematikker/tematikker: Hvad er konsekvenserne af den kønsneutrale indsats? Hvordan kan indsigt i kønsforskelle og deres betydning for sygdom og sundhed være med til at forme en bedre behandling/social indsats? Hvordan står det til, når fokus rettes på kvinder og unge piger inden for specifikke socialindsatser? Hvilke processer og mekanismer foranlediger økonomisk, social og politisk integration eller marginalisering? Hvilke veje går udviklingen set med kvinde/kønsfokus? Hvad kan/ skal der stilles op mod social, fysisk og psykisk mistrivsel og udsathed, og hvordan kan det forebygges?

Opfordringen herfra er således, at alle I, der sidder med viden og indsigt om de her skitserede problemstillinger – og/eller løsningsforslag til samme – vil gøre en indsats for at bidrage til næste nummer af STOF. ■

NOTER

1 Katrine Schepelern Johansen har tidligere i STOF beskrevet arbejdet med denne målgruppe i flere artikler – se www.stofbladet.dk .
2 Beskrevet i STOF nr. 3.
3 For en mere uddybende gennemgang se fx Jacob Hilden Winsløw: *Narreskibet – en rejse i stofmisbrugerens selskab fra centrum til periferi i det danske samfund.* Forlaget SOCPOL.1984.
4 For en grundigere gennemgang af narkopolitikken se fx Lau Laursen Storgaard: *Konstruktionen af dansk narkotika kontrolpolitik siden 1965*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag. 2000.
5 *Kvinnerettet rusbehandling?* Arnhild Taksdal. Rusmiddeldirektorartet/Social- og Helsedepartementet. 1997. Se også: '*At blive taget alvorligt. Første delrapport fra Projekt Kvindeedukation: Stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp'* af Kathrine Louise Bro Ludvigsen og Tine Lydolph. KABS VIDEN. 2008.
6 Ludvigsen og Lydolph. 2008.
7 Taksdal 1997.
8 Helle Vibeke Dahl og Mads Uffe Pedersen: *Kvinder og køn: Stofbrug og behandling*. Center for Rusmiddelforskning. 2008.
9 Nyt fra Kriminalforsorgen 2/2004 og Helle Vibeke Dahl og Mads Uffe Pedersen: *Kvinder i motivations- og stofmisbrugsbehandling i Vestre Fængsel og Horserød Statsfængsel*. Center for Rusmiddelforskning. 2006.
10 Helle Vibeke Dahl og Mads Uffe Pedersen: *Kvinder i motivations- og stofmisbrugsbehandling i Vestre Fængsel og Horserød Statsfængsel,* s. 45. Center for Rusmiddelforskning. 2006.
11 Kriminalforsorgens Statistik 2008, Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen.
12 Udgivet af Rådet for Socialt Udsatte. 2009.
13 KABS VIDEN er et videnscenter under Glostrup Kommunes misbrugscenter. KABS VIDEN arrangerer konferencer og undervisning samt udgiver publikationer om emner inden for misbrugsområdet.
14 KVINFO er et videnscenter og forskningsbibliotek for køn, ligestilling og etnicitet.
15 Sanne Bertram: Intimiteten og autonomien. *Udsat* nr. 2., 1. årg. s. 10. Videns- og FormidlingsCenter for Socialt Udsatte. 2004.
16 Redegørelse 2007/ Perspektiv – og handleplan, s. 24. 2008. Afgivet af Minister for ligestilling Karen Jespersen 29.2.2008. Se også www.lige.dk/koensmaeanstreaming).

KATHRINE BRO LUDVIGSEN
CAND.SCIENT.ANTH., KONFERENCEKOORDINATOR
PÅ KVINDER I UDSATTE-SYSTEMET. KABS VIDEN

Oplægsholderne på konferencen Kvinder i Udsatte-Systemet var:

Rikke Posborg: Socialrådgiver og leder af den frivillige københavnske rådgivning 'Settlementet', forfatter til grundbogen: *Socialrådgivning og socialt arbejde*, 2009. Talte om kvinder og fattigdom samt hvilke kompetencer, der er brug for hos socialarbejderen, for at kvinder får (korrekt) adgang til hjælp og behandling.

Trine Ravn: Beskæftigelseschef for Københavns Fængsler. Gav dels indsigt i fængselsvæsenets opbygning, dels i hvordan kvindeafdelingen ser ud. For nogle kvinder er fængselsstraf en befrielse fra seksuel udnyttelse og prostitution.

Tine Lydolph: Jordemoder og kognitiv adfærdsterapeut, projektleder for Projekt Kvindeedukation. Beskrev erfaringerne med det kvindespecifikke behandlingstilbud, der kom ud af projektet: *Fra Tab til Trivsel*. Hvordan kvinder med et aktivt stofbrug kan profitere af en målrettet og nænsom kvindespecifik behandling.

Gudrun Islandi Bramsen: Familieterapeut og alkoholbehandler. Gav eksempler på den forskelsbehandling og den forskellige opfattelse af mænd og kvinder, der har et alkoholproblem, som gør, at kvinder lever mere skjult med deres alkoholmisbrug end mænd.

Lene Johannesson: Sekretariatsleder i LOKK. Præsenterede et oplæg om voldens konsekvenser for kvinder og deres eventuelle børn. Oplægget skitserede dels voldens forskellige former (psykisk, fysisk, økonomisk mv.), dels de mekanismer volden medfører, og hvad der skal til for at bryde ud af det.

Hallur Gilsón Thorsteinsson: Afdelingsleder i Børne- og Ungeafdelingen, Psykiatrifonden. Fortalte om unge piger og risikoadfærd (spiseforstyrrelser, selvskadende adfærd, misbrug mv.). Hvordan det at tage risiko er en naturlig del af livet, og at især ungdomsårene indebærer eksperimenter med forskellige risikofyldte situationer. Men at de naturlige – og i en vis forstand nødvendige – risiko eksperimenter kan blive til risikoadfærd, hvis den unge kun bevæger sig i dette mønster. Her tegnede der sig et billede af, at 25 % af alle piger mellem 15 og 20 år har risikoadfærd i forhold til mad, krop og vægt.

Nanna Mik-Meyer: Ph.d og lektor ved Institut for Organisation, Copenhagen Business School, og forfatter til adskillige bøger om socialt arbejde. Nanna var sprunget til i sidste øjeblik pga. et afbud. Hun bidrog med et kønsperspektiv på socialt arbejde med sin seneste undersøgelse af diagnoser og magt som omdrejningspunkt. En undersøgelse, der har vist, at sygemeldte kvinder uden diagnose antages at have diffuse lidelser, mens sygemeldte mænd uden diagnoser antages at være nedslidte.

Det samlede program og PowerPoint-præsentationerne kan ses på www.kabs.dk –> organisation –> konferencer.

Projekt Over Muren

Misbrugsbehandling i fængsler er lidt af et kultursammenstød. Hvordan får man det til at fungere?

AF CAMILLA HJØRNHOLM OLSEN

Det er velkendt, at forskellen mellem behandlerkulturens tillid og fængselskulturens kontrol medfører et grundlæggende dilemma i forbindelse med behandling i fængsler. Ikke mindst i arresthusene, hvor de indsatte, som deltager i misbrugsbehandling, ikke er 'isoleret' på en stoffri afdeling. Disse indsatte er i kontakt med både ikke-misbrugende indsatte og fængselsfunktionærer[1], der ikke nødvendigvis har den store viden om misbrug. Sådanne faktorer påvirker både de indsatte deltagere, behandlerne samt selve behandlingen.

I forlængelse af artiklerne af henholdsvis forskerne fra Center for Rusmiddelforskning og Niels Løppenthin fra Kriminalforsorgen i STOF nr. 12[2], hvor der blev brugt megen spalteplads til at beskrive forholdet mellem fængselsfunktionærer og behandlere, vil jeg i denne artikel, med udgangspunkt i Projekt Over Muren (POM), komme med nogle konkrete bud på, hvordan man kan imødekomme de iboende udfordringer, der ligger i at etablere et samarbejde mellem to så forskellige kulturer som fængselsvæsenet og behandlingsverdenen.

Jeg mener, at man allerede fra udtænkningen af et behandlingsprogram i et fængsel, ud over implementering og daglig drift bør fokusere på, hvordan man kan skabe grobund for en forståelse mellem behandlerkulturen og fængselskulturen – da den potentielle konflikt jo er til at forudse.

Når et projekt vil bygge bro mellem to meget forskellige kulturer, er det væsentligt allerede på 'tegnebrættet' at få inddraget repræsentanter fra begge lejres øverste ledelse og få dem til at involvere sig aktivt i projektets udformning.

Partnerskabsmodellen

Lige over muren i Vestre Fængsel har Projekt Over Muren til huse. POM er et behandlingstilbud til varetægtsarrestanter og afsonere i Københavns Fængsler, der består af Vestre Fængsel, Blegdamsvejens Fængsel og Politigårdens Fængsel. Projektet er et behandlingssamarbejde mellem Københavns Fængsler og Center for Misbrug i Københavns Kommune etableret på baggrund af behandlingsgarantien, der blev indført i de danske fængsler pr. 1. januar 2007. Projektet er foreløbig finansieret via satspuljemidler, og der arbejdes i øjeblikket på at forlænge projektet.

Københavns Fængsler er opdragsholder og har entreret med Københavns Kommune i en partnerskabsmodel med fuld gennemsigtighed og samarbejde omkring behandlingsindsats, projektstyring og økonomiske forhold. Styregruppen består af repræsentanter fra Københavns Fængsler og Københavns Kommune. Projekt Over Muren har gennem sin tilknytning til Center for Misbrug adgang til kognitive behandlingskonsulenter, alment fagligt netværk og administrative ressourcer.

Allerede dengang, da Projekt Over Muren blot var en idé, der var skitseret i en projektbeskrivelse[3], har der været bevidsthed omkring, hvordan man i organiseringen af projektet kunne forsøge at bygge bro mellem de to væsensforskellige verdener, som misbrugssystemet og fængselsvæsenet repræsenterer.

Partnerskabsmodellen har været den overordnede strategi til at skabe de bedst mulige forudsætninger for et samarbejde mellem Københavns Fængsler og Københavns Kommune med den dertilhørende styregruppe bestående af repræsentanter fra begge lejre.

I forbindelse med eksterne projekter er det en god idé at integrere personale fra moderorganisationen, der er vellidte og har mange kontaktflader, som en slags kulturformidlere.

Projektmedarbejdere som kulturformidlere

Der har helt fra projektets start været en bevidsthed om, at Københavns Fængslers medarbejderes accept af POM ville have afgørende betydning for projektets grad af forankring og succes.

Det har haft stor betydning for den relativt gode accept, som POM nu nyder blandt medarbejderne i fængslet, at POM helt fra begyndelsen har haft tilknyttet medarbejdere med mange års erfaring inden for Københavns Fængsler. POM har både haft tilknyttet en sygeplejerske som projektmedarbejder og en tidligere projektsekretær som koordinator - begge udlånt af Københavns Fængsler.

Samarbejdet med sygeplejersken skabte et godt fundament for at tilrettelægge og målrette behandlingsindsatsen og resulterede desuden i, at mange i fængslet, via mund-til-mund-metoden, fik kendskab projektet.

Når man netop i første fase valgte en sygeplejerske til at varetage den praktiske implementering af POM, var det, fordi hun havde kendskab til målgruppen, misbrugerne og arbejdsgangene i fængslet. Helt konkret mødte hun op på de øvrige faggruppers morgenmøder for at orientere om POM, besvare eventuelle spørgsmål og i det hele taget signalere projektets samarbejdsvilje.

I næste fase inddrog man en anden projektmedarbejder fra fængslet som koordinator. Grunden til, at man valgte netop denne person som koordinator, var, at hun havde solidt kendskab til alle faggrupper, havde erfaring med at arbejde med de indsatte og kendte alle sikkerhedsprocedurerne – altså var i besiddelse af kompetencer, der må anses for meget væsentlige, når målsætningen er at få banet en farbar vej ind i en stor arbejdsplads som Københavns Fængsler, der er kendetegnet ved at sikkerhedsspørgsmålet har højeste prioritet.

Koordinatoren, der nu er teamleder, har med sit indgående kendskab til fængslet været uundværlig i forhold til at forklare baggrunden for bestemte ordninger, regler, kutymer og i det hele taget kulturen i Københavns Fængsler.

Hun har desuden fungeret som en tryg indgangsvinkel til projektet for Københavns Fængslers personale. For eksempel var der i projektets start udelukkende henvendelser fra fængslet via denne koordinator.

Personalet i Københavns Fængslers udtrykker på mange forskellige måder, at POM opleves anderledes end andre behandlingstiltag, primært fordi nogle af deres egne medarbejdere er tilknyttet projektet.

Det kan være udfordrende og konfliktfyldt for behandlere at arbejde i fængselssystemet, hvor sikkerhedsforhold har højere prioritet end behandlingsindsatsen, hvilket sætter grænser for behandlingsarbejdet. Derfor søger man ofte for at forklare de forskellige sammenhænge, således at behandlerne kan se baggrunden for og formålet med de begrænsninger, som de sikkerhedsmæssige beslutninger medfører.

Mange potentielle konflikter er undgået alene på grund af, at det har været muligt for projektet at debattere problemstillinger med fængslets medarbejdere, der har fungeret som 'kulturformidlere'. Denne organisering har resulteret i en mere nuanceret forståelse partnerne imellem samt et bedre samarbejde.

Som et konkret eksempel på koordinatorens rolle som kulturformidler kan nævnes hendes funktion i forbindelse med gruppebehandling. Da POM påbegyndte gruppebehandling, var det koordinatorens opgave at gå rundt sammen med behandlerne og hente de indsatte fra cellerne til skolens lokaler for at sikre, at sikkerhedsprocedurerne blev overholdt samt signalere til fængslets øvrige personale, at de kunne være trygge ved situationen. På denne måde blev behandlerne oplært i sikkerhedsprocedurerne og præsenteret af koordinatoren som gæster i fængslet for de øvrige faggrupper, hvilket signalerede respekt og samarbejdsvilje.

Det er altså en særdeles samar-

PÅ HJEMMESIDEN WWW.KFKK.DK
er der flere oplysninger om Projekt Over Muren, bl.a. projektbeskrivelsen, behandlingsmanualer samt akkrediteringsrapporten. Teamleder Charlotte Kann kan kontaktes på telefon 72 55 51 99. **Camilla Hjørnholm Olsen** er cand. mag. i dansk og ansat som fuldmægtig i Center for Misbrug i Københavns Kommune, hvor hun bl.a. er tilknyttet Projekt Over Muren.

bejdsfremmende faktor at tilføre et eksternt projektpersonale fra moderorganisationen. Det er dog væsentligt, at disse interne medarbejdere skal have været ansat i en længere periode, have kontaktflader til alle faggrupper i fængslet og være vellidte i moderorganisationen for at kunne fungere som kulturformidlere.

Ambassadører og samarbejdspartnere

Den interne følgegruppe, der består af ledelsesrepræsentanter fra relevante samarbejdspartnere i Københavns Fængsler, har også spillet en afgørende rolle i forbindelse med accept og forståelse for projektet i fængslet. Særligt i projektets opstartsfase har følgegruppen været betydningsfuld i forbindelse med etablering og udvikling af sagsgange samt samarbejdsaftaler med personalet og andre projekter i Københavns Fængsler.

Følgegruppens medlemmer har derudover virket som ambassadører for projektet og medvirket til at udbrede kendskabet til POMs arbejde. I juni 2009 besluttede styregruppen at opløse følgegruppen, da det blev vurderet, at dens rolle var udtjent, idet POM er blevet velimplementeret i Københavns Fængsler.

Det er helt afgørende for POMs succes at have et godt internt samarbejde med Københavns Fængsler. Derfor er der fra projektets start blevet udarbejdet skriftlige samarbejdsaftaler med alle relevante samarbejdspartnere i Københavns Fængsler.

Københavns Fængsler er en stor arbejdsplads, og fængselsfunktionærerne udgør kun én af de faggrupper, som behandlerne samarbejder med. Behandlingsarbejdet omfatter også samarbejde med fængslets socialrådgivere, hospital, skole samt øvrige projekter bl.a. Kongens Ø[4] og Projekt Menneske[5]. Dertil kommer samarbejde med det administrative personale og ledelsen.

Formålet med samarbejdsaftalerne er at koordinere behandlingsindsatsen omkring den enkelte deltager samt sikre, at alle involverede kender samarbejdets præmisser med henblik på at undgå konflikter i forhold til ansvarsområde. Aftalerne er individuelt tilpasset og indeholder alle en konkret ansvarsfordeling, en vision for samarbejdet samt procedure for konfliktløsning, hvis der opstår uoverensstemmelser.

Enkelte samarbejdsforhold har dog været forbundet med udfordringer, som det har været nødvendigt at arbejde mere med.

Samarbejdet med socialrådgivergruppen bærer præg af at have overlappende funktioner, hvorfor det er naturligt, at der skabes utryghed hos begge parter i situationer, hvor dele af de overordnede arbejdsopgaver er sammenfaldende. POM og socialrådgivergruppen har derfor løbende haft møder omkring rammerne for samarbejdet.

I en periode, hvor POM havde særligt mange indskrevne deltagere, overgik deltagerne til motivationsforløb hos socialrådgiverne. Et sådan særligt arrangement krævede selvfølgelig ekstra møder de to faggrupper imellem med henblik på at få klarlagt, hvem der i sidste ende har hovedansvaret for fx at afklare, visitere m.v.

Fængselsfunktionærernes og behandlernes arbejdsområder i relation

CAMILLA HJØRNHOLM OLSEN
CENTER FOR MISBRUG, KØBENHAVNS KOMMUNE

til de indsatte er så forskellige, at der kan opstå problemer i situationer, hvor en løsning beror på individuel vurdering, idet behandlere og fængselsfunktionærer typisk vil gå til problemet med forskellige fagligheder, forforståelser og løsningsmodeller.

Et konkret eksempel, der belyser behandlernes og fængselsfunktionærernes forskellige tilgange til de indsatte, er, at behandlerne bruger den indsattes navn, når de omtaler og tiltaler ham eller hende. Dels som et naturligt led i den terapeutiske alliance, dels fordi behandlerne ikke har så mange indsatte at holde styr på ad gangen. Fængselsfunktionærerne derimod skelner mellem de indsatte via deres cellenummer, hvilket også er med til at opretholde den professionelle distance til ham eller hende.

Der er i POM fokus på, at opfattelsen af fængselsmiljøet, herunder fængselsfunktionærer, ikke baseres på antagelser og forforståelser. Det er POMs erfaring, at eventuelle fordomme bedst aflives i det konkrete møde mellem faggrupperne - fx stikker behandlerne altid hovedet ind på betjentstuen for at orientere om deres ærinde, før de går til den indsattes celle. I sådanne situationer opstår ofte en spontan samtale mellem behandler og fængselsfunktionær på tværs af deres fagidentiteter.

Kommunikation er vigtig, men det er vigtigt nøje at overveje, hvordan man bedst rammer målgruppen. At sende en mail er ikke det samme, som at den bliver åbnet og læst. Måske er det mundtlige oplæg på et møde bedre end et nyhedsbrev? Måske virker mund-til-mund-metoden bedre end en hjemmeside?

Kommunikation er vigtig

I et forsøg på at sikre en positiv opbakning fra Københavns Fængslers medarbejdere blev der ved projektets start udsendt et informationsbrev til alle arrester og anstalter under Kriminalforsorgen.

Desuden udformede projektet en brochure med information om projektet som oplæg til samarbejde, der via intranettet blev udsendt til alle medarbejdere i Københavns Fængsler samt uddelt ved afdelingsbesøg, møder m.v.

Et vigtigt led i projektets kommunikationsstrategi har været et tæt samarbejde med Københavns Fængslers kommunikationsafdeling. Således udsendes relevant information om projektet via fængslets intranet. Derudover kan projektets årsrapport eksempelvis downloades på Københavns Fængslers hjemmeside. POM sørger dog altid for at supplere den elektroniske kommunikation med sedler, flyers og pjecer, der deles rundt eller sættes op på opslagstavlerne i fængslet.

I pjecerne henvises til projektets hjemmeside www.kfkk.dk, der er fyldt med information om projektet. Hjemmesiden er primært målrettet mod samarbejdspartnere og pårørende, da de indsatte har ikke adgang til internet, men kan henvende sig til projektet via anmodningssedler.

Generelt er et højt kommunikationsniveau, baseret på målrettet information, vigtigt for et projekt med mange samarbejdsflader.

Sidst, men ikke mindst har projektets teamleder flere gange afholdt interne kursusdage for fængselsfunktionærerne om misbrug og kognitiv behandling. Netop uddannelse af fængselspersonale var jo også en af de løsningsmodeller, som både forskerne fra Center for Rusmiddelforskning og Niels Løppenthin fra Kriminalforsorgen pegede på som et vigtigt redskab for at komme de iboende barrierer mellem straffesystemet og behandlingssystemet til livs.

Kriminalforsorgens formelle blå stempel

Siden Projekt Over Murens opstart i 2007 har projektet, som det fremgår, haft fokus på, med dets særlige status som eksternt tilbud, at skulle forankres i Københavns Fængsler. En mere formel og overordnet metode hertil end de hidtil beskrevne strategier er akkreditering via Direktoratet for Kriminalforsorgen.[6]

Projektet søgte i februar 2009 om akkreditering, og to måneder senere blev Projekt Over Muren godkendt af det nedsatte Akkrediteringsnævn, som bestod af uafhængige eksperter fra universiteter og misbrugscentre.

Dermed har Projekt Over Muren fået et flot blåt stempel, som viser, at det lever op til Kriminalforsorgens krav om misbrugsbehandling i Kriminalforsorgens institutioner. Det er første gang et misbrugsprojekt akkrediteres i første ansøgningsrunde. Dette faktum har vakt interesse fra andre fængsler og arresthuse, og det er projektets håb, at vi ved at fortælle om vores erfaringer kan bidrage til den fremtidige behandlingsudvikling i de danske fængsler.■

NOTER

1 Fængselsfunktionær er den nuværende stillingsbetegnelse for det, man tidligere kaldte en fængselsbetjent.
2 Kolind, T. & Frank, V.A. & Dahl, H.V.: Dilemmaer i hashbehandling i danske fængsler – behandlernes erfaringer - samt Løppenthin, N.: Status og udfordringer for misbrugsbehandlingen i Kriminalforsorgen. Begge i STOF nr. 12, 2008/2009.
3 Den oprindelige projektbeskrivelse er udarbejdet af socialoverlæge Peter Ege fra Københavns Kommune. Den kan downloades fra projektets hjemmeside www.kfkk.dk
4 Kongens Ø er et dagbehandlingsprojekt i Vestre Fængsel og Vridsløselille Statsfængsel, der er udsprunget af Minnesotamodellen.
5 Projekt Menneske er et behandlingsprojekt for kvinder i Vestre Fængsel.
6 Akkreditering er en bedømmelse af, om en behandling lever op til bestemte standarder. Det bedømmes fx, hvilken viden leverandøren af misbrugsbehandling (ansøgeren) har om misbrug, behandling og kriminalitet, hvordan tilbuddet er målrettet klienterne, og hvordan programmet dokumenteres. Se mere på www.kriminalforsorgen.dk

Markedskræfterne og **Brixton** eksperimentet

Engelsk politi begyndte i 2002 officielt at gentænke bekæmpelse af narkotikakriminalitet med henblik på en mere skadesreduktionel tilgang. Hvad lå der bag dette skridt, og hvad er der sket siden?

AF HARRY SHAPIRO

Et antal pilotprojekter hos politiet i Storbritannien - blandt andet i Cardiff, Brighton, Liverpool og Manchester – vil forsøge sig med en ny tilgang til narkotikaproblemet, kaldet 'Fra Gadeplan og Op Metoden' (SLUA – *Street Level Up Approach*). På en kommende narkotikakonference, der afholdes årligt af den engelske forening af politiledere (ACPO – *Association of Chief Police Officers*), vil metoden blive præsenteret af Jackie Roberts.

SLUA er ikke et specifikt initiativ, men er mere en generel tilgang, hvor nogle af realiteterne ved bekæmpelsen af de allestedsnærværende narkotikamarkeder udkrystalliseres og konsekvenser drages. Med denne fremgangsmåde forsøger man at tackle det, Jackie Roberts kalder det 'kildne problem med politi-territorialisme' - en historisk betinget tilbageholdenhed med politisamarbejde på tværs af enheder og politikredse og fra gadeplan til tværgående samarbejdsenheder. Dette problem har længe været anerkendt, og det er senest blevet beskrevet i en rapport med titlen 'At organisere indsatsen' [1], som kritiserer *'snæversynet lokalpatriotisme og andre følelsesmæssige indstillinger… der truer udviklingen af effektivt regionalt samarbejde'*.

En erfaren narkotikabetjent uddyber over for '*Druglink*' , at der i politiet altid har været en kultur af uvillighed med hensyn til at videregive efterretninger opad i systemet. Enten fordi man frygtede, at man dermed lagde sagen på is, eller fordi man frygtede, at man i forbindelse med overdragelse af oplysninger ikke ville få passende anerkendelse for sit arbejde i sagen. Hvortil kommer, at politikorpset er et strengt hierarki med nødvendigt stramme kommandoveje, hvor protokolregler og procedurer kan forekomme forstokkede. SLUA tager fat på sådanne barrierer for fleksibilitet.

Narkotikabander har ikke disse begrænsninger. Få bander om nogen i dette land lever op til mafia-stereotyperne med kaptajner, løjtnanter og soldater i pertentligt organiserede pyramidestrukturer. I 2009 ansloges det, at der er omkring 2.800 organiserede kriminelle bander i Storbritannien, hvoraf omkring 60 procent er involveret i narkotikahandel. Men ordet 'organiseret' skal omgås med varsomhed. For sådanne netværk er i virkeligheden *'tyndslidte kludetæpper af forbindelser og had'* med et udtryk fra John Grieve, lederen af Center for Politi og Lokalsamfunds Sikkerhed (*'Centre for Police and Community Safety'*).

Allerede i begyndelsen af 1990'erne var tilliden til den berømte pyramide begyndt at blive svækket – paradigmet om, at man var oppe imod gadehandlere, mellemhandlere og bagmænd. Igen var det John Grieve, der foreslog, at et kriminelt netværk kunne bestå af blot *'fire håndtryk'*. – Sagt på en anden måde: En person driver en cafe i London, hvor der sælges stoffer, hans svoger er columbiansk storforhandler, og et par mellemmænd fuldbyrder forbindelsen.

Ideen er, at hvis der ikke findes faste hierarkiske strukturer banderne imellem, så må politiet – så vidt det er muligt - være tilsvarende flydende i sin struktur, hvis man skal fange dem. Dette var nøgleelementet, da ideen om SLUA blev undfanget. Der var opstået enighed om, at politienheder, der opererer på nationalt niveau, skal involveres mere på gadeniveau og med sig have et batteri af overvågningsteknikker og andre ressourcer, der kan hjælpe med at opløse lokale stofmarkeder. Hvis en lokal bande - for eksempel - bliver arresteret eller splittet ved hjælp af efterretninger eller agenter, så skal sagen ikke betragtes som afsluttet, og successen fejres på den lokale pub. I stedet skal overvågningen fortsætte med henblik på at få mere viden om, hvordan markedet tilpasser sig efter et tilbageslag.

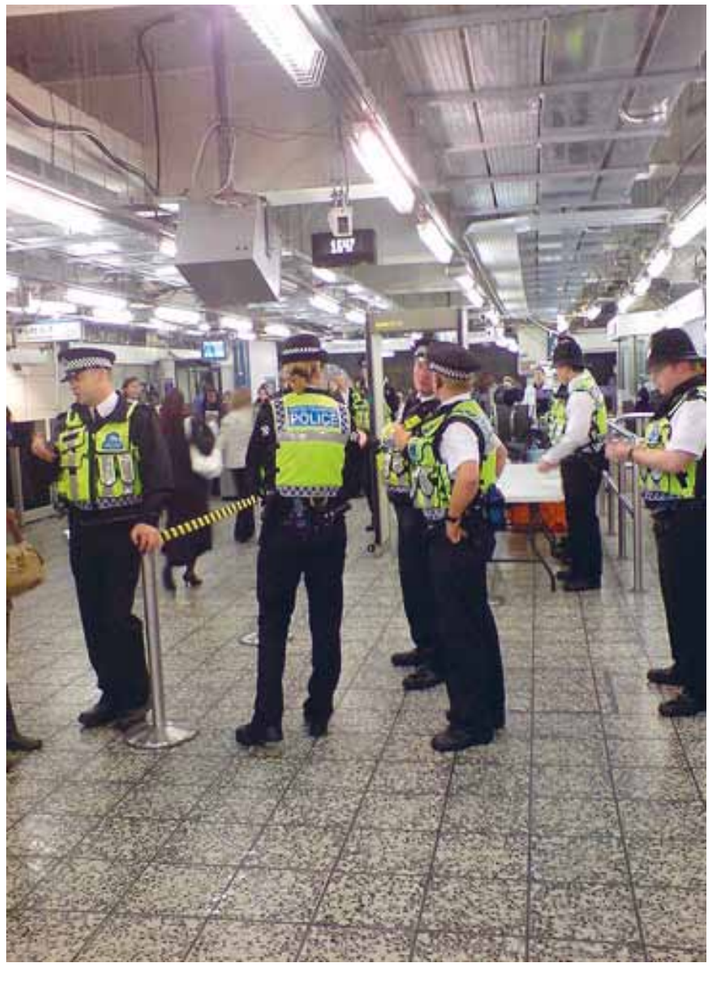
Men bomberne i Londons undergrundsbane i juli 2005 medførte, at ressourcerne fra det endnu spæde SLUA i første omgang blev videredirigeret til terrorismebekæmpelse. Senere er det dog - for at opveje ressourcemanglen - blevet mere magtpåliggende at samarbejde på tværs af forskellige korps og enheder, og dette er nok en del af forklaringen på, hvorfor højtstående politifolk alligevel mere beredvilligt tog ideen om skadesreduktion til sig.

Lad os tage et tilbageblik til året 2002, hvor der ved et arrangement skulle sættes fokus på resultatet af Indenrigsministeriets flagskib - en netop opdateret narkotikastrategi. Repræsentanter for politi, toldmyndigheder, sikkerheds- og efterretningstjenester og relevante ministerier blev orienteret om, hvordan det gik på forsyningssiden. Præsentationens første *slide*, havde følgende punkter:

- Skadesreduktion – at betjene lokalsamfundet
- Efterretningsindsatsen – at forstå problemet
- At opmuntre til innovation – hvad virker, og hvad virker ikke?

Da der blev åbnet for spørgsmål, stillede jeg følgende: *'Taget i betragtning, at massevis af stoffer beslaglægges, og at massevis af smuglere bures inde, hvad er det ved narkotikamarkedet, politiet ikke forstår'*? En af oplægsholderne begyndte at opremse et antal områder, hvor man mangler viden. Det var et ærligt svar, som viser, i hvilket omfang den øverste politiledelse nærer tvivl og undersøger, hvad man gør. Jeg fulgte op med yderligere et spørgsmål: '*Hvad er det, der ikke virker?*' Der bredte sig en pinlig stilhed på podiet, indtil en politimand mumlede: '*Hvor lang tid har du…*?'

I 2000 konkluderede en undersøgelse (*The Police Foundation Inquiry*), at traditionel håndhævelse af narkotikalovgivningen kun udretter lidt i forhold til at dæmme op for strømmen af narkotika, men at bestræbelserne koster hovedparten af det nationale narkotikabudget. Dette er den første offentlige tilkendegivelse fra lovhåndhævelsesmyndighederne selv om at en ny tilgang er påkrævet. Efterfølgende undersøgelser - fra Tony Blairs Strategiske Enhed i 2003 til rapporten fra '*UK Drug Policy Commision*' er alle nået frem til den samme konklusion. Et af



'HAMSTERDAM' FRA TV SERIEN 'THE WIRE'.

problemerne er helt klart manglen på koordination, så politiets efterretningstjeneste (*'National Criminal Intelligence Service'*) og den nationale efterforskningsenhed (*'National Crime Squad'*) og toldvæsnets efterforsknings- og efterretningsansvar er blevet fusioneret til en enhed - afdelingen for bekæmpelse af bandekriminalitet ('SOCA-*Serious Organized Crime Agency'*).

Fra starten gjorde lederen af SOCA, Sir Steven Lander, sig store anstrengelser for at fortælle politikerne, at kontrollens effektivitet ikke kan måles i antal kilo beslaglagt narkotika. Der er brug for en mere nuanceret formel, hvilket indebærer, at operationsmålet skal være at ramme der, hvor det gavner lokalsamfundene mest. Skadesreduktion med andre ord. Ideen om håndhævelsesfokuseret skadesreduktion blev første gang udtrykt allerede i 1994 af Det Engelske Narkotikaråd (ACMD – *'Advisory Council on the Misuse of Drugs'*). I en delrapport om stoffer og justitsvæsenet hedder det:

'Hvis en politiaktion mod narkotikaforhandling på et offentligt sted fører til, at forhandlerne flytter deres forretning til en privat lejlighed, og tilgængeligheden og forbruget forbliver uforandret, kunne det ses som en fiasko i håndhævelsesregi. Men dette udfald kan indebære, at et (rekreativt) område genoprettes til glæde for det øvrige lokalsamfund, hvilket politiet skal have anerkendelse for'.

I år kom endnu en rapport fra Storbritanniens Narkotikaråd (UKDPC – *'UK Drug Policy Commision'*), som gennemgår hvordan bekæmpelse af narkotikakriminalitet kan refokuseres i retning af skadesreduktion. 'Gadeplan og Op metoden' er indlejret i ideen om at reducere skader for lokalsamfundet. Tillægget til rapporten indeholder et antal eksempler. Mange af *case*-studierne omhandler at *'gå efter pengene'* ved at benytte *Proceeds of Crime Act* – en lovgivning, som er blevet et stærkt våben i bekæmpelsen af narkotikakriminalitet (red.: tilsvarende lovgivning findes i DK). Forskning har peget på, at beslaglæggelse af økonomiske midler bedre er i stand til at splitte kriminelle organisationer end beslaglæggelse af stoffer, der ganske enkelt afskrives som en forretningsrisiko. Nogle *cases* involverer imponerende eksempler på lokalt samarbejde på tværs af enheder, selv om reduktionen af skader i nogle tilfælde ikke er blevet evalueret. Det betyder, at det ikke altid er lige indlysende, hvordan disse operationer adskiller sig fra ikke-kontroversielle standard politioperationer.

LOVHÅNDHÆVELSE OG SKADESREDUKTION

I de fleste sammenhænge ser man skadesreduktion fremstillet som den fjerde søjle, der supplerer de øvrige tiltag: kontrol, behandling og forebyggelse. Spørgsmålet er, om ikke skadesreduktion også kan indtænkes i den måde, man bedriver kontrol på? – Ikke kun ved, at politiet eksempelvis aktivt advarer brugere om farlige partier af stoffer, ikke stresser brugere unødigt, ikke beslaglægger brugerdoser, håndterer påvirkede brugere, så de så vidt muligt ikke skader sig selv (eller andre), eller hjælpe, brugere over i behandling i en eller anden udstrækning – men også ved den måde, man bekæmper narkotikamarkeder og –forhandling på? Det skadesreducerende ligger i så fald i, at frem for at have som målsætning at bekæmpe narkotika med alle midler, så vedkender man sig, at stofmarkederne er her for at blive i en eller anden form, og at det bedste ikke må blive det godes fjende. Grundpræmissen er, at frem for at bekæmpe narkotika kan man sigte på at bekæmpe skaderne ved narkotika. Hvilke grundlæggende muligheder har lovhåndhævere for at reducere skader forårsaget af stofmarkeder? Politiet kan forsøge sig med at reducere omfanget af stofbrug; reducere de skader, som stofbrugere pådrages; reducere de skader, som stofbrugere pådrager andre: reducere skader, som forårsages af stofmarkeder. Det er især den sidste mulighed, som er i fokus i den af Shapiro referede artikel af Caulkins og Reuter (2), der trækker på en række internationale eksempler. De to anerkendte drugpolicy-forskere kaster lys over det forhold, at ikke alle forhandlere er lige skadelige, og man argumenterer for, at et mål for lovhåndhævelse kunne være at forme stofmarkedet, så de mest skadelige forhandlingsformer gøres konkurrenceudygtige i forhold til mindre skadelige salgsformer. M.J.

HARRY SHAPIRO
CHEFREDAKTØR PÅ DRUGLINK

Men som Peter Reuter og Jonathan Caulkins (se BOX og note 2) bemærker, kan de fulde konsekvenser af skadesreduktion anvendt i håndhævelsesmæssige sammenhænge være særdeles politisk udfordrende for politiet. Det introducerer en stiltiende forståelse af, at ikke alle stofmarkeder er lige skadelige, og lader dette være afgørende i valg og prioriteringer af politiindsatsen. At lukke et lokalt åbent stofmarked, hvor lokale beboere føler sig intimideret og truet, kan meget vel få mere opmærksomhed end mere fredelige lukkede eller halvt lukkede stofmarkeder i klubber eller via mobiltelefoner, som ikke generer på samme måde.

Det var præcis den slags valg den nye politimester i London-bydelen Brixton, Brian Paddick, foretog i december 2000. Da han overtog posten, var en af hans betjente sigtet for ikke at have handlet i overensstemmelse med korrekt procedure i forbindelse med håndhævelsen af en overtrædelse af cannabislovgivningen. Politikollegernes reaktion på sigtelsen var at *'arbejde efter reglerne'*. De ville stramme kursen, foretage omfattende visitationer og arrestere alle, der var i besiddelse af cannabis. Da Paddick var klar over, hvad denne konfronterende strategi kunne betyde for allerede belastede forhold til lokalsamfundet, tog han kontakt til ledende lokale skikkelser. De var ikke kun enige om, at massive visitationer ville være katastrofale, men også enige om, at deres hovedbekymring ikke var cannabis - men crack, heroin, gaderøverier og vold.

Så Paddick lagde kursen om til en klassisk skadesreduktionslinie. Der blev skruet ned for visitationerne, og besiddelse af cannabis førte til advarsler i stedet for arrestationer. Kursskiftet fandt sted i juli 2001, og lokalavisen *The London Evening Standard* kaldte det *'cannabisfornuft'*. Selvom en politisk flodbølge til sidst ramte politimester Paddick, tydede evidensen på, at hans tiltag udrettede, hvad der var tilsigtet: Alle de former for alvorlig kriminalitet, som påvirkede lokalsamfundet mest, faldt i området. Erfaringerne og evidensen fra dette såkaldte *'Brixton-experiment'* bidrog til den reklassificering af cannabis – fra klasse B til C – som fandt sted på nationalt plan i 2004.

Reuter-Caulkins skadesreduktions-scenarium blev fiktionaliseret i tv-showet, *'The Wire'*. Programmet udspiller sig i USA – nærmere bestemt vest-Baltimore, et skræmmende område, hvor den lokale politimester i serien opretter en frizone med tolereret narkohandel i et belastet og delvis forladt boligområde. Zonen, der kaldes *'Hamsterdam'* [3], bevirker, at Baltimores gader igen bliver sikre at færdes i for byens beboere; vold og trusler ophører i det store hele, og risikoen for, at uskyldige borgere fanges i bandekonflikternes krydsild om territorier, fjernes. Selvfølgelig må dette fiktive eksperiment standses, da medierne og den øverste ledelse får nys om, hvad der foregår, men i serien får politichefen vist omgivelser et og andet…

Selv om ambitionerne i virkelighedens Brixton var betydeligt mindre ambitiøse end i fiktionens *'Hamsterdam'*, kom der forventelige reaktioner fra forskellige lobbyister. Organisationen *Transform* (der er tilhængere af legalisering), så taktikken som en forskønnet forbudspolitik - gammel vin på nye flasker. Det konservative *Centre for Policy Studies* så forsøget som et svigt af lokalsamfundet - at vende det blinde øje til nogle stofmarkeder var at begive sig ud på en glidebane på vej til legalisering. Hvad der var på spil var imidlertid realpolitik, hvor man fortsatte beslaglæggelsen af store partier narkotika, men ændrede på prioriteringen i den lokale kriminalitetsbekæmpelse.

Som sociologerne Maggy Lee og Nigel South skrev i *'Håndbog for politiet'* (2003): *'Det, offentligheden bliver bedt om at acceptere, er, at fjernelse af narkotikahandlen er umulig, og at det bedste, opnåelige, er inddæmning og minimering af skaderne ved stofmisbrug'*. Politiet har ikke ressourcerne til at iværksætte vedvarende kontrolforanstaltninger på alle aspekter af narkotikamarkedet hele tiden – hvilket kun forstærkes af sparekrav i den offentlige sektor. At koncentrere sig om de markeder, der giver flest gener for lokalsamfund er også vigtigt af en anden grund: At tage hånd om de mest synlige manifestationer af trusler mod borgerne er den eneste strategi, der batter, når politiet ønsker at forbedre sit ry og omdømme i offentligheden.

Jackie Roberts er overbevist om, at sådanne operationer demonstrerer vigtigheden af partnerskab, koordination og fleksibilitet i forhold til de problemer, som plager lokalsamfundene: *'At skræddersy reaktionen til at gå efter velafgrænsede målsætninger som at ramme lokal kriminalitet på økonomien, at udvikle bedre og rettidig deling af efterretninger og information fra gadeplan til importniveauet kan sammen med intelligent brug af retsmedicinske data være til gavn i det lange løb'*. ■

Harry Shapiro er chefredaktør for det engelske blad Druglink, der bragte denne artikel i vol. 24, issue 6 november/december 2009, s. 8-11.

Oversættelse: Michael Jourdan

NOTER:

1. 'Getting organized'; Her Majesty's Inspectorate of Constabulary, 2009.
2. Jonathan Caulkins og Peter Reuter: Towards a Harm Reduction Approach to enforcement. Safer Communities, Vol. 8, Issue 1, January, 2009, s. 9-23.
3. Se mere om 'Hamsterdam', der er blevet et begreb, på www.en.wikipedia/wiki/hamsterdam sammendrag af episoden på: www.youtube.com/watch?v=BoiJRKwiC1Y&feature=related

'Projekt Bedre Udredning' hjælper sindslidende misbrugere på rette kurs

Misbrugere, der lider af en psykisk sygdom, svigtes ofte både af misbrugscentrene og psykiatrien. Men Projekt Bedre Udredning viser, at hvis de dobbeltbelastede får en psykiatrisk udredning og hjælp til at slå de mest voldsomme symptomer ned, kan de lettere kæmpe sig ud af stofmisbrug og tunge sociale problemer.

AF KIRSTEN S. FREDERIKSEN

Mindst 40 % af misbrugerne i misbrugscenteret i Århus har en psykisk sygdom. Indtil nu er denne gruppe blevet kastet rundt i systemet, da psykiatrien har tendens til at afvise dem på grund af misbruget, og misbrugsbehandlingsstederne ikke kan holde på dem, fordi de er psykisk ustabile. For at hjælpe netop denne hårdt belastede gruppe iværksatte Århus Kommune i 2006 `Projekt Bedre Udredning'. Formålet med indsatsen er at tilbyde de sindslidende misbrugere en kvalificeret psykiatrisk udredning. De kan gå direkte fra gaden ind på Center for Misbrugsbehandling (CfM). Her bliver de tilbudt en psykiatrisk udredning inden for 1-2 måneder sideløbende med opstarten af behandlingen for deres misbrug.

Nu har Center for Misbrugsbehandling i Århus evalueret projektet, og konklusionen er, at misbrugerne får hjælp til at reducere deres misbrug, samt at personalet har stor gavn af den kvalificerede organisering.

Først og fremmest oplever størstedelen af brugerne en stor forandring af deres psykiske velvære, når de følger den ordinerede behandling. Det betyder, at de får bedre mulighed for at profitere af indsatsen i centrene, eksempelvis misbrugsbehandlingen. En stor andel af dem reducerer eller ophører med deres stofmisbrug under projektperioden.

Dernæst er personalet yderst tilfreds med organiseringen af indsatsen og samarbejdet mellem de involverede parter. Man anbefaler, at arbejdsdelingen, som den er i projektet og beskrevet nedenfor, fortsætter. Medarbejderne i de involverede institutioner føler, at de har fået en langt større indsigt i brugernes problemer, fordi psykiaterne har bidraget med undervisning og viden om psykiske lidelser.

En organisering, der virker

Hver uge sætter to psykiatere fra Team for Misbrugspsykiatri 23 timer af til sindslidende misbrugere i lokaler på et af misbrugscentrene. De udreder brugerne og ordinerer medicin, hvis det er nødvendigt. Derefter overlader de medicineringen til egen læge.

Når brugerne første gang træder fra gaden og ind i misbrugscenteret sættes forløbet i gang. Her møder de det socialfaglige personale, som tager imod dem og udfører en ASI-udredning. Hvis de kan spotte indikationer på psykiske lidelser, gennemfører de efterfølgende en screening for eksemplevis ADHD, bipolare lidelser eller depression. Derefter kan medarbejderne indstille dem til udredning ved en psykiater. Ventetiden er mellem en og to måneder, hvilket er langt kortere end på et psykiatrisk hospital. Ved udredningen deltager brugeren, psykiateren og en socialfaglig medarbejder. Her kan de beslutte sig for at starte en medicinsk behandling samtidig med den sociale indsats. Det socialfaglige personale indkalder til opfølgningssamtaler efter psykiaternes anvisninger.

Brugere, som var indskrevet før projektets start, får også tilbud om en udredning, hvis personalet vurderer, at de har behov for det.

En tungt belastet gruppe

De mennesker, som personalet oplever på misbrugscenteret, har mange tunge sociale, økonomiske, fysiske og psykiske problemer. Økonomien er ofte dårlig og boligsituationen er problematisk. Mange af dem har ligeledes en kriminel baggrund. Den gruppe brugere, som har deltaget i projektet, adskiller sig imidlertid fra misbrugscentrets øvrige brugere ved at have langt større psykiske problemer. Dette afspejler sig blandt andet i, at 72 % af de udredte brugere har haft alvorlige selvmordstanker hele deres liv, hvor det 'kun' gør sig gældende for 56 % af de andre brugere.

Gennemsnitsalderen er 32 år, og gruppen består primært af mænd (69 %), som er enlige (kun 31 % har en samlever). 87 % har oplevet psykiske problemer måneden før indskrivningen i CfM, men kun 53 % af brugerne er blevet behandlet (nogensinde) for deres psykiske lidelser. Det er ikke mange, når deres problemer med det psykiske helbred tages i betragtning.

Tallene indikerer en underbehandling af dele af denne gruppe og manglende fokus på deres psykiske lidelser, når kun halvdelen af de udredte brugere tidligere har været i behandling, mens deres psykiske problemer er så markant værre end resten af brugergruppen. Det betyder, at en stor andel af gruppen har haft en ubehandlet (/ikke diagnosticeret) psykisk lidelse eller måske har været kastebold mellem eksempelvis misbrugsbehandlingen og psykiatrien.

Der henvises til evalueringsrapporten for en mere omfattende analyse, som sammenligner gruppens profil med en kontrolgruppe af brugere, som var indskrevet i CfM i samme tidsrum.

Behov for udredning

600 brugere er i løbet af projektets tid blevet udredt af en psykiater. En stikprøve af udredninger gennemført i 2007 viser, at ud af 151 udredte brugere fik 113 ordineret medicinsk behandling. Efter ordinationen er der blevet fulgt op på brugernes behandling med forskellig intensitet.

84 % af de udredte brugere i 2007 blev diagnosticeret, hvilket viser først og fremmest, at stort set alle de indstillede brugere var relevante til en psykiatrisk udredning og behandling. Nedenstående diagram viser fordelingen af 1. diagnoser for de 84 %, som fik en psykiatrisk diagnose. Der kan godt være nogle af brugerne, som har flere diagnoser, men 2. diagnoser tæller ikke med i denne illustration. (Se figur 1.)

Hvorfor er det ikke blevet opdaget før?

Brugerne kan opleve den psykiatriske udredning og eventuelle diagnosticering som frustrerende. Nogle reagerer med sorg over at blive diagnosticeret, mens andre stiller spørgsmålstegn ved diagnosen. Men for mange brugere har det været en hjælp og en lettelse at tale om deres psykiske problemer.

Personalet har oplevet mange brugere, som udtrykker, at der endelig bliver taget fat om problemerne, og som får håb om, at der kan gøres noget. En uheldig følge af dette er, at brugerne af og til sætter forhåbningerne for højt og bliver skuffede eller vrede, hvis behandlingen ikke hjælper i så høj grad som forventet. Hvis behandlingen er succesfuld, kan den på den anden side også medføre en frustration over, at de muligvis kunne have fået det meget bedre meget tidligere, hvis de havde fået udredningen og medicinen mange år tidligere.

Overordnet oplever personalet, at de udredte brugere generelt har fået det bedre og lettere, og responsen fra brugerne har generelt været meget positiv. Ifølge personalet møder flere af brugerne mere regelmæssigt op til behandlingen, og flere bliver stoffri.

Brugernes eget syn

At de generelt har fået det bedre viser sig også i brugernes besvarelser i en spørgeskemaundersøgelse, hvor 58 % finder, at den psykiatriske udredning/behandling har haft nogen eller stor betydning.

Desuden er der sket en mærkbar positiv forandring i brugernes oplevelse af deres psykiske velvære efter indsatsen. Nedenstående graf viser i al sin enkelthed indsatsens succes, idet brugernes oplevelse af et dårligt psykisk velvære har ændret sig til det endog meget positive, efter at

EVALUERINGSRAPPORTEN OM PROJEKT BEDRE UDREDNING kan downloades på hjemmesiden: www.cfm-aarhus.dk
For yderligere oplysninger om projektet: Kontakt udviklingsmedarbejder Kirsten S. Frederiksen, Center for Misbrugsbehandling, tlf. 8940 3903 eller på mail: ksf@aarhus.dk

de er blevet indskrevet og i denne forbindelse udredt af en psykiater. (Se figur 2.)

Personalet: Indsatsen reducerer misbrug

For manges vedkommende har indsatsen desuden haft en positiv betydning for deres misbrug. 53 % af brugerne har således oplevet, at den psykiatriske udredning/behandling har haft nogen eller stor betydning for deres misbrug. Det kunne selvfølgelig være ønskeligt, at alle brugerne oplevede en betydning i forhold til misbruget, men det må tages i betragtning, at der er tale om en tung brugergruppe med massive problemer.

Det er imidlertid kun 17 %, som angiver, at de stadig har samme eller større forbrug, mens 36 % har reduceret deres forbrug, og 43 % er stoffrie, hvilket må siges at være et rigtig godt resultat, som kan skyldes kombinationen af den psykiatriske udredning og misbrugsbehandlingen, selvom brugerne ikke direkte forbinder det med hinanden.

Billedet er dog ikke entydigt positivt, og brugernes egen oplevelse af den psykiatriske udredning og en eventuel efterfølgende behandling er et broget billede.

42 % mener, at den psykiatriske udredning/behandling har haft ingen eller mindre betydning for deres psykiske velvære. Det kan siges at være overraskende mange, som mener, at indsatsen ikke har haft betydning for deres psykiske velvære.

En stor del af brugerne (47 %) mener, at de heller ikke får den psykiatriske behandling, som de har brug for. Denne oplevelse kan ses i lyset af, at der er en stor gruppe, som ikke får den nødvendig behandling inden for psykiatrien. Den 'light-udgave', som tilbydes i projektets regi, er ikke tilstrækkelig til at afhjælpe de problemer, der opstår som følge af de psykiske lidelser. Det viser sig også ved, at en tredjedel af brugerne (32 %) ikke har kontakt til andre instanser (praktiserende læge, psykiatrisk hospital, bostøtte, økonomisk sagsbehandler m.fl.) i forbindelse med deres psykiske lidelser. Det viser, at der fortsat fremover skal være fokus på brobygningen både til de praktiserende læger og til psykiatrien. Brobygningsarbejdet fungerer dog overordnet godt, da 66 % har haft kontakt til andre personer/instanser i forbindelse med deres psykiske lidelser, og af disse har 74 % oplevet, at den viden, begge parter har fået om deres psykiske lidelser, har haft en positiv betydning for samarbejdet.

Ovenstående viser dog, at der er plads til forbedringer. I denne forbindelse vil CfM i den nærmeste fremtid udvikle tilbuddene i den sociale behandling, så den i endnu højere grad understøtter behandlingen for denne brugergruppe. Dette vil ske via behandlingstilbud både i et ambulant tilbud med socialfærdighedstræning af brugere med ADHD, samt et bo- og efterbehandlingstilbud for brugere, som har været i stoffri døgnbehandling.

Komplians: Følger brugerne behandlingen?

En ting er, at brugerne modtager den psykiatriske udredning og efterfølgende behandling, men noget andet er imidlertid, om de følger den ordinerede behandling (= komplians).

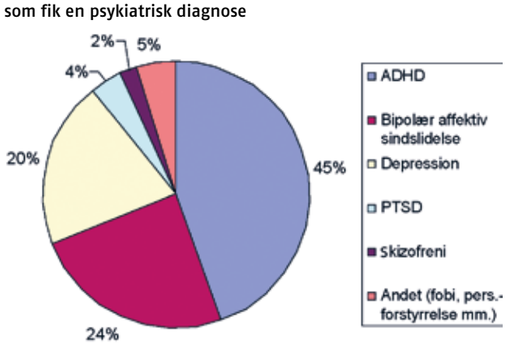
Dette kan blandt andet belyses ved at se, hvor mange der tager deres medicin. 54 % af brugerne angiver, at de altid eller oftest tager den ordinerede medicin. Samtidigt er der 39 %, som angiver, at de sjældent eller aldrig tager medicinen. 53 % mener, at medicinen i nogen eller i høj grad har en nyttig virkning. 19 % mener, at den kun i mindre grad eller slet ikke har nogen virkning.

Brugernes komplians har vi imidlertid også mulighed for at efterprøve ved hjælp af den tidligere omtalte stikprøve fra 2007. I denne stikprøve fik 113 brugere ordineret medicinsk behandling, men fulgte de så behandlingen? Tallene viser, at 52 % følger behandlingen regelmæssigt, 42% følger den uregelmæssigt, mens kun 6 % ikke køber den ordinerede medicin. Dette stemmer således godt overens med brugernes egne angivelser.

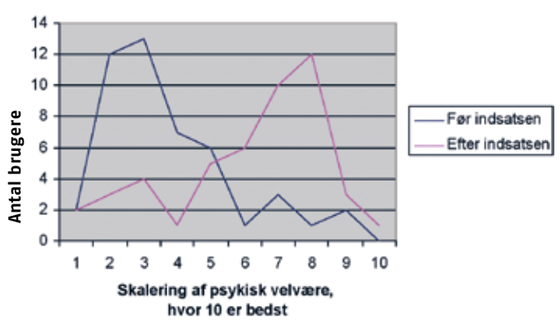
Til sammenligning viser forskellige studier af komplians blandt borgere, som er i langtidsbehandling for kronisk sygdom, at kun ca. 50 % af de lægeordinerede lægemiddeldoser bliver indtaget som ordineret. Generelt for alle patienter uanset type af sygdom eller behandling er det kun omkring en tredjedel af alle patienter, som følger en ordination fuldt ud, mens to tredjedele enten kun tager en del af den ordinerede medicin eller slet ikke tager de ordinerede lægemidler[1].

På den baggrund er det et rigtigt godt resultat, at 50 % af de udredte brugere har en høj komplians, da de er kendetegnede ved at være væsentligt mere belastede med mange forskellige problemer end normalbefolkningen.

FIGUR 1: Fordelingen af 1. diagnose for de 84 %, som fik en psykiatrisk diagnose



FIGUR 2: Oplevelsen af psykisk velvære



KIRSTEN S. FREDERIKSEN
UDVIKLINGSMEDARBEJDER PÅ
CENTER FOR MISBRUGSBEHANDLING I ÅRHUS

Konklusioner og anbefalinger

Projekt Bedre Udredning har haft stor betydning for indsatsen for sindslidende misbrugere. Det har betydet, at de involverede institutioner har haft mulighed for at tilbyde en kvalificeret indsats i forhold til brugernes psykiske lidelser, og det har ligeledes haft indflydelse på centrenes sociale indsatser, eksempelvis på misbrugsbehandlingen.

Projekt Bedre Udredning har først og fremmest til formål at nå de brugere, som har en ubehandlet psykisk lidelse med henblik på at forbedre deres psykiske velvære og dermed sætte dem i stand til at varetage andre livsaspekter såsom at indgå i misbrugsbehandling, starte i et beskæftigelsestilbud, indgå i et netværk m.m. Det er en brugergruppe, som ud over de vanskelige levevilkår, de deler med den samlede brugergruppe, har store problemer med deres psykiske helbred. Det er således et område, hvor det er nødvendigt med en skærpet indsats.

En vigtig anbefaling er at sikre en ubureaukratisk organisering med let tilgængelighed til de psykiatriske lægekonsulenter, hvor der ikke er mellemled mellem behandlerne og psykiaterne i forbindelse med booking, spørgsmål m.m.

Det er vigtigt at have en helhedsorienteret indsats, hvor der både tilbydes misbrugsbehandling og psykiatrisk udredning, samt at behandlernes viden om psykiske lidelser bliver opkvalificeret. Det samme gælder viden om de forskellige screeningsredskaber, der kan anvendes som indikatorer for, hvorvidt der skal igangsættes yderligere undersøgelser.

Evalueringen af projektet viser, at indsatsen særligt rammer følgende tre diagnosegrupper:

ADHD
- 44 % af de stillede diagnoser.

Bipolar affektiv sindslidelse
- 24 % af de stillede diagnoser.

Depression
- 24 % af de stillede diagnoser.

Over halvdelen af brugerne mener, at den psykiatriske udredning og behandling har haft nogen eller stor betydning for deres psykiske velvære og for deres misbrug. 54 % af brugerne tager altid eller som regel den lægeordinerede medicin, og af disse brugere oplever 92 %, at medicinen i nogen eller i høj grad virker.

Et år efter udredningen er misbrugs-status blandt brugerne således:

- 43 % er clean.
- 36 % har reduceret deres misbrug.
- 17 % har uændret eller forøget misbrug.

Hvad skal vi have fokus på fremover?

Projektet består først og fremmest af udredning og igangsættelse af behandling, og der har været problemer med at videreføre den medicinske behandling hos de praktiserende læger. Overgangen har ofte krævet tid og ressourcer, og der har været misforståelser og fejl. Men samarbejdet er blevet mere velfungerende under projektperioden. Blandt andet har det socialfaglige personale haft gode erfaringer med at ledsage brugerne til den første samtale med den praktiserende læge. Herigennem får personalet mulighed for at følge op med lægerne og sikre sig, at behandlingen forløber planmæssigt.

Derudover er samarbejdet med både lokal-, social- og behandlingspsykiatrien blevet bedre under projektet, selv om der stadig er en række problemstillinger i samarbejdet med psykiatrien.

Der er således et fortsat behov for brobygning mellem de praktiserende læger og psykiatrien i forbindelse med videreførelsen af den medicinske behandling, eller hvis der skal følges yderligere op med den psykiatriske indsats.

Slutteligt vil CfM som tidligere nævnt ligeledes have fokus på at udvikle de sociale behandlingstilbud, så de i endnu højere grad har fokus på denne brugergruppes særlige problemstillinger og behov. ■

NOTE

1 Lindberg et al.: Komplians ved behandling med lægemidler. Ugeskrift for læger, 2008;170(22):1912.

Unge, natklubber og stoffer: En undersøgelse af unges rekreative stofbrug

AF SIGNE RAVN

I efteråret 2008 påbegyndte jeg mit ph.d.-projekt på Center for Rusmiddelforskning. Paradoksalt nok blev dette samtidig startskuddet til et efterår med en række flashbacks til min gymnasietid i en jysk provinsby, idet jeg nu igen tilbragte et betragteligt antal nætter på mainstream diskoteker og natklubber. På den ene side var det en lidt mærkelig fornemmelse, men samtidig gav det rigtig god mening. I modsætning til for ca. ti år siden var mine intentioner denne gang imidlertid noget anderledes: Nu var jeg der ikke for at feste natten lang og hænge ud med mine venner, men for at udforske stederne med faglige mål for øje. Udstyret med en lille notatblok, et navneskilt, en god bunke spørgeskemaer og i selskab med et team af kolleger og studentermedhjælpere skilte jeg mig således noget ud fra de øvrige gæster på stederne, når jeg bevægede mig rundt.

Årsagen til disse natlige klubbesøg var, at mit ph.d.-projekt skulle omhandle danske unges rekreative stofbrug. Da ph.d.-projektet er en del af et større forskningsprojekt om unge, stoffer og alkohol (Youth, Drugs and Alcohol; YODA[1]), er det udformet i samarbejde med kollegerne på dette overordnede projekt. Det var her besluttet, at vores delprojekt skulle udformes som en såkaldt klubundersøgelse, dvs. en undersøgelse af unges eventuelle stofbrug på natklubber og diskoteker. Klubundersøgelsen blev designet som en kombination af kvantitative og kvalitative elementer: Dels ville vi gennemføre en spørgeskemaundersøgelse blandt diskotekernes og natklubbernes gæster, dels ville vi på etnografisk vis observere, hvordan natten udviklede sig på disse steder, og endelig skulle vi bruge vores besøg på diskoteker og natklubber til at få kontakt til unge, der kvalificerede sig til at være med i interviews ved at være aktive stofbrugere i større eller mindre grad. På den måde blev nætterne til tidlige morgener, alt imens vi fik produceret en stor mængde data.

Mit fokus er primært på den kvalitative del af klubundersøgelsen, dvs. de etnografiske observationer ude på diskotekerne samt interviewene, både fokusgruppeinterview og individuelle interview. Det perspektiv, jeg som sociolog lægger på denne empiri, skal belyse sociale relationer, identitetsskabelse, kollektive forståelser og det symbolske niveau i den måde, vi handler og interagerer med hinanden på. Det betyder fx, at jeg analyserer, hvilke aktiviteter unge forbinder med at gå på natklub, og hvad det betyder for stofbrugen der. Eller at jeg ser nærmere på de forhandlinger om fx en identitet som en 'ansvarlig stofbruger', som foregår i fokusgruppeinterviewene, ved at undersøge, hvordan de unge definerer grænser og regler for stofbrug, som må overholdes, for at man ikke af andre i gruppen opfattes som 'uansvarlig', 'langt ude' osv.; prædikater, som de færreste ønsker at få på sig.

Betegnelsen 'rekreativt stofbrug' er en anelse upræcis, men anvendes i dette projekt til at beskrive den form for stofbrug, som ikke opfattes som misbrug af brugeren selv. Det er således ikke mig som forsker, der vurderer dette, men de unge selv. Det centrale i dette studie er den måde, som deltagerne i undersøgelsen er udvalgt på: De unge, der har svaret på spørgeskemaer og deltaget i interview, er således hverken rekrutteret gennem behandlingssteder, terapigrupper, fængsler eller andre institutionelle sammenhænge, men er nogle, som vi har fået kontakt med ude på diskoteker og natklubber. Det betyder, at deres relation til det at tage stoffer er en anden end blandt interviewpersoner rekrutteret gennem eksempelvis de nævnte institutioner. Deres stofbrug er nemlig ikke på forhånd problematiseret eller sat ind i en negativ sammenhæng som noget, der må ændres på, og dette betyder noget for, hvilke fortællinger der kommer frem i interviewene. Det er altså denne rekrutteringsstrategi, der gør dette studie ret unikt: De stofbrugere, der indgår i undersøgelsen, udgør en central, men 'skjult' population i stofforsknings-sammenhæng. Central, fordi de langt hen ad vejen repræsenterer typiske danske unge - og skjult, fordi de er sværere at finde frem til og ofte er underrepræsenteret i nationale surveys om stofbrug. Ved at gå ud på natklubberne forsøger dette projekt således at møde disse unge i nogle for dem naturlige rammer.

Jeg er nu ca. midtvejs i projektet og prøver at få hold på nogle af den række af interessante tematikker, som der er at tage fat på. Ud over det tematiske indhold optager projektets metode-udviklende element mig også – det er spændende at være med til at udvikle en metode til at gennemføre klubstudier i Danmark. Klubstudier er relativt velkendte især i England, men fx også i USA, og det er udfordrende at tilpasse de erfaringer, man har gjort sig der, til en dansk kontekst. For at hente inspiration fra nogle af de internationale miljøer, der har større erfaring med denne slags undersøgelser, tilbragte jeg foråret 2009 på University of California, Berkeley. Dette internationale perspektiv kaster også lys på, hvad der er særligt ved danske unges festkultur, og det er derfor noget, jeg vil holde fast i. Endelig er det en motiverende faktor, at projektet – både mit eget ph.d.-projekt såvel som YODA-projektet – kan være med til at kvalificere og nuancere debatten om unge og stoffer i Danmark ved at bidrage med reel viden om, hvad der er på spil, og hvordan tingene ser ud fra de unges eget perspektiv. ■

FAKTA

Resultaterne fra YODA-projektet offentliggøres ved en pressekonference i efteråret 2010, hvor der samtidig udgives en bog på Hans Reitzels Forlag, henvendt til praktikere, undervisere m.fl. Ingen resultater vil være tilgængelige før til den tid.

NOTE

1 YODA-projektet ledes af professor Margaretha Järvinen, Sociologisk Institut, Københavns Universitet og SFI. Projektgruppen består desuden af adjunkt Jakob Demant, Center for Rusmiddelforskning, samt forsker Jeanette Østergaard, SFI. Projektet løber fra marts 2008 til december 2010 og har til formål at undersøge danske unges stofbrug, bl.a. i forhold til udbredelse, holdninger og kendskab til stoffer. Klubundersøgelsen er organisatorisk placeret under Center for Rusmiddelforskning og gennemføres af Jakob Demant og Signe Ravn.

OM FORFATTEREN
UDDANNELSE: CAND.SCIENT.SOC (SOCIOLOG) FRA KØBENHAVNS UNIVERSITET
ARBEJDSPLADS: ANSAT SOM FORSKNINGSASSISTENT PÅ CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING SIDEN MARTS 2008.
PH.D.-PROJEKTET UDFØRES FRA: AUGUST 2008 – AUGUST 2011.
MAIL: SR@CRF.AU.DK

CENTER FOR RUSMIDDELFORSKNING
DET SAMFUNDSVIDENSKABELIGE FAKULTET
AARHUS UNIVERSITET

Master i narkotika –og alkoholindsatser? Et uddannelsesløft på rusmiddelområdet

At arbejde på narkotika- og alkoholområdet kræver bred og solid viden. Ønsker du en masteruddannelse på narkotika- og alkoholområdet baseret på højt kvalificeret international undervisning? Så er muligheden der fra efteråret 2010 ved Aarhus Universitet.
På uddannelsen vil du fx blive undervist i samfundsfaglig rusmiddelteori, evidensbaseret praksis, kulturelle perspektiver på rusmidler, narkotika og kriminalitet skadesreduktion, brugerperspektiver og narkotikapolitik, og du vil afslutte med et masterprojekt, hvor du specialiserer dig efter eget valg.
Uddannelsen er for dig, der har praktisk erfaring inden for området, og som ønsker at bygge ekstra teoretisk forskningsbaseret viden ovenpå. Inden for narkotika- og alkoholområdet vil uddannelsen opkvalificere dig til, at:

- **Implementere og lede indsatser**
- **Kritisk vurdere forskning, politiske beslutninger og praksis**
- **Evaluere, monitorere og vidensdele**
- **Styrke din evne til at formidle ideer til forskellige målgruppe**r

Masteren tages på deltid over 2 år og er fleksibelt tilrettelagt, så det er muligt at forblive i arbejde, mens du uddanner dig. Således foregår en stor del af undervisningen via e-læring: du modtager undervisning (på engelsk) af erfarne fagfolk fra udenlandske universiteter, indgår i kritiske diskussioner med andre europæiske og danske studerende - og forbliver i Danmark.

Er du interesseret kan, du læse mere om uddannelsen i STOF nr. 13, s. 64.
Du er også velkommen til at kontakte masterkoordinator: Torsten Kolind, Center for Rusmiddelforskning, tlf. 8942 6936, e-mail: tk@crf.au.dk.
Se også: www.crf.au.dk og www.emdas.eu

At være klædt på til arbejdet med stofbrugere

Det er ikke viden om misbrugsbehandling, der mangler– men bliver den brugt? Og hvis ikke – hvorfor? Lige nu er to undersøgelser i gang med at afdække disse spørgsmål.

AF BIRGITTE THYLSTRUP & KATHRINE BRO LUDVIGSEN

Denne artikel er en beskrivelse af to undersøgelser - en praksisundersøgelse og en spørgeskemaundersøgelse - der retter sig mod misbrugsbehandling i Danmark. Et fælles udgangspunkt for projekterne er, at indhentning og læring af faglig viden og kompetencer inden for misbrugsområdet er centralt for, at medarbejderne kan udføre et kvalificeret arbejde. Samtidig skal viden og kompetencer passe til medarbejderens arbejdsområde for at komme i spil i den daglige praksis, og her bliver arbejdspladsens prioritering af medarbejderens faglige opkvalificering og mulighed for at anvende den i arbejdet afgørende: Én ting er at være godt nok klædt på hjemmefra – en anden ting er, hvilket arbejdstøj man får udleveret, og om det passer til de reelle arbejdsopgaver. Man kan også spørge: Hvad skal der til, for at medarbejderen 'klædes' fagligt forsvarligt på? Hvordan kan den faglige viden komme i spil, så den reelt opkvalificerer behandlingsarbejdet - og hvilken rolle spiller den enkelte medarbejder - og arbejdspladsen – med hensyn til at få denne viden i spil?

I denne artikel beskriver vi kort aktualiteten af vores overvejelser, og hvordan de to projekter, vi er involverede i, sigter på at afdække, hvordan faglig viden bliver indhentet og anvendt i arbejdet inden for misbrugsbehandling. Det er vores hensigt, at vi i næste nummer af STOF vil beskrive resultaterne af vores undersøgelser og perspektivere dem i forhold til hinanden.

Hvorfor nu?

Aktualiteten af projekterne understreges af SFI's længe ventede rapport om misbrugssituationen i Danmark, der landede med et brag i oktober 2009[1]. Braget skyldtes ikke kun, at rapporten bestod af 6 bøger, som indeholdt en omfattende statusundersøgelse af den eksisterende misbrugsbehandling i Danmark. Rapportens genlyd skyldtes også, at nogle af nedslagspunkterne var ganske kritiske. Nogle af disse er:

- at der i ringe grad bliver udarbejdet sociale handleplaner for stofbrugere i behandling
- at en stor del af de 1.279 interviewede brugere ønsker mere social behandling
- at en stor del af de interviewede brugere, som angiver at have psykiske eller fysiske problemer, ikke føler, at de får tilstrækkelig hjælp til disse problemer
- at over halvdelen af brugerne, som angiver at have problemer i forhold til deres børn, ikke oplever at få tilstrækkelig hjælp i forhold til disse problemstillinger.

Rapporten peger altså på, at der stadig er behov for at styrke den helhedsorienterede behandlingsindsats over for stofbrugere. I den bredere funderede indsats indgår både et tættere og mere gensidigt samarbejde med jobcentrene og de psykiatriske afdelinger samt en mere fokuseret opkvalificering af medarbejderne i behandlingen af brugernes psykiske lidelser, herunder screening og udredning af disse lidelser.

Det er givet, at rapportens nedslagspunkter vil blive omdrejningspunkt for diskussioner, der vedrører den videre udvikling og opkvalificering inden for misbrugsområdet i Danmark. For eksempel har formanden for KL's Social- og Sundhedsudvalg, Tove Larsen, reageret på rapporten og udtalt, at 'det er dybt beklageligt, at kommunerne ikke i højere grad har fået udarbejdet handleplaner. Det er lovpligtigt, og derfor er der ingen undskyldning for, at arbejdet ikke bliver gjort.'[2] Derudover bakker Tove Larsen op om rapportens anbefalinger vedrørende opkvalificering af screening af psykiske og psykologiske problemer og vil i samarbejde med indenrigs- og socialministeren se på, hvilke initiativer der skal til for styrke kvaliteten af kommunernes behandlingsarbejde, ligesom der påtænkes en styrkelse af handleplanerne.

Dilemma

SFI's rapport har altså aktualiseret den løbende diskussion om, hvordan medarbejdere, der arbejder med misbrugere, kan blive klædt bedre på, eksempelvis i form af grund- og videreuddannelser samt kurser, der retter sig mod specifikke områder inden for misbrugsbehandling.

Ud over at være relevant peger diskussionen også på et dilemma: Der findes en hel del produceret viden om misbrugsbehandling, som i øjeblikket formidles i form af blandt andet kurser, konferencer, diplomuddannelser og - for nogle faggrupper - mulighed for specialistuddannelse. Samtidig skrives der mange videnskabelige og faglige artikler og bøger, som konkurrerer med den viden, man kan få via hjemmesider på internettet.

På den ene side vidner de mange valgmuligheder om, at misbrugsbehandling er et felt i fortsat udvikling, hvor der er fokus på både læring og dialog inden for eller imellem faggrupper.

På den anden side kan man undre sig over, at der samtidig er en oplevelse af manglende faglig viden og kompetencer inden for feltet. Skyldes det, at produktionen og formidlingen af viden er så stor og uoverskuelig, at den har udviklet sig til en jungle, der er svær at finde rundt i? Eller er det, fordi en del af formidlingen reelt ikke er særlig kvalificeret eller brugervenlig? Endelig kan man spørge, om det er nok at jungleekspeditionen lykkes, og medarbejderen har indhentet ny viden og kompetencer? Det sidste spørgsmål skyldes, at den praktiske anvendelse af ny viden og kompetencer på arbejdspladsen kan være en stor udfordring. For eksempel kan den nye viden eller de nye kompetencer forblive en individuel oplevelse, altså være noget, som den eller de enkelte medarbejder(e) har tilegnet sig, men som ikke kommer til at indgå som en opkvalificering af hverdagspraksis. Det er ikke usædvanligt, at mangel på ressourcer på arbejdspladsen gør, at støtte til implementering af ny viden og kompetencer ikke har førsteprioritet. Det kan for eksempel skyldes stort klientload, høj klientratio pr. behandler, (for) mange administrative arbejdsopgaver, som først skal tilgodeses etc. Andre gange sker indhentning af viden og kompetencer i så hurtigt et tempo, at der ikke er tid til at omsætte det til en gennemarbejdet arbejdspraksis, før de næste kursusdage inden for et nyt vigtigt område kommer på tale.

De to undersøgelser, vi er i gang med, sigter på at afdække nogle af grundene til dilemmaet omkring tilegnelse og praktisk anvendelse af faglig viden og kompetencer inden for misbrugsbehandling. Undersøgelserne er forskellige på nogle områder (blandt andet metodemæssigt), men har også afgørende fællestræk. Begge projekter undersøger medarbejdernes oplevelse i stedet for at undersøge ledernes eller eksperternes anbefalinger på området. På den måde håber vi at kunne bidrage til debatten om vi-

BIRGITTE THYLSTRUP
PSYKOLOG, PH.D.
KATHRINE BRO LUDVIGSEN
ANTROPOLOG
BEGGE KABS-VIDEN, GLOSTRUP KOMMUNE

dereudviklingen af kvalificeret misbrugsbehandling i Danmark med perspektiver fra 'frontkæmperne'.

Om projekterne

Det ene projekt, 'Vidensformidling og anvendelse', har til formål at afdække, hvordan 5 af de primære faggrupper inden for misbrugsbehandling (pædagoger, socialrådgivere, læger, sygeplejersker og psykologer) oplever og anvender den eksisterende vidensproduktion inden for misbrugsområdet: Opleves den som tilgængelig, formidlingsvenlig og praktisk anvendelig? Hvor meget viden indhentes der og hvorhenne?

Som en del af undersøgelsen af forholdet mellem 'best practise' og opkvalificering af misbrugsbehandling undersøges faggruppernes egne oplevede behov for videreuddannelse og opkvalificering, et område, der samtidig spiller en rolle for fastholdelse og faglig udvikling af medarbejderne.

Dataindsamlingen til projektet er på nuværende tidspunkt i gang, og der satses på at indhente minimum 50 til maksimum 100 spørgeskemaer inden for hver faggruppe. Spørgeskemaerne uddeles og udfyldes både ved professionsfaglige temadage, besøg på regionale misbrugsbehandlingssteder i Danmark samt individuelt rettede henvendelser til medarbejdere inden for de enkelte faggrupper.

Det andet projekt, 'Praksisforskning vedr. kvalitetssikring i behandlingsarbejdet', er en intern undersøgelse på en behandlingsinstitution for misbrugere. Formålet med undersøgelsen er at afdække barrierer og vanskeligheder i behandlingsarbejdet (med særligt fokus på dokumentation) samt at undersøge, om den pågældende behandlingsinstitutions behandlingskultur kan synliggøre mulige problematikker/løsninger i forhold til opkvalificering af behandlingsarbejdet: Hvilke barrierer og vanskeligheder møder behandlerne i det daglige arbejde? Hvordan er de klædt på til såvel det skriftlige som det praktiske arbejde? Hvordan håndteres og efterleves dokumentationskravene, og er disse krav forenelige med, hvad behandlerne forstår ved god behandling?

Undersøgelsen tager udgangspunkt i antropologiske metoder og omfatter således deltagerobservation på forskellige afdelinger, herunder møder og samtaler med brugere, kvalitative interview med behandlere samt gennemgang af diverse dokumenter og brugerjournaler. Derudover vil undersøgelsen omfatte en række fokusgrupper med behandlere på tværs af afdelingerne i den pågældende behandlingsinstitution.

Formidling af resultater

Begge undersøgelser forventes færdige i løbet af foråret 2010. Ud over formidlingen af den enkelte undersøgelse vil vi i næste nummer af STOF som sagt også perspektivere dem i forhold til hinanden. På gensyn!

NOTER

1 Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Hovedrapport. SFI 2009. www.sfi.dk
2 www.kl.dk/social-service/artikler/63995/2009/09/misbrugere-med-psykiske-problemer-skal-udredes/

UDFORDRENDE MØDER

En undersøgelse af møder mellem sygeplejersker og indlagte personer med afhængighedsforhold til illegale rusmidler på medicinske afdelinger.

Nanna Kappel

Ph.d. afhandling. 310 sider, 248 kr. Forskerskolen i Livslang Læring. Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning. Roskilde Universitet. August 2009. Forhandles hos RUC-Bogladen. www.slbook.dk.

Stofbrugere bliver i forbindelse med hospitalisering udsat for stigmatiseringsbevægelser og skift af statuslag og positioner i mødet med sundhedsvæsenets professionelle. I følelsesmæssige møder mellem sårbare individer sker der læreprocesser, fortolkninger og forhandlinger. Disse analyseres med brug af mikrosociologiske metoder og temaer som ikke-anerkendelse, socialt rollearbejde, identitetsdannelse, skam, skabelsen af afviger-kategoriseringer og stigmatisering - med sigte på at skabe større viden med henblik på sundhedsfremmende skadesreduktion for denne gruppe.
Forsvar for afhandlingen fandt sted den 13. november 2009.

SERVICESTYRELSEN

Unges Misbrug – viden til fagpersoner

AF LARS MESSELL & MAJ EUN HERLØW, SERVICESTYRELSEN

Unges Misbrug er et landsdækkende videnscenter, der er sat i verden for at give en håndsrækning til kommunerne i deres faglige indsats for at forebygge og håndtere udviklingen af misbrug blandt unge. Håndsrækningen består i at tilbyde kommunerne og deres fagpersoner rådgivning, viden og konsulentstøtte til opkvalificering af indsatserne. Fagpersoner er de voksne, som har med unge at gøre i undervisningssektoren, fritidssektoren eller i det sociale hjælpesystem.

Ved de årlige forhandlinger om, hvad Satspuljen skal anvendes til på udsatteområdet, vedtog de politiske partier i 2007 en socialpolitisk strategi, som fik navnet 'Lige Muligheder'. Strategien gik ud på at iværksætte en særlig hjælpe- og støtteindsats over for børn og unge, som havde om ikke alle så i hvert fald mange odds imod sig i kraft af at have vanskelige opvækstvilkår. Strategien er blevet udmøntet i 16 projekter[1], og Unges Misbrug er et af dem.

Baggrunden er, at en relativt stor del af unge under 18 år har eller er på vej til at få problemer med rusmidler – alkohol eller stoffer. Det drejer sig efter forskeres mening om 6-8 % af de unge. Mange af disse unge har brug for hjælp eller støtte for ikke at udvikle et egentligt misbrug.

Mange fagpersoner har svært ved at forholde sig fornuftigt til disse unge. I stedet for at bruge deres faglighed fokuserer de udelukkende på de unges rusmiddelproblemer og overser derved, at mange af disse unge også har en række andre problemer, der måske i virkeligheden skal løses først. Eller de ignorerer simpelthen rusmiddelproblemerne i det ofte naive håb, at det nok går over af sig selv. Eller de tænker, at det kan de ikke forholde sig til og ringer til kommunens misbrugscenter. Men rigtig meget af det forebyggende arbejde skal i virkeligheden udføres af de almindelige voksne, som har med de unge at gøre - skolelærerne, klubmedarbejderne, AKT-lærerne, kommunens sagsbehandlere osv.

Når Unges Misbrug har været forbi i en kommune, skulle det meget gerne være sådan, at kommunens fagpersoner er blevet dygtigere til at opspore og støtte de unge, som har problemer knyttet til deres forbrug af rusmidler. Det drejer sig om unge mennesker, hvor rusmidlerne er på vej til at tage styringen – unge, der bruger rusmidler som et middel til at løse problemer i deres liv, men hvor rusmidlerne er på vej til at blive et nyt problem for dem oven i de andre problemer, de har.

Hvad tilbyder Unges Misbrug?

Faglig viden på en hjemmeside

Unges Misbrug oprettede i oktober 2009 hjemmesiden www.unges-misbrug.servicestyrelsen.dk, hvor fagpersoner kan hente noget af den viden, der er brug for i arbejdet med unge.

Rådgivning

Generelt tilbyder vi rådgivning om

- En konkret ung
- Grupper af unge
- Helhed i indsatsen for den enkelte unge eller grupper af unge
- Koordinering af en kommunes forskellige indsatser
- Samspillet mellem lovgivningerne på området

Vi har i skrivende stund (november 2009) endnu ikke fået så mange henvendelser til rådgivningen, at der tegner sig et mønster af, hvordan vores rådgivning vil blive benyttet.

Konsulentstøtte

Konsulentstøtte er et gratis tilbud om at opkvalificere kommunens indsats over for unge med misbrugsproblemer. Næstved Kommune er i øjeblikket 'forsøgskanin' for 'Den Store Pakke':

Den Store Pakke

Konsulentstøtten varer ca. 1 år, og vi tilbyder blandt andet i samarbejde med kommunerne, at:

- Drøfte, hvad kommunen kan/vil/bør udvikle i sin indsats
- Hjælpe kommunen med at udvikle en strategi for det tværfaglige samarbejde i indsatsen: organisering af indsatsen, tværfaglige fora, nøglepersoner etc.
- Udvikle en handleguide til kommunens fagfolk om arbejdet med unge med rusmiddelproblemer
- Rådgive kommunen om, hvordan den udviklede strategi og handleguide kan implementeres
- Planlægge fælles tværfaglige ledelses- og medarbejdermøder og temadage
- Arrangere undervisning af tværfaglige grupper i kommunen

Den Lille Pakke

Den Lille Pakke omhandler undervisningsforløb, suppleret med den nødvendige konsulentbistand/processtøtte. Vi kan tilbyde undervisning inden for fx følgende områder:

- Rusmiddelpolitikker (holdningsarbejde)
- Metoder i arbejdet med unge med rusmiddelproblemer
- Viden om rusmidler
- Samarbejde omkring den unge, samtaletræning og styrket samarbejde med andre i kommunen
- Hvordan man kan opbygge et godt og funktionelt netværk mellem fagfolk

Konferencer og temadage

Unges Misbrug vil afholde en konference årligt suppleret med temadage, når vi kan se, at der er behov for det.
Den første konference blev afholdt i december 2009 og handlede om faglighed og metoder med oplæg, workshops og teaterforum. Der var plads til 220 deltagere, men da tilmeldingsfristen udløb, havde vi fået mere end 600 tilmeldinger. Det tager vi som et tegn på, at fagpersonerne har brug for input, dialog og et mødeforum om unges misbrug. For ikke at skuffe alt for mange af de tilmeldte besluttede vi at gentage konferencen i januar 2010. Du kan læse om, hvad der blev sagt, og hvad der skete på konferencen ved at klikke ind på Unges Misbrugs hjemmeside.
Unges Misbrug er p.t. bemandet med 6 konsulenter fra Indenrigs- og Socialministeriets Udsatteenhed i Servicestyrelsen

NOTE

1 http://www.ism.dk/Puljer/satspulje/Sider/Start.aspx
Udmøntning af satsreguleringspuljen for 2008, side 13-21.

Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv

I 2007 tog Indenrigs- og Socialministeriet en række initiativer til at løfte kvaliteten i den sociale behandlingsindsats for stofmisbrugere. Bogen 'Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv' er et af disse initiativers resultater.
I bogen beskrives en række temaer, knyttet til mennesker med stofmisbrugsproblemer, og tilbud, der kan være relevante – enten i forhold til stofmisbruget eller i forhold til de mange andre sociale problemer, der kan være årsag til misbruget eller virkning af det. Bogen tænkes anvendt af fagpersoner på området, som enten kan søge inspiration, blive introduceret til områdets temaer eller blive henvist til andre publikationer, hvis interessen stikker dybere. Bogens faglige indhold bygger på allerede publiceret forskning og fagartikler.
Målgruppen for bogen er både fagpersoner med et begrænset kendskab til området, der har brug for et hurtigt overblik, og fagpersoner, som har arbejdet mange år på stofmisbrugsområdet, men ønsker viden om emner, der ligger uden for deres erfaringsområde, fx visitatorer, behandlere og sagsbehandlere med kontakt til stofmisbrugere i deres daglige arbejde. Det skal understreges, at bogens målgruppe også omfatter fagpersoner, der har kontakt med stofmisbrugere i andre sammenhænge end misbrugsbehandling.
Sigtet med bogen er at samle op på den eksisterende viden om stofmisbrugsområdet i Danmark og derigennem, at Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv kan bidrage til refleksion over arbejdet for mennesker med stofmisbrugsproblemer.
Bogen bliver udgivet i foråret 2010 og vil være gratis.
Den vil kunne bestilles på: www.servicestyrelsen.dk

Konference om den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark
Den 12. april 2010 afholder Servicestyrelsen en konference på Odense Congress Center med fokus på den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Konferencen vil være for behandlere, sagsbehandlere og andre, der arbejder med stofmisbrugere. Program for dagen vil blive offentliggjort på www.servicestyrelsen.dk i starten af 2010.

Hvis du har spørgsmål til bog eller konference, er du velkommen til at kontakte
Mette Kronbæk mkr@servicestyrelsen.dk
eller Mette Lykke Lauridsen mll@servicestyrelsen.dk

SFI udgav i september 2009 en rapportserie i 7 dele om den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Undersøgelsen, der er bestilt og finansieret af Servicestyrelsen, omfatter omkring 2.250 nuværende og tidligere misbrugere, cirka 300 pårørende og en række behandlingsledere, kommunale medarbejdere og visitatorer.
Undersøgelsen giver et overblik over behandlingstilbuddene til danske stofmisbrugere, afdækker bl.a. hvilke sociale behandlingsydelser stofmisbrugerne modtager og hvilke metoder behandlingsstederne anvender. Blandt konklusionerne er, at næsten halvdelen af misbrugerne modtager social behandling af en lav intensitet, at en stor del af misbrugerne har psykiske, sociale og fysiske problemer og at flertallet oplever, at de ikke får tilstrækkelig hjælp til at håndtere problemerne.
Forskerne bag undersøgelsen anbefaler forbedringer af den sociale stofmisbrugsbehandling i form af fx mere behandling og flere tilbud om psykologsamtaler. Men forskerne understreger også, at der er brug for bedre uddannelse af behandlingspersonalet.
Rapporterne kan downloades fra www.sfi.dk

Social Årsrapport 2009
Udgivet i et samarbejde mellem CASA og Socialpolitisk Forening. Socialpolitisk Forlag.

Pris kr. 125 + moms.
Downloades fra www.casa-analyse.dk
Temaet for Social Årsrapport 2009 er 'Borgerlig socialpolitik?'. Der har været tale om et kursskifte i dansk socialpolitik siden 2001. En række bidrag gennemgår elementer og konsekvenserne af den borgerlige socialpolitik, fx konsekvenser af incitamentspolitikken, konsekvenser af lave sociale ydelser, konsekvenser af kommunalreformen, konsekvenserne for de socialt dårligst stillede m.v.
Social årsrapport giver en status og overblik over situationen på det sociale område. I det seneste år er den socialpolitiske udvikling blevet stærkt påvirket af den økonomiske krise. Det har resulteret i negativ økonomisk vækst, en faldende beskæftigelse og et stort underskud på de offentlige budgetter. Det er en alvorlig situation, fordi det har en række afledede sociale konsekvenser.

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

Grafisk tilrettelæggelse:
Lucky Seven / Info@lucky7.dk
Assistent: Jønsson
Korrektur: Leif Aidt
Tryk: Zeuner Grafisk A/S
Oplag: 3.000
ISSN: 1397 – 3385

Redaktionen afsluttet
23. december 2009
Deadline for næste nummer:
31. marts 2010
STOF nr. 15 udkommer sommer 2010

ABONNEMENT:
Tilmelding på www.stofbladet.dk
Spørgsmål vedr. abonnement,
samt artikler og indlæg, sendes til:
bj@crf.au.dk

POSTADRESSE:
STOF / CRF København
Artillerivej 90, 2
2300 København S

STOF udsendes gratis til en lang række myndigheder, institutioner og fagfolk på stofmisbrugsområdet. STOF udgives af Center for Rusmiddelforskning via en bevilling fra Indenrigs- og 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.

Kære Stof

REDAKTIONEN VIL GERNE HØRE DIN MENING:
Hvorfor læser du bladet? Hvad er godt? Hvad kunne forbedres? Hvordan ville livet være uden STOF? Er hjemmesiden som den skal være? Er der funktioner, du savner? Vil du gerne blogge med forfatterne? Vil du gerne per mail orienteres om konferencer, kommende temaer i STOF mv? Er der emner du kunne tænke dig artikler om? Kunne du godt tænke dig at skrive til STOF? Skal vi have flere bog anmeldelser/omtaler i STOF? Kunne du tænke dig at være anmelder på bøger, du selv synes er interessante?

TEMAER under forberedelse:
'Minnesota og Fælleskaberne' (AA, NA osv.), Udsatte kvinder, Pårørende, Heroin. Kunne du tænke dig at bidrage til et af disse emner, eller har du forslag til os?

KONKURRENCE:
Blandt besvarelser modtaget inden 20. februar trækkes lod om en sand raritet: 'Stimulanser' redigeret af professor Knud O. Møller, Gyldendal. Kbh. 1945 - det første store værk på dansk om rusmidler med artikler om Nydelsesmidler og Rusgifte, Forfaldenhed, Eksotiske folk, Kaffe og Te, Nikotin, Alkohol, Sovemidler, Amfetamin, Opium og morfin, Kokain, Eksotiske rusgifte og Rusgifte i juridisk belysning. I alt 338 sider.

SEND EN MAIL TIL STOF PÅ BJ@CRF.AU.DK
Husk at skrive navn og adresse i dit svar, hvis du ønsker at deltage i konkurrencen.

Kære Stof.....

STOF, CRF
Dopenhagen
Artillerivej 90, 2.sal
2300 Kbh. S

STOF / CRF København
Artillerivej 90, 2
2300 København S

B

Returneres ved varig adresseændring

POST
PP DANMARK