SLOF

VIDEN OM RUSMIDLER OG SAMFUND

NR. 34 / EFTERÅR 2019

STOF

STOF/Center for Rusmiddelforskning
Bartholins Allé 10, bygn. 1322, 8000 Aarhus C

Kontakt (også om abonnement):
stof@crf.au.dk
Læs mere om STOF eller om abonnement på
www.rusmiddelforskning.dk/stof

Redaktion:
Torsten Kolind (ansvarshavende)
Karina Luise Andersen (redaktør)
Marianne Pilegaard (journalist)

Grafisk tilrettelæggelse:
walk.agency

Illustrationer:
Mathilde Vesterherup

Korrektur:
Niels Sørensen

Forsidefoto:
Billede fra Marionet Teatrets 50 års jubilæum.
Foto: Joachim Adrian/Politiken/Ritzau Scanpix

Tryk:
We Produce

Redaktionen afsluttet:
15. august 2019

ISSN:
1397-338X

Oplag:
3500

MIX
Papir fra ansvarlige kilder
FSC® C041505

STOF nr. 35 udkommer i foråret 2020

Hvis du gerne vil vide mere om rusmiddelforskning, så følg Center for Rusmiddelforskning på vores Facebookside 'Rusmiddelforskning' eller på vores twitterprofil @CRF_aarhus

Du kan også modtage vores nyhedsbrev, som udkommer via mail ca. hver anden måned. Du finder tilmeldingslink på forsiden af www.rusmiddelforskning.dk.

STOF udgives af Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, på bevilling fra Socialstyrelsen. Bladet indeholder både artikler fra forskere på Center for Rusmiddelforskning og fra andre forskere og praktikere. Artikler i bladet dækker derfor ikke nødvendigvis redaktionens eller Center for Rusmiddelforsknings synspunkter, men er baseret på forfatternes egen faglige viden, perspektiver og tilgange.

Artikler eller større uddrag må gengives med kildeangivelse.

Ønsker du at abonnere på STOF?
Så send mail til stof@crf.au.dk Bladet udkommer tre gange om året, og abonnementet er gratis.

OBS. Hvis du som abonnent flytter til en ny adresse, så er det vigtigt, at du meddeler det til os på stof@crf.au.dk, da din adresse ikke automatisk bliver opdateret hos os. Dette gælder også, hvis du modtager STOF på din arbejdsplads og skifter job.

Idéer og forslag til nye artikler er også altid meget velkomne. Skriv til stof@crf.au.dk

Hvis du ikke selv ønsker at skrive en artikel, men måske har faglige spørgsmål eller emner, du ønsker at foreslå os at skrive om i STOF, så hører vi også meget gerne fra dig.

Læs mere på www.rusmiddelforskning.dk/stof

Læs mere på www.rusmiddelforskning.dk/stof

Viden om rusmidler og samfundet: Magt

Karina Luise Andersen er
cand. mag. og redaktør på STOF

Velkommen til STOF nr. 34 med temaet 'magt'.

Hvor meget magt er der egentlig på spil mellem mennesker, borgere og institutioner i demokratiske samfund som vores? Magt forstås ofte som noget, der mest eksisterer i totalitære dele af verden, hvor ytringer og adfærd bliver kontrolleret meget direkte fra øverste sted. Men hvordan udøves magt i Danmark ud over den mere overordnede regulering, der har til hensigt at skabe plads og rum til alle: stat, lovgivning, børneopdragelse og deslige?

Magt kan komme i mange former mellem mennesker. Den kan være direkte og synlig for alle, og den kan være delvist synlig og dermed tydelig kun for dem, der har mærket den på egen krop og sind. Magt kan også være så godt som usynlig for både dem, der udøver magten og dem, der underlægges den, ofte fordi alt jo "bare er, som det plejer", og der måske ikke findes foranledning til at sætte spørgsmålstegn herved.

Magt ligger i de utallige sociale "forhandlinger", vi som mennesker indgår i hver dag gennem hele livet i stort og småt. I familien, venskabskredsen, arbejdsmiljøet, samfundet og verden. De fleste prøver at skabe en balance, hvor der er plads til alle, og hvor ingen behøver opleve sig direkte reguleret af andre, eller i værste fald undertrykt. Men samfundsmæssige strukturer, sociale forskelle, kulturelle forståelser, moralske forestillinger om rigtigt og forkert og om godt og ondt, får ofte "forhandlingerne" om plads til både os selv og andre til at være på let gyngende grund. Og det at stå stille for at lytte til både sig selv og hinanden for at undgå de værste dønninger kan til tider være vanskeligt, når mennesker blot er mennesker. Men ikke desto mindre må det til stadighed være idealet.

I dette nummer af STOF vil vi undersøge magt på rusmiddelområdet fra forskellige vinkler. Magt er som udgangspunkt ikke direkte omtalt i de enkelte artikler, men lægger sig som et tematisk tæppe under hele bladet. Her omtales både magtrelationer, magtmennesker, stigmatisering, kampen for frihed eller inddragelse og afgrænsning af samme, magt - og afmagt - i forhold til sig selv, sin krop, sind eller i forhold til andre: børn, unge og voksne. Perspektiver uden for landets grænser får vi også med, når UNICEF med fotografier og tekst fortæller om tilværelsen for børnesoldater i Sydsudan, hvor rusmidler er et middel til både undertrykkelse og til lindring.

Læs også de spændende uddrag fra Peter Øvig Knudsens seneste bog 'Min mor var besat' udvalgt af Peter Øvig Knudsen selv til STOFs læsere. I dette nummers 'Stemmer fra Siden' finder du et portræt af Fredericias tidligere borgmester Thomas Banke, mens formand for Rådet for Socialt Udsatte Jann Sjursen er hovedperson i '5 hurtige til…'. Dette nummers 'Ildsjæl' er Sofie Weinreich Engell, leder af herberget Grace i København, og på bagsiden af STOF er 'Folkeklubbens' fine tekst fra sangen 'Men ikke endnu en vinter', der behandler magt på sin helt egen måde…

Rigtig god læselyst!

Karina Luise Andersen
Redaktør

I år fylder Center for Rusmiddelforskning 25 år, og det vil vi gerne fejre sammen med STOFs læsere. Vedlagt dette nummer af STOF finder du derfor centrets jubilæumshæfte fyldt med spændende viden om det seneste kvarte århundredes rusmiddelforskning, viden og samfund.

Indholdsfortegnelse

6 **Forord**

AF KARINA LUISE ANDERSEN

8 **Unge indsattes erfaringer med stofreducerende indsatser**

Fokus på unge indsattes perspektiver på og erfaringer med stofreducerende indsatser i danske fængsler og arresthuse

AF CECILIA RAND, MARIA D. HEROLD OG VIBEKE A. FRANK

14 **Et neuroudviklingsblik på rusmiddelbrug blandt teenagere: Anbefalinger til behandling**

At se på rusmiddelbrug blandt teenagere fra et neuroudviklingsperspektiv kan være med til at udvikle nye retninger i behandling

AF SARAH W. FELDSTEIN EWING OG KRISTINE RØMER THOMSEN

20 **Behovet for tilstedeværelse i det sociale arbejde**

Hvad karakteriserer social marginalisering? Og hvilke konkrete praksisser står centralt i det sociale arbejde med socialt udsatte borgere i Danmark?

AF LOUISE CHRISTENSEN

24 **Et højt tempo i studielivet får studerende til at bruge medicin**

Vi lever i et samfund, hvor travlhed giver anerkendelse, og hvor uddannelsesreformer sætter pres på studerendes tid og hverdag. Nogle studerende ser medicin som et middel til at håndtere tid og følge med

AF LEA TRIER KRØLL

30 **Den uproduktive borger, stofbrug og nye stigmatiseringsmønstre ?**

Er der mennesker med stofbrug i nutidens danske samfund, der oplever sig stigmatiserede af autoritetspersoner? Det har vi undersøgt på VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

AF DITTE ANDERSEN OG MALENE LUE KESSING

Stemmer fra Siden:

36 **”Min hjerne og jeg blev forelsket i OxyContin”**

Interview med Fredericias tidligere borgmester Thomas Banke om hans personlige og arbejdsmæssige deroute på grund af overforbrug af smertestillende medicin

AF KARINA LUISE ANDERSEN

42 **Med Peter Øvig Knudsens ord**

Uddrag af forfatteren Peter Øvig Knudsens nyeste bog 'Min mor var besat'. Peter Øvig Knudsen har personligt udvalgt siderne til STOFs læsere

48 **Børnesoldater presses til brug af stoffer**

UNICEFs medarbejdere i Sydsudan fortæller, hvordan de hjælper tidligere børnesoldater med at komme sig efter livet som soldat, hvor drab og voldtægt er en del af hverdagen, og stoffer og alkohol bruges som både tvang og lindring

AF STENER VOGT OG HELENE SANDBU RYENG

56 **Medicinen styrede Gerts liv**

Gert Woldum levede i et dagligt smertehelvede gennem flere år. Han bad sin praktiserende læge om mere og mere morfin og blev til sidst afhængig. Redningen var et tværfagligt forløb på Silkeborg Smerteklinik

AF LISE MØLLER SCHILDER

62 **Haslev Krisecenter tilbyder som de første i Danmark hjælp til voldsudsatte kvinder med misbrug og/eller psykiske lidelser**

På det nye kvindekrisecenter i Haslev anerkender personalet, at stoffer og alkohol kan være et udtryk for handlekraft og overlevelse i en voldelig relation

AF NANNA STÆRMOSE

68 **Det er ikke nok med en ny indsats**

Ny undersøgelse fra VIVE har fokus på effektive metoder til social misbrugsbehandling af stofbrugere med ADHD

AF LOUISE HØYER BOM, NICHLAS PERMIN BERGER OG LARS FYNBO

76 **Unge med dobbeltdiagnose har behov for skræddersyet hjælp: Nye perspektiver på unge med dobbeltdiagnose**

Hvordan styrker vi bedst indsatsen overfor unge, som er ramt af dobbeltdiagnoser/dobbelt belastning? Dét har Helsefonden taget initiativ til at få belyst gennem Alliancen – et netværk, hvor unge, forældre og fagpersoner har delt viden og perspektiver

AF SUSANNE PIHL HANSEN OG PETER JENSEN

82 **Nye perspektiver på behandling af unge med dobbeltdiagnose: Unge og forældres råd til hjælpesystemerne**

Alliancens unge og forældre drøftet på workshops, både hver for sig og sammen med fagpersoner

AF SUSANNE PIHL HANSEN OG PETER JENSEN

86 **Splittet mellem hjælp og risici: dilemmaer i hverdagen på et substitutionsbehandlingscenter**

Substitutionsbehandling skal hjælpe stofbrugere til en tryg og stabil tilværelse. Alligevel oplever mange stofbrugere udfordringer og dilemmaer i hverdagen i miljøet på et substitutionsbehandlingscenter

AF MALENE LINDGAARD KLOSTER OG JOSEFINE SKOU JAKOBSEN

92 **Fremskudte behandlere møder borgerne, hvor de er**

Hanne Ejersbo arbejder som fremskudt kommunal rusmiddelbehandler på Regionshospital Randers. Den vigtigste erfaring, hun har gjort sig, er, at ligeværdig, nysgerrig dialog er udgangspunktet for alt

AF KARINA LUISE ANDERSEN

97 **Narkotika på gadeplan - nyt fra den danske stofovervågning**

Nye psykoaktive stoffer med høj renhed. Stigende udbredelse af kokain i alle landsdele. Hash af usædvanlig høj kvalitet. Dette er uddrag fra den danske stofovervågning, som de retskemiske afdelinger ved universiteterne årligt laver for Sundhedsstyrelsen

AF CHRISTIAN LINDHOLST

104 **Ny bog om udfordringer og muligheder i samarbejdet om rusmiddelbrugere**

Der er ikke én gylden løsning for borgere med flere komplekse problemer – og at indse netop dét, kan være vejen til bedre hjælp, påpeger en række forskere i bogen 'Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder'

AF MARIANNE PILEGAARD

110 **5 hurtige til ... Jann Sjursen, formand for Rådet for Socialt Udsatte**

Om socialt udsatte, magt og afmagt

I hvert nummer af STOF stiller vi fem aktuelle spørgsmål til personer, som varetager arbejde, der er relevant for indsatser og politik på rusmiddelområdet

Ildsjælene:

114 **Sofie Weinreich Engell, leder af herberget Grace i København**

'Ildsjælene' er en artikelserie, hvor der i hvert nummer af STOF vil være et portræt af en medarbejder, der brænder helt særligt igennem i sit arbejde på rusmiddelfeltet

118 **Nyt fra Center for Rusmiddelforskning**

Unge indsattes erfaringer med stofreducerende indsatser

I danske fængsler og arresthuse tilbydes forskellige former for stofreducerende indsatser med henblik på at afhjælpe indsattes brug af illegale stoffer. Denne artikel fokuserer på unge indsattes perspektiver på og erfaringer med at deltage og forblive i en sådan indsats inden for kriminalforsorgens regi.

AF CECILIA RAND, MARIA D. HEROLD OG VIBEKE A. FRANK

STOF NR. 34 / EFTERÅR 2019

Cecilia Rand er kriminolog og videnskabelig assistent ved Center for Rusmiddelforskning

Maria D. Herold er psykolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning

Vibeke A. Frank er antropolog og professor ved Center for Rusmiddelforskning

I kriminalforsorgens regi i Danmark tilbydes en række forskellige stofreducerende indsatser, som for eksempel afgiftning, forbehandling, indskrivning på behandlingsafdelinger samt ambulant behandling – og på særlige vilkår tilbydes også substitutionsbehandling (se også reference 1-5). Målet med denne artikel er at stille skarpt på, hvordan unge indsatte oplever at indgå i stofreducerende indsatser, og hvad de fremhæver som væsentlige årsager til at indgå og forblive i tilbuddene. Artiklen bygger på kvalitative interviews med 17 unge indsatte mænd mellem 18 og 24 år, der afsoner enten i arresthus eller i åbent fængsel, og som er indskrevet i enten forbehandling eller på en behandlingsafdeling. Selvom de stofreducerende indsatser, som de 17 unge indgår i, er forskellige, for eksempel baseret på forskellige metoder og terapeutiske tilgange, så tager vi udgangspunkt i de unges egne fortællinger om at deltage og forblive i en sådan indsats. De fleste unge i vores undersøgelse har været i kontakt med Kriminalforsorgen mere end én gang. De har erfaringer med at bruge forskellige illegale rusmidler, hvor cannabis og kokain fremhæves oftest. Alle navne er anonymiseret.

Unges perspektiver og erfaringer med at deltage i stofreducerende indsatser

De unge fremhæver i interviewene flere forskellige begrundelser for at deltage og/eller forblive i en stofreducerende indsats i kriminalforsorgens regi, hvor særligt tre begrundelser står frem:

1. For at reducere brugen af stoffer, opnå stoffrihed eller opretholde stoffrihed.

2. For at indgå i sociale relationer under afsoningen, hvori stoffrihed og håndtering af stoffrihed er omdrejningspunktet.

3. For at overholde kriminalforsorgens regler omkring 'nul tolerance' i forhold til brug af illegale stoffer og dermed undgå sanktioner og/eller få mulighed for orlov eller prøveløsladelse.

I interviewene fremhæver de unge sjældent bare én begrundelse, men fortæller som for eksempel Kenneth: *"Jeg tror, det er 50/50. Havde jeg ikke været på behandlingsafdelingen, så var jeg bare fortsat [med at bruge stoffer] … så havde jeg tænkt "Fuck det orlov der. Nu afsoner vi bare". Hvor jeg så kom over på behandlingsafdelingen, der kan jeg ikke være påvirket hele tiden. Og så bliver du klar over "Hey, jeg vil egentlig også gerne se min familie", og man snakker mere med sin familie og sådan noget. Så det styrker også en til at holde sig væk fra det."* (Kenneth/behandlingsafdeling).

Med det in mente, at flere faktorer kan bidrage til de unges deltagelse i indsatserne, vil vi i det følgende anskue de ovenstående tre begrundelser én ad gangen.

Om reduktion af stofbrug og stoffrihed.

Flere interviewede fremhæver, at de i kraft af deres deltagelse i en stofreducerende indsats er blevet mere opmærksomme på, i forskellige kontekster, at skelne mellem fordele og ulemper ved at bruge illegale stoffer: *"Hvad er ulemperne ved at ryge [cannabis], og hvad er fordelene ved at ryge? Det har jeg sådan gjort meget op inde i mit hoved. Så kunne jeg se, at der var masser af fordele ved ikke at ryge i forhold til at ryge. Både økonomisk og sundhedsmæssigt."* (Samir/behandlingsafdeling).

Samir fremhæver økonomiske og sundhedsmæssige fordele ved at holde op med at bruge illegale stoffer, og for ham har det været en væsentlig årsag til at stoppe. Andre unge fremhæver at få nye perspektiver på fremtiden, blandt andet i forhold til uddannelse, arbejde, at få en kæreste og stifte familie. Peter fortæller for eksempel: *"Her i behandlingen får man et helt andet syn på tingene. Der tænker man meget mere over det fremtidige i forhold til stofferne, hvad ulemperne er ved det og alt sådan nogle ting."* (Peter/ behandlingsafdeling).

De unge fremhæver således, at deres deltagelse i en stofreducerende indsats kan være med til at give dem nye perspektiver på deres fremtidsmuligheder, og at dette er en væsentlig faktor i forhold til fortsat at deltage i indsatsen. Peter supplerer med, hvordan det at indgå i stoffrie relationer yderligere er en vigtig faktor i forhold til at få nye perspektiver og i forhold til ophør: *"Og jeg tror også, det er fællesskabet, der er med til at gøre, at man lægger det hele på hylden, og ikke bare lader den være i skuffen, som man altid lige kan åbne."* (Peter/behandlingsafdeling).

"Og jeg tror også, det er fællesskabet, der er med til at gøre, at man lægger det hele på hylden, og ikke bare lader den være i skuffen, som man altid lige kan åbne."

Om at indgå i stoffrie relationer

En anden væsentlig begrundelse for at deltage i en stofreducerende indsats for unge indsatte er, at dette giver mulighed for at etablere relationer med andre, som ikke bruger illegale stoffer. Dette opleves dog forskelligt, afhængigt af om den unge er indskrevet på en behandlingsafdeling eller i forbehandling. For en del af de unge, som afsoner på en behandlingsafdeling i et åbent fængsel, angår stoffrie relationer fællesskabet med de andre indsatte på behandlingsafdelingen, som er i en lignende situation som dem selv, samt relationen til behandlerne. De fortæller, hvordan fællesskabet med de andre indsatte kan fungere som en støtte, der styrker dem i at afholde sig fra stofbrug: *"[...] hvis man så har lyst, så kan man gå over til én i fællesskabet og sige: "Jeg har virkelig lyst til at ryge [cannabis]". Så er det fællesskab stærkt nok til, at man kan snakke om det. Hvorfor man har lyst, ulempen ved det, at det ikke er godt osv. Man ligesom motiverer hinanden til at lade være med at gøre det. Og det er jo rart, der er nogle, som er i samme båd, så man kan følge hinanden og støtte op."*(Peter/behandlingsafdeling)

Ali fremhæver behandlernes ikke-dømmende tilgang til ham som væsentlig, og han fortæller videre, at åbenheden giver ham en tættere relation til behandlerne. Den tillid gør, at han kan tale med dem om emner, som han ikke har muligheder for at tale med andre om, mens han er indsat. På den måde kan behandlerne også få en betydning, som rækker udover tematikker, der relaterer sig direkte til stofbrug, særligt blandt de unge varetægtsfængslede, som grundet deres uafklarede situation, idet de venter på at få en dom, ofte kan føle sig pressede.

Om at følge kriminalforsorgens regler

Den sidste væsentlige begrundelse, de unge fremhæver, for at deltage og vedblive i en stofreducerende indsats vedrører at kunne overholde kriminalforsorgens regler om nultolerance over for brug af rusmidler under afsoning, og dermed at undgå sanktioner, som for eksempel fratagelse af orlov:
"Da jeg fik dom sidste gang, der stoppede jeg med at ryge hash og røg ikke hash i to år. Først da jeg blev løsladt, begyndte jeg at ryge igen. Du bliver nødt til at stoppe, når du har fået din dom […]. Ellers kan du ikke komme ud på orlov, komme hjem, og der er mange ting, som begynder at spille ind. Det er ligesom noget for noget […]." (Magnus/forbehandling).

Magnus fortæller om sin forrige afsoning, hvor han stoppede helt med at bruge cannabis. At indgå i en stofreducerende indsats hjalp ham altså til at afholde sig fra stoffer, men kun under afsoning, for ikke at få frataget muligheden for orlov.

Hvor Magnus' begrundelse primært handler om ikke at miste muligheden for orlov, så fortæller Abdul, hvordan denne motivation for ham udviklede sig til et ønske om helt at holde op med at ryge: *"Det var der [i stofbehandlingen], jeg begyndte at tænke mig om og tænkte, at jeg skal ikke tage stoffer mere."* (Abdul/Behandlingsafdeling).

Under orlov oplevede Abdul, hvor vigtig familien var for ham, og muligheden for familiesamvær blev på den måde vigtigere for ham end tidligere. Abdul, samt flere af de andre unge, vi interviewede, indgik i udgangspunktet ikke i en stofreducerende indsats med et entydigt ønske om ophør. Det handlede mere om at kunne efterleve kriminalforsorgens regler om nultolerance. Ønsket om ophør udviklede sig derimod under deltagelsen i den stofreducerende indsats. Flere af de unge har som nævnt afsonet flere gange, og dermed har udsigten til afsoning fået dem til at forholde sig til deres stofbrug, fordi de kender nultolerancereglerne og -sanktionerne. Abdul fortæller således videre, hvordan han denne gang stoppede før afsoning for at kunne efterleve kriminalforsorgens regler:
"Så fandt jeg ud af, at jeg skulle ind og sidde […]. Og så prøvede jeg at tænke klogt og tænke: "Okay, jeg er nødt til at stoppe, før jeg kommer ind og sidde." Og det gjorde jeg så, jeg stoppede sådan set, 20 dage før jeg kom ind og sidde, for at gøre mig selv en tjeneste og ikke falde i den herovre [på behandlingsafdelingen]." (Abdul/behandlingsafdeling).

Ønsket om 'ikke at falde i' går igen i flere af de unges fortællinger. De har erfaret, at hvis de falder tilbage i stofbrug og dermed får inddraget muligheden for fx orlov, så får de også frataget privilegier, som de ikke ønsker frataget. En stofreducerende indsats hjælper dem til at kunne overholde regler og dermed få en bedre afsoning med mulighed for orlov, prøveløsladelse etc.

Hvorfor er de unges stemmer vigtige?

De unge, vi har interviewet, beskriver flere forskellige faktorer som væsentlige for at deltage og vedblive i en stofreducerende indsats. Nogle har et klart ønske om stoffrihed fra starten af forløbet. Andre starter et behandlingsforløb uden et egentligt ønske om stoffrihed, men med et ønske om at efterleve kriminalforsorgens regler, som i nogle tilfælde kan udvikle sig til et mere decideret ønske om stoffrihed. For andre igen er der ikke noget ønske om stoffrihed. Som for eksempel Mehmet siger, så *"kan jeg godt lide det, så jeg har ikke et behov for at stoppe."* (Mehmet/forbehandling). Vi har også set, hvordan deltagelsen i en stofreducerende indsats kan have forskellige 'gevinster' for de unge. I nogle tilfælde relaterer det sig direkte til muligheden for at blive stoffri, fx ønskværdige fremtidsscenarier og/eller muligheden for at indgå i sociale relationer, der ikke er præget af stoffer. Desuden vedrører gevinsterne også, at den unge via den stofreducerende indsats får mulighed for at få følelsesmæssig støtte og blive mødt fordomsfrit. Vi har også set, hvordan det at kunne overholde kriminalforsorgens regler om nultolerance anses for en gevinst for de unge. Vi har således i denne artikel vist, at disse forskellige ønsker, strategier og begrundelser for at deltage og vedblive i en stofreducerende indsats vidner om, at indsatserne har med en meget heterogen gruppe af unge at gøre. Vi har også vist, at de unges ønsker og strategier ikke nødvendigvis er stabile over tid, men er influeret af deres hverdagsliv inden og uden for fængslet, de rammer, de er under, mens de er indsat, og den stofreducerende indsats, de er indskrevet i. Deres erfaringer og perspektiver giver os indsigt i, hvordan det rent faktisk er at deltage i disse indsatser, hvordan de oplever deres egen situation, og hvad de oplever, de har brug for hjælp til. De unges stemmer bliver dermed vigtig viden at inddrage i udvikling af stofreducerende indsatser rettet netop mod denne gruppe af unge, der både er stoferfarne og i kontakt med kriminalforsorgen.

Referencer

(1) Frank, Vibeke Asmussen, Holm, Karina Ellegaard, Dahl, Helle Vibeke & Kolind, Torsten (2014): Forandring i fængslet - hvorfor og hvordan. STOF, vol. 23.

(2) Kolind, Torsten (2016): Stofmisbrugsbehandling i fængsler er mange ting. STOF, vol. 27.

(3) Kolind, Torsten, Frank, Vibeke Asmussen & Dahl, Helle Vibeke (2008/2009): Dilemmaer i hashbehandling i danske fængsler - behandlernes erfaringer. STOF, vol. 4.

(4) Heltberg, Anna Therese (2009): Den sociale stofmisbrugsbehandling: De frivillige organisationers perspektiv. Socialforskningsinstituttet (SFI).

(5) Heltberg, Anna Therese (2011): Misbrugsbehandling i Kriminalforsorgen. Kriminalitet og illegale rusmidler. Aarhus Universitetsforlag.

Artiklen bygger på et EU-projekt, der fokuserer på forebyggelse blandt stoferfarne unge, der er i kontakt med Kriminalforsorgen. For yderligere oplysninger og resultater fra EPPIC se: www.eppic-project.eu

(6) Herold, Maria D., Rand, Cecilia & Frank, Vibeke A. (2019): Enactments of a 'holistic approach' in two welfare institutions accommodating young adults with offending behavior and drug use experiences in Denmark, Drugs and Alcohol Today, vol. 3. https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DAT-12-2018-0071/full/html

(7) Herold, Maria D. & Frank, Vibeke A. (2018): Nye psykoaktive stoffer: en ny bekymring i det danske stoflandskab? I STOF, nr. 30, s. 25-28.

Co-funded by the Health Programme of the European Union

EPPIC EXCHANGING PREVENTION PRACTICES ON POLYDRUG USE AMONG YOUTH IN CRIMINAL JUSTICE SYSTEMS

Et neuro-udviklingsblik på rusmiddelbrug blandt teenagere: Anbefalinger til behandling

Teenagere er udviklingsmæssigt forskellige fra voksne og har andre behandlingsbehov end voksne. I denne artikel ser vi på rusmiddelbrug blandt teenagere fra et neuroudviklingsperspektiv og diskuterer, hvordan denne indsigt kan bruges til at udvikle nye retninger i behandlingen af rusmiddelbrug blandt teenagere.

AF SARAH W. FELDSTEIN EWING OG KRISTINE RØMER THOMSEN

STOF NR. 34 / EFTERÅR 2019

Kristine Rømer Thomsen er psykolog og ph.d. i medicin samt lektor ved Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Sarah W. Feldstein Ewing er professor i psykiatri ved Oregon Health & Science University, USA

Teenageårene (alderen 13 til 19 år) begynder med puberteten og afsluttes med, at man er "selvstændigt fungerende". Det er ofte i teenageårene, at rusmiddelbrug begynder, hurtigt efterfulgt af potentielle problemer (1). Det meste af den rusmiddelbehandling, der findes for teenagere, er "lånt" fra behandlingen af voksne (2). Dette er problematisk, da teenagere udviklingsmæssigt er forskellige fra voksne: de står over for andre udfordringer ift. neuro- og socialudvikling og har typisk et andet rusmiddelforløb. Det kan derfor være vanskeligt for behandlere at vide, hvordan teenagere skal behandles. Vi har for nylig publiceret en kritisk oversigtsartikel, der fokuser på den udviklende hjerne og rusmiddelbrug blandt teenagere, hvori vi udvikler nye retninger for behandling af teenageres rusmiddelbrug (3). Her præsenterer vi hovedresultaterne.

Hjernen i teenageårene

Historisk set har forskningen hovedsageligt fokuseret på teenageres risikovillighed og andre negative aspekter. Men der er flere og flere nye data, som viser, at hjernen i teenageårene er programmeret til at være resilient (dvs. modstandsdygtig) og adaptiv (dvs. tilpasningsdygtig) (4,5). I det følgende fremhæver vi tre karakteristiske egenskaber ved teenagehjernens udvikling med relevans for behandling.

Voldsom stigning i kognitive færdigheder

Teenageårene er karakteriseret af en kraftig udvikling af de kognitive færdigheder, der gør det muligt at opstille og opnå store og langsigtede mål, inkl. abstrakt ræsonnement, arbejdshukommelse, selv-monitorering og kognitiv fleksibilitet. Disse færdigheder modnes på forskellige tidspunkter op igennem teenageårene. For eksempel er kognitiv fleksibilitet veludviklet i de tidlige teenageår, hvorimod arbejdshukommelse og abstrakt ræsonnement bliver væsentligt forbedret i de senere teenageår. Da psykologisk behandling ofte kræver, at man kan ræsonnere abstrakt (f.eks. evnen til at analysere situationer og identificere mønstre), kan udviklingen af denne kognitive færdighed have stor indflydelse på teenageres evne til succesfuldt at engagere sig i og deltage i eksempelvis kognitiv adfærdsbehandling.

En anden udfordring er, at teenagere ofte udviser forskellige færdigheder, når de placeres i forskellige socioemotionelle sammenhænge (i højere grad end voksne gør). Teenagere er også forskellige fra voksne mht. deres voksende færdigheder til effektivt at bruge kognitive strategier til at regulere deres følelser, inkl. kognitiv revurdering (af sig selv og situationen) og emotionel distancering. Mange års forskning har vist, at små børn kan bruge kognitive reguleringsstrategier, hvis de får det nødvendige "stillads", men at de ikke nødvendigvis kan gøre det på egen hånd. Vores evne til effektivt at bruge kognitive strategier til selvregulering udvikles og forbedres fra barndommen op gennem teenageårene.

Samlet set viser disse resultater, at teenageårene er karakteriseret af mange nye kognitive færdigheder med stor relevans for behandlingssammenhænge, inkl. den gradvise udvikling af evnen til abstrakt ræsonnement og emotionsregulering, og derved også udvikling af mere målrettet adfærd.

Forhøjet fokus på selvet

Særligt for teenageårene er et forhøjet fokus på selvet, som ses, ved at teenagere i større og større grad tænker over, hvem de er, og hvad andre tænker om dem. Dette skift bidrager til udviklingen af selvbevidstheden og dens indflydelse på tiltagende kompleks beslutningstagning. Mange af de kognitive processer, som er under udvikling, afhænger af meta-kognition, inkl. evnen til selv-refleksion og selv-monitorering. Mht. disse processer fungerer teenagere mere som voksne end som børn. På det neurale niveau er den ventromediale præfrontale cortex (som sidder i den yderste og forreste del af hjernen) central i forhold til at vurdere, hvor relevant social information er for én selv, mens den ventrale striatum (som sidder dybt inde i hjernen) er central i forhold til, "hvad andre folk tænker om dig" - en kognitiv egenskab, der er forhøjet i teenageårene.

Selvom en forhøjet selvfølelse er normal i teenage-årene, kan de nye oplevelser med øget self-reflektion of selv-monitorering have nogle ubehagelige implikationer. Teenageres større fokus på, hvordan andre opfatter dem, indebærer også forhøjet negativ affekt og selvbevidsthed, som peaker i teenageårene. Der skal ikke ret meget til at udløse følelsen af, at "andre evaluerer mig" - bare det at fortælle en forsøgsperson, at nogle jævnaldrende ser med via et kamera, er nok og udløser stærkere følelser af at blive evalueret blandt teenagere end hos børn og voksne (6). Denne øgede selvbevidsthed er forbundet med en større inddragelse af den mediale præfrontale cortex og en stærkere forbindelse mellem den mediale præfrontale cortex og ventral striatum. Det betyder, at efterhånden som teenagere bliver ældre, er de mindre tilbøjelige til at foretage hurtige og impulsive valg, når de er stærkt følelsesmæssigt påvirkede. En forhøjet selvfølelse er således normal i teenageårene, men for nogle kan det

"Mange af de eksisterende forebyggelses- og behandlingstilgange med fokus på teenagere er baseret på et "problem-fokuseret" perspektiv. Men dette harmonerer ikke med, hvordan teenagehjernen fungerer"

øgede selv-fokus føre til rumination (dvs. vedvarende grublen over negative tanker), negativ affekt og depression samt til følelsen af, at de er nødt til at indgå i risikofyldt adfærd for at forbedre deres sociale status, bl.a. gennem brug af rusmidler.

Teenageres sociale landskab under forandring

Teenageres ønske om at etablere deres egen identitet er forbundet med at søge væk fra deres omsorgspersoner, eksempelvis forældre, og henimod at tilbringe mere tid sammen med deres venner. Forestillinger om, hvad der er normativ adfærd blandt kammerater og jævnaldrende, har indflydelse på teenageres beslutningsprocesser, ift. hvad der opfattes som en risiko. For eksempel tager teenagere (men ikke voksne) flere risikofyldte beslutninger, når de er sammen med jævnaldrende, end når de er alene, og unge teenageres opfattelse af, hvad der udgør en risiko, er mere afhængig af andre teenagere end af voksne.

Det er i teenageårene, at de fleste begynder at beslutte, om og hvornår de vil prøve at bruge rusmidler, og disse situationer opstår oftest sammen med venner. Andelen af venner, der bruger rusmidler, er stadig det, der bedst kan forudsige teenageres beslutning om at bruge rusmidler. Derudover bliver teenageres aktuelle rusmiddelbrug, og udviklingen i deres brug, påvirket af deres opfattelse af vennernes brug.

Til trods for at venner får en ny og vigtig betydning i teenageårene, og at dette skift har potentialet til at føre til mere risikoadfærd, er der vigtige forbehold i forhold til denne tese. For det første er indflydelsen fra venner også en stærk motivationsfaktor for positiv social adfærd i denne periode. I relation hertil skal nævnes, at belønningssystemerne i hjernen ikke kun er involveret i risikoadfærd i teenageårene, men også i positiv social udvikling (7). For det andet: Selvom venner bliver mere og mere vigtige i denne periode, betyder det ikke, at forældre ingen indflydelse har. På trods af at der bruges mindre tid sammen med forældre, kan forbundethed med forældrene svække indflydelsen af responserne fra de forhøjede belønningskredsløb i hjernen (der er typiske i teenageårene) og derved være med til at beskytte teenagerne mod risikoadfærd, stress og endda depression.

En af de største udfordringer i forhold til at udvikle rusmiddelbehandling til teenagere er at finde ud af, hvordan teenagere navigerer igennem risiko og bevæger sig i retning af mere prosocial interaktion med deres venner og omgivelser i det hele taget.

Disse tre udviklingsmæssige områder (stigning i kognitive færdigheder, forhøjet fokus på selvet og forandringer i det sociale landskab) interagerer dynamisk igennem teenageårene og er relevante i en behandlingsmæssig kontekst. Det er afgørende at tage hensyn til samspillet mellem disse områder for at forstå teenageres udvikling og for at udvikle effektive programmer til forebyggelse og behandling af problematisk rusmiddelbrug blandt teenagere.

Fremtidige retninger for rusmiddelbehandling af teenagere

Vi mener, at inddragelse af viden om hjernens udvikling kan hjælpe til at forbedre behandlingstilbud til teenagere. Den udviklende hjerne giver os et værdifuldt perspektiv, i forhold til hvad der kan fungere bedre for denne aldersgruppe, når det gælder forebyggelse og behandling. Nedenfor er angivet nogle af vores anbefalinger til at forbedre "best practice" for behandlere.

Fordelen ved et prosocialt perspektiv på forebyggelse og behandling

Mange af de eksisterende forebyggelses- og behandlingstilgange med fokus på teenagere er baseret på et "problem-fokuseret" perspektiv. Men dette harmonerer ikke med, hvordan teenagehjernen fungerer. Der er mere og mere forskning, som viser, at teenagehjernen er tilpasningsdygtig, og teenagere har f.eks. lettere ved at tilpasse sig nye sociale omgivelser, end voksne har (4, 5). Hvis man tager et adaptivt fokuseret perspektiv, der benytter sig af og øger teenagernes eksisterende styrker mht. resiliens, naturlig tilbøjelighed til kognitiv fleksibilitet og øgede prosociale adfærd (dvs. adfærd, hvor man hjælper andre), vil det sandsynligvis føre til bedre behandlingsresultater. **Utraditionelle, men potentielt meget effektive, eksempler kunne f.eks. omfatte tilgange, der inddrager teenagere i at hjælpe yngre venner/jævnaldrende, sætter unge med et problematisk rusmiddelbrug sammen med mere succesfulde unge i samme aldersgruppe og involverer teenagere i tiltag, der fokuserer på positive ændringer i deres vennekreds og i større sociale fællesskaber (8).**

Maksimere de kognitive færdigheder, der er under voldsom udvikling

Teenagere oplever en kraftig stigning i nye kognitive færdigheder og har let ved at tilpasse sig nye og skiftende sociale sammenhænge. Sammenlignet med voksne er teenagere klart bedre rustet (på et neuralt plan) til at modificere deres adfærd succesfuldt. Innovative tilgange, specielt dem, der inkorporerer vigtigheden af den sociale og familiemæssige kontekst for teenageres rusmiddeladfærd, er sandsynligvis lovende i forhold til at opnå positive behandlingsresultater. Eksempler herpå omfatter teenageres evne til at ændre deres brug markant, når de ikke befinder sig i risikomiljøer (f.eks. når amerikanske teenagere med rusmiddelproblemer relativt let holder op med at bruge rusmidler, når de deltager i uddannelsesprogrammer med "overlevelsesture", hvor de bliver udfordret i naturen og udvikler sig på måder, det kan være svært at gøre derhjemme). Den største udfordring her er nok at finde ud af, hvordan man bedst arbejder med teenagernes stigende kognitive færdigheder, så man kan overføre potentielle reduktioner i rusmiddelbrug fra én sammenhæng til andre sociale sammenhænge.

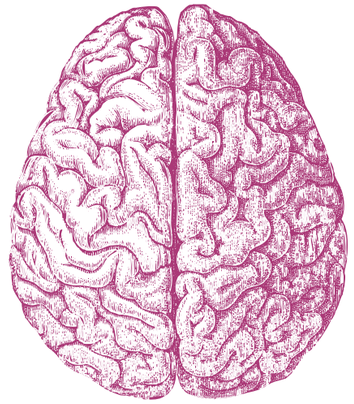
Udnyttelse af drivkraften til selvstændighed

Et aspekt, der ofte bliver overset i eksisterende behandling, er teenageres naturlige drivkraft til selvstændighed. Teenageres stærke trang til at forme deres egen selvstændighed er også velunderstøttet i den socialpsykologiske litteratur. Vi mener, at utraditionelle tilgange, der gør det muligt for teenagere at engagere sig og bruge deres stemme til forandring, kan give dem en mulighed for at kanalisere deres naturlige drivkraft til at have en positiv indflydelse på deres vennekreds og sociokulturelle fællesskaber. Lovende utraditionelle tilgange omfatter at opmuntre teenagere til at engagere sig som forandringsskabere i positive interessesfærer (f.eks. social retfærdighed, politik) (8)). Ydermere er det værd at huske på, at samtidig med at teenagere udvikler deres "egen stemme", udvikles deres meta-kognition, inkl. selv-refleksion, og hvordan deres valg og adfærd kan have indflydelse på andre, det være sig på det nære plan (venner og familie) til bredere kommunikationssfærer (f.eks. skole og sociale medier). Kliniske indsatser, der arbejder med teenagere mhp. at identificere forbindelseslinjer (f.eks. mellem deres udviklende "selv" → de ideer, som deres udviklende "selv" har → den adfærd, som det udviklende "selv" udviser → hvordan disse ideer/denne adfærd kan skabe forandring i det bredere socialpolitiske fællesskab), kan hjælpe teenagere til at spille en aktiv rolle i deres stigende forståelse af sig selv.

Forældre er ikke ude af billedet endnu

Et sidste aspekt, som vi mener, ikke bliver diskuteret nok i nuværende tilgange, er, hvilken rolle familien spiller for resultaterne af rusmiddelbehandling. Langt de fleste unge fortsætter med at bo i familiesammenhænge gennem teenageårene. Derudover viser data, at den udviklende hjerne modificeres af forældrefaktorer. F.eks. er det mere sandsynligt, at en teenager træffer "sikre" beslutninger i risikosituationer, når der er en forælder til stede (9). På samme måde viser forældre- og familiebaserede tilgange fortsat nogle af de bedste resultater inden for behandling af rusmiddelmisbrug blandt teenagere. Forældre og familie kan repræsentere en gavnlig konstant i en verden bestående af sociale vennelandskaber under konstant forandring. Derfor opfordrer vi behandlere til at involvere forældre og familie, når det er muligt, for at maksimere positiv udvikling og forandring.

Artiklen er oversat fra engelsk af Peter Nygaard



Referencer

(1) Wagner, F.A. and J.C. Anthony, From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. Neuropsychopharmacology, 2002. 26(4): p. 479-88.

(2) Feldstein Ewing, S.W., S.F. Tapert, and B.S. Molina, Uniting adolescent neuroimaging and treatment research: Recommendations in pursuit of improved integration. Neurosci Biobehav Rev, 2016. 62: p. 109-14.

(3) Silvers, J.A., et al., Hunting for What Works: Adolescents in Addiction Treatment. Alcoholism-Clinical and Experimental Research, 2019. 43(4): p. 578-592.

(4) Giedd, J.N., The amazing teen brain. Sci Am, 2015. 312(6): p. 32-7.

(5) Cousijn, J., M. Luijten, and S.W. Feldstein Ewing, Adolescent resilience to addiction: a social plasticity hypothesis. Lancet Child Adolesc Health, 2018. 2(1): p. 69-78.

(6) Somerville, L.H., et al., The medial prefrontal cortex and the emergence of self-conscious emotion in adolescence. Psychol Sci, 2013. 24(8): p. 1554-62.

(7) Telzer, E.H., et al., Ventral striatum activation to prosocial rewards predicts longitudinal declines in adolescent risk taking. Dev Cogn Neurosci, 2013. 3: p. 45-52.

(8) Yeager, D.S., R.E. Dahl, and C.S. Dweck, Why Interventions to Influence Adolescent Behavior Often Fail but Could Succeed. Perspect Psychol Sci, 2018. 13(1): p. 101-122.

(9) Guassi Moreira, J.F. and E.H. Telzer, Mother still knows best: Maternal influence uniquely modulates adolescent reward sensitivity during risk taking. Dev Sci, 2018. 21(1).

Behovet for tilstedeværelse i det sociale arbejde

Hvad karakteriserer social marginalisering? Og hvilke konkrete praksisser står centralt i det sociale arbejde med socialt udsatte borgere i Danmark? Disse emner har jeg bl.a. undersøgt i forbindelse med et ph.d.-projekt om social marginalisering og socialt arbejde for udsatte voksne.

AF LOUISE CHRISTENSEN

Louise Christensen er
antropolog og adjunkt ved
Center for Rusmiddelforskning

Ph.d.-projektet bygger på ca. 10 måneders feltarbejde med socialarbejdere i Aarhus og Københavns Kommune, der støttede borgere med sociale problemer (såsom hjemløshed, misbrug og psykisk lidelse). Derudover har jeg foretaget ca. 50 interviews med socialarbejdere, ledere af de sociale- og beskæftigelsesrettede indsatser og andre, der yder støtte til socialt udsatte borgere (2). Disse interviews omhandlede bl.a., hvordan socialarbejderne selv beskrev dette arbejde, de problemer, de stødte på, samt hvad det betød at støtte denne borgergruppe af voksne med sociale problemer.

Inden for de seneste årtier har vi oplevet en intensivering af ønsket om at opnå konkrete målbare resultater af det sociale arbejde, både socialpolitisk men også i den generelle samfundsdebat. I denne artikel vil jeg beskrive nogle af de centrale aspekter ved det sociale arbejde i Danmark i dag og synliggøre, hvordan det sociale arbejde ikke blot omhandler de konkrete målbare indsatser af dette arbejde, men afkræver mere forskelligartede indsatser, der leder til mindre synlige, men måske højst ønskværdige, effekter.

I min ph.d.-undersøgelse stillede jeg skarpt på, hvad der mere grundlæggende karakteriserer det sociale arbejdes praksis og søgte at komme videre fra et fokus på 'det magtfulde møde mellem system og klient', som har været et populært emne i den kvalitative samfundsforskning op igennem 1990'erne og frem (3, 4). Derved kunne jeg give plads til andre betydningsfulde aspekter ved det sociale arbejde, som måske er endnu mere sigende for arbejdets karakter, vilkår og dagligе praksis. Indsigter i disse aspekter kan give bedre forståelse af de arbejdsopgaver og den virkelighed, socialarbejdere og socialt udsatte borgere må agere i, som er essentielle i forhold til at kunne sætte gode rammer for det sociale arbejdes praksis.

I et så rigt og omfangsrigt materiale, som jeg endte med, og idet socialarbejdere, ledere og socialt udsatte borgere var så ihærdige og imødekommende i forhold til at deltage i projektet, var der mange emner, der kunne benyttes til analyse (se tekstboks på sidste side). I denne artikel vil jeg blot beskrive tre centrale praksisser i det sociale arbejde, hvoraf den ene ('tilstedeværelse') ofte overses i forskningen, men ofte fylder i den socialfaglige praksis og derfor tager en central plads i det sociale arbejde; til trods for at den ofte ikke lokal- og nationalpolitisk beskrives som et mål i det sociale arbejde.

At motivere til motivation

Det sociale arbejde med socialt udsatte er tilrettelagt ud fra den danske lovgivning, særligt Serviceloven, og bygger bl.a. på princippet om selvbestemmelse for myndige borgere samt en afinstitutionaliserings-tanke. Det er en grundtanke, at myndige socialt udsatte voksne skal opfattes som bestemmende over eget liv, og at det derfor er deres egne ønsker for deres liv, som skal være bærende, samt at de skal have mulighed for at leve et liv så tæt som muligt på 'det normale' (dvs. majoritetsbefolkningens), såfremt de ønsker dette. Dette indebærer bl.a. at sørge for, at de tilbud, der er til socialt udsatte voksne, ikke bygger på institutionslignende forhold, men er tilbud, der lægger sig så tæt op ad selvbestemmelse og selv-ansvar for eget hverdagsliv som muligt. På denne vis søger man i lovgivningen, såvel som i det sociale arbejde, at værne om centrale værdier som selvbestemmelse og frihed, for at den enkelte borger kan leve et liv efter egne behov og ønsker. For de borgere, der oplever sociale problemer med misbrug, psykisk lidelse, hjemløshed etc., betyder dette, at ændringer af deres livssituation i høj grad kommer til at bygge på deres egen lyst og motivation til forandring. Det vil sige, at de skal selv ville de forskellige hjælpe- og behandlingstilbud. Dette indebærer bl.a., at meget af det sociale arbejde består i at skulle 'motivere til motivation'. For socialarbejderne vil det sige at være tilgængelige, når borgeren får lyst til at ændre på sin situation, eller at formå at oparbejde denne motivation i borgerne - og ikke mindst at kunne have ressourcerne klar i lige det øjeblik, motivationen er der, idet oplevelsen er, at motivation er flygtig, og at den kan risikere at forsvinde lige så hurtigt, som den flammede op. Således bliver en stor bestanddel i socialarbejdernes arbejde at kunne 'motivere til motivation' eller at vente på motivationen og at mindske konsekvenserne af de svære situationer, de socialt udsatte nogle gange havner i, indtil de måske får lyst til dette.

At arbejde med mål

At arbejde med mål er en anden central bestanddel i det daglige sociale arbejde. I løbet af feltarbejdet i de to kommuner blev der både fra ledelser og i det konkrete sociale arbejde udtrykt mange målsætninger, og der var lagt nogle rammer, der krævede, at man arbejdede med mål med borgerne. Udover ovennævnte princip om at arbejde ud fra borgernes egne ønsker og mål for deres liv havde socialarbejderne ofte også deres egne målsætninger for at være en god socialarbejder. Dette udmundede i en række ønsker for deres eget arbejde; dette kunne f.eks. være at 'øge borgernes livskvalitet', 'at brobygge til andre indsatser', 'at være borgerens advokat', 'at sørge for at være en god repræsentant for 'systemet'', 'at sørge for at skadesreducere så meget som muligt, og at borgernes situation i hvert fald ikke skulle forværres, mens man forsøgte at hjælpe dem' osv. Endelig opererede socialarbejderne selvfølgelig ikke i et tomrum. Deres arbejde var i høj grad påvirket af de landspolitiske og lokalpolitiske rammer

og ressourcer (og mangel på samme til tider). De var påvirket af at skulle operere i krydsfeltet mellem andre ressortområder og fagligheder; som f.eks. sundhedssystemet og de sundhedsfaglige idealer og vilkår samt sundhedspolitiske dagsordener, herunder den psykiatriske indsats og konsekvenser af afinstitutionaliseringen i Danmark. Eller f.eks. i forhold til betydningen af beskæftigelse i Danmark, hvor beskæftigelse fra nationalpolitisk hold ofte udtrykkes som afgørende for opretholdelse af velfærdsniveauet i samfundet, hvorved manglende deltagelse på det ordinære arbejdsmarked kunne tolkes som afgørende for, om man kunne opfatte sig selv som enten givtig for samfundet eller en udgift, og derved et problem for samfundet (1). Det vil sige, at alle de positive betydninger, der tillægges det ordinære arbejde, risikerede at udmunde sig i en forståelse af, at borgerens værdi kan vurderes i forhold til det økonomiske gode, man kan gøre på et arbejdsmarked, og den bekostning, man ellers omvendt er som arbejdsløs.

At 'være til stede'

Til sidst skal nævnes en mere tavs praksis i det sociale arbejde, som selvom den ikke blev udtrykt verbalt (eller idet den blev udtrykt verbalt på utallige forskellige måder, der gjorde det svært at "se" den), men som igen og igen krævede socialarbejdernes opmærksomhed og derfor var central i det sociale arbejde med socialt udsatte. Jeg har kaldt denne praksis for 'blot tilstedeværelse' for at karakterisere praksissen i sig selv og kontrastere det i forhold til praksisserne omkring at arbejde med mål og motivation, som blev åbenlyst udtrykt. Selvom socialarbejdernes arbejde, ofte grundet de lokal- og nationalpolitisk definerede mål, skulle være effektivt og målrettet på at få borgeren i egen bolig, i arbejde, i uddannelse, ud af (eller skadesreducere) stof- eller alkoholmisbruget etc., så krævede det daglige arbejde med borgerne ofte denne anden form for praksis; denne særlige form for 'tilstedeværelse'. **Man kan måske karakterisere denne 'blotte tilstedeværelse' som en særlig måde at yde omsorg på i særlige situationer.** Dette kunne være situationer, hvor borgere helt havde mistet modet, hvor borgere udtrykte selvmordsrisiko eller havde det fysisk eller/og psykisk dårligt og så ud til næsten 'ikke at kunne være til'. Borgerne havde ofte svært ved at udtrykke, hvad det præcist var, der var galt, og der var ofte ikke en åbenlys indsats eller tilbud, der kunne løse situationen. Socialarbejderne kunne således stå i situationer med borgere, der ikke vidste, hvad de skulle gøre for at ændre deres situation; med borgere, der ikke vidste, hvilke mål de havde for deres liv; med borgere med fysiske og psykiske lidelser, det var meget svært at behandle og lindre; med borgere, der talte i en lind strøm om emner, man ikke vidste, hvorfor blev bragt på bane, og personen ikke selv kunne udtrykke, hvorfor var så vigtige for ham eller hende; med borgere, der frygtede for deres liv, eller som udtalte selvmordstanker eller udviste en håbløshed over for hele situationen, som det var svært at modvirke.

Hvad betyder 'tilstedeværelse' i det sociale arbejde?

Det er svært med ét ord eller én sætning at beskrive situationer, hvor 'tilstedeværelse' er centralt, men nedenstående eksempel fra et herberg (som beskrevet i min ph.d.-afhandling) kan illustrere en sådan situation; *"Jeg var med en af socialarbejderne, lad os kalde hende 'Sally', ovre for at se, om en af de socialt udsatte borgere. 'Erika', der frivilligt deltog i et beskæftigelsesprojekt, men som ikke var mødt op i dag, muligvis havde lyst til at deltage alligevel. Erika åbner døren til sit herbergs-værelse og byder os smilende velkommen. Det er fint ryddet bortset fra bordet, der flyder med en række kontorartikler og et orange papkort, hun arbejder med. Hun viser os det og fortæller, at hun vil sende det til sin far i Grønland, der fylder rundt. Sally roser det, men pludselig begynder Erika at græde. Hun begynder at klage over en masse ting på én gang. Jeg kan ikke finde hoved og hale i det. Sally forsøger også at forstå, hvad der går hende på; forsøger at finde rundt i og holde fast i nogle af de ord, Erika udtrykker, og prøver at trøste hende. Men Erika bliver ved med at græde. Hendes lille krop ryster, og hendes ansigt er fortrukket i smerte. Lidelse, håbløshed og desperation synes næsten at stråle fra hende. Det er næsten ubærligt, og intuitivt ønsker vi at hjælpe hende ud af hendes situation. Tårer løber ned ad hendes kinder. Det er, som om hele hendes situation tynger hende; alkoholmisbruget, som hun bliver ved med at sige, at hun ønsker at reducere, men bliver ved med at ende op i, den måde hun bliver ved med at prøve at beskæftige sig med det frivillige arbejde, men ofte ender med at gå hjem fra, fordi hun er for fuld eller for oprevet til at arbejde, hendes familie i Grønland, hendes manglende formåen til at holde koncentrationen med de bøger, hun læser, eller måske noget helt andet, som det er svært at få fat i. Erika siger, at hun savner en af de andre socialarbejdere, 'Tanja', og Sally trøster hende og siger, at Tanja er på ferie, men snart kommer tilbage igen. Men jeg ved, at Erika allerede ved dette, og ordene synes at falde mere som en undskyldning for hendes desperate gråd. Den måde, hun har positioneret sig selv i rummet på, og den måde, hun har vendt sig mod Sally, virker næsten oplagt, at hun ønsker et kram; armene hænger slapt i hver side, hendes tårevædede lidende udtryk. Jeg føler dette behov fra hende, men Sally prøver at trøste hende med sine ord igen. Intet hjælper. Endelig beder Erika direkte om et kram, og Sally giver det og lader hende græde ud i sine arme. Det virker, som om den smertefulde situation er brudt lidt, men den lidt håbløse atmosfære synes at hænge ved i rummet. Erika virker dog lettere til mode og ude af den desperate situation, men bliver tilbage og vil ikke deltage i arbejdet i dag".*

Dette var blot en af de utallige situationer, hvor socialarbejdernes opgave var 'blot' at være til stede med borgeren og ikke kunne arbejde effektivt med de andre emner, der ofte lokal- og nationalpolitisk er sat som mål for det sociale arbejde. Således bør det sociale arbejde forstås som meget mere end en praksis, der kan tolkes som én lineær evolutionsproces frem mod nogle mål, men som et arbejde, der gentagne gange skal møde borgerne i de svære situationer, de befinder sig i eller kommer i. På denne vis handler det sociale arbejde, udover at motivere til motivation og at arbejde med at sætte og følge nogle mål, i lige så høj grad om at kunne støtte borgerne i disse situationer. Situationer, som er svært definerbare i politiske strategier, handleplaner og vejledninger. Det er situationer og en praksis, der er svært generaliserbar og svært operationaliserbar. Både fordi den enkeltes situation er svært individbåren og situationsafhængig og derfor ikke lader sig formindske til generelle overordnede beskrivelser af situationer, men også fordi selve løsningen på disse situationer ikke er knyttet til én specifik korrekt retningslinie og praksis, men til nød kan oversættes til generelle svært operationaliserbare praksisser som f.eks. det, jeg betegner som 'blot tilstedeværelse' eller evt. omsorg for borgerens situation.

Således må vi i dag opfatte det sociale arbejde til socialt udsatte som et arbejde, der er defineret i en række praksisser, der ofte kan være tæt knyttet til nogle national- og lokalpolitiske mål og værdier (og også til generelle værdier og stemninger i den generelle befolkning (5)), men også som en praksis, der i høj grad er præget af at skulle kunne støtte borgere, der er i særlige situationer. Således er det sociale arbejdes praksis nok 'et magtfuldt møde mellem system og klient', men det er måske i endnu højere grad en praksis, der overskrider eller til tider tilsidesætter denne magt, og som ofte kræver, at man kan være tilstedeværende i eksistentielle sårbare situationer, som ikke let lader sig afgrænse som et systems møde med en klient.

Tre aspekter fra ph.d.-afhandlingen om det sociale arbejde, som denne artikel er baseret på:

1. Magt er ikke altid så allestedsnærværende i det sociale arbejde, som ellers ofte artikuleres som omdrejningspunktet i en række populære kvalitative analyser af indsatser og tilbud i velfærdsstaten

2. Analyser af de sociale indsatser bør ikke lade sig indsnævre til en analyse af selve mødet, dvs. interaktionen, mellem socialarbejder og borger (men bør udvides til at synliggøre de kontekstuelle faktorer, der i høj grad præger dette møde).

3. Hvordan kan vi beskrive det sociale arbejde, når det ændrer sig undervejs grundet nye socialpolitiske og/eller generelle skift i samfundsmæssige værdier, problemer og opfattelser – som f.eks. i ønsket om intensivering af resultatmålinger af det sociale arbejde?

Læs mere på rusmiddelforskning.dk under 'Publikationer', eller kontakt lc.crf@psy.au.dk for yderligere kommentarer.

Referencer

(1) Bjerge et al., Complex Cases – Complex Representations of Problems. International Journal of Drug Policy. (Under udgivelse)

(2) Christensen, Louise, On the Margins. Exploring the Phenomenon of Social Marginalization and Social Work for Socially Marginalized People. 2018.

(3) Ebsen, Frank og Lars Uggerhøj, Når forskning trænger sig på. København: Udenfor Nummer, nr. 28, 2014.

(4) Spanger, Marlene, Claus Drejer, Kristian Fahnøe og Signe Ravn, Med Foucault i marken: Praksis, styring og magt. Dansk Sociologi, 2017, nr. 27 (1): 5-13.

(5) Christensen, Louise, Metaphors of Change. Descriptions of Changes within the Practices of Social Work for Socially Marginalized People. Journal of Organizational Ethnography, 2017, nr. 6 (2): 116-128.

Et højt tempo i studielivet får studerende til at bruge medicin

Vi lever i et samfund, hvor travlhed giver anerkendelse, og hvor uddannelsesreformer sætter pres på studerendes tid og hverdag. Tempoet i studielivet ønskes højt, og ansvaret for at optimere og håndtere tid bliver individualiseret. Her ser nogle studerende medicin som et middel til at håndtere tid og følge med.

TEKST OG FOTO LEA TRIER KRØLL

Lea Trier Krøll er sociolog og ph.d.-studerende ved Center for Rusmiddelforskning

Den universitetsstuderende Karen bliver af og til grebet af nervøsitet og bekymring, når hun skal studere. Hendes studie er svært, synes hun, og en tidligere sygemelding med stress og depression gør, at hun føler, hun er 'bagud' på sit studie og har mistet noget af tilliden til, at hun kan følge med. Nervøsitet og bekymring føler hun ikke, at hun har tid til længere. Hun har derfor købt en centralstimulerende medicin af en fremmed på nettet, som hun bruger til at håndtere sin krop, sine følelser og dermed tiden, fortæller hun:
"Det er ironisk for mig, hvis jeg netop skulle tage tid ud af min kalender for at sætte mig ned og bearbejde de her følelser Det undgår jeg helt med [medicin], som samtidig gør, at jeg netop får arbejdet, så jeg oplever, at jeg ikke får den her følelse af, at jeg ikke er med."

Karen bruger, ligesom nogle andre studerende, receptpligtige midler til andre formål end dem, de er udskrevet til. Flere gør det for at håndtere følelser eller uro forbundet med stress, tidspres og koncentration eller for at falde ned og kunne sove.

De seneste årtier er mængden af medicin udskrevet af læger og på sygehuse steget i Danmark og i udlandet. International forskning har vist, at noget af denne receptmedicin også i stigende grad deles og sælges blandt personer, der bruger den uden selv at have en recept og typisk til andre formål end det, den er udskrevet til. Forskning i USA har afdækket, hvordan denne såkaldte 'ikke-medicinske' brug af receptpligtig medicin er blevet udbredt igennem de seneste årtier og det især blandt 18-25-årige (1). Europæisk forskning har længe dokumenteret, at nogle unge bruger receptmedicin til at opnå rusvirkninger i nattelivet, på samme måde som andre illegale feststoffer bruges (2), men den amerikanske og også nyere europæisk forskning peger nu på, at receptmedicin også bruges ikke-medicinsk i hverdagen, og at det især kan gælde for studerende (3). Om dette også er en stigende tendens i Danmark, og hvilke betydninger det her kunne have, mangler vi endnu viden om (4).

Denne artikel belyser danske studerendes ikke-medicinske brug af receptpligtige midler i hverdagen. Den sammenvæver en gruppe studerendes fortællinger om at bruge medicin som en umiddelbart hurtig og pragmatisk – om end sjældent egentlig ønsket – måde at håndtere oplevelser af tidspres, som de forbinder med hverdagslivet som studerende (5).

Interviewanalyse af tidspres og medicinbrug
Artiklen tager afsæt i mit sociologiske ph.d.-projekt, der er baseret på 28 interview med danske unge mellem 18 og 30 år, der har erfaring med ikke-medicinsk brug af receptmedicin i hverdagen som studerende på professionsbachelor- eller universitetsuddannelser. I interviewene fortæller disse studerende om deres oplevelser af situationer, hvor deres brug startede, og hvordan deres brug, og deres oplevelser og tanker om det, siden har udviklet sig. Interviewene er individuelle, anonyme og varede cirka halvanden time.

De fleste af de interviewede havde erfaring med at bruge centralstimulerende medicin med ønsket om at koncentrere sig om at læse og studere. Det var typisk medicin, der udskrives til personer med ADHD-diagnoser, som kan virke opkvikkende ved at øge mængden af visse signalstoffer i hjernen. Andre interviewede havde brugt andet receptmedicin såsom betablokker, insulin og smertestillende receptmedicin for at falde til ro og også for at koncentrere sig om at læse og studere. I tråd med anden dansk (6) og europæisk forskning (2) havde de fleste interviewede i dette studie enten fået eller købt receptmedicinen af en ven eller bekendt, og nogle havde købt medicin på internettet eller brugt medicin, de havde fået udskrevet af en læge. Enkelte havde fået medicin af familiemedlemmer eller købt medicin i udlandet.

Krise og undtagelsestilstande i hverdagen
Cirka to tredjedele af de studerende talte om at bruge medicin, fordi de følte sig pressede. Og det slog mig, da jeg lyttede til deres fortællinger, hvordan mange af dem brugte kriseretorik til at beskrive deres medicinbrug. De brugte metaforer for undtagelsestilstande og tilmed for livstrusler. **Hvor en studerende for eksempel brugte ordet "snestorm" om den situation, der motiverede hendes medicinbrug, beskrev en anden medicin som en "redningsvest", og andre kaldte medicinbrug et "nødværge", "min chance for at klare det" eller simpelthen som "en måde at overleve på".** De beskrev typisk at være i situationer eller længere perioder med "massivt pres på", som én udtrykker det. Kriseretorikken rørte mig og gjorde mig nysgerrig efter at forstå, hvorfor de studerende brugte så stærke metaforer.

Medicin til håndtering af tidspres
Da jeg nærlæste interviewene for at se nærmere på de studerendes beskrivelser af situationer med kriser og undtagelser, fandt jeg, at især oplevelsen af tidspres kendetegnede mange situationer, hvor de brugte medicin. De studerende talte om at være i tvivl, om de havde nok kropslig og mental energi eller timer nok, til at nå de opgaver og aktiviteter, tage den eksamen eller fastholde det hverdagsliv, som de af forskellige årsager, som jeg vil komme ind på i det følgende, følte, at de var nødt til at fastholde.

Karen beskriver for eksempel, hvordan hun i en presset periode på studiet oplevede, at en kropslig "rastløshed", et mentalt "tankemylder" og et væld af følelser af tvivl, om hun kunne klare sig, stod i vejen for, at hun kunne arbejde så hurtigt og planmæssigt, som hun ønskede. Hun brugte i den situation den centralstimulerende medicin Modafinil til at håndtere sin tid og dermed oplevelsen af tidspres. Hun siger:
"Det er ironisk for mig, hvis jeg netop skulle tage tid ud af min kalender for at sætte mig ned og bearbejde de her følelser. Det kan tage rigtig lang tid, før jeg får min vejrtrækning under kontrol, før jeg kan begynde at tænke konstruktive tanker. Og det er rigtig svært, når man ikke føler, at man lige nu skulle tage dén halve time ud af kalderen. Ja, og det er, som om at det undgår jeg helt med Modafinil, som samtidig gør, at jeg netop får arbejdet, så jeg oplever, at jeg ikke får den her følelse af, at jeg ikke er med, at jeg har en masse at indhente" (Karen).

Tea beskriver på lignende vis, hvordan hun i en presset periode på studiet brugte centralstimulerende medicin, og understreger, at det var med ønsket om at opnå en følelse af at kunne fastholde en tidsstruktur og skabe nogle bestemte faste rytmer, som hun oplevede var nødvendige, for at hun kunne gennemføre studiet, men som hun havde svært ved at tro på, at hun selv ville kunne fastholde:
"Det handlede om at have en tilfredshed med mig selv: At jeg vidste, at 'nu koncentrerer jeg mig fra 8 til 16 hver dag, og så går jeg hjem og holder fri … Det handlede om at lægge en struktur ned over det her forløb, som jeg havde tillid til" (Tea).

Undtagelser under tidspres
Et andet gennemgående tema i de studerendes beskrivelser af at bruge medicin i situationer, hvor de følte sig pressede, var deres oplevelse af, at brug af medicin føltes som en nødvendig "moralsk undtagelse". Langt de fleste studerende beskrev, at de brugte medicin, selvom de egentligt principielt ikke brød sig om dét, at de selv eller andre skulle bruge medicin for at håndtere udfordringer i hverdagslivet.

Karen beskriver som andre, at selve tidspresset får hende til at føle, at der ikke er tid til at overveje alternative og netop langsommere måder at håndtere situationen på. Under tidspres ser tidsoptimeringens logik ud til ofte at trumfe andre typer overvejelser – og her fremstår medicin som en effektiv, sikker og hurtigtvirkende håndtering af tidspres.

Anita beskriver for eksempel, at hun ikke bryder sig om at bruge centralstimulerende medicin for at studere til eksamen, men at hun var i en situation, hvor hun følte, hun behøvede at gøre det, fordi der var et "helt crazy tidspres på én". Hun uddyber:
"Jeg har ikke gjort mig tanker på den måde om sådan: "Er det forkert, eller er det rigtigt?", om "Hvad er mere rigtigt?" Det har mere været sådan: "Hvad passer bedst til den situation, som skal håndteres lige nu?" Det er også derfor, at jeg vil da ikke udelukke, at jeg vil komme til at bruge det igen."

Der er altså noget ved tidspres, der giver følelsen af nødvendighed, som Anita her siger. Samtidig beskriver hun, at hun forventer, at hun kunne komme til at stå i den situation igen.

Tidspres som en normal del af studielivet
Selvom de fleste studerende altså beskriver, at deres medicinbrug er en moralsk undtagelse, så oplever mange, at tidspresset, som legitimerer den moralske undtagelse, er en mere eller mindre forventelig eller integreret del af deres almindelige hverdagsliv. Mange af de studerende beskriver, at deres hverdag er præget af et højt tempo og en tætpakket kalender, men udtrykker også en ambivalens omkring det. Som Lisa siger om sit travle hverdagsliv:
"Det er et hårdt liv, men også et meget sjovt liv." Lars fortæller også om en travl hverdag med flere jobs og et krævende studie, at *"jeg lever et hårdt liv. Altså jeg tager jo ikke stoffer eller har andre dårlige vaner som at ryge. Men, ja. Jeg prøver at presse citronen".*

Et højt tempo i hverdagen kan i sig selv nærmest føles som en rus (7), også fordi det at have mange jern i ilden kan give en følelse af sikkerhed og social anerkendelse (8). Det kan vi for eksempel høre Thomas sige, når han beskriver, hvordan han brugte centralstimulerende medicin til at presse sig til at arbejde intensivt i en periode, hvor han ellers af forskellige årsager var udmattet. Han knytter en ambivalens til dét at få en rar fornemmelse af social anerkendelse og samtidig føle, at et travlt liv er nødvendigt (9). Det er nødvendigt, oplever han, for at kunne ruste sig til en fremtid, som han forventer vil rumme stadigt strammere uddannelsespolitik og tidsregulering:
"Man vil gerne bevise over for sig selv, at man er god nok. Også over for samfundet. Og de forventninger, man alligevel føler. For jeg ved jo udmærket godt, at med alle de stramninger, der kommer nu, så ved jeg jo ikke, hvad det kommer til at være næste år, eller næste år igen: om der for eksempel kommer straf på, hvis man holder pause. Jeg gider jo ikke at have spildt fem år og så komme ud og ikke få noget relevant arbejde. Selvfølgelig har det været nogle sjove fem år. Stressende fem år" (Thomas).

Som Thomas ovenfor henviser til, har vi netop gennem de senere år set flere uddannelsesreformer, der på forskellige måder direkte og indirekte kræver, at studerende intensiverer deres studieaktivitet og optimerer deres brug af tid med henblik på, hvad arbejdsmarkedet forventes at kræve af dem i fremtiden (10, 11). Den omdiskuterede studiefremdriftsreform fra 2014, hvis mål var at øge studerendes gennemførelses-hastighed, kan ses som et eksempel på denne tendens. Hånd i hånd med andre nyere uddannelsesreformer har den været med til at øge

"Et andet gennemgående tema i de studerendes beskrivelser af at bruge medicin i situationer, hvor de følte sig pressede, var deres oplevelse af, at brug af medicin føltes som en nødvendig "moralsk undtagelse"."

studerendes mulighed for fleksibelt at sammensætte deres uddannelser, men dermed også placeret ansvaret for at håndtere tid effektivt og fremtidssikrende på den enkelte studerende. Yderligere har vi, som Thomas i citatet også indikerer, og som sociologier beskriver det, en fortælling om, at også arbejdsmarkedet, som de studerende forventes at skulle indgå i, rummer krav om individuelt ansvar for uophørlig aktivitet og tidsoptimering (12).

Hvad skal vi problematisere?

I artiklen her har jeg villet vise, hvordan mange af de studerende, jeg har interviewet til mit ph.d.-projekt, har brugt medicin som en hurtig og pragmatisk, men sjældent ønsket, måde at håndtere oplevelser af tidspres, som de forbinder med hverdagslivet som studerende. Hvor andet rusmiddelbrug blandt unge er blevet beskrevet som en 'timeout' fra hverdagen, så handler denne her type ikke-medicinsk brug af medicin måske nærmere om at kunne føle, man tager ansvar for at 'følge med'.

Mange studerende fortalte, at de deltog i et interview til mit projekt, fordi de ønskede tid og rum til at reflektere over deres erfaringer og til at dele deres tanker med andre. Det havde de færreste af dem følt, de kunne gøre i andre sammenhænge. Og hvor mange beskrev, at de umiddelbart kunne opleve det 'effektivt' og 'nødvendigt' at bruge medicin, syntes de altså sjældent, at det var en egentligt meningsfuld eller god måde at håndtere tidspres på. Beskrivelser af, at nogle studerende umiddelbart kan opleve det 'effektivt' at justere kroppen med medicin, kan vække nysgerrighed hos andre unge, der kan genkende oplevelsen af ofte at stå i situationer, hvor de er pressede på tid. Det er måske også derfor netop de studerendes ellers tavse, kritiske refleksioner over deres oplevelser af at føle det nødvendigt at bruge medicin, når de føler sig pressede i hverdagen, der er mest interessante for os at beskæftige os med og formidle videre til andre unge.

Selv når de studerende er kritiske og ikke bryder sig om, at de selv eller andre skulle tage piller for at håndtere hverdagen, så kan den umiddelbare oplevelse af hverdagsligt tidspres trumfe den kritiske tanke. At handle i panik, og overskride sine egne moralske grænser, er nok noget, de fleste af os kender i et eller andet omfang – men jeg vil gerne stille spørgsmålet, om vi måske ikke bør betragte det som en social og ikke individuel brist, når det tidspres, der kan give studerende en oplevelse af, at det er svært at vælge efter sin kritiske overbevisning, er funderet socialt og tilmed ofte i dag opfattes som normalt.

Referencer

(1) Mui, H. Z., Sales, P., & Murphy, S. "Everybody's Doing It: Initiation to Prescription Drug Misuse". Journal of Drug Issues, 44(3), (2014) 236–253.

(2) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

(3) Coveney, Catherine & Bjønness, Jeanett. "Making sense of pharmaceutical cognitive enhancement: taking stock and looking forward". Drugs: Education, Prevention and Policy, 26(4) (2019), 293–300.

(4) Novak, S. P., Håkansson, A., Martinez-Raga, J., Reimer, J., Krotki, K., & Varughese, S. Nonmedical use of prescription drugs in the European Union. BMC Psychiatry, 16(1) (2016), 274.

(5) Krøll, Lea Trier. "Students' Non-Medical Use of Pharmaceuticals to Manage Time in Everyday Life Crises". Drugs: Education, Prevention and Policy, 26(4) (2019), 339–346.

(6) Petersen, Margit Anne. "Study drugs som vennetjeneste, ordineret medicin eller stoffer til salg". Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund, (28), (2018) 133–153.

(7) Vostal, Filip. "Speed Kills, Speed Thrills: Constraining and enabling accelerations in academic work-life". Globalisation, Societies and Education, 13 (2015), 295–314

(8) Wajcman, Judy (2015). Pressed for Time: The Acceleration of Life in Digital Capitalism. Chicago: The University of Chicago Press.

(9) Bjønness, Jeanett. "Et udstrakt selv: Unges brug af medicinsk kognitiv forbedring for at trives og præstere bedre under uddannelse". Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, (28) (2018), 87–111.

(10) Nielsen, Gritt B. & Sarauw, Laura Louise. "Fremdrift og Fremsyn: Kampen om de studerendes tid", Dansk Pædagogisk Tidsskrift, 2 (2014), 33–42

(11) Brøgger, Katja. "Du skal ville det, du skal: Om de videregående uddannelsers nye tilskyndelsesøkonomi, Dansk Pædagogisk Tidsskrift, (2016), 87–99

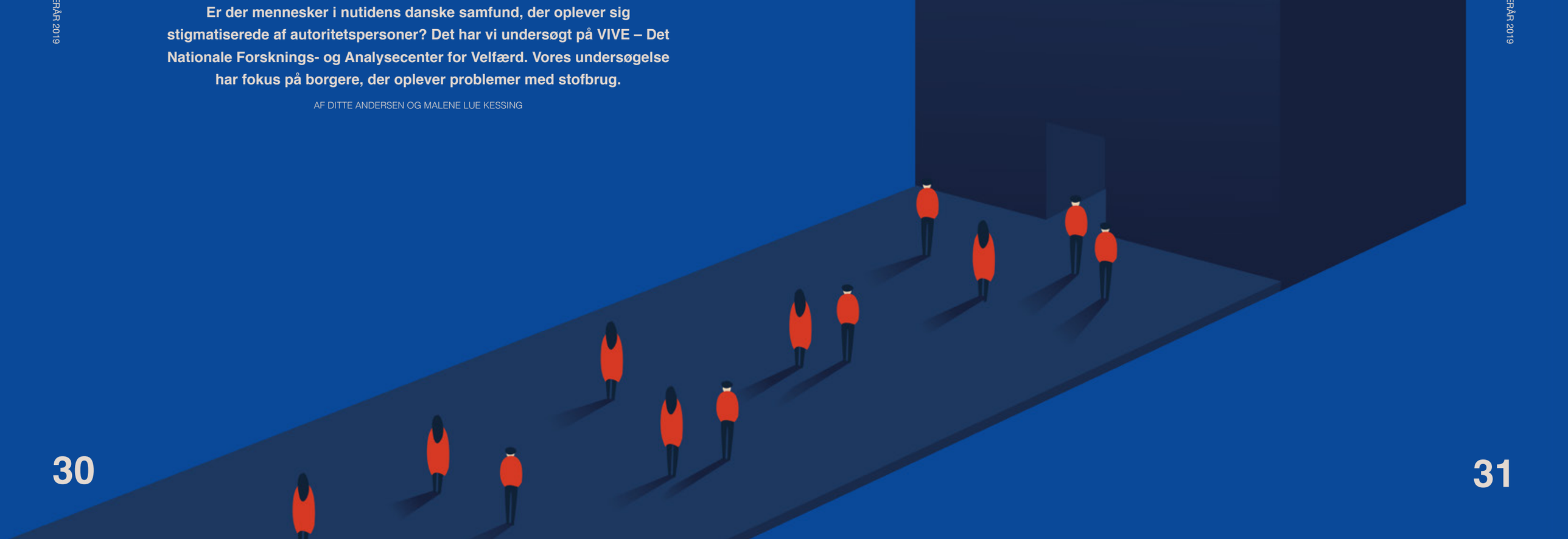
(12) Petersen, Anders. (2016) Præstationssamfundet. København: Hans Reitzel

(13) Rose, Nikolas. (2007) Politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton University Press.

Den uproduktive borger, stofbrug og nye stigmatiserings-mønstre

Er der mennesker i nutidens danske samfund, der oplever sig stigmatiserede af autoritetspersoner? Det har vi undersøgt på VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Vores undersøgelse har fokus på borgere, der oplever problemer med stofbrug.

AF DITTE ANDERSEN OG MALENE LUE KESSING



STOF NR. 34 / EFTERÅR 2019

Ditte Andersen er sociolog og seniorforsker på VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Malene Kessing er antropolog og ph.d.-studerende ved Sociologisk Institut, Københavns Universitet

I oldtidens Grækenland brændte magthavere mærker ind i huden på mennesker, de anså for underlegne. Den praksis har vi selvfølgelig droppet for længst, men det græske ord for brændemærket, stigma, bruger vi stadig. Selv om stigma ikke længere er et fysisk mærke, så er stigmatisering fortsat en markering af, at et menneske bliver anset for at have lav social værdi.
Siden sociologen Erving Goffman udgav bogen 'Stigma' i 1963, har stofbrug været et klassisk eksempel på noget, der bliver stigmatiseret i moderne samfund. I de seneste årtier har international forskning igen og igen vist, hvordan borgere med stofbrug bliver stigmatiseret i møder med læger, sygeplejersker, sagsbehandlere, politi og andre personer med magt og autoritet i velfærdsstaten. Eksempler på stigmatisering kan være, at borgere med stofbrug ikke oplever at få tilbudt smertedækning på hospitalet på trods af alvorlige fysiske skader, eller at politiet udviser mistillid til det, borgerne siger, og sågar taler nedsættende til dem.

Vi interviewede over hundrede borgere i hele landet, der selv italesatte, at de havde et problematisk stofbrug, for at afdække, om de oplevede stigmatisering. Vi spurgte ind til deres oplevelser af møder med ansatte i velfærdsstatens sektorer på det sociale, sundhedsmæssige og retslige område. Vi kom frem til en god og en dårlig nyhed.

Den gode nyhed er, at borgerne i mindre omfang end forventet oplever sig stigmatiseret på grund af deres stofbrug. For nogle borgere skyldes dette, at de har en længerevarende tæt relation til professionelle, der møder dem som hele mennesker. For andre borgere, som havde en mere sporadisk kontakt til forskellige professionelle, handlede det om, at de oplevede at få den nødvendige hjælp. De fortalte ikke, at de blev mødt som 'hele mennesker', men de udtrykte heller ikke et ønske om dette.

Der er stadigvæk borgere, som oplever, at de bliver stigmatiseret af velfærdsstatens professionelle i dagens samfund på grund af deres stofbrug. En mand fortalte for eksempel, hvordan han havde oplevet, at en læge havde behandlet ham som en 'junkie', der ikke fortjente ordentlig smertebehandling. Men den gode nyhed er, at de fleste af de borgere, vi interviewede, ikke oplever denne form for stigmatisering.

Den dårlige nyhed er, at nogle af de interviewede borgere møder en anden form for stigmatisering. Denne form har vi valgt at kalde 'neostigmatisering'. Neostigmatisering opstår, når borgeren selv oplever, at hun eller han har behov for hjælp til at håndtere sit stofbrug, mens de professionelle vurderer, at borgeren er arbejds- og uddannelsesparat. Disse borgere oplever, at de professionelle ikke møder dem i overensstemmelse med deres eget selvbillede, og at de i mange tilfælde bliver mødt som borgere af ringe værdi.

Mødt som hele mennesker

Lad os vende tilbage til den gode nyhed og uddybe den først. De professionelle, der i dag arbejder som socialrådgivere, pædagoger, sygeplejersker, psykiatere osv. i velfærdsstaten, har typisk modtaget undervisning i, hvordan de møder udsatte borgere på en anerkendende og respektfuld måde. Nogle har endda haft Goffmans 'Stigma' som en del af deres uddannelses pensum. Mange professionelle i den danske velfærdsstat er derfor opmærksomme på ikke at stigmatisere borgere, fordi de slås med stofbrug, og det ser ud til, at de professionelle langt hen ad vejen lykkes med det.
Den første gruppe af borgere, som ikke beskriver oplevelser af stigmatisering, fortalte meget varmt om professionelle, der møder dem som 'hele mennesker' og ikke bare 'junkier'. For mange af borgerne har det gjort en verden til forskel, at de bliver mødt som mennesker af lige social værdi.

Sådan et møde med velfærdsstaten fortalte Marie på 17 år om. Hun begyndte at ryge cannabis, da hun var 14 år, og hun fortalte, at hun brugte cannabis som en form for selvmedicinering af sine psykiske udfordringer. Marie havde kendt sin stofbehandler i 18 måneder. Hun fortalte:
"Han er min alting-rådgiver. Han er ikke bare en stofmisbrugsrådgiver, fordi jeg tror faktisk, at det [stoffer] er det, som vi taler mindst om, når vi er sammen…. Han er en del af mit liv. Der er ikke noget, som han ikke ved. Han er den voksne, som jeg sætter mest pris på at snakke med."

Marie forklarede desuden, at hendes 'alting-rådgiver' ikke betragtede hende som en 'klassisk hashryger'. Dette var i overensstemmelse med, hvordan Marie så sig selv. Hun betragtede nemlig ikke sig selv som 'stofmisbruger', til trods for at hun anerkendte, at hun var fysisk afhængig af at ryge cannabis. Maries stofbehandler så hende som et helt menneske, hvorved hendes brug af stoffer ikke overskyggede andre dele af hendes liv. Oplevelsen af at blive mødt på denne måde betød, at stofbehandleren fik en helt central og værdsat plads i Maries liv.

Taknemmelig for velfærdssystemet

Den anden gruppe af borgere, som ikke fortalte om oplevelser af stigmatisering, havde en mere løs tilknytning til velfærdssystemet. De havde sporadisk kontakt til forskellige professionelle og var taknemmelige for

"Neostigmatisering opstår, når borgeren selv oplever, at hun eller han har behov for hjælp til at håndtere sit stofbrug, mens de professionelle vurderer, at borgeren er arbejds- og uddannelsesparat."

den hjælp, som de modtog. De gengav ikke, at de blev mødt som 'hele mennesker', men de udtrykte heller ikke et ønske om dette.

Karen, som var 68 år og modtog metadon, eksemplificerer denne type kontakt til velfærdssystemet. Hun fortalte:
Interviewer: "Er det noget, som du gerne vil ændre her [på behandlingsstedet]?"

Karen: "Nej, jeg går bare ind, når det er min tur [for at få metadon], og de [professionelle] siger: "Hej Karen", og så går jeg igen".
…
Interviewer:"Så det er et godt behandlingssted for dig?"

Karen: "Ja, jeg kommer ind en gang om ugen, og det er det".

I forlængelse heraf fortalte Karen, at hun havde oplevet, at hendes metadondosis var blevet nedsat af personalet uden nogen forklaring. Da intervieweren kommenterede, at det da måtte have været ubehageligt, svarede Karen: *"Ja, men jeg skal bare være taknemlig for, at jeg får det [metadon]".*

Borgere, der som Karen var taknemmelige for den støtte, de blev tilbudt af velfærdssystemet, stillede ikke store krav til de professionelle, de mødte. Henrik på 57 år fortalte, at han måske ikke engang lagde mærke til, hvis der var nogle, som behandlede ham anderledes på grund af hans stofbrug.

Disse fortællinger kan ses som et udtryk for, at nogle borgere har inkorporeret en forståelse af dem selv som værende mindre værd og derfor slet ikke opdager, hvis de bliver behandlet anderledes. Borgere i denne gruppe gav udtryk for, at de var tilfredse med den støtte, som de modtog, og de fortalte ikke om åbenlyse oplevelser at stigmatisering. De oplevede altså ikke en uoverensstemmelse mellem deres selvbillede og behov på den ene side og måden, de blev mødt og håndteret af de professionelle, på den anden side.

Stigmatisering af de uproduktive
Så har vi den dårlige nyhed tilbage. Nogle borgere oplever noget, som vi – i den engelske artikel 'Stigma, problem drug use, and welfare state encounters: changing contours of stigmatization in the era of social investment' – har valgt at definere som neostigmatisering. Her bliver stigma vendt på hovedet. I det klassiske stigma, som beskrevet af Goffman (1), bliver stofbruget ophøjet til en 'masterstatus' for den stigmatiserede person. Det betyder, at vedkommende først og fremmest ses som en stofbruger og ringeagtes på grund af sit stofbrug.

I neostigmatisering bliver betydningen af stofbruget nedtonet frem for ophøjet. Borgere beskriver møder med professionelle, der insisterer på at være ressourceorienterede og ikke vil anerkende, at stofbruget udgør et stort problem for borgeren. I sådanne møder fastholder de professionelle, at borgerne trods deres stofbrug kan arbejde og tage en uddannelse. Borgerens værdi bliver knyttet til uddannelse og beskæftigelse, og hvis de ikke er aktive og produktive, så har de mindre værdi.

Tanya på 56 år var en af de borgere, som ikke oplevede, at de professionelle i velfærdssystemet ville anerkende omfanget og betydningen af hendes stofbrug. De professionelle insisterede på, at Tanya havde ressourcer og skulle deltage i et toårigt program, der var rettet mod beskæftigelse. En beslutning, som Tanya havde svært ved at forstå:
"Jeg griner lidt af det. Det gør jeg virkelig. Jeg synes, at det er total skørt at sende en, som har været misbruger hele sit liv, som er 56 år og har en brækket ryg, ind i sådan et program… Hvem gider at ansætte sådan en som mig? … De [arbejdsgiverne] kommer til at grine af mig".

Tanyas stofbrug begyndte i niårsalderen, og årtiers forbrug af heroin, kokain, hash og alkohol blev blandt andet finansieret gennem sexarbejde. Hun oplevede, at hendes helbred var slidt, og hun syntes derfor, at de forventninger, de professionelle stillede til hende, var både urealistiske og ydmygende. De professionelle insisterede på at anerkende ressourcer og potentialer, som hun ikke selv mente, hun havde. Det resulterede i, at hun ikke følte sig hørt og set som et helt menneske med værdi på trods af manglende arbejdsmarkedsdeltagelse.

Flere borgere fortalte, at de som modstand mod systemets fokus på deres ressourcer og potentialer arbejdede hårdt – til tider i samarbejde med deres kontaktperson – for at tydeliggøre deres udfordringer og problematiske stofbrug. Dette var den eneste måde, hvorpå de kunne gøre sig håb om at få den hjælp, som de mente, var nødvendig. Isa på 37 år fortalte for eksempel, at hendes sagsbehandler foreslog, at hun ændrede sit udseende til et møde angående førtidspension. Dette indebar, at Isa ikke fjernede sin makeup fra dagen før og tog en tår øl inden mødet. Hun fortalte: *"Du bliver nødt til at overdrive din situation, før de [de professionelle] virkelig forstår, hvad der foregår".*

Arbejdsmarkedsstatus afgør værdi
Denne undersøgelse giver anledning til, at vi spørger os selv, hvilke borgere der i dagens velfærdsstat behandles som mennesker med social værdi. De professionelle, som borgerne møder i f.eks. stofbehandling og beskæftigelsessystemet, er tilsyneladende gode til at anerkende, at borgere kan have værdi som 'hele mennesker', selv om de slås med stofbrug.

Kan vi også anerkende, at det ikke er alle borgere, som kan være aktive og produktive inden for uddannelses- eller beskæftigelsesområdet. Anerkender vi i vores samfund den sociale værdi af borgere, som ikke har potentiale på det formaliserede arbejdsmarked? Eller stigmatiserer vi medborgere, der ikke er produktive i denne forstand?

De europæiske velfærdsstater har i de seneste femten år været under indflydelse af det sociale investeringsparadigme. Ifølge sociologen Gøsta Esping-Andersen (2) er en af velfærdsstatens helt store udfordringer, hvordan en stræben efter social retfærdighed kombineres med robuste, konkurrencedygtige markedsøkonomier. Denne udfordring er forsøgt løst ved at satse på sociale investeringer. Ideen er, at man ved at investere i uddannelse, sundhed og børnepasning af høj kvalitet kan udvikle og fremme værdien af befolkningens såkaldte humane kapital.

Så mange mennesker som muligt skal arbejde, og så få som muligt skal modtage støtte fra staten. Fritidsforbrug eller præstationsfremmende forbrug af illegale stoffer er derfor ikke nødvendigvis i modstrid med det sociale investeringsparadigme, da et sådan forbrug stadig tillader – og måske endda fremmer – borgeres præstation på arbejde og under uddannelse. Så snart borgere har et stofbrug, der forhindrer dem i at deltage på arbejdsmarkedet, vil det mest gavnlige respons – set fra det sociale investeringsparadigme – være at forvente og forlange, at disse borgere forbliver produktive på trods af deres stofbrug. Det er netop dette svar, som flere borgere i denne undersøgelse oplevede at få i mødet med velfærdssystemet.

Det sociale investeringsparadigme knytter på den måde borgeres værdi til deres arbejdsmarkedsstatus. En utilsigtet konsekvens kan være, at borgere uden værdi på arbejdsmarkedet stigmatiseres. Denne undersøgelse har fokuseret på borgere med stofbrug, men det er ikke utænkeligt, at borgere, der ikke er aktive på arbejdsmarkedet på grund af fysiske eller psykiske udfordringer, møder lignende stigmatisering fra velfærdssystemet. Dette ville betyde, at sådanne borgere oplever, at de professionelle i velfærdssystemet nedtoner betydningen af eksempelvis psykisk sygdom og insisterer på, at de skal være produktive på arbejdsmarkedet.

Så længe den sociale værdi af alle borgere ikke anerkendes som lige, vil nogle borgere opleve stigma. Det kan godt være, at stigmatiseringsmønstrene ændrer sig. I dag er det måske i mindre grad borgere med stofbrug, der stigmatiseres på grund af stofbrug, og i højere grad borgere med lav arbejdsmarkedsværdi, der bærer stigma, fordi de er uarbejdsdygtige. For den borger, der oplever sig stigmatiseret, er byrden fortsat lige tung.

Indlægget er skrevet på baggrund af de følgende to artikler:

Andersen, D. & Kessing, M. (2019) Stigma, problem drug use, and welfare state encounters: changing contours of stigmatization in the era of social investment. Addiction Research & Theory, 27:4, 277-284. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16066359.2018.1508568?journalCode=iart20

Andersen, D. & Kessing, M. (2019) I dag stigmatiseres stofmisbrugere ikke for deres stofmisbrug, men for at være uarbejdsdygtige. Kronik, Information, 4. februar 2019. https://www.information.dk/debat/2019/02/dag-stigmatiseres-stofmisbrugere-stofmisbrug-vaere-uarbejdsdygtige

STEMMER FRA SIDEN INTERVIEW MED: THOMAS BANKE

STEMMER FRA SIDEN er en artikelserie i STOF, som har fokus på de mennesker, som ikke fagligt arbejder på rusmiddelfeltet, men som alligevel besidder en unik viden og erfaring. Det er fortællinger om den indsigt i mennesker med problemer med rusmidler, som man kan få ved at befinde sig ved siden af som pårørende eller have oplevet problemerne som tidligere bruger selv.

”Min hjerne og jeg blev forelsket i OxyContin”

Thomas Banke var i 2010 Danmarks yngste borgmester. Som 28-årig var hans politiske karriere flyvende, men den smertestillende medicin, han tog på grund af tandsmerter, blev årsag til en personlig og arbejdsmæssig deroute.

TEKST KARINA LUISE ANDERSEN OG FOTO MICHAEL DROST-HANSEN

Karina Luise Andersen er cand.mag.
og redaktør på STOF

Fredag d. 7. maj 2010 blev en skæbnesvanger dag for Thomas Banke. Han havde siddet i Fredericias borgmesterstol i fire måneder, og han følte sig udmattet efter først en hård valgkamp og siden mængderne af administrativt og politisk arbejde, som borgmesterjobbet krævede af ham. Denne fredag aften skulle have været hans første rigtige friaften i en lang periode, og han glædede sig til at slappe af sammen med sin kæreste.

”Det var en stor omvæltning i min tilværelse at blive borgmester i den alder. Og i politik kan man godt blive valgt for at have nogle visioner og ideer, men en stor del af borgmesterjobbet er jo også administration og forhandling. Jeg havde haft mange arbejdstimer og mange politiske udfordringer i forhold til oppositionspartierne. Så jeg havde oplevet det som en strengt udfordrende start, og det var en brugt borgmester, der skulle holde sin første friaften sådan for alvor,” fortæller Thomas Banke.

I månederne forinden havde han været igennem nogle behandlinger hos sin tandlæge for paradentose, og fordi han følte sig presset arbejdsmæssigt, valgte han at reducere antallet af behandlinger og i stedet gennemgå en ”større omgang” på én gang imod tandlægens råd. Behandlingerne gav ham store smerter, og for at kunne passe sit arbejde fik han en recept fra sin læge på den smertestillende medicin OxyContin. Han tog medicinen som ordineret, men husker det, som at han oplevede en del bivirkninger og ikke brød sig meget om pillerne. Tandsmerterne løjede efterhånden af, og han lagde medicinen på hylden. Indtil fredag d. 7. maj 2010.

”Jeg havde egentlig klædt mig om til at skulle være hjemme og slappe af, og så ”popper” der en aftale op på min telefon, jeg simpelthen har glemt alt om. Jeg skal ud til et lejrsted i Fredericia, der hedder ’Troldehuset’, som ligger i Trelde Næs Skov, og holde et aftenoplæg for unge om demokrati. Og helt ærligt så er det måske ikke lige det, der står højest på min prioriteringsliste den aften, for jeg trænger til at slappe af. Men jeg er meget pligtopfyldende og siger ja til alt i den periode, for det er vigtigt for mig ikke at skuffe borgerne og at komme ud af kontoret og møde dem frem for at sidde med kun de administrative opgaver på rådhuset,” fortæller Thomas.

Så han skynder sig at klæde sig i tøjet og gør sig klar til at tage af sted. Og så kommer han i tanke om de smertestillende piller. Han kan ikke sige, hvorfor han kommer til at tænke på dem, men det gør han.

”Jeg huskede pludselig brudstykker af, at dengang jeg spiste de der morfinpiller – det kan godt være, jeg ikke brød mig om virkningen, det kan også godt være, jeg syntes, det var irriterende at være sløvet – men i forhold til min præstationsevne, så var der ét eller andet, der gjorde, at ting blev mere behagelige. Så jeg prøvede at spise to OxyContin-piller, inden jeg kørte af sted til Troldehuset.”

Den nektar, guderne lever af

Den skæbnesvangre aften i Troldehuset gik fantastisk ifølge Thomas Banke. Han følte sig ”flyvende” og underholdt alle med røverhistorier og gode fortællinger til langt ud på aftenen. Dagen efter gentager historien sig, da han skal til en festival, hvor en masse unge skal spille gardermusik. Igen en begivenhed, som han ikke føler, han har energien til.

”Der spiser jeg to piller igen fra morgenstunden, og jeg mærker ingen bivirkninger. Jeg mærker bare, at jeg får lyst til alt, hvad jeg skal. For min skyld kan de sætte mig på en tømmerflåde og læse latinske tekster op for mig hele dagen. Det vil jeg bare nyde. Min hjerne og jeg bliver forelsket i OxyContin, og jeg føler, jeg har kysset den nektar, som guderne lever af,” husker Thomas.

Effekten hjælper ikke kun Thomas, når overskuddet ikke er der til at møde de mange borgere, han gerne vil bruge tid på. Han bruger også pillerne til at lette sit politiske arbejde. Som tidligere formand for Venstres Ungdom i hele landet oplever Thomas Banke det som vanskeligt at finde sig til rette i kommunalpolitik. Han beskriver sig selv som en ung liberal borgmester, hvis idealer var langt vigtigere end meningerne i byrådet og den brede kommunale samarbejdsånd.

”Kommunalpolitik er jo i høj grad noget med at blive enige og tale sig til rette. Det kommunale selvstyre består ofte af deltidspolitikere, som ikke er der for at vinde kampen om hverken magten, ideologien eller de politiske programmer, men for at indgå kompromisser. Jeg kommer jo fra landspolitik og er ”opdraget” til, at politik først og fremmest handler om at vinde både valg og indhold. Fredericia Byråd havde indtil da været enige om stort set alt i over 80 år, og så får man pludselig mig ind, som leverer et nærmest amerikansk inspireret politisk program. Det giver mig rigtig mange problemer med politiske modstandere og enkelte ansatte, for de bryder sig efter min opfattelse ikke om de forandringer, jeg vil levere,” fortæller Thomas og fortsætter:
”Alle de her udfordringer, jeg har med et byråd, der ikke altid er samarbejdsvilligt, med nogle politiske modstandere, der beskylder mig for at være magtfuldendt, og så videre. Jamen, det kunne jeg simpelthen komme videre fra ved at spise de her piller en gang imellem. For jeg blev jo både rummelig og tålmodig, når jeg tog dem. Og jeg blev bedre i stand til at navigere i det kommunalpolitiske spil. Min oplevelse var, at det blev langt lettere at få bedrevet politik til alles bedste.”

Thomas Banke tror ikke kun, det er ham selv, der har den opfattelse af ham som borgmester i månederne efter maj 2010. Han mener også, at hans kolleger vil beskrive ham som både rundere og mildere og nemmere at have med at gøre. Men det fortsætter ikke sådan.

Aldrig færdig, altid på vej

Thomas Bankes forbrug af OxyContin eskalerer, og siden supplerer han også med benzodiazepiner. Pillerne

”Der spiser jeg to piller igen fra morgenstunden, og jeg mærker ingen bivirkninger. Jeg mærker bare, at jeg får lyst til alt, hvad jeg skal.”

får han på recept fra forskellige praktiserende læger, som han holder hen med diverse forklaringer om fortsatte tandsmerter og søvnløshed. Lægerne mistænker, der er noget i vejen, men ifølge Thomas Banke kræver det også sin læge at spørge byens borgmester, om han har problemer med stoffer.

Lægerne er ikke de eneste, som han må opretholde en facade overfor. Også apoteker, kolleger og borgerne helt generelt må ikke mistænke, at der er noget i vejen. Thomas har derfor forskellige kalendere, han fører; dels over hvornår han tager hvilke piller, og hvornår virkningen sætter ind, og dels over hvilke apoteker han opsøger i hvilke byer og kommuner, så han ikke kommer til at frekventere samme sted for ofte.

Men Thomas Banke har på dette tidspunkt ikke selv erkendt, at det er et alvorligt problem, han er ude i. **Han vælger at betragte sig selv som en særlig type borgmester, der derfor også har en særlig tilgang til at klare den politiske tilværelse.**

”Jobsamtalen i politik går jo ud på, at andre mennesker skal kunne lide det, man står for. Og derfor er man også nødt til at repræsentere sig selv fra den bedst mulige side. Samtidig er noget af det mest stressende som misbruger at opretholde forsyningssikkerhed. Det kræver også mange facader. Og dertil kommer, at jeg jo er et velfærdsbarn, og jeg er den første i familien, der får en studentereksamen og læser på universitetet. Hele mit liv har været præget af en normal opvækst med velfungerende forældre. Så jeg kender jo ikke noget til nogen former for ’behandlingssystemer’, og jeg er enormt bange for, hvad der kan ske i sådan ét. Jeg ville ikke erkende, at jeg har brug for det, og at jeg har et problem. Og jeg ville heller ikke miste kontrollen. Af samme grund drak jeg sjældent alkohol, for der kunne jeg ikke kontrollere effekten, som jeg kunne med stofferne,” fortæller han.

I baghovedet på Thomas ligger også fortiden, hvor han som handelsskoleelev ofte festede med kokain og hash. Historien om hans ”vilde” ungdom kom frem i medierne, da hans politiske landskarriere i sin tid tog fart, men med hjælp fra Venstres daværende pressechef Søs Marie Serup blev historien håndteret til Thomas’ fordel, og Thomas fik endda ros fra partiledelsen. Han lovede dengang alt og alle, at det var fortid, og det var det i princippet også. Men blot tre uger før han tiltræder som borgmester, får han pludselig lyst til at tage i byen og finde stoffer, men hans bror forhindrer ham i det. Han beskriver, at der ligger en uro i ham, som altid har været der. Ligesom hans motto altid har været ”aldrig færdig, altid på vej”.

’Stien’ var den rette vej

Det bliver efterhånden tydeligt for både Thomas’ familie, kolleger og politiske partnere og modstandere, at han har et problem. Efter forskellige uheldige optrin i arbejdssammenhænge, hvor Thomas er påvirket, og efter det kommer frem i medierne, at Thomas erkender at have haft et tidligere – men ikke nuværende – problematisk forbrug af morfin i forbindelse med tandbehandling nogle år forinden, sygemelder Thomas Banke sig i 2012. På samme tid er der også stor medieomtale af den såkaldte bilagssag, hvor Thomas ikke har fået adskilt private og offentlige udgifter i sine regnskaber. Sagen bliver så stor, at selv formand for Venstre Lars Løkke Rasmussen udtaler sig til medierne. Det bliver i princippet det endelig dødsstød for Thomas’ borgmesterpost. Efter en kort periode tilbage i borgmesterstolen i 2013 vælger han endeligt at træde tilbage samme år. På daværende tidspunkt indtager han dagligt 500 milligram OxyContin og 20 hurtigtvirkende benzodiazepiner.

I 2014 tvinger hans familie ham i behandling. Det har de prøvet at gøre før, men Thomas ved godt med sig selv, at nu er der ikke nogen vej udenom. Han har i sit stille sind erkendt, han har et problem, men han vil dog stadig ikke indrømme det over for andre. Da han ankommer til behandlingsstedet ’Stien’, opfører han sig derfor arrogant og stiller spørgsmålstegn ved personalets viden. Men efter en måned på stedet sker der noget.

”Jeg har jo været vant til at have facader på til alt, hvad jeg foretager mig på det tidspunkt, og det er svært at lægge fra mig. Men inderst ved jeg godt, at jeg er nødt til at blive ”clean”. Medarbejderne, især behandlerne, på Stien var i stand til at finde frem til det lille lys, der brændte inde i mig i alt det mørke, der var hobet op,” fortæller Thomas og fortsætter:

”De gennemskuede min facade, og jeg skylder stor tak til de behandlere, som brugte mest tid på mig. De var fuldstændig vant til alle de historier, man kunne finde på, og de var ligeglade med, at jeg havde en lang uddannelse og kom fra de bonede gulve.”

Thomas Banke forlod sin politiske karriere og arbejder i dag med jura, kommunikation og relationshåndtering, hvor han har særligt fokus på at løse opgaver til hjælp for rusmiddelbehandling, blandt andet med Stien som samarbejdspartner.

”Nogle af de andre misbrugere, jeg mødte, mens jeg var der, havde i den grad været kastebold i systemet. Og jeg kan huske, at jeg nogle gange blev helt flov over, at jeg som borgmester ikke havde været i stand til at se, at de mennesker, som er på bunden af samfundet, faktisk er dem, vi bebyrder med allermest bureaukrati. Samtidig synes jeg, at behandlinger samkøres for meget, og folk fra alle samfundslag behandles sammen, og jeg mener, det måske kan afskrække folk fra at opsøge behandling, fordi de føler sig fremmede og utrygge i andre sociale miljøer og behandlingssystemer, end de er vant til. Så jeg tror, der sidder mange middelklassedanskere derude med brug for hjælp, som ikke opsøger den, fordi de er bange for at træde ind i behandlingssystemet,” siger Thomas.

Han afviser, at han vil tilbage til politik. Han læser p.t. jura på deltid og bruger også en del tid på at holde foredrag, blandt andet om sin egen historie med stofbrug. Fremover vil han også bruge endnu mere tid på sit professionelle samarbejde med Stien, så han kan gøre en indsats på de områder, han brænder for. Det betyder ikke, at han aldrig vil udtale sig politisk igen, og han har da også en kæphest, som han gerne vil agitere for:

”Al form for sundhedsvidenskab kræver evaluering, udvikling og evidensbaseret viden. Og ikke mindst en prioritering af de praktiske behandlingsindsatser. Det ser vi i forhold til andre livstruende sygdomme. Men når det kommer til lige netop misbrug, mangler der efter min opfattelse politisk forståelse for problemets alvor i – og for – samfundet og for den enkelte misbruger. Rusmiddelbehandling bør prioriteres højere i sundhedsvæsenet, og behandlingsindsatsen bør i højere grad flugte med alvoren og graden af behovet, ligesom det gør sig gældende ved andre sundhedsindsatser. Det vil jeg gerne være med til at arbejde for.”

Med Peter Øvig Knudsens ord

I dette nummer af STOF er det litterære bidrag fire uddrag fra forfatteren Peter Øvig Knudsens nyeste bog 'Min mor var besat'. Peter Øvig Knudsen har personligt udvalgt siderne til STOFs læsere og giver et indblik i magt og afmagt mellem børn og forældre, stoffer og brugere, psykisk sygdom og mennesker

Fra 'Min mor var besat - Da jeg mødte depressionens dæmon'

Gyldendal, 2019

Af Peter Øvig Knudsen

Det hele begynder, da min mor får fred, som man siger, tidligt om morgenen onsdag den 2. november 2016. Og hun er ikke den eneste, som får fred.

Tolv timer senere sidder jeg på en balkon på femte sal på Hotel Atlantic ved Århus Havn og fortæller min kæreste om den vældige bølge af lettelse, som skyller gennem mig efter min mors død.

Hele dagen har jeg haft samtaler med personalet på plejehjemmet, med bedemanden, præsten og den øvrige familie. Efter min søns ønske har vi spist aftensmad på Jensens Bøfhus ved havnen, og nu har Aske på snart tretten pakket sig ned foran fjernsynet i det ene værelse med rigelige forsyninger af slik og sodavand.

Jeg har røget en joint og lagt fødderne op på balkonens rækværk. Nedenfor ligger fødebyen i aftenmørke. Da Janne spørger mig, hvordan jeg har det, kommer jeg til at le højt.

„Jeg er i et ganske fabelagtigt fremragende humør," svarer jeg.

Lettelsen bliver ved med at skylle gennem min krop, og jeg har på en ny måde lov til at fortælle frit om min mor.

Ikke blot om hendes forvrængede, oppustede ansigt, når døren til mine forældres mørkelagte soveværelse gik op, og jeg lige nåede at se et glimt af hende i den dybeste depression. I dén tilstand henvendte hun sig ikke mere til mig og min lillesøster, og hun var knap nok længere en mor. I min erindring lignede hun snarere et monster.

Jeg skal heller ikke nøjes med at fortælle om den grædende mor, som så langt tilbage, jeg kan huske, har appelleret og tryglet mig om hjælp, først derhjemme i det lille røde parcelhus på Guldbjergvej i Holme, siden i telefonen, og altid med de samme grådkvalte sætninger gentaget igen og igen med ganske små variationer:

„Peter, jeg kan ikke klare det længere! … Du må komme og hjælpe mig!!"

I vores første tid sammen forsøgte jeg flere gange at forklare Janne, hvorfor jeg i modsætning til hende havde et så problematisk og distanceret forhold til min mor. Men jeg kunne tydeligt mærke, at hun ikke forstod, hvorfor mit ubehag og min modvilje var så heftig, og hvorfor jeg lod mig slå ud af en enkelt telefonopringning. Indtil en dag, da min mor havde efterladt en af sine tryglende appeller på telefonsvareren. Jeg holdt telefonen hen til Jannes øre, trykkede på 'play' og så hende med åben mund lytte til den flere minutter lange, grædende besked, hvor de samme sætninger blev gentaget igen og igen.

Janne er flere gange siden vendt tilbage til oplevelsen af først dér at forstå den overvældende intensitet i min mors mørke og styrken i hendes appeller.

Jeg har før fortalt erindringsglimt og historier til mine nærmeste. Men nu kan jeg forklare Janne om noget mere snigende, uhåndgribeligt, men også uhyggeligere, som er svært at fange i barndomserindringen: Når hun på et øjeblik skiftede fra at være min mor, der smurte madder med leverpostej og makrel i tomat ved køkkenbordet, og fik et andet og farligere blik, som om et fremmed væsen betragtede mig gennem hendes øjenhuler.

I de følgende minutter ville jeg få at vide, at jeg ikke gjorde nok for hende, og at jeg ikke gjorde det godt nok, og det føltes, som om hendes intention var at såre mig så dybt som muligt. Barnet så dæmonen i øjnene.

Sidst på eftermiddagen ankommer vi til det villakvarter i Hasselager uden for Århus, hvor min mors læge gennem mange år, Kim Brockelmann, bor med sin hustru. Han har inviteret os på vin og ost inden samtalen om hans egen mor, der på så mange felter mindede påfaldende om min – et neurotisk og stærkt opmærksomhedskrævende menneske, der så sig selv som offer, og som var så optaget af sig selv og sin lidelse, at hun ikke kunne yde den store omsorg for sine børn.

Gennem de foregående år har jeg med lange mellemrum haft kontakt med Kim Brockelmann, men det er først i ugerne op til min mors død, at Brockelmann pludselig fortæller, at hans egen mor er død få uger tidligere efter et forløb, der ganske svarer til min mors – og at det ikke er den eneste lighed mellem vores mødre.

„Som barn kendte jeg ikke hendes diagnose," fortæller Kim Brockelmann, „men hun var en klassisk angstneurotiker, og jeg husker tydeligt hendes første anfald: Det var i begyndelsen af 60'erne, jeg var fem-seks år, og familien var på vej fra vores lejlighed i Viby til sommerhuset i Risskov. Jeg og en kammerat var smidt ind bag i firmabilen, da hun pludselig blev ramt af panikangst – hjertet galopperer, man kan ikke trække vejret, man hyperventilerer og tror, man er ved at dø. Alle i bilen gik i panik, og min far kørte ambulancekørsel til Amtssygehuset. Det var stærkt ubehageligt, for jeg troede jo, at min mor ville dø.

I mange år efter levede jeg konstant med angsten for angsten. Anfaldene kunne komme i tide og utide, og det blev umuligt at planlægge noget som helst. Angsten kom til at fylde det hele, ikke kun for hende, men også for min far og mig.

I virkeligheden tror jeg, når vi nu snakker om det, at jeg har fortrængt en stor del af min barndom, simpelthen fordi det var så ubehageligt at skulle være der for min mor hele tiden. Jeg følte, at jeg svigtede hende, hvis ikke jeg var hjemme og til rådighed. Hun appellerede til os konstant og ville helst lægge beslag på mig og min far hele tiden. 'Jeg har det så dårligt, hvad skal jeg gøre?' lød omkvædet. Det er neurosens natur.

Da vores mødre var unge, fik alle neurotikere Stesolid og Valium, altså benzodiazepiner, i læssevis. Det begyndte i starten af 60'erne i USA med store reklamer for Valium, og man var ikke klogere, men i virkeligheden er de piller simpelthen komprimeret tørsprit. De virker ligesom alkohol, de bedøver og beroliger på samme måde som alkohol, og du bliver afhængig og skal afgiftes på samme måde som med alkohol. Som læge kan man ikke udskrive en kasse Guld Tuborg til en patient, men man kan udskrive tredive Oxapax som alkohol i pilleform.

Hvis livet var surt, skulle de amerikanske kvinder da have lidt Valium. Det svarer til at rende rundt med en lille skid på hele tiden. Også herhjemme proppede lægerne det i folk, navnlig gav man det til kvinder, som måske var kørt sur i at gå hjemme med hus og børn og i virkeligheden trængte til at komme ud og møde andre mennesker. Min mor fik to-tre af den slags præparater oven i hinanden, og når man har været tredive år på de stoffer, bliver man følelsesmæssigt affladet og ugidelig."

Vel har jeg et hemmeligt formål med at mødes med min kusine Marianne. Jeg håber at turde spørge til den historie om hendes mor, min tante Kirsten, som jeg ikke aner, hvor jeg har fra: Om det seksuelle forhold til familielægen, der i årevis forsynede hende med generøse mængder nervemedicin og sovepiller.

Vi sidder ved et hjørnebord bagerst på Café Englen i Århus, min gamle stamcafé, da jeg gik på Journalisthøjskolen, og nu Mariannes faste mødested med sine to voksne sønner.

Da vi taler videre om vores fælles fortid, fredagene hos farmor og bedstefar, familiefødselsdage og gymnasiefester, begynder det andet af sig selv at dukke op i samtalen: Marianne fortæller stumper af mindre festlige historier om sin mor og livet i lejligheden på Holmevej, men afbryder hver gang hurtigt sig selv.

„Nå!" siger hun, „nu var det jo ikke min mor, vi skulle tale om …"

„Jo jo," siger jeg, „fortæl endelig!"

„OK. Så lad mig fortælle en hemmelighed." Marianne retter sig op i stolen. „Min mor havde familiens læge som elsker. Og han gav hende medicin og psykofarmaka i meget store mængder. Så er det sagt! Hun sejlede ofte rundt i lejligheden, når jeg kom hjem fra skole. Jeg var så flov, så flov, så flov … og bange for, at nogen skulle opdage det."

"Min mor var nok ikke en stærk person. Hun begyndte med sovepillerne, men det bredte sig. Hvem ved, måske havde hun det også svært med at have en elsker ved siden af. Måske var hun ikke vild med at se sig selv i spejlet. Men det kunne lægen også klare: Hun behøvede tilsyneladende bare at sige 'pivpiv', før han gav hende nervepiller. Så fik hun bivirkninger, og han ordinerede piller mod bivirkninger, og så fik hun smerter, og han ordinerede noget smertestillende. Efterhånden blev nervepillerne stærkere, og hun tumlede rundt, som om hun var fuld. Hun drak ikke, men hun sejlede omkring i lejligheden.

Da min mor døde, og vi skulle rydde hendes værelse, viste det sig, at sengetøjsskuffen under hendes briks simpelthen bugnede af pilleglas. Måske var der hundrede forskellige slags piller mod alt muligt, primært smertestillende, sovepiller og nervemedicin. Mogens' kone, der er tandlæge, havde en medicinhåndbog, og vi begyndte at slå medicinen op glas for glas. Men det var helt uoverskueligt, og efter ti glas gav vi op og blev enige om bare at aflevere hele ladningen på apoteket."

"For mig var den værste tid gymnasieårene, især 2. og 3.g. Hold da op! Jeg kunne aldrig have venner med hjem, for to-tre gange om ugen var hun seriøst pillepåvirket. Når hun så skulle hen til lægen, ville hun tage bilen. Nogle gange fangede viceværtens kone, Jonna, hende nede på parkeringspladsen, inden hun fik startet vognen, og tog bilnøglen fra hende. Når jeg kom hjem, skete det, at viceværten eller Jonna sad inde i lejligheden eller stod ude på trappen og ventede på mig.

Jeg husker en episode, hvor min mor sad uden for døren til vores lejlighed, da jeg kom hjem fra gymnasiet. Hun var så skæv af piller, at hun ikke kunne komme ned ad trappen, men hun skulle i hvert fald ud at køre, for hun skulle ned til lægen. Jonna, der var en meget bestemt dame, sagde, 'jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre, Marianne, men hun skal ikke ind i den bil!' 'Nej, selvfølgelig ikke, bare giv mig nøglerne, tak.' Jeg fik hende bugseret ind i lejligheden. Og jeg var sytten år.

Én gang tog jeg pillerne fra hende. Jeg kunne bare ikke holde ud, at Jonna stod og dinglede med nøglerne, og alle husmødrene hang ud ad vinduerne, når jeg kom hjem. Det var så ydmygende og flovt! Normalt anede jeg ikke, hvad jeg skulle gøre, men dén dag slog det nærmest klik for mig, jeg gik amok og skældte hende ud. 'Nu viser du mig, hvor de piller er!' Jeg hældte simpelthen dem alle sammen i toilettet og skyllede ud. Hun sagde, 'undskyld, undskyld, du må ikke være sur på mig, jeg skal aldrig gøre det mere.'

Om aftenen fik hun abstinenser, ligesom man ser hos narkomaner. Hun talte i vildelse, fik hallucinationer og rystede helt vildt. Jeg kan ikke huske, at min far var der, men min onkel Erik kom. Han ringede efter en ambulance, som kørte hende på psykiatrisk hospital. Det hele var jo min skyld, så jeg havde en skøn tid derefter.

Efter tre-fire dage kom hun hjem igen. De havde lagt en plan for afvænning, som min onkel Erik skulle styre, og han kom troligt hver dag. Men det hjalp jo ikke en dyt, når lægen blev ved med at forsyne hende. Snart var alting tilbage ved det vanlige."

I årene efter at vi var flyttet hjemmefra, prøvede min søster Mette og jeg at hjælpe vores mor. Nogle gange tog vi ud til hende, når hun ringede midt på dagen, men det virkede håbløst og umuligt at trænge igennem til hende, og besøgene endte næsten altid med en stribe af de sædvanlige bebrejdelser.

En dag min mor atter grædende havde ringet til mig, tog jeg – presset af de tilskyndelser til omsorg, som jeg tror næsten alle børn naturligt har over for deres forældre – igen bussen til Holme. På forhånd var jeg stadig indstillet på at ville hjælpe, men den dag slog min afmagt og indre smerte over i helt andre følelser.

Min mor sad i Bamsestolen og græd. Hun sagde de sætninger, hun havde sagt så mange gange før. Hun var krøllet sammen omkring sin egen smerte og måske knap bevidst om, hvem der var kommet til stede i stuen.

„Jeg kan ikke klare det mere. Du må hjælpe mig."

I dag ved jeg ikke med sikkerhed, om mine handlinger den dag blev udløst af al smerten tilbage fra barndomstiden eller af en nyvakt, ungdommelig styrke – eller måske en kombination. I hvert fald blev jeg pludselig så rasende, som jeg hverken før eller siden, hverken i virkeligheden eller i terapirummet, er blevet på min mor.

Jeg stod midt i rummet. Min mor sad i lænestolen bag kakkelbordet i hjørnet af stuen. Til venstre for mig, ved siden af sybordet, var Svanestolen blevet erstattet af en dyr og ergonomisk korrekt lænestol, som var særligt tilpasset hendes gigtplagede krop, og som var snedkereret og nittet overordentlig solidt.

Det var den stol, jeg greb fat i, mens jeg skreg en ny sætning, som jeg blev ved med at gentage i årevis derefter:

„Jeg kan ikke hjælpe dig!!"

Jeg blev ved med at smadre stolen ned i gulvet, så benene brækkede af, og ryggen begyndte at give sig. Igen og igen hamrede jeg af al kraft møblet i gulvet, mens det blev mindre og mindre, og til sidst lå der kun en bunke træstykker og møbelpolster på tæppet.

Min mor havde rettet sig op i sin stol. Hun græd ikke længere. Hun var kommet ud af sin sammenkrøllede tilstand, ja, hun så næsten ud, som om hun var vågnet.

„Men Peter," udbrød hun med stor undren, „du må jo have det virkelig dårligt!"

Børnesoldater presses til brug af stoffer

UNICEFs medarbejdere i Sydsudan fortæller, hvordan de hjælper tidligere børnesoldater med at komme sig efter livet som soldat, hvor drab og voldtægt er en del af hverdagen, og stoffer og alkohol bruges som både tvang og lindring.

AF STENER VOGT OG HELENE SANDBU RYENG

Stener Vogt er Child Protection Specialist ved UNICEF Sydsudan

Helene Sandbu Ryeng er Communications Specialist ved UNICEF Sydsudan

”Der var alkohol og stoffer i lejren. Det var overalt”, siger Matthew. Det er ikke hans rigtige navn, men af hensyn til hans sikkerhed har vi ændret hans og alle andres navne i denne artikel. Matthew er 17 år gammel, men var bare 14, da han blev hentet af soldaterne.

”Det var nat, da soldaterne kom”, husker Matthew. ”Jeg var på mit værelse, da de kom. De havde allerede stjålet alt, hvad der var af medicin fra det lokale sundhedscenter, og de sagde, jeg skulle bære tyvegodset for dem. De var mange, og de havde alle sammen våben. Jeg var meget bange. De var ikke aggressive, men meget arrogante.”

Matthew fortæller, at de gik hele natten for at komme til gruppens tilholdssted, og dette blev starten på livet som barnesoldat. I lejren fik han og de mange andre børn, flere var fra nabolaget, hvor han selv kom fra, instruktion i, hvordan man skal rense våben og skyde.

Den nye tilværelse indebar plyndring af civilbefolkningen i området, kampe og meget skydning. Matthew kæmpede med at tilpasse sig til det nye liv som soldat. ”Jeg blev ofte tilbage for at vogte lejren, når de andre drog i kamp, men når jeg blev tvunget til at være med, gemte jeg mig ofte, når kampene var værst, sådan at jeg ikke vidste, hvem der blev dræbt.”

Matthew fortæller, at alkohol og hash, også kaldt ’Bangi’, var tilgængeligt for alle soldaterne, inklusive børnene. Mange tog det for at blive høje før et angreb og for at bedøve smerterne bagefter. Mathew siger, han aldrig prøvede det. ”Jeg havde det ikke godt i lejren, men jeg prøvede det ikke, fordi jeg så, hvad det gjorde ved de andre. Det ville gøre mig unormal og gøre, at jeg mistede kontrollen.”

Matthew er ikke længere børnesoldat, men er nu i UNICEFs reintegreringsprogram. Foto: UNICEF Sydsudan/Holt

Stoffer er nemt tilgængelige

Tilgængeligheden af stoffer er noget, UNICEF har hørt fra mange af børnene, som er sat fri fra de væbnede grupper i Sydsudan, og som nu får hjælp fra UNICEF og partnere til at starte et nyt liv. David fortæller, at ældre mænd i landsbyen i nærheden af lejren solgte det til dem. De betalte med penge, de havde stjålet på plyndringstogterne, eller kød, hvis de for nylig havde skaffet mad. Flere af børnene, UNICEF arbejder med, fortæller ligesom Matthew, at de valgte ikke at bruge stoffer, fordi de så, hvad det gjorde ved deres medsoldater. Esther fortæller, at de havde god adgang til både alkohol og stoffer, men at hun ikke rørte det, fordi det “ofte ikke gik så godt for dem, som brugte det”. Thomas fortæller dog, at de ikke havde noget valg, og at de blev presset til at tage stoffer, før de skulle i kamp.

Det er vanskeligt at sige, hvor mange børnesoldater, der bruger stoffer, da det er vanskeligt at gennemføre strukturerede undersøgelser. De forskellige lejre ligger ofte utilgængelige og langt ude i bushen, og selv om vi besøger lejrene, er det ikke altid muligt at have fortrolige samtaler. Dog, baseret på samtaler med mange af de over 3000 børn, som er sat fri fra væbnede grupper og indskrevet i UNICEFs reintegreringsprogram, er der meget, som tyder på, at stoffer har været let tilgængelige for mange. På den anden side fortæller flere af børnene om mangel på næsten alt. De går sultne rundt, fordi der ikke er mad tilgængelig, de har ikke adgang til medicin, når de er syge, tøj og våben er slidte, og vandet, de drikker, er råddent. Stoffer koster penge, og det er noget, de ikke har. Og havde de haft penge, så ville mad være førsteprioritet.

Det er ikke vanskeligt at forstå, hvorfor kommandanter og generaler gør stoffer tilgængelige for børnesoldaterne. Rigtig mange af børnene fortæller om forfærdelige leveforhold, udstrakt brug af fysisk og psykisk vold, og at de tvinges til at udføre grusomme handlinger som drab og voldtægt. Børn er ikke trænede drabsmaskiner, og som mange af børnene fortæller os, er det vanskeligt for dem at udføre disse handlinger. Stoffer gør det ikke nemmere, men de føler mindre, bliver mere følelsesløse – og det er en fordel for lederne af de væbnede grupper, som giver ordrer. Børnene bliver på den måde nemmere at håndtere som soldater. Dette er ikke unikt for væbnede grupper i Sydsudan, men rapporteres også fra andre lande, hvor der er – eller har været – udstrakt brug af børnesoldater, for eksempel Sierra Leone.

Et barn før løsladelsen i Bakwiri i Sydsudan i 2018. Foto: UNICEF Sydsudan/Rich

Samtidig er det vigtigt at sige, at ikke alle børnesoldater bliver brugt til kamp og vold. Mange har også andre opgaver, såsom tøjvask, hente vand, være portører og vagter. Det betyder ikke, at deres tilværelser er mindre vanskelige, men de er mindre eksponerede for de mest voldsomme oplevelser.

Tilbage til livet

Reintegreringen af børnene tilbage til samfundet er en lang og kompliceret proces. Som fortalt tidligere i artiklen, så bærer mange af børnene onde minder og oplevelser med sig, som de må finde en måde at leve med. Det inkluderer at identificere alternativer i stedet for rusmidler til at give dem ro i sindet. For de af børnene, som har indtaget stoffer eller alkohol som soldater, vil afrusning og abstinenser være en del af den første tid uden for den væbnede gruppe. Der findes ikke egentlige afrusningsklinikker i Sydsudan, sundhedsvæsenet er svagt, og tilgang til sundhedstjenester er generelt dårlig. Abstinenser er ubehagelige og også ofte smertefulde, men vores erfaring er, at det ikke nødvendigvis fører til, at børnene ønsker at bruge stoffer igen. Mange af børnene associerer brug af stoffer med de negative oplevelser i de væbnede styrker, og det ønsker de sig ikke tilbage til. Vi har ikke registreret, at mange fortsætter med at indtage stoffer eller alkohol efter løsladelse

Esther har nu et barn, som hun må tage vare på. Hun blev gravid,efter hun blev sat fri fra den væbnede gruppe. Foto: UNICEF Sydsudan/Holt

fra den væbnede gruppe. Der er brug for mere forskning til at forstå hvorfor, men plausible årsager kan være, at "triggerne" ikke længere er der, og tilgængeligheden derfor er reduceret, inklusive tilgang til penge.
Rehabilitering og reintegrering indebærer også, at tilliden til voksne, som er tyndslidt, må bygges op igen fra bunden af, og mening og ny retning i livet må slå rod. Det findes ingen enkle løsninger for at skabe dette for børnene, men metodisk opfølgning og vejledning af børnene over tid er det, vi har set, giver resultater og reducerer chancen for tilbagefald. Dette arbejde kommer med en prisseddel, men der er ingen genveje, hvis vi skal skabe varige positive ændringer for disse børn, som har fået barndommen ødelagt og alle deres grundlæggende rettigheder frataget.

Vi ved ikke nøjagtigt, hvor mange børnesoldater der er i Sydsudan. Vores bedste estimat, baseret på tilgængelige data, er, at op til 19.000 børn er blevet rekrutteret af væbnede styrker og grupper. Eftersom vi har mangelfulde data, ved vi heller ikke nøjagtigt, hvor mange børn der har behov for hjælp til frigivelse.

Det er organisationen 'National Disarmament, Demobilisation and Reintegration Commission' (NDDRC), som formelt har mandatet til at løslade børn fra både de stående styrker og oppositionsgrupperne. Hovedudfordringen er at finde ud af, hvor børnene er. På grund af UNICEFs specielle situation i Sydsudan som en langvarig og neutral humanitær aktør med et bredt netværk er det ofte UNICEF, som får at vide, hvis – og hvor – der er børn, som bliver brugt af væbnede styrker og grupper. Herefter kan vi tage kontakt til personer i lokalsamfundet, som vi tror, har kontakt med nogen i gruppen. Så forhandler vi gennem disse "mellemmænd" for at få kontakt med gruppens ledelse. Når kontakten er oprettet, så forsøger vi at få et møde sat i stand, hvor vi informerer om betydningen af, at børnene bliver løsladt.

Det er afgørende, at børnenes kommandanter er enige i, at børnene skal løslades, fordi børnene har brug for at høre, at de ikke længere skal være under deres kommando, men vende tilbage til forældrene og gå i skole. At returnere til et civilt liv er ikke enkelt, og hvis det ikke er tydeligt fra kommandanterne, at børnene ikke længere er ønsket af gruppen, kan det stadig være fristende for børnene at vende tilbage som en nem løsning, når det nye liv føles vanskeligt. Det er også vigtigt, at kommandanterne offentligt siger, at de ikke længere skal bruge børnene som soldater, da det binder dem til "masten", hvis konflikten igen tilspidser sig. For de oppositionsgrupper, som har sluttet sig til fredsaftalen i Sydsudan fra september 2018, er der et samarbejdsforum i Juba, hvor repræsentanter for grupperne mødes sammen med NDDRC, UNMISS (FN's fredsbevarende styrke i Sydsudan) og UNICEF for at blive enige om, hvor arbejdet med løsladelse af børnene skal prioriteres.

De væbnede grupper fandt sammen i 2018 for at lave en handlingsplan for seks grove brud på børns rettigheder i konflikt – den første i verden. Det er et skridt i den rigtige retning for at få afsluttet brug af børn som soldater i Sydsudan. Dog ved vi, at det er implementeringen, som er vanskelig, ikke at lave planen. Ydre faktorer som konfliktniveau spiller også ind. Efter at fredsaftalen blev underskrevet i september 2018, har der været en betydelig nedgang i voldshandlinger relateret til den politiske konflikt, og i alle hovedpunkter overholdes fredsaftalen. Således går også behovet for børnesoldater ned. Freden er imidlertid skrøbelig, og derfor er det vigtigt for UNICEF at fortsætte arbejdet med at hindre, at børn bliver rekrutteret af væbnede grupper. Det sker gennem dialog og kapacitetsopbygning med fokus på børns rettigheder og bevidstgørelse omkring, hvor ødelæggende det er for børn at blive brugt som soldater. Videre er det en prioritet at få løsladt de børn, som fortsat er i de væbnede gruppers rækker, og hjælpe dem tilbage til et normalt liv. Det er krævende arbejde, men det er ikke noget alternativ at give op.

"Det bedste ved at blive sat fri er min sindstilstand. I lejren havde jeg det ikke godt, og alt, der skete omkring mig, fik mig til at føle mig dårlig. Nu har jeg det bedre. Jeg vil aldrig tage tilbage, det var så forfærdeligt, jeg vil hellere leve af et lille stykke land og dyrke jorden end at tage tilbage," afslutter Matthew.

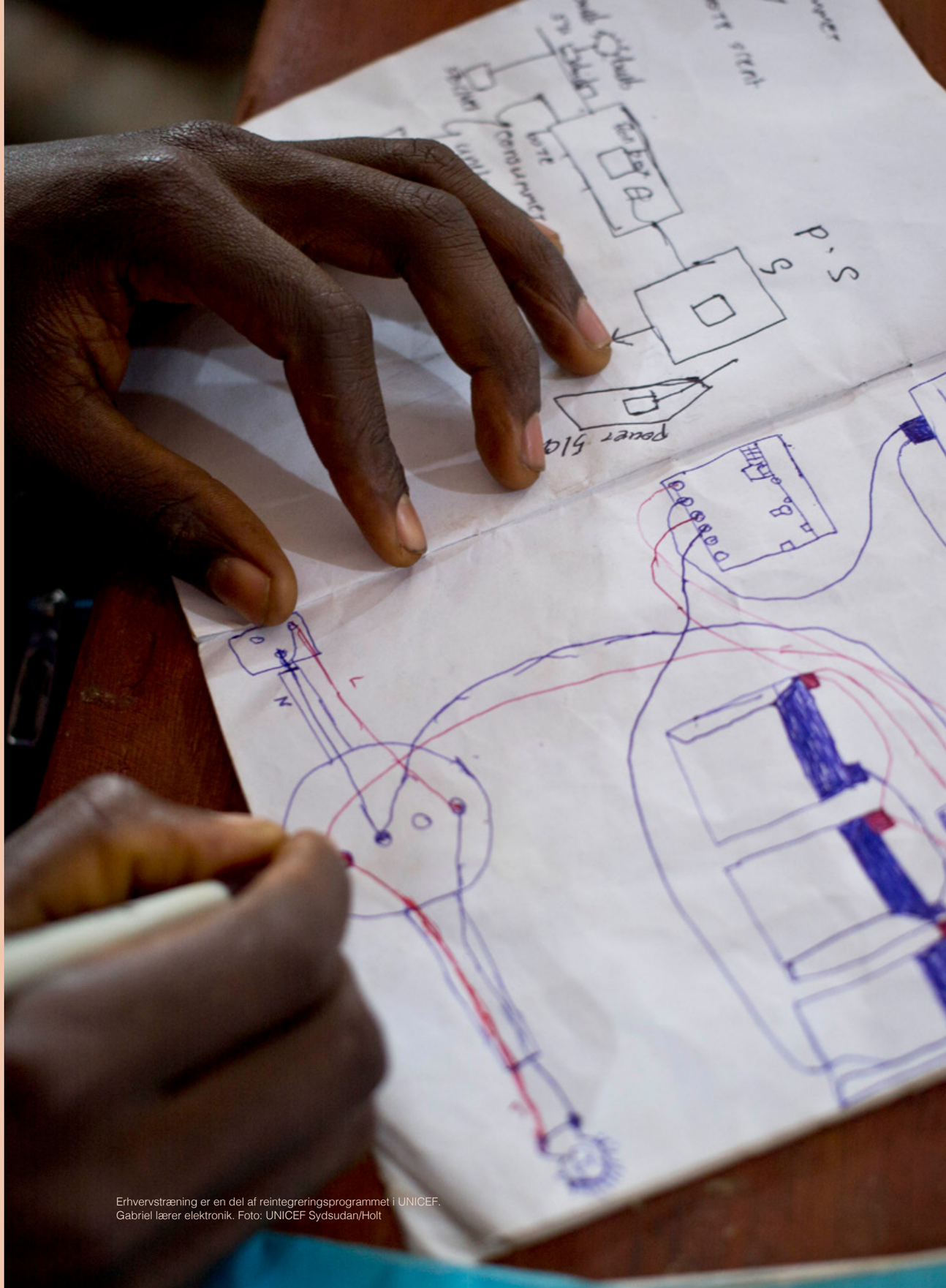
Referencer

(1) http://www.operationspaix.net/DATA/DOCMENT/5552~v~Child_Soldiers_in_Sierra_Leone__Experiences_Implications_and_Strategies_for_Rehabilitation_and_Community_Reintegration.pdf

https://www.accord.org.za/conflict-trends/understanding-recruitment-child-soldiers-africa/

https://www.hsph.harvard.edu/news/magazine/child-soldiers-betancourt/

(2) https://childrenandarmedconflict.un.org/south-sudans-armed-groups-commit-to-end-violations-against-children/



Erhvervstræning er en del af reintegreringsprogrammet i UNICEF. Gabriel lærer elektronik. Foto: UNICEF Sydsudan/Holt

Foto: UNICEF Sydsudan/Rich

Foto: UNICEF Sydsudan/Rich

Lise Møller Schilder er journalist
Foto :Julie Hellesøe

Medicinen styrede Gerts liv

Gert Woldum levede i et dagligt smertehelvede gennem flere år. Han bad sin praktiserende læge om mere og mere morfin og blev til sidst afhængig. Redningen var et tværfagligt forløb på Silkeborg Smerteklinik.

TEKST OG FOTO LISE MØLLER SCHILDER

STOF NR. 34 / EFTERÅR 2019

På seks måneder lærte Gert Woldum at leve med sine smerter uden morfin

Historien om 40-årige Gerts Woldums kroniske smerter og medfølgende overforbrug af morfin er lang og sørgelig. Historien om, hvordan han lærte at leve med smerterne helt uden medicin, er til gengæld positiv og overraskende kort. På kun seks måneder droppede han helt morfinen, som havde styret hans liv i flere år.
"Jeg kan faktisk ikke rigtig forklare det. De lyttede og lavede en individuel plan, der passede til mig. De ved noget om smerter," siger Gert Woldum, da jeg møder ham på Silkeborg Smerteklinik.

Klinikken ligger i forlængelse af Regionshospitalet Silkeborg. Her tilbydes en tværfaglig behandling af patienter med store kroniske smerter, så de lærer at håndtere deres smerter bedre. Mange er i den situation, at de har fået ordineret morfinlignende præparater af deres læge i årevis. Problemet er, at morfin på den ene side er stærkt vanedannende og på den anden side langsomt holder op med at virke for en stor del af de patienter, der har kroniske smerter. Det er absurd, fordi de fleste patienter ikke opdager det. Det gjaldt også for Gert.

Stort forbrug i Danmark
For et par år siden kom der i medierne fokus på, at Danmark er et af de lande i verden, hvor forbruget af morfin og morfinlignende lægepræparater, også kaldet opioider, er et af de højeste. Sidenhen har Sundhedsstyrelsen sået tvivl om, hvorvidt tallene er rigtige. Styrelsen vurderer dog, at det ser ud til, at der bliver udskrevet langt flere opioider i Danmark end i resten af landene i Norden. I en publikation, som Sundhedsstyrelsen udgav i 2016, vurderes det, at 3-5 procent af befolkningen bruger opioider regelmæssigt. Det svarer til cirka 174.000 til 290.000 mennesker.

Grunden til, at så mange mennesker bruger morfin regelmæssigt, er, at man tidligere ikke var opmærksom på de mange ulemper. Det forklarer sygeplejerske på smerteklinikken Mette Juul.

"I 80'erne sagde man, at folk ikke skulle have ondt. De skulle have noget smertestillende. Mange mennesker har jo store smerter, og lægerne giver morfinen med de bedste intentioner. WHO's smertetrappe siger, at hvis Panodil ikke virker, så er næste trin morfin. Trappen tager bare ikke hensyn til, om du har kronisk eller akut smerte."

Heri ligger den egentlige problemstilling. Morfin virker udmærket på akut smerte, men tager man det for længe, udvikler de fleste en tolerance overfor stoffet. Problemet er så, at når patienterne prøver at trappe ud, så oplever de, at deres smerter forøges. De tror, at den øgede smerte er den grundsmerte, de medicinerer sig imod, men det, de oplever, er i virkeligheden abstinenssmerter.

"Vi kalder dem ikke misbrugere, men de er alle sammen fysisk afhængige. Der er måske en 6-10 procent, som udvikler en psykisk afhængighed af morfin. Det er de forholdsvis få, dem, der virkelig har den der trang rent psykisk. Men de har det alle sammen ubehageligt rent fysisk, når de trapper ud," siger overlæge på smerteklinikken Randi Eltved.

Når sygeplejerske Mette Juul og overlæge Randi Eltved sidder overfor en patient første gang, prøver de derfor at forklare, at patienterne med stor sandsynlighed ikke vil have flere smerter, hvis de trapper ud af morfinen. Et budskab, som mange lige skal tygge lidt på.

"Jeg tænkte, at de var bindegale. De ved ikke, hvad de snakker om. Men det har virkelig været rigtigt. Det var noget af det første, jeg lagde mærke til, da jeg kom ud af det. Jeg har ikke mere ondt. Jeg har lige ondt," forklarer Gert Woldum.

Operationen gik galt
Gert Woldums historie starter i 2013. Her blev han opereret for spiserørsbrok, og bagefter havde han meget store smerter i halsen. Noget var gået galt. Lægerne opererede ham et utal af gange det næste halvandet år. Men intet hjalp, og smerterne var uudholdelige. Til sidst var han oppe på at modtage 200 mg morfin om dagen.

Oven i dette skulle han have sit spiserør ballonudvidet hver eneste uge, fordi det ellers var for smertefuldt for ham at indtage mad og drikke. De store doser morfin, som Gert Woldum fik på hospitalet, fortsatte han med at tage derhjemme. Han kunne bare ringe til sin praktiserende læge, hvis han havde brug for at øge doserne, og så udskrev lægen mere OxyNorm, som er et stærkt morfinlignende præparat, der indeholder oxycodon.

"Det første, jeg tænkte, når jeg stod op om morgenen, var bare, at jeg skulle have noget smertestillende, for jeg havde jo ondt. Så var det på klokkeslaget, at jeg tænkte, at "nu er klokken 10, så må jeg hellere tage noget smertestillende". Vi kunne ikke tage nogen steder, for jeg skulle jo huske at have det med. Det var meget styrende."

Når Gert Woldum skal beskrive sine smerter, taler han om dem som konstante stråler, der kommer fra hans spiserør. Og når han skal spise, er det, som om der er nogen, der stikker ham med en kniv indvendigt. Abstinenserne fra morfinen gjorde bare smerten værre, så dem gjorde han alt for at undgå.

"De der abstinenser, det var godt nok svært. De kom som smerter, men de kom også som svedeture og den der rysten. Det er svært at beskrive. Men når abstinenserne kom, så vidste jeg bare, at hvis jeg ikke tog morfinen, ville jeg få det meget værre," fortæller han.

En rar stemning
Ser man på smerteklinikkens lokaler, adskiller de sig ikke stort fra lokalerne på så mange andre hospitaler. Men når man har opholdt sig et stykke tid på stedet, får man en fornemmelse af, at der er plads og god tid. Randi Eltved og Mette Juul byder på kaffe og skærekage. Vi sidder på Mettes kontor og snakker om stedet. Og da interviewet er slut, får jeg lyst til at blive hængende. Det er sjældent, at man får den følelse på et hospital, men Randi og Mette er gode til at skabe en tryg stemning.

De fortæller, at Gerts historie illustrerer nogle af problemerne for de omkring 300 mennesker, som bliver behandlet på klinikken hvert år.

"Vores patienter har i gennemsnit gået med kroniske smerter i 8-10 år, før de kommer til os," siger Randi Eltved.

Hun forklarer, at ventelisten er oppe på et år. Det skyldes, at der langt fra er ressourcer nok til at behandle de mange danskere, som har brug for hjælp.

Flere patienter døjer også med andre problemer end deres kroniske smerte. Nogle har problemer på hjemmefronten, mens andre lider af fysiske eller psykiske lidelser oveni. Derfor afsætter personalet god tid til det første møde. Hvis de skal hjælpe, skal de kende det hele menneske.

"Det første møde og den relation, der dannes der, er helt essentiel. Den kan man ikke skabe i løb. Hvis de oplever, at vi er fortravlede, eller det føles som et samlebånd, eller at vi ikke helt hører, hvad de siger, så kan de ikke gå hele vejen," forklarer Randi Eltved.

En tredjedel af patienterne har været på andre smerteklinikker. Så problemet er ikke, at de ikke har hørt om kroniske smerter. Problemet er, at de ikke er blevet hørt.

"Vi siger ikke klogere ting, end de andre gør. Men vi er meget optagede af at høre, hvad patienterne fortæller os er deres vanskeligheder. Og så har vi selv den overbevisning, at morfin ikke gør noget godt for dem."
På smerteklinikken gør de meget brug af en tværfaglig og tværsektoriel behandling. Den virker kun, hvis man ved, hvornår der skal sættes ind med en psykolog, en fysioterapeut eller en socialrådgiver.

"Vi skal høre på meget elendighed. Det skal man også være villig til. Der er rigtig meget lidelse i det her. Der er rigtig mange, som har noget forfærdeligt skrammel med sig i deres liv, omsorgssvigt og misbrug. Morfin kan jo også lindre livssmerte. Og det skal man også være klar til at snakke med dem om: "Hvad kan det betyde for dig, når du bliver lidt tyndere i skallen?" For det gør de. De bliver mere sårbare, når de er trappet ud," siger Randi Eltved.

Hun understreger, at morfinen også påvirker koncentrationsevnen og hukommelsen. Og oven i dette også følelseslivet.

”Når man spørger: ”Føler du, at du er mentalt påvirket af det her?” – så siger de fleste: ”Nej, det er jeg overhovedet ikke”. Men når de kommer ud af det, så siger de, at det er, ligesom at der er en sky, som er lettet. Nogle beskriver også, at de har fået deres følelsesliv og empati igen,” siger sygeplejerske Mette Juul og fortsætter: ”Vi har også nogle, som vender om og går ud af døren. Og så har vi nogle, der går med et stykke ad vejen, og så vil de simpelthen ikke mere. Det skal være patienten, der selv skal ville det. Vi havde en ung mand, som blev trappet rigtig langt ned, og jeg havde gerne set ham på nul. Det havde været godt for ham og hans liv og hans lille familie, men det kunne han ikke, eller ville ikke.”

Hjælpen skal gå på tværs

Gert Woldum er en af de patienter, som kom helt af med morfinen. Smerterne er uændrede, men han har lært at håndtere dem bedre. Nu får han kun sit spiserør ballonudvidet en gang om måneden i stedet for en gang om ugen. Det har gjort underværker for hans livskvalitet. Blandt andet har det betydet, at han kan tage ud at rejse med sin kone. Senest har de været tre uger i Californien.

Han husker tydeligt sit første møde med smerteklinikken. ”Jeg kan huske, at jeg var til et introduktionsmøde, hvor en sygeplejerske sagde: ”I behøver ikke fortælle os, at I har store smerter. Det ved vi godt. Det er derfor, I er her”. Det betød virkelig meget, at jeg ikke længere skulle bevise, at jeg havde meget ondt. For sådan havde jeg følt det tidligere, når jeg havde været indlagt.”
Den tværfaglige behandling betød, at Gert Woldum havde tæt kontakt til en sygeplejerske, som blandt andet hjalp ham med at udvikle en nødplan, når smerterne blev for stærke. Oven i dette blev han tilset af en læge, som vurderede, om han havde brug for anden medicin undervejs i processen, når kroppen kæmpede imod ham, og abstinenserne gjorde det umuligt at sove flere dage i træk.

Den tværfaglige behandling betød, at Gert Woldum kom til en psykolog, som fokuserede meget på, hvad der fik hans smerter til at blusse op. Til møderne med psykologen deltog også en fysioterapeut. De fandt frem til, at det særligt var en tidligere kirurg, som havde været meget mistroisk overfor Gert Woldum, og som endda havde skældt ham ud flere gange. Hele det forløb bandt smerterne i hans krop.

”Jeg kan huske en gang, jeg skulle opereres. Da sagde kirurgen til mig, lige inden jeg skulle bedøves, at nu ville han operere mig, men der var sikkert ikke noget, og det hele handlede om, at jeg bare skulle tage mig sammen. Jeg kan huske, at sygeplejersken ved siden af græd og undskyldte mange gange. Og så blev jeg lagt i narkose.”

Vi har alle en rem af huden

Gert Woldum havde tidligere gået til psykolog, uden at det havde hjulpet ham af med smerterne. Det, som gjorde forskellen for ham, var det samlede forløb. Og så den nære kontakt med personalet.

De ringede ofte til ham for at høre, hvordan han havde det. Og de var aldrig fordømmende.

”Vi ved jo, hvad morfinen gør ved folk, og det forklarer vi også patienterne. Man kommer til at snyde for at få det. Det er ikke, fordi der er noget galt med patienterne,” siger sygeplejerske Mette Juul.

Hun har hørt mange historier fra patienter, som har ”tabt medicinen i vasken” eller har ”glemt det i campingvognen”. De historier viser, hvor svært det er at slippe morfinen. De viser, at patienterne er på en svær opgave, som man skal have respekt overfor.

”Det er jo ikke anderledes, end når jeg står nede i Rema 1000 og har besluttet mig for, at jeg ikke skal købe de lakridser. Men jeg har jo haft en virkelig dårlig dag. Og hvis jeg nu køber en af de små poser og spiser lakridserne, før jeg kommer hjem, så er der ikke nogen, der kan se, at jeg har gjort det. Vi har alle sammen en rem af huden. Vi er bare heldige, at det ikke er morfin, vi spiser.”

Mette Juul understreger, at der er behov for en langt større indsats på området. Det gælder ikke kun for de mennesker, der bruger morfinen nu, men også for de mange patienter, som bliver smertebehandlet med morfin efter en operation, og som er i risikogruppen m.h.t. at udvikle et overforbrug.

På Regionshospitalet Silkeborg har de en ’pain care’-enhed, som hjælper patienterne med at trappe ud af morfinen efter en operation. Og de har en liste med spørgsmål, som lægerne skal stille patienterne inden operationen, så de ved, hvem der har brug for hjælp bagefter.

Sidst, men ikke mindst, er der samarbejdet med resten af det offentlige system. Personalet på smerteklinikken bruger meget tid på at få patienterne sikkert videre i systemet, så de ikke bliver tabt mellem to stole, når de forlader klinikken.

En patient kan godt være trappet helt ud, men senere hen føle behov for at modtage morfin igen. I den forbindelse er det afgørende, at den praktiserende læge forstår patientens historie.

”Vi beskriver udtrapningsforløbet til lægen. Og vi skriver, hvilken type medicin som i fremtiden kunne være relevant, så egen læge kan prøve det, hvis patientens situation ændrer sig,” siger Randi Eltved og fortsætter: ”Nogle gange får vi også fat i kommunen for at få noget bostøtte etableret. Det kan også være, at vi beder om at få familieafdelingen ind over, hvis vi ser, at det er der, problemstillingen ligger. Vi prøver at være ordentlige, for vi ved meget om tværsektorielt samarbejde. Og vi har mulighed for at gå de veje. Det er ofte nødvendigt for at hjælpe de her patienter, uanset om de får morfin eller ej.”

Sygeplejerske Mette Juul (t.v.) og overlæge Randi Eltved (t.h.) mener, der er behov for en langt større indsats for patienter, der enten har - eller er i risiko for at udvikle - et overforbrug af morfin.

Haslev Krisecenter tilbyder som de første i Danmark hjælp til voldsudsatte kvinder med misbrug og/eller psykiske lidelser

Nanna Stærmose er journalist og
indehaver af historiefabrikken.com

På det nye kvindekrisecenter i Haslev anerkender personalet, at stoffer og alkohol kan være et udtryk for handlekraft og overlevelse i en voldelig relation.“Når vi møder kvinderne med anerkendelse, ser de nogle ressourcer, de ikke vidste, de havde,” siger leder.

TEKST OG FOTO AF NANNA STÆRMOSE

Der er højt til loftet, og idyllen lyser ind ad vinduerne ude fra en have, der er stor som en park, og som gemmer på gamle frugttræer, fuglefløjt og en zen-agtig ro. Men den gamle, hvide herregård ved Haslev rummer skæbner, der er langt fra idylliske. Her bor i øjeblikket otte voldsudsatte kvinder, og Haslev Krisecenter er det første kvindekrisecenter i Danmark, der har et tilbud målrettet kvinder, der udover at have været udsat for vold også har et misbrug, en psykisk lidelse eller begge dele. Og netop sådan et tilbud har manglet, fortæller daglig leder Pia Strøh.

“Det kræver mere at hjælpe de her kvinder. Det er nogle helt andre udfordringer, vi møder her. Der er flere komplekse og ekstreme problemstillinger, end jeg har været vant til i mit tidligere job,” siger hun.

Fx har centret haft en beboer, der smed alle yogamåtterne ud foran hoveddøren, og som flere gange i løbet af natten vækkede personalet for at stille spørgsmål. En anden byttede rundt på interiøret og vandede blomsterne med kaffe. Trods det er det hverken diagnoser eller misbrug, der er det primære fokus. Her handler det om at se mennesket bag.

“Et stofmisbrug er ikke bare misbrug. For nogle er rusmidlerne en metode til at udholde et liv med vold. De kan være en flugt fra en virkelighed, som du ikke kan se i øjnene,” siger Pia Strøh.

Hun viser rundt sammen med sygeplejerske Carina Højris Nordberg. Fra den lyse hall går vi ind gennem et kontor med et par hæve-sænke-borde og videre til et fællesrum med et stort, mørkt træbord i midten. Der er flag på bordet, og senere skal kvinder og personale fejre en af beboernes fødselsdag. Fra spisestuen er der adgang til en stor opholdsstue. I en sort lædersofa sidder en kvinde med en iPad, hun hilser lavmælt, mens vi studerer rummet, der står med bare vægge og få møbler. Haslev Krisecenter åbnede i januar 2019, og de er stadig i proces med indretningen. På den tilstødende terrasse bag en smuk dør med sprossede ruder står en lille flok og ryger. Cigaretter er tilladt udenfor, men andre stimulanser som fx hash er ifølge krisecentrets egne rammer og det sociale tilsyn ikke tilladt på krisecentrets område. Til gengæld må beboerne gerne være på stedet i påvirket tilstand.

“En del af vores koncept er netop, at kvinderne skal kunne tale åbent og ærligt om deres misbrug, så vi gør meget ud af ikke at komme med løftede pegefingre,” siger Pia Strøh.

Bruger stofmisbruget konstruktivt

I stedet for at bebrejde kvinderne, at de ryger hash eller drikker alkohol for at holde hverdagen med en voldelig partner ud, gør Pia Strøh og kollegerne det stik modsatte. De roser kvinden for at gribe til handling og laver en fortælling, hvor misbruget indgår som et positivt redskab til at skærme hende fra volden.

“Der er meget skyld og skam forbundet med at være stofmisbruger, men når vi i stedet møder en kvinde med anerkendelse og fx siger, at det var smart tænkt af hende, at hun dulmede sig med stoffer for at kunne holde til at være i et voldeligt forhold, ser hun pludselig sig selv som en kvinde med ressourcer. Det skaber et helt nyt og positivt selvbillede, der giver et bedre afsæt for at arbejde med volden og de mén, den har medført,” siger Pia Strøh.

Metoden hedder ’Response Based Practice’, og kernen er at møde kvinden med værdighed og respekt og derfra skabe en positiv fortælling, der bygger op i stedet for at bryde ned.
Pia Strøh fortæller bl.a. om en kvinde, der ofte gik ned i sin vaskekælder for at være væk fra sin voldelige mand. I stedet for at se det som ydmygende og problemfyldt, at kvinden i flere år havde gemt sig for sin mand, talte Pia med hende om, at det var en smart strategi, fordi hun på den måde gav sig selv et pusterum og et sted, hvor hun var i sikkerhed for slag og ydmygelser. På samme måde kan ’Response Based Practice’ også vende et stofmisbrug til at være kvindens måde at udvise handlekraft.

“Hvis vi taler om stof- eller alkoholmisbrug som en kvindes måde at gøre modstand på – en måde at sige til sin kæreste eller ægtefælle: “Du kan slå mig og kalde mig alt muligt, men jeg klarer mig selv og får hjælp af en pibe hash” – så er hun pludselig gået fra at være et passivt offer til en aktiv modstander, der har kæmpet så godt, som hun kunne,” siger Pia Strøh.

Haslev Krisecenter åbnede i januar 2019.

Behandler volden først

Hos Haslev Krisecenter har de først og fremmest fokus på at hjælpe kvinderne med at komme tilbage til livet og få bearbejdet den vold, de har været udsat for. Stoffer og diagnoser kommer i anden række. Haslev Krisecenter er ikke et behandlingssted, men de samarbejder både med misbrugscentre og psykiatriske afdelinger landet over, så kvinderne kan få hjælp til at trappe ud af deres hash eller metadon, hvis de ønsker det. Håbet er, set fra krisecentrets side, at kvinderne får lyst til at trappe ud, i takt med at de får et mentalt boost og mere overskud. Men det er ikke et mål, at kvinderne efter et ophold skal være fri af deres misbrug eller have fået kureret deres psykiske lidelse.

"Det ville være naivt at tro, at vi ville kunne gøre det," lyder det fra Pia Strøh.

"Men det kunne være et mål, at de kom af med deres sidemisbrug af fx sovepiller eller andet beroligende," tilføjer Carina Højris Nordberg.

Carina arbejder tæt sammen misbrugscentre landet over. Dels kan de hjælpe med decideret nedtrapning og behandling i et længere forløb, dels er de inde over beslutninger om, hvorvidt en kvinde skal tage sin metadon under opsyn, eller om hun må få udleveret en større mængde til selvdosering. Det samme gør sig gældende, hvis der er tale om psykiske lidelser. Reglen er, at de samarbejder med det krisecenter og/eller psykiatriske tilbud i den kommune, som kvinden bor i, og samarbejdet er vigtigt i forhold til at hjælpe kvinderne, men også i forhold til at hjælpe personalet.

"I øjeblikket har vi en kvinde, der kan blive selvmordstruet, hvis ikke hun spiser sin medicin. Derfor sørger vi for, efter aftale med hendes psykiater, at hun får og spiser sine piller. I det tilfælde er der også et hensyn at tage til personalet, der så vidt muligt ikke skal stå i en situation, der er ude af kontrol," siger Pia Strøh.

Men de tager også andre forbehold. Fx er al euforiserende og vanedannende medicin låst inde for så vidt muligt at undgå, at der cirkulerer alt for mange stimulanser rundt i huset. Til gengæld ligger det ikke inden for krisecentrets opgave at kontrollere, hvorvidt kvinderne har hash på deres værelser. Det handler om værdighed og åbenhed. Og det handler om at understrege, at kvinderne er her frivilligt, og at det også er frivilligt, om de vil trappe ud af et stofmisbrug, eller om de vil tale om deres diagnose. Og endelig handler det om, at kvinderne primært er her for at være i sikkerhed fra en voldelig partner.

Pia og Carina har dog alligevel været nødt til at lave regler. Udover at stoffer skal indtages uden for centrets område, må en beboer heller ikke sidde og "kokse" nede i fællesrummet – altså være helt bedøvet af deres rus. Sker det, bliver de bedt om at gå op på deres værelse og tage en lur.

"Det handler igen om værdighed. Vi skal ikke stå og skælde ud, men vi har aftalt med dem, at vi gerne må sige: "Du skal vist op og have en lur", og så er aftalen, at de lige sover rusen ud et andet sted," siger Pia Strøh.

Indtil videre har der ikke været nogen med heroinmisbrug eller andre stærkere stoffer, men både Pia og Carina er opmærksomme på, at det kan forekomme i fremtiden.

"Vi er jo i en startfase, så vi er ved at gøre os en masse erfaringer. Vi vil gerne have så få regler som muligt, men vi kan også godt se, at vi indimellem bliver nødt til at trække nogle linjer og sætte nogle klare rammer," siger Pia Strøh.

Dårlig sundhed

Et andet sted, hvor personalet har måttet sætte meget klare regler op, er i forhold til mad og især kager. Rigtig mange af kvinderne kæmper med en massiv sukkerafhængighed og det i en sådan grad, at Pia og Carina blev decideret upopulære, da de måtte lave en regel om, at kvinderne ikke måtte bage kager hver dag.

"Den almene sundhedstilstand er en stor udfordring, når de kommer," siger Carina Højris Nordberg.

En stor del af Carinas job omfatter derfor at lægge planer for kost og motion. Hepatitis C, diabetes og HIV er også blandt de sygdomme, som Carina Højris Nordberg må behandle. Dertil kommer, at mange ud over metadon og hash har et sidemisbrug af diverse piller, fx sovemedicin, benzodiazepiner, der beroliger, eller Rivotril, der giver en rus. Men her handler det igen om at møde kvinderne med værdighed og prøve at inkorporere nye vaner. Det kan være at udskifte sovepillen eller en joint med en gåtur eller havearbejde, der kan give en naturlig træthed. Eller det kan være

"Håbet er, set fra krisecentrets side, at kvinderne får lyst til at trappe ud, i takt med at de får et mentalt boost og mere overskud."

Pia Strøh (t.v.) og Carina Højris Nordberg (t.h.) har fokus på at møde kvinderne på centret med værdighed i alt, hvad de gør.

at erstatte aftenkaffen med kamillete. Og så er der kosten. Selvom krisecentret ikke ønsker for mange regler, så er der en regel om, at kvinderne er en del af et madhold, hvor de i fællesskab finder ud af, hvad de vil lave, og hvad der skal købes ind. Efterfølgende sørger Pia for at handle, og her bliver hun af og til udfordret.

“Reglen er, at vi køber sunde og nærende ting. Men hvis kvinderne selv går til købmanden og køber kiks og Nutella, kan vi ikke forhindre dem i det,” siger hun.

Madgrupperne er også med til at skabe en social relation kvinderne imellem. De bliver nødt til at deltage aktivt og engageret, ligesom de også hver især har en rengøringsdag. Det overordnede formål er at prøve at skabe en regelmæssig hverdag, hvor de stille og roligt får det bedre, får ordentlig mad, frisk luft og søvn.

“Vi kan virkelig se, at der sker noget, i takt med at de får nogle sundere vaner. De får farve i kinderne, nogle tager på, andre taber sig, men lige meget hvad, så får de et boost, og det er med til at give dem det overskud, der skal til, for at vi kan arbejde med det mentale velvære,” siger Carina Højris Nordberg.

Stærke kvinder som forbillede

En kvinde, der ønsker at være anonym, fortæller, at hun har øget sin vægt med ti kilo på de to måneder, hun har boet på krisecentret. Nu vejer hun 54,5 kilo.

“Jeg føler mig mere rund, og det skal jeg lige vænne mig til,” siger hun. Hun er 50 år og er flygtet fra en voldelig kæreste. De havde været sammen i 18 år, men især det sidste halvandet år tog volden til. “Det var nok, fordi jeg begyndte at svare igen,” siger hun. En dag tog han kvælertag på hende, så hendes ene tand røg ud af munden på hende. Nu bor hun her og har erstattet sit gamle telefonnummer med et taletidskort, så han ikke kan ringe til hende. **“Det er svært, for trods det, der er sket, så elsker jeg ham stadig, og jeg savner ham, men det kan ikke nytte noget,”** siger hun. Hun har fået tid hos en tandlæge, hun skal ind og have lavet et aftryk til en ny tandprotese. Så kan hun spise flæskesteg med sprød svær igen. “Det glæder jeg mig helt vildt til,” siger hun og lyser op.

Hun drømmer om at få sin egen lejlighed, sit eget sted, som hun selv kan gå og nusse om og indrette. Men lige nu bor hun her. På døren til hendes værelse hænger et portræt af den kendte amerikanske feminist Gloria Steiner. Alle dørene er prydet med seje kvinder. Hos naboen hænger Balkissa Chaibou fra Niger, der blev kendt verden over for at lægge sag an mod sin onkel, fordi han ville gifte hende væk til en fætter. Længere nede ad gangen er det kvinder som den amerikanske borgerrettighedsforkæmper Rosa Parks og politiker Hillary Clinton, der minder beboerne om, at de som kvinder indeholder masser af ressourcer, og at de har ret til at have deres egen mening.

Værelset er fint med to sprossede vinduer mod haven. Her emmer af ro, og vindueskarmene er fulde af personlige genstande, der er med til at give det en snert af hjem. Sengen er redt med et grønt Tuborg-fleecetæppe, og på et lille bord står et billede af kvindens søn. Det er et gammelt billede – han er 26 år i dag og klarer sig godt, fortæller hun.

I modsætning til andre krisecentre er det ikke tilladt at have børn med her. Men centret er i gang med at etablere et besøgslokale i den ene længe, så børn og pårørende kan komme på visit.

Det pusler nedenunder. Der lyder glade stemmer og skramlen, som når stole bliver hevet ud fra et bord. Fødselsdagen er ved at begynde. I dag er der ikke kageforbud. Midt på bordet ligger en stor brunsviger-dame. Snakken går lystigt, mens de nyder kagen og kaffen. Beboerne er mellem 20 og 57 år og kommer med hver deres baggrund og historie. Men lige nu udgør de et fællesskab på Haslev Krisecenter, hvor målet er at give dem et helle, hvor de kan komme til kræfter, komme til sig selv og komme tilbage til et liv uden vold.

Når én af beboerne har fødselsdag, kommer der kage på bordet, og alle er med til at fejre.

Fakta om Haslev Krisecenter

Haslev Krisecenter åbnede 2. januar 2019.

Der er plads til otte kvinder.

En kvinde kan enten blive henvist til centret eller selv tage kontakt. Alle kan henvise en kvinde til et ophold – kommunen, egen læge, hospitalet etc.

Centret er åbent for kvinder fra hele landet.

Centret er et § 109-tilbud, hvilket bl.a. vil sige, at det kun kan tage imod kvinder, der har været udsat for vold i en nær relation, fx i et parforhold eller et familiemedlem, der slår en kvinde eller udsætter hende for andre former for vold.

Centret skiller sig ud ved at være det første krisecenter i Danmark, der har særlig fokus på kvinder, der har været udsat for fysisk og/eller psykisk vold og samtidig har et misbrug eller en psykisk lidelse.

Det er tilladt at være påvirket på stedet, men kvinderne må ikke indtage deres stof eller alkohol på centrets område.

Krisecentret har ti ansatte, der omfatter en daglig leder, socialrådgivere, pædagog og familieterapeut, en sygeplejerske og aften/natpersonale.

Krisecentret er en del af organisationen ‘Drop ud’.

Læs mere på www.haslev-krisecenter.dk

Louise Høyer Bom er cand.scient.soc. og analytiker hos VIVE. Hendes primære arbejdsområde er udsatte unge og voksne. Louise er korresponderende forfatter og kan kontaktes på lhb@vive.dk

Nichlas Permin Berger er cand.scient.soc., ph.d. og er forsker hos VIVE. Hans primære arbejdsområder er kriminologi, psykiske lidelser og udsatte voksne

Lars Fynbo er cand.scient.soc., ph.d. og seniorforsker hos VIVE. Hans primære arbejdsområder er rusmidler og udsatte voksne

Det er ikke nok med en ny indsats

Ny undersøgelse fra VIVE, som kombinerer en omfattende litteraturgennemgang med ekspertinterview og fokusgrupper med danske behandlere og forskere, har fokus på effektive metoder til social misbrugsbehandling af stofbrugere med ADHD. Undersøgelsen konkluderer, at den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark har potentialet til at udvikle et behandlingsperspektiv, der er særligt målrettet unge og voksne stofbrugere med både ADHD og stofmisbrug.

AF LOUISE HØYER BOM, NICHLAS PERMIN BERGER OG LARS FYN

”Fastholdelse og frafald er således centrale udfordringer i stofmisbrugsbehandling af borgere med ADHD. ”

Selve idéen om, at komplekse problemstillinger hos forskellige individer kan løses med den samme metode eller indsats, er måske nok tiltalende, men også urealistisk, konstaterer lektor Bagga Bjerge fra Center for Rusmiddelforskning i 2018 i 'STOF' (1). Bjerges skepsis overfor, at sociale indsatser skulle kunne sættes på formel for at løse borgernes problemstillinger, genfindes i antologien redigeret sammen med lektor Esben Houborg om rusmiddelbrugeres vanskelige position mellem sektorer og fagligheder (2) samt i lektor Birgitte Thylstrup og antropolog og leder af Kompetencecenter for Dobbeltdiagnose Katrine Schepelern Johansens kortlægning af psykosocial behandling af mennesker med såkaldte dobbeltdiagnoser (3). Psykolog og tidligere klinikchef på Bergensklinikkerne i Norge Eva Karin Løvaas og socionom Therese Dahl argumenterer ydermere for, at sociale indsatser til borgere med stofmisbrug og ADHD bør baseres på en forståelse af hver enkelt borgers komplekse situation, og at en sådan forståelse har afgørende betydning for borgerens motivation til at fortsætte i behandlingsforløb, som varer over længere tid (4).

I denne artikel anerkender vi disse pointer og støtter også op om de praktikere, NGO'er og meningsdannere, der sætter spørgsmålstegn ved, om det altid er muligt at behandle komplekse sociale og psykologiske problemer med udelukkende evidensbaserede indsatser og metoder. Vi finder således, at Bagga Bjerges opfordring til socialpolitiske beslutningstagere om at udvide tilgangen til de mest komplekse målgrupper ved at øge behandlingstilbuddenes fleksibilitet og initiere til samarbejder på tværs af fagområder og velfærdsstatslige sektorer – særligt imellem den sociale stofmisbrugsbehandling og psykiatrien – er en særdeles væsentlig pointe.

De særlige udfordringer for mennesker med stofbrug og ADHD

Mennesker med både ADHD og stofmisbrug adskiller sig på flere områder fra de stofbrugere, der ”blot” har misbrugsproblematikker. I et større dansk studie af unge i misbrugsbehandling skelner forskerne mellem seks ungegrupper, hvor der særligt ses en høj andel med ADHD (44 %) i gruppen ”unge med svære eksternaliserende problemer" (5). Denne gruppe er ud over en overhyppighed af psykiatriske diagnoser kendetegnet ved at have en høj rate af selvmordsforsøg og lav impulskontrol (5). Forskning peger således på, at unge med ADHD, som modtager misbrugsbehandling, er psykosocialt udsatte inden for flere livsområder (6). International forskning fremhæver, at mennesker med ADHD påbegynder et eventuelt stofmisbrug i en tidligere alder end mennesker uden ADHD, at de hurtigere går fra mildere til ”hårdere” rusmidler, at de oftere er indlagt på sygehuse, samt at rusmiddelbruget generelt er mere intensivt og ”alvorligt” uagtet rusmiddeltype (4,7,8). Studier finder også, at personer med samtidig ADHD og misbrug har mindre gavn af misbrugsbehandling (8,9). Løvaas & Dahl forklarer det begrænsede udbytte af behandlingen ved, at personer med ADHD i misbrugsbehandling ofte kan være mindre udholdende, fordi tingene ikke ”går hurtigt nok”, og at behandlingsformerne ikke appellerer til dem, når de fx skal sidde stille til terapisamtaler (4). Fastholdelse og frafald er således centrale udfordringer i stofmisbrugsbehandling af borgere med ADHD.

Hos VIVE har vi netop foretaget en undersøgelse, der også finder, at borgere med både ADHD og stofmisbrug udgør en meget udsat gruppe (10). Undersøgelsen bestod af tre dele: Først en gennemgang af den videnskabelige litteratur om behandling af borgere med både ADHD og stofmisbrug. Gennemgangen byggede på en omfattende søgning på internationale forskningsdatabaser, der resulterede i 1.038 potentielt relevante studier. Efter en række screeninger med forskellige relevans- og kvalitetskriterier udvalgte vi 17 studier, som er nærmere beskrevet i VIVE-rapporten (10). Sammen med de tre mest udbredte metoder i Danmark til behandling af unge med stofmisbrug (U-turn, U18, MI/KAT-GO) udgør disse 17 studier undersøgelsens videnskabelige baggrund. Dernæst interviewede vi to eksperter (klinikchef Eva Karin Løvaas fra Bergensklinikkerne og lektor Birgitte Thylstrup fra Center for Rusmiddelforskning) og gennemførte to fokusgrupper med i alt 12 danske behandlere og forskere inden for social stofmisbrugsbehandling og socialpsykiatri. Interview og fokusgrupper fokuserede på målgruppens særlige udfordringer i en dansk behandlingskontekst samt på mulighederne for at udvikle nye metoder og/eller udvide anvendelsen af de eksisterende ungemetoder til voksne. Både ekspertinterviewene og fokusgrupperne er gennemført i et behandlerperspektiv frem for et brugerperspektiv. Derfor har denne undersøgelse ikke inviteret brugere til at deltage i datagenereringer. For et brugerperspektiv henvises til SFI's (nu VIVE, red.) undersøgelse af stofmisbrugsområdet fra 2016, som bygger på interview med 100+ danske stofbrugere om deres forhold til den sociale stofmisbrugsbehandling (11). Afslutningsvis præsenterede vi undersøgelsens resultater for 10 kommunale aktører, som vurderede det kommunale potentiale for at inkorporere nye metoder i den sociale stofmisbrugsbehandling.

I ekspertinterviewene og fokusgrupperne, som udgør en central del af undersøgelsen, fremgår det tydeligt, at disse borgere ofte har overlappende problematikker, og at ADHD-problematikken sjældent er den mest dominerende. Interviewpersonerne fremhæver impulsivitet, manglende konsekvenstænkning og problemerkendelse samt – ikke mindst – udfordringer med fastholdelse som de mest karakteristiske fællestræk for borgere med ADHD og stofmisbrug. En behandler siger:

"[..] det kan være svært at styre dem i behandlingen. Det kan være svært at fastholde dem i behandlingen, svært at fastholde dem i samtalen, og det kan være svært at have en retning, fordi der kan være sket 1.000 ting på en uge".

Andre interviewpersoner fortæller, hvordan denne gruppe kan opleve, at de egentlig har det godt trods en kaotisk hverdag, ligesom de ofte scorer højere på forskellige "trivselstest" end andre borgere med stofmisbrug, som ikke har ADHD. Omvendt oplever behandlerne også, at en mindre andel af målgruppen kan være meget depressive. **Der tegner sig således et billede af en meget kompleks og relativ udsat gruppe mennesker, som er svær at fastholde i behandling, og som udfordres af impulsivitet og høj risikovillighed.** Både behandlerne og forskerne tilkendegiver, at der er behov for øget fokus på denne gruppe af borgere med ADHD, som har et samtidigt misbrug, og at der er et behandlingsbehov, som ikke bliver mødt i det eksisterende behandlingslandskab.

Afprøvede metoder og lovende elementer i eksisterende metoder fra den danske stofmisbrugsbehandling

Undersøgelsen fokuserede på de fire afprøvede metoder til stofmisbrugsbehandling af borgere med ADHD, der iflg. litteraturgennemgangen har opnået videnskabelig evidens som virksomme på målgruppen, og som er relevante i forhold til den sociale stofmisbrugsbehandling, som anvendes i Danmark:

1. Integreret kognitiv adfærdsterapi (12,13): Kombination af to evidensbaserede kognitiv adfærdsterapi-programmer (KAT-programmer); det ene rettet imod stofmisbrug, det andet imod ADHD.

2. Dialektisk adfærdsterapi (14,15): Intensivt forløb, der kombinerer individuel og gruppebaseret adfærdsterapi rettet imod personlighedsforstyrrelser og/eller selvskade.

3. Multimodal behandlingsindsats (16,17): Katalog over forskellige indsatser, som sammensættes ud fra de enkelte borgeres individuelle behov; dog i udgangspunktet med stabilisering af stofmisbrug inden behandling af ADHD og med fortsat lægelig behandling til at understøtte den socialfaglige kognitive behandling.

4. Biofeedback (18): Neurologisk adfærdsterapi målrettet evnen til selvregulering, hvor borgeren igennem elektrofysiologisk (EEG) monitorering vha. dioder i hovedbunden trænes i at genkende og selv etablere "sunde" mentaltilstande.

Fokusgrupperne med de danske behandlere og forskere fremhæver, at psykosociale metoder erfaringsmæssigt har god effekt på målgruppen. Psykoedukation (viden og undervisning til brugeren om egen psykiske lidelse, red.), motiverende samtaler og kognitiv adfærdsterapi er virksomme metoder, ligesom mindfulness og musik- og træningsterapi er effektive supplementer til den øvrige behandling. Belønninger er et redskab, som behandlerne anvender for at fastholde målgruppen i behandling. En anerkendende og ressourceorienteret tilgang er vigtig for at etablere sociale relationer mellem behandlere og borgere, og individuelle ressourcer og succesoplevelser skal inddrages og tydeliggøres i behandlingsforløbene, fremhævede interviewpersonerne. Både behandlere og forskere fastslog desuden, at sekventiel behandling af først misbrug og dernæst ADHD er både problematisk og urealistisk, hvorimod integrerede eller parallelle behandlingstilgange, hvor der på samme tid er fokus på begge problemstillinger, er mere effektive.

Fokusgrupperne diskuterede også potentialerne i de tre ungebehandlingsprogrammer, som aktuelt anvendes i Danmark (U-turn, U18 og MI/KAT-GO), og om disse ungemetoder også er relevante for voksne stofbrugere. Fokusgrupperne påpeger, at alle programmerne består af elementer, som i høj grad adresserer og er relevante for borgere med både stofmisbrug og ADHD. Tabellen nedenfor opsummerer ungeprogrammernes lovende elementer og udviklingspotentialer.

Ifølge fokusgrupperne har alle tre programmer store potentialer for målgruppen og kan implementeres for alle aldersgrupper, idet de allerede er udbredt i de danske kommuner. Fokusgrupperne fastholdt imidlertid, at det ikke er muligt at sammensætte en enkelt generel metode på baggrund af de tre ungeprogrammer, men at programmerne kan udgøre et relevant perspektiv og en samling af brugbare metoder, der imødekommer borgernes komplekse problematikker.

	Lovende elementer	Særlige fokus	Udviklingspotentialer
U-turn	• Helhedsorienteret og anerkendende tilgang • Kognitive og narrative metoder • Bredt metodebatteri • Trænings- og aktivitetsgrupper	• Hverdagsliv, beskæftigelse og uddannelse	• Tilknytning af en lokalt forankret psykiater til udredning og monitorering af ADHD – uden stigmatisering • Tværfaglige behandlerkompetencer som fundament for (videre) udvikling af metodebatteri
U18	• Anerkendende tilgang • Motiverende samtaler, kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation og belønning • Netværksinddragelse	• Netværk	• Samarbejde med psykiatrien • (Endnu) mere netværksinddragelse
MI/KAT-GO	• Motiverende samtaler, kognitiv adfærdsterapi og belønning • Efterbehandling/-værn	• Fastholdelse og strukturerede forløb	• Belønningen for alle aldersgrupper • Tættere samarbejde med psykiatrien

Anbefalinger: Det er ikke nok med en ny metode
Undersøgelsen anbefaler følgende fokusområder for den videre udvikling af social stofmisbrugsbehandling til målgruppen:

Symptomatologi
Symptomatologi er et vigtigere fokus end diagnoser. Frem for at udvikle stofmisbrugsbehandlingsmetoder, der målrettes personer med en ADHD-diagnose, bør nye metoder målrettes symptomer som impulsivitet og vanskeligheder med planlægning, dømmekraft og impulskontrol.

Ejerskab og relationer
Succesraten i behandling øges, hvis behandlingen udføres så tæt på patienternes præmisser som muligt. Fastholdelse i behandlingen og borgernes overholdelse af aftaler styrkes, når borgerne oplever et medejerskab af behandlingen. Medejerskab baseres på anerkendelse og inddragelse – med udgangspunkt i borgernes individuelle behov.

Hverdagslivet
Længerevarende behandlingsforløb, der kan afbrydes og genstartes, og som også forholder sig til borgernes hverdagsliv fremfor udelukkende til deres diagnoser, er særligt relevante for denne målgruppe. Netværkstilbud, hvor borgeren får mulighed for at deltage i sociale netværk, og fremskudt behandling, hvor borgeren følges efter behandling, og hvor dørene til behandling "flyttes ud" til borgeren, er vigtige. Beskæftigelses-, uddannelses- og boligrettede tiltag udgør et væsentligt fremtidsorienteret perspektiv, som fordrer tværfaglige samarbejder og anerkendelse af borgernes egne ressourcer og behov. Tilknytning af en mentor udgør et oplagt supplement til et vellykket behandlingsforløb.

Rummelighed
Behandlingstilbud risikerer at stille urealistiske krav til målgruppen om at rette ind og "blive raske". Men symptomer tilknyttet ADHD og/eller stofmisbrug kan ikke altid "fjernes". Fokus bør således være på at kunne rumme et bredere "normalitetsbegreb" i målet om at udvikle realistiske fremtidsperspektiver for målgruppen.

Manglende sammenhæng og samarbejde
Det væsentligste fokusområde iflg. undersøgelsen er et fundamentalt behov for at organisere samarbejder mellem systemer og fagområder. Såkaldt "silotænkning", hvor forskellige sektorer arbejder hver for sig frem for sammen, udgør således en fortsat barriere for en mere effektiv behandling af målgruppen. Komplekse problemer såsom samtidigt stofmisbrug og ADHD bør imødekommes af en samlet indsats på tværs af særligt den sociale stofmisbrugsbehandling og psykiatrien, men også beskæftigelse, bolig, uddannelse og støtte til hverdagslivet (f.eks. i form af en mentor) kan integreres i et multifacetteret behandlingsperspektiv. Dette er undersøgelsens vigtigste budskab, fordi den nuværende sektoropdeling inden for de sociale og sundhedsmæssige områder udgør et problem for borgerne, der ofte agerer som det eneste bindeled mellem sektorerne. For at styrke behandlingens effekt og potentielle succes er det således vigtigt at skabe grundlag for tværsektorielt samarbejde og organisering på tværs af fagområder.

Referencer

(1) Bjerge, B (2018). "Det handler om at gå den der ekstra mil." STOF. Tidsskrift for Stofmisbrugsområdet, 31, 6–11.

(2) Bjerge, B & Houborg, E (2019). Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder. Aarhus Universitetsforlag.

(3) Thylstrup, B & Johansen, KS (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions - introduction and commentary. Nordic Journal of Psychiatry, 63(3), 202–208.

(4) Løvaas, EK & Dahl, T (2013). Rusmiddelbruk og ADHD: hvordan forstå og hjelpe? Oslo: Gyldendal Akademisk.

(5) Pedersen, MU; Frederiksen, KS & Mulbjerg Pedersen, M (2015). UngMap. En metode til identificering af særlige belastninger, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige. Resultater fra den nationale stikprøveundersøgelse 2014. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

(6) Anderberg, M; Dahlberg, M & Hellberg, K (2018). Ökad förekomst av ADHD-diagnos bland ungdomar med alkohol och narkotikaproblem (Increased incidence of ADHD diagnosis among young people with alcohol and drug problems). Socialmedicinsk Tidskrift, 95(1), 70–84.

(7) Jones, S (2014). Risks associated with the Co-occurrence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. Aarhus University: Centre for Drug and Alcohol Research.

(8) Wilens, TE (2004). Impact of ADHD and Its Treatment on Substance Abuse in Adults. J Clin Psychiatry, 65(3), 38–45.

(9) Levin, FR; Evans, SM; Vosburg; et al. (2004). Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. Addictive Behaviors, 29(9), 1875–1882.

(10) Berger, NP; Bom, LH; Fynbo, L & Abildtoft, MK (2019). Effektive metoder til misbrugsbehandling af borgere med ADHD En kortlaegning af viden fra forskning, eksperter og praktikere. Kan downloades fra www.vive.dk.

(11) Kohl, KS; Kessing, ML; Fynbo, L; et al. (2016) Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv. Kan downloades fra www.vive.dk.

(12) van Emmerik-van Oortmerssen, K.; Vedel, E; Koeter, MW; et al. (2013). Investigating the efficacy of integrated cognitive behavioral therapy for adult treatment seeking substance use disorder patients with comorbid ADHD: study protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 13, 132.

(13) van Emmerik-van Oortmerssen, K; Vedel, E; van den Brink, W; et al. (2015). Integrated cognitive behavioral therapy for patients with substance use disorder and comorbid ADHD: two case presentations. Addictive Behaviors, 45, 214–217.

(14) Muld, BB (2016). Men with ADHD in compulsory care for substance abuse: characterization and treatment. Stockholm: Karolinska Institutet.

(15) Muld, BB; Jokinen, J; Bolte, S; et al. (2016). Skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance use disorder: a feasibility study. Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 8(3), 159–172.

(16) Matthys, F; Soyez, V; Van Den Brink, W; et al. (2014). Barriers to implementation of treatment guidelines for ADHD in adults with substance use disorder. Journal of Dual Diagnosis, 10(3), 130–138.

(17) Matthys, F; Stes, S; Brink, W et al. (2014). Guideline for Screening, Diagnosis and Treatment of ADHD in Adults with Substance Use Disorders. International Journal of Mental Health & Addiction, 12(5), 629–647.

(18) Keith, JR; Rapgay, L; Theodore, D; et al. (2015). An Assessment of an Automated EEG Biofeedback System for Attention Deficits in a Substance Use Disorders Residential Treatment Setting. Psychol Addict Behav., 4(11), 17–25.

Unge med dobbeltdiagnose har behov for skræddersyet hjælp: Nye perspektiver på unge med dobbeltdiagnose

Hvordan styrker vi bedst indsatsen overfor unge, som er ramt af dobbeltdiagnoser/dobbelt belastning? Dét har Helsefonden taget initiativ til at få belyst gennem Alliancen – et netværk, hvor unge, forældre og fagpersoner har delt viden og perspektiver. Alliancens arbejde er samlet i en såkaldt 'grønbog'. Alliancens arbejde er samlet i en såkaldt 'grønbog' til anvendelse som oplæg og diskussionsgrundlag for en høring på Christiansborg til at klæde politikere og beslutningstagere på til det videre arbejde med at udvikle indsatsen for de unge.

AF SUSANNE PIHL HANSEN OG PETER JENSEN

Susanne Pihl Hansen,
cand.scient.soc.,

Peter Jensen,
cand.scient.adm.

Siden foråret 2018 har vi i 'Alliancen – Unge med dobbeltdiagnose' arbejdet med at formulere nye perspektiver på problemstillingen til brug for fremlæggelse for politikere og beslutningstagere ved en høring på Christiansborg 20. november 2019. Vores overordnede budskab er, at unge ramt af dobbeltdiagnose/dobbelt belastning har brug for hjælp, der er tilpasset den enkelte unge, og som er anderledes end hjælpen til voksne med dobbeltdiagnose. De unge har brug for en særlig ungetilgang, der tager højde for det at være et ungt menneske på vej ud i livet – tit med forældre og søskende som tætte medspillere. Samtidig har de – ligesom de voksne – brug for et tilbud, der sikrer, at de ikke lander mellem flere stole og afvises i psykiatri eller misbrugsbehandling.

En alliance mellem unge, forældre og fagpersoner
Helsefonden gav os i 2016 opgaven med at indsamle viden om udfordringerne i arbejdet med unge ramt af dobbeltdiagnoser/dobbelt belastning. Da vi indledte vores arbejde, troede vi, at det ville være relativt overskueligt at kortlægge feltet, men jo længere vi bevægede os ind i emnet, desto mere komplekst viste det sig at være. Vidensopsamlingen fik derfor bare fat i et hjørne af problematikken (1).

Efter yderligere kortlægning, hvor vi bl.a. lavede en mindre interviewundersøgelse med unge og forældre, der havde erfaringer med dobbeltdiagnose-problematikken, valgte vi derfor sammen med Helsefonden at tage initiativ til at etablere netværket Alliancen, hvor fagpersoner, unge og forældre med erfaringer fra området har bidraget med viden, erfaringer og nye perspektiver på problematikken: Hvad er det særlige ved at være ung og ramt af dobbeltdiagnose/dobbelt belastning? – og hvad skal der til for at løfte området fagligt?

Hvem er de unge med dobbeltdiagnoser?

- Unge, der (mis)bruger rusmidler og samtidig har psykiske vanskeligheder (dobbeltproblematik), som ikke nødvendigvis har fået stillet psykiatriske diagnoser.

- Unge, der oplever at have behov for hjælp i flere hjælpesystemer samtidig, typisk social misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling.

- Unge, der pga. deres alder og livssituation har behov for en særlig ungetilgang hos hjælpesystemerne for at komme godt fra start i voksenlivet. Unge defineres her som de 12-25-årige.

Om ALLIANCEN – Unge med dobbeltdiagnose

- Alliancen er igangsat og finansieret af Helsefonden.

- Alliancen består af tre paneler: ungepanel, forældrepanel og fagekspertpanel.

- Formålet med Alliancen er at formulere nye perspektiver på problematikken 'unge med dobbeltdiagnoser' ved at inddrage unge, forældre og fagpersoners viden og praksiserfaring – og derved skabe nye handlemuligheder, fagligt, organisatorisk og politisk.

- Perspektiverne er samlet i en grønbog som oplæg til en høring på Christiansborg 20. november 2019. Grønbogen kan downloades på www.spuk.dk eller www.pihl-inklusive.dk

Hvem er de unge?
Målgruppen af unge med psykiske vanskeligheder, der samtidig har et problematisk brug af rusmidler, dækker over et bredt kontinuum:

I den ene ende finder vi unge, der primært bruger rusmidler i en mere eksperimenterende form, og som samtidig har lettere psykiske vanskeligheder. I den anden ende finder vi unge, der har fået et problematisk brug af rusmidler, samtidig med at de har alvorlige psykiske problemer, fx psykoser. De bruger typisk rusmidlerne til at dulme, selvmedicinere eller kompensere for deres psykiske vanskeligheder.

Fælles for de unge – uanset hvor de befinder sig – er, at deres situation kan forværres, hvis de mistrives. Fx pga. mobning, problematiske opvækstvilkår, familieproblemer eller boligproblemer (se figur 1).

Nogle af disse unge er dobbeltdiagnosticerede: De er grundigt udredt og har fået både en misbrugsdiagnose og en diagnose for en psykisk lidelse.
Langt de fleste vil dog endnu ikke have fået stillet en psykiatrisk diagnose, og slet ikke en misbrugsdiagnose. Enten fordi de endnu ikke er i kontakt med psykiatri/rusmiddelbehandling, eller fordi de er for unge – eller for misbrugende – til, at det skønnes muligt at diagnosticere dem.

Men uanset om de unge er diagnosticeret eller ej, har de behov for hjælp og støtte til at håndtere deres psykiske vanskeligheder og rusmiddelbrug – og meget ofte samtidig.

**De unge mister dyrebare år –
og familierne belastes voldsomt**
Helt overordnet peger Alliancen på, at det at være ung og samtidig have psykiske vanskeligheder og bruge rusmidler er en særdeles udfordrende cocktail – både for de unge og for deres forældre og søskende. De unge mister dyrebare år i deres udvikling pga. de komplekse problemer, der ofte sætter skolegang og alt andet i stå, og deres forældre oplever ofte en voldsom belastning, fordi de både skal kæmpe for/med deres barn og samtidig også får ansvaret for at sikre fremdrift i selve sagsforløbet og koordinere de mange forskellige hjælpesystemer, der skal i spil.

**Nødvendigt med et mere nuanceret syn
på de unge og behandlingen**
På den baggrund efterlyser Alliancen en mere nuanceret tilgang til de unge, med blik for det særlige ved at være ung: De unge befinder sig i en afgørende livsfase, hvor de er i gang med at danne sig selv og finde fodfæste i deres vej ind i tilværelsen som voksne. Det kan få store og alvorlige konsekvenser både for de unge selv, deres forældre, søskende og det øvrige samfund, hvis de ikke får relevant hjælp og støtte til denne dannelsesproces, når de har brug for den.

Derfor er det afgørende, at vi møder de unge som myndige mennesker, der er på vej, samtidig med at vi tilbyder dem en hjælp, der tager højde for alvoren og kompleksiteten i de udfordringer, som de unge og deres familier står i. Vores indsatser skal være fleksible og tilpasses de unge – ikke omvendt. Ufleksible indsatser, som ikke tilpasses de unges behov, kan tværtimod forværre deres situation, viser Alliancens erfaringer.

1 + 1 er ikke bare lig med 2
At dobbeltdiagnoser hos unge er et komplekst felt, hvor det ikke er muligt at udvikle standardløsninger, skyldes de mange variabler, som er på spil, både i de unges situation og i den måde, behandlingstilbuddene er skruet sammen på lokalt/regionalt. Fx i forhold til risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Det betyder, at den enkelte unges behov både er komplekst og meget individuelt. Der er brug for indsatser fra flere hjælpesystemer og fagligheder samtidigt – psykiatrien alene eller rusmiddelbehandlingen alene kan ikke løfte opgaven.

Dertil kommer, at mange andre faktorer spiller ind på den unges behov: Social baggrund, ressourcer og generel trivsel er fx også meget variable størrelser, der kan påvirkes af mobning, problemer hjemme, boligproblemer osv. Samtidig er de unge et sted i livet, hvor deres situation, misbrug, trivsel og motivation kan svinge meget, nogle gange fra dag til dag.

Derfor er det også en særdeles udfordrende cocktail for hjælpesystemerne, når de møder den enkelte unge og skal håndtere hans/hendes særlige problematik. Mange faggrupper fra flere sektorer – bl.a. sundhedsområdet, socialområdet og uddannelsesområdet – skal arbejde sammen/sideløbende på tværs af kommuner og regioner, og ud fra forskellige mål, lovgivninger og økonomier. Det er ikke nemt.

Vi må smide de faglige skyklapper
På spørgsmålet om, hvordan man kan undgå gordiske knuder i behandlingen af de unge, som strammer til, fordi de forskellige hjælpesystemer trækker i forskellige retninger, peger Alliancen på behovet for en individuel tilgang til den unge, et styrket helhedssyn, et bedre samarbejde på tværs og et fælles fagprofessionelt ansvar for at hjælpe de unge videre, hvis man ikke selv kan hjælpe dem, fremfor blot at afvise dem med henvisning til organisatoriske retningslinjer.

Hvor mange unge har dobbeltdiagnose?

Vi ved ikke præcist, hvor mange unge der har dobbeltdiagnoser/er dobbeltbelastede, fordi de unge er registreret forskellige steder – eller måske slet ikke registeret.

Kikker vi alene i det Psykiatriske Centralregister (DPC), viser tallene, at (2):

- 90.500 (11 %) af de danske unge på 15-25 år er registreret i DPC.

- 12.500 af disse unge har haft et forbrug af cannabis/andre illegale rusmidler indenfor den seneste måned.

- 6.400 af disse unge har den seneste måned haft et forbrug af cannabis i +20 dage og/eller andre illegale stoffer i +1 dag.

Derudover får et antal unge, som ikke er registreret i DPC, udskrevet psykofarmaka af egen læge eller privatpraktiserende psykiater. Dertil kommer de unge, som har et misbrug af alkohol.

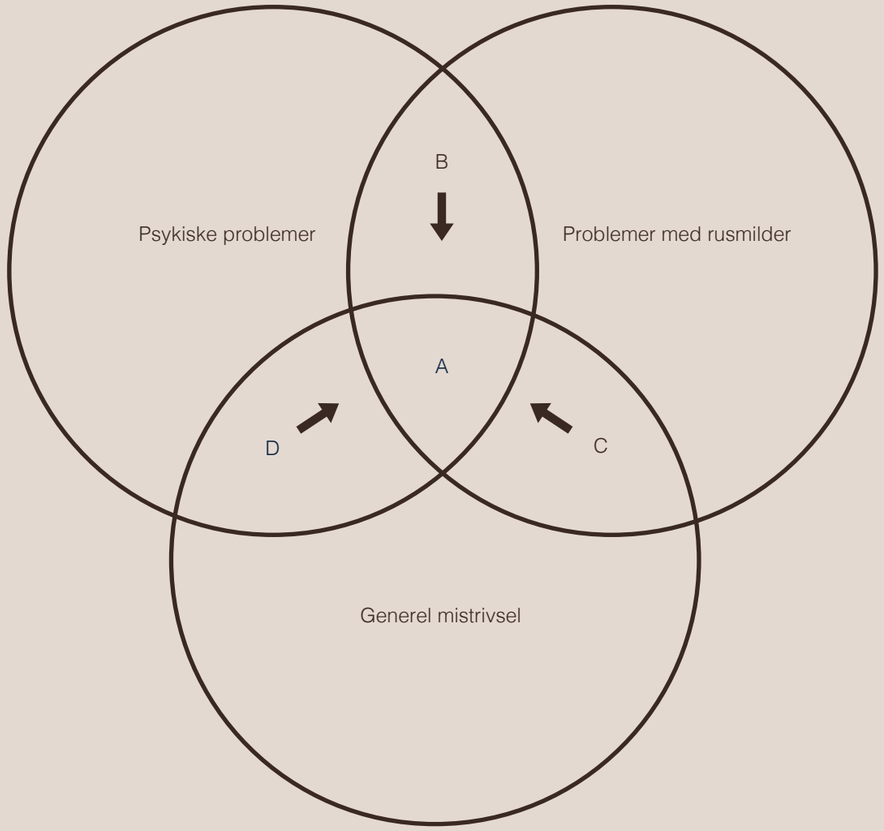
Vi er nødt til at indrette os efter, at vi skal arbejde med stærkt komplekse problemstillinger, når vi møder de unge, for vi ved ikke, hvem der har brug for hvad – og hvornår – i forløbet. Vi er også nødt til at smide de faglige skyklapper, bygge broer og arbejde sammen henover vores vante grænser og forskellige problemforståelser. Unge med dobbeltdiagnoser skal ses som et fællesskabsanliggende. Og vel at mærke et fællesskabsanliggende, der angår både de unge, deres forældre, deres øvrige nære netværk samt fagpersoner på tværs af sektorer og hjælpesystemer – vi har alle et ansvar for at hjælpe hver enkelt ung og for at løfte området.

Susanne Pihl Hansen, cand.scient.soc., og Peter Jensen, cand.scient.adm., har gennem mere end 30 år beskæftiget sig med socialt udsatte unge, dels i praksis og dels som konsulenter under Socialministeriet og siden 2005 i de to mindre konsulentfirmaer PIHL INKLUSIVE og SPUK.

Figur 1

Figuren illustrerer tre problemfelter, som unge kan være ramt af: psykiske problemer, rusmiddelproblemer og generel mistrivsel.

Som det fremgår af modellen, rækker disse problemfelter ind over hinanden: Unge, der på samme tid har rusmiddelproblemer og psykiske vanskeligheder (felt A og B), er den primære målgruppe for Alliancens arbejde. Gennem Alliancens arbejde er det dog blevet tydeligt, at vi også er nødt til at have stor opmærksomhed på unge, der befind er sig i et af de øvrige felter (felt C og D), fordi de er i risiko for at bevæge sig ind i felt A.



Dette kan illustreres med eksempler på de typer af unge, der kan befinde sig i de forskellige felter:

Ung A er en ung, som er ramt af alvorlige problemer i alle tre felter: Psykiske problemer, der er diagnosticeret af relevant fagperson og/eller med symptomer, der indikerer psykiske vanskeligheder, problematisk brug af rusmidler, samt andre alvorlige problemer, der giver mistrivsel. Fx hjemløshed, ikke-succesfuld anbringelse, skole/uddannelses-dropouts, arbejdsløshed, traumatiske oplevelser i form af overgreb, vold m.m.

Ung B er en ung, som – i hvert fald på papiret – har psykiske problemer og et problematisk brug af rusmidler, men som egentlig trives fint med det: Fx en ung mand, der er diagnosticeret med ADHD (eller har symptomer, der indikerer ADHD), og som har et problematisk brug af rusmidler, men som selv synes, at han har styr på det og kan "behandle" sin ADHD/sine symptomer med den rette dosis hash eller amfetamin. Omgivelserne (forældre, myndigheder) kan dog se anderledes på situationen, og over tid kan den unge også selv begynde at opleve sit liv som mere problematisk. Dvs. at han kan have en tendens til at rykke ind i felt A.

Ung C er en ung, som har et problematisk brug af rusmidler og samtidig mistrives. Det kan fx være en 15-årig pige, der har så store problemer derhjemme, at hun dulmer problemerne ved at ryge hash hver dag og tage ecstasy i weekenderne. Eller en ung mand, der starter med at ryge hash for sjov, men hans forbrug eskalerer, og han får alvorlige problemer med at passe sin uddannelse og bliver smidt ud hjemmefra. Et langvarigt misbrug af rusmidler kombineret med alvorlig mistrivsel kan over tid også være medvirkende til alvorlige psykiske problemer, fx svær depression. Over tid kan unge i felt C derfor have en tendens til at rykke ind mod felt A

Ung D er en ung, som mistrives og samtidig har/udvikler en psykisk lidelse. Det kan fx være en dreng, der gennem hele sin folkeskoletid mistrives, bl.a. med massiv skolevægring, og som først senere bliver diagnosticeret med en lidelse indenfor autismespektret. Eller en pige, der udvikler en alvorlig spiseforstyrrelse. Begge unge kan over tid også udvikle et problematisk brug af rusmidler, fx fordi rusmidlerne kan dulme den psykiske lidelse, eller fordi rusmidlerne giver adgang til et socialt fællesskab, som de ellers har været udelukket fra.

Nye perspektiver på behandling af unge med dobbelt-diagnose: Unge og forældres råd til hjælpesystemerne

Hvordan opleves mødet med hjælpesystemerne af de unge med dobbeltdiagnose og deres forældre? Dét har Alliancens unge og forældre drøftet på workshops, både hver for sig og sammen med fagpersoner.

AF SUSANNE PIHL HANSEN OG PETER JENSEN

Susanne Pihl Hansen,
cand.scient.soc.,

Peter Jensen,
cand.scient.adm.

De overordnede konklusioner på baggrund af de unge og deres forældres drøftelser på vores workshops er klare: Vi ved som fagpersoner, at de unges vanskeligheder er komplekse. Vi ved, at det kræver samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder, og at økonomien skal findes i forskellige kasser. Vi ved, at ikke alle unge og forældre oplever at få den nødvendige hjælp. Og frem for alt kan vi konstatere, at vi skal gøre det bedre – både før, under og efter behandlingen, også selvom vi endnu ikke har alle svarene på, hvordan vi skal gøre det bedre.

Nogle af de unges og forældrenes bud på, hvad de mener, vi som fagpersoner og vores politikere skal arbejde på at gøre bedre, præsenterer vi her.

Set med de unges øjne:
Bær ikke den faglige rygsæk på maven
Mød os som mennesker - ikke som misbrugere med diagnoser

At blive mødt i øjenhøjde og som et helt menneske af fagpersoner, der tør lytte og involvere sig, gøre lidt ekstra, kan lide en, handler fleksibelt og tænker på tværs – det er det ønske, som står højest hos de unge i Alliancens forslag til, hvordan hjælpesystemerne kan forbedres.

Som en pige på 28 år forklarer, så er det bedste spørgsmål fra en fagperson, hun har fået i sine ti år i hjælpesystemet, det helt banale: 'Hvordan har du det egentlig?'. *"For én gangs skyld mødte jeg endelig et menneske, der lyttede til mig, og som ikke bare ville tale om mit misbrug og min diagnose."*
De unge efterlyser derfor fagpersoner, som møder dem med åbenhed, uden at bære den faglige rygsæk på maven: *"Den skal om på ryggen, så den ikke skaber os væk med alle dens forforståelser om os og vores diagnoser, før vi har fået lov at forklare, hvordan vi egentlig har det."*

En pige på 23 fik mod på at komme videre, fordi hendes lærer i 10. klasse kunne rumme, at hun på dårlige dage var påvirket af stoffer og havde fravær, og i stedet fokuserede på hendes stærke sider, så hun blev motiveret til at søge ind på en ungdomsuddannelse og senere også til at sige ja til at komme i behandling for sit misbrug.

De unge understreger dog, at det er individuelt, hvad der virker bedst for den enkelte unge – pointen er at blive hørt og mødt rigtigt.

Acceptér, at misbrug er en del af problemet, vi har behov for hjælp til at løse

Alle de unge i Alliancen har oplevet at blive afvist i det psykiatriske system, fordi de har haft et misbrug. En pige blev som 22-årig tilbudt en angstpakke i psykiatrien. Til den første samtale spurgte psykiateren ind til hendes situation: *"Og så afslutter han ved at grine lidt og sige: "Og så må du jo lade være med at tage stoffer eller ryge hash". "Men det gør jeg jo", sagde jeg. Så svarede han: "Jamen, så kan vi desværre ikke hjælpe dig, før du har været stoffri i 3 måneder". Han sagde også, at jeg for øvrigt havde borderline. Og så blev jeg sendt ud ad døren igen, fuldstændig grædefærdig, for jeg kunne jo google 'borderline' og se, hvor forfærdeligt det var, og jeg kunne ikke få nogen hjælp."*

Hjælp os, selv om vi ikke passer ind i kasserne

En pige i Alliancen henvendte sig som 15-årig på den psykiatriske skadestue, efter mange år med grov mobning i skolen, flere skoleskift og selvmordsovervejelser: *"Jeg snakker med en dame i ti minutter. Hun siger, at hun kan se, at jeg har en personlighedsforstyrrelse, og at jeg er deprimeret og selvmordstruet. Men de har kun en ledig plads, som skal gemmes til én, der er skizofren, så de sender mig hjem igen med en pose beroligende medicin."*
Pigen blev dog senere indlagt og fik en psykiatrisk udredning, som anbefalede et botilbud med speciale i personlighedsforstyrrelser.

Handl hurtigere - 20 måneder er lang tid i et ungt liv

Mange af de unge har oplevet meget lange sagsbehandlingstider – og at deres problemer vokser markant i de mange måneder, de må vente på at få hjælp.
"Min socialrådgiver brugte 14 måneder på at lave en §50-undersøgelse og sagde så til min far, at kommunen ikke længere ville betale for at anbringe unge på min alder. Min far tjekkede, hvad der stod i loven, og kontaktede borgmesteren. Så fik jeg bevilget et opholdssted, men der gik et halvt år mere, før der var plads til mig."

I den 20 måneder lange ventetid droppede pigen helt ud af skolesystemet og fik et stort, dagligt misbrug af illegale rusmidler. Pigen var på det tidspunkt 15-16 år.

Tænk på tværs

Manglende samarbejde på tværs spænder tit ben for de unge. Fx måtte en 18-årig dreng sidde på jobcentret og forklare, hvad en psykose er.

"Det virkede helt bizart – jeg kunne selv bestemme, hvilken diagnose jeg havde!", forklarer han. "Det var det, der gjorde det så fucking hårdt, at jeg selv skulle holde styr på det hele og forklare i misbrugscenteret, hvad der foregik i psykiatrien og omvendt. Jeg er stærkere end de fleste til at holde nogenlunde styr på mine tanker, selvom jeg ikke altid ved, om de er mine. Men mange ville have givet op."

Set med de forældrenes ønje:
Lyt, tag professionelt ansvar og hjælp hele familien

Lyt til forældrenes tidlige bekymring

At blive hørt tidligt, før det går helt galt – det er et af de største ønsker hos forældrene i Alliancen.
De fleste vidste allerede tidligt, at noget ikke var helt, som det skulle være, med deres barn. Men de blev ikke taget alvorligt, når de forsøgte at få børnehaven og skolen til at handle på deres bekymring.
"Alle mente bare, at det var, fordi han var højt begavet. Og så gik vi med på den – det var jo dét, vi helst ville høre," fortæller faren til en nu 20-årig dreng, som begyndte at ryge hash i slutningen af folkeskolen, fordi det gav ham ro til klare hverdagen. Først senere blev en lærer på produktionsskolen opmærksom på hans adfærd. Men den psykiatriske udredning stoppede, fordi drengen røg hash. Først efter yderligere nogle års misbrug fik han en autismediagnose, da han kom i misbrugsbehandling og blev udredt.

Vær fleksibel og sadl om, når hjælpen ikke virker

Får barnet tidlig hjælp, har systemet svært ved at sadle om, hvis hjælpen ikke er den rette, forklarer en mor til en 20-årig, der for nylig har fået en autismediagnose.

"Min søn havde en virkelig dårlig skolegang. Han fik konstateret ADHD som 9-årig, men kom i skoletilbud til helt andre målgrupper." Uden held kæmpede hun i mange år for at sikre sønnen et relevant skoletilbud. "Til sidst var jeg tvunget til at sige ja til døgnanbringelse af hensyn til hans søskende," forklarer hun.

Sønnen fik adgang til hash i døgnanbringelsen, og moren måtte sige sit job op for at kunne passe ham hjemme, da hun oplevede, at anbringelsesstedet ikke kunne håndtere hans problemer. *"Han var 14-15 år, vejede 40 kg, var på Christiania hver dag, og de gjorde intet på opholdsstedet. Så tog jeg ham hjem. Det var kommunen uenig i, og det resulterede i, at jeg ikke kunne få nogen hjælp. Så jeg blev nødt til at sige mit job op, for at jeg kunne passe på ham."*

Tag professionelt ansvar og koordinér

Et gennemgående tema blandt alle forældre i Alliancen er også, at de selv må træde til som koordinatorer og insistere på, at de forskellige instanser i hjælpesystemet samarbejder. Selvom forældrene er ekstremt belastet af deres børns situation, går sagen i stå, hvis de ikke selv søger, klager og insisterer på at få den nødvendige hjælp til barnet.

"Hvis jeg ikke gjorde noget, ville indsatserne ikke blive koordineret, og netværksmøderne ikke blive afholdt," siger en mor til en 18-årig, der har røget hash siden 7. klasse. Han har nu fået en Asperger-diagnose. Moren har selv måttet finde egnede skole- og behandlingstilbud til ham hele vejen igennem, men kan nu ikke komme videre, fordi sønnen har mistet troen på fremtiden og har udviklet angst, taget 25 kilo på, skal have hjælp til basale ting som at gå i bad og børste tænder, har i perioder selvmordstanker og ser sine tidligere venner drøne afsted med uddannelse og kærester.

Aflast os - i stedet for det modsatte

"Det er hårdt at skulle agere professionel sagsbehandler, fordi man gang på gang får afslag, selvom man bruger enormt meget tid og energi på at forsøge at få kæmpet et tilbud igennem, der kan hjælpe ens barn. Og det er hårdt at se ens barn blive retraumatiseret, når han gang på gang skal fortælle om alt dét, der ikke er lykkedes, fordi vi hele tiden møder nye fagpersoner," siger en anden mor.

Flere forældre i Alliancen har været langtidssygemeldt med stress, fordi kampen for den rette hjælp er en voldsom ekstra belastning oven i belastningen ved at have et barn med dobbeltdiagnose, man ikke selv kan hjælpe. Selvom forældrene i Alliancen er ressourcestærke med lange og mellemlange uddannelser og har/har haft gode jobs, siger flere af dem, at de ikke vil kunne fungere så godt som før på arbejdsmarkedet.

Også behov for hjælp til søskende

Søskende er ofte også mærket af at leve i familier, som er under ekstremt pres i meget lang tid. I flere familier udsættes de for psykiske eller fysiske overgreb, eller de er vidner til, at storesøster/storebror går amok og smadrer hjemmet eller er voldelig overfor mor/far. Flere familier i Alliancen har ikke kunnet få hjælp til de øvrige børn og har derfor været nødt til selv at betale for psykologbehandling.

En far til en 20-årig dreng forklarer: *"Der har været store omkostninger for hans søskende ved at vokse op i vores familie, og vi har brug for hjælp til at forsøge at råde bod på det, de er blevet udsat for."*

De fremadrettede perspektiver

Vores undersøgelser sætter fokus på unge med dobbeltdiagnose som en særlig problemstilling, der tager sig væsentlig anderledes ud, end hvis der er tale om voksne med dobbeltdiagnose. Simpelthen fordi de som unge er i en anden livsfase, hvor de stadig er ved at finde deres identitet. Hvis man overordnet hører på, hvad de unge og forældrene siger om den behandling, de har mødt i behandlingssystemerne, så er nogle af hovedkonklusionerne, at:

- De har brug for den hjælp, vi som fagpersoner er i stand til at give dem.
- Vi skal lytte til, hvad de unge og forældre fortæller os, og tage for gode varer, at deres bidrag er betydningsfulde og dermed værd at lytte til
- Vi skal arbejde fleksibelt, så vores hjælp og løsninger passer til deres aktuelle behov
- Det er os, der som fagpersoner skal koordinere de faglige indsatser, fordi vi har mest forstand på det, fordi vi er bedst til det, og fordi det belaster i forvejen overbelastede unge og forældre selv at skulle gøre det.

Disse konklusioner har implicit at gøre med, hvordan vi som fagpersoner går til de opgaver, som unge med dobbeltdiagnose stiller os overfor. Men det har også at gøre med, hvordan vi organiserer os som systemer, så vi bedst muligt kan agere fleksibelt, og så koordinationen af indsatserne i mindst muligt omfang vanskeliggøres af bureaukratisk (og økonomisk) kassetænkning. Det er med disse ambitioner, at Alliancens tre paneler (unge-, forældre- og fagpanel) med hver deres perspektiv på høringen d. 20. november kom med bud på, hvad problemerne er, og hvad der er behov for – både fagligt og strukturelt.

Susanne Pihl Hansen, cand.scient.soc., og Peter Jensen, cand.scient.adm., har gennem mere end 30 år beskæftiget sig med socialt udsatte unge, dels i praksis og dels som konsulenter under Socialministeriet og siden 2005 i de to mindre konsulentfirmaer PIHL INKLUSIVE og SPUK.

Perspektiverne fra ungepanel, forældrepanel og ekspertpanel er samlet i en grønbog til oplæg for en høring på Christiansborg 20. november 2019. Grønbogen kan downloades på www.spuk.dk eller www.pihl-inklusive.dk

Splittet mellem hjælp og risici: dilemmaer i hverdagen på et substitutionsbehandlingscenter

Substitutionsbehandling skal hjælpe stofbrugere til en tryg og stabil tilværelse. Alligevel oplever mange stofbrugere udfordringer og dilemmaer i hverdagen i miljøet på et substitutionsbehandlingscenter.

AF MALENE LINDGAARD KLOSTER OG JOSEFINE SKOU JAKOBSEN

Malene Lindgaard Kloster er kandidat i folkesundhedsvidenskab

Josefine Skou Jakobsen kandidat er folkesundheds-videnskab.

I Danmark er substitutionsbehandling et væsentligt skadesreducerende tiltag for personer med et problematisk forbrug af opioider (heroin, metadon, morfin, ketogan og lign.) (1). Det skadesreducerende element i substitutionsbehandling er tæt koblet til en social indsats, hvor rationalet er, at når abstinenssymptomer og stoftrang reduceres via medicin, danner det grundlag for at tage hånd om brugerens sociale problemer. Muligheden for at opnå medicinsk stabilitet gennem substitutionsbehandlingen udgør en stor sikkerhed og forudsætning for, at stofbrugernes dagligdag fungerer. Alligevel giver substitutionsbehandlingen anledning til en række udfordringer og dilemmaer, og hverdagslivet i miljøet på og omkring et substitutionsbehandlingscenter er ikke udelukkende skadesreducerende: Det er også risikofyldt.

I efteråret 2018 interviewede vi 39 stofbrugere på et substitutionsbehandlingscenter i København i forbindelse med vores speciale i folkesundhedsvidenskab. Med udgangspunkt i forskning i stofmiljøer, der peger på, at stofmiljøer rummer både konstruktive og risikofyldte elementer (2–8), undersøgte vi brugernes oplevelser af at komme på substitutionsbehandlingscenteret.

Et socialt netværk, der rummer både støtte og risici

Mange af brugerne har levet en stor del af deres liv i kontakt med stofmiljøer. Derfor er stofbrugernes primære sociale netværk og kontakt ofte begrænset til at bestå af andre stofbrugere. På behandlingscenteret var der et tydeligt netværk mellem brugerne, som for mange var en kilde til hjælp og støtte i hverdagen. Hjælpen bestod bl.a. i at tilbyde andre mulighed for overnatning, at låne andre penge til stoffer eller mad samt at give råd til at undgå skader af stoffer eller til at navigere i behandlingssystemet. Samtidig fortalte flere brugere om at beskytte hinanden mod trusler og vold. Vi så altså en vis gensidighed mellem brugerne på centeret. Alligevel gav samtlige brugere også udtryk for, at relationerne til de andre brugere var problematiske.

Relationerne til andre brugere på centret er problematiske af flere årsager. For det første, fordi mødet med andre brugere vækker minder om en fortid i et mere kaotisk stofmiljø præget af kriminelle handlinger, trusler og vold, som brugerne har et udtrykt ønske om at tage afstand fra. For det andet, fordi brugerne risikerer at blive udsat for vold, trusler og tyverier af deres medicin eller værdier i nærheden af behandlingscenteret, hvilket gør hverdagen utryg. For det tredje, fordi der foregår salg af illegale stoffer omkring behandlingscenteret, hvilket gør miljøet til en risikozone for den stoftrang, som mange brugere kæmper med dagligt:

"*Jeg får da også tilbudt stoffer her, og det kan jeg ikke lide (...) Lige her nede foran. Det er derfor, jeg ikke kan lide at komme her. Det var bedre, da jeg var hos min egen læge, der havde jeg ikke problemer med sidemisbrug eller noget. Det hændte måske meget, meget sjældent. Det er blevet værre, efter jeg er kommet herind.*" (Gert) (2)

Udover gensidig hjælp og støtte blandt brugerne vidner deres fortællinger altså også om, at deres relationer til andre stofbrugere er præget af mistillid, og at mødet med de andre brugere på centeret er forbundet med utryghed og en risiko for at øge eller falde tilbage i et problematisk stofbrug. Alligevel kan de ikke undgå at møde dem: De andre stofbrugere er en del af det miljø, som brugerne møder i hverdagen, når de skal hente medicin på centeret.

At håndtere stofmiljøets risici ved at tage afstand

For at håndtere de udfordringer, som stofbrugerne oplever i mødet med andre brugere, ser mange det som den eneste udvej at holde sig væk fra stofmiljøet. Det indebærer også at afskære kontakten til andre stofbrugere, som Frede forklarer:

"Folk, der bruger stoffer, de er ikke velkomne hos mig. Fordi, jeg har ikke lyst til at se på dem. Jeg ved godt, hvad der sker. Så ryger jeg med. Og det er slut. Jeg har sat mig for at stoppe det skidt." (Frede)

For brugerne bliver dét at tage afstand til andre brugere et forsøg på at tage kontrol over deres egen situation og håndtere de risici, som de oplever præger stofmiljøet på centeret.

At trække sig fra stofmiljøet er dog en håndteringsstrategi med et indlejret dilemma. Idet stofmiljøet for mange udgør den eneste kilde til social kontakt, oplever brugerne, at de pludselig ikke har andet socialt netværk, når de tager afstand til de andre brugere på centeret. Selvom stofbrugerne fjerner sig fra de belastninger, de oplever i mødet med andre brugere i stofmiljøet, får denne afstandtagen konsekvenser:
"Jeg har det egentlig godt, men altså, på grund af at man går meget derhjemme, så er det meget nedtrykkende. Det har jeg også søgt om hjælp til, til at komme ud blandt andre mennesker," fortæller Hans.

Når brugerne trækker sig fra stofmiljøet, oplever de, at de ikke har andre aktiviteter at tage sig til i hverdagen. Ensomheden og manglen på meningsfulde aktiviteter gør, at stofbrugerne oplever det svært at kontrollere stoftrangen og derfor let kommer til at øge eller genoptage deres forbrug af illegale stoffer. Ligesom kontakten med andre stofbrugere rummer risici, så rummer isolering fra andre stofbrugere altså også risici i forhold til at kontrollere sit forbrug af illegale stoffer.

Det udfordrende møde med det offentlige system

Behandlingscenteret hjælper med at håndtere stofbrugernes sociale og sundhedsmæssige udfordringer. Stofbrugerne oplever især hjælpen som nyttig, når de får hjælp til at søge økonomisk støtte og varetage kontakten til jobcenteret. Samtidig kan et sundhedstjek hos centerets læge være med til at mindske brugernes bekymringer om helbred. Alligevel opstår der et dilem-

(1) Specialet er udarbejdet i samarbejde med Center for Rusmiddelforsknings forskningsprojekt "Hverdagsmiljøer for udsatte stofbrugere" http://psy.au.dk/forskning/forskningscentre-og-klinikker/center-for-rusmiddelforskning/forskning/forskningsprojekter/hverdagsmiljoe-for-udsatte-stofbrugere/. Forskningsprojektet er støttet af VELUX FONDEN.

(2) Alle informanter er anonymiserede.

Foto: Brian Cliff Olguin

ma i muligheden for at få hjælp. For selvom stofbrugerne oplever at kunne få hjælp fra behandlingscenteret, beskriver de mødet med systemet som udfordrende. Det skyldes især, at det som udsat borger kan være uoverskueligt at navigere i de mange krav og regler, der gælder, for at man kan få hjælp fra systemet. Og dét bliver en ekstra belastning i form af stress og utryghed i hverdagen.

"Man skal hele tiden tænke på, "hvornår kommer der noget ind ad døren, man skal svare på". E-post, du ved, skal også til møder. Og jeg skal selv ind og tjekke, om jeg skal til møder nogle steder. Skal også ind og skrive under på noget, og glemmer du det, så lige pludselig kan de trække halvdelen af din bistand (..) Det er stressende," fortæller Brian.

Det er altså særligt konsekvenserne af ikke at kunne leve op til kravene om fremmøde og dokumentation, såsom at miste sin økonomiske sikkerhed, som stofbrugerne frygter.

Ud fra stofbrugernes fortællinger blev det klart, at de udfordringer, som de oplever i mødet med systemet, bunder i, at de fra systemets side forventes at kunne gennemskue og følge de mange krav og regler. Selvom systemet har til formål at mindske belastninger i stofbrugernes liv, er selv samme systems regler med til at skabe en ny belastning og stress i deres hverdag. For brugerne opleves det ekstremt ressourcekrævende at indgå i systemet og få gavn af det. De brugere, som ikke formår at efterspørge hjælp og efterleve krav fra systemet, bliver i stedet ramt af følelser af afmagt over for deres situation.

Angsten for at mangle den livsnødvendige medicin
Blandt behandlingscenterets tilbud om hjælp er der ét, brugerne fremhæver som det vigtigste: medicinudleveringen. Den er forudsætningen for, at stofbrugerne kommer igennem hverdagen. Men også i forbindelse med medicinudleveringen oplever stofbrugerne, at systemets regler skaber udfordringer.

Behandlingscenteret følger Sundhedsstyrelsens 'Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin' (9). Vejledningen sætter rammer for, hvordan lægerne skal regulere brugernes medicindosis, når brugeren fx ønsker at øge dosis. Det indebærer, at stofbrugerne hyppigt skal møde op på centeret samt sidde til "overvåget indtag". En forholdsregel, der skal sikre, at stofbrugerne ikke får en overdosis. Men brugerne oplever ikke disse regler som gavnlige. I stedet opleves de som "unødige" kontrolforanstaltninger, der gør det svært at have en ordentlig hverdag:
"Jeg kan ikke sådan have en hverdag, fordi jeg skal altid huske, at jeg skal det her. Det bliver bare sådan et hjul. Man løber rundt," fortæller Fie.

Reglerne skaber en følelse af afmagt og mangel på kontrol over tilværelsen hos stofbrugerne. Og det får utilsigtede konsekvenser: Som et forsøg på at tage kontrol over deres egen situation og velbefindende skaffer flere af stofbrugerne stoffer på det illegale marked for at supplere den dosis, de oplever, er for lav.

"Jeg betragter mig ikke som stofmisbruger, som jeg var dengang, hvor jeg jagtede penge døgnet rundt. Det har jeg ikke behov for mere. Men alligevel står man stadig i den der fælde, fordi man kun må få de der tre [benzodiazepiner]. Så man SKAL nogle gange lige ind i Istedgade og købe piller, du ved. Det er lidt noget lort. Men det er noget, jeg arbejder på at tale med lægen om", fortæller Brian.

Brians fortælling er et eksempel på en situation, som mange af stofbrugerne oplever at stå i: Medicinudleveringen formår ikke altid at leve op til sit formål om at skabe stabilitet og tryghed i stofbrugernes tilværelse. Systemets krav og regler er i stedet med til at fastholde brugerne i en udsat position, hvor de føler sig nødsagede til fortsat at færdes i et risikofyldt stofmiljø for at købe illegale stoffer.

Det er ikke kun reglerne for regulering af dosis, der sætter stofbrugerne i en udsat position. "Tre-dages-reglen" fra vejledningen for substitutionsbehandling foreskriver, at dosis sættes ned, hvis brugerne udebliver fra at møde på centeret med mere end tre dages mellemrum (9). En sikkerhedsforanstaltning, der bl.a. skal forebygge, at brugerne får en overdosis (9), men som af samtlige brugere omtales som en "straf". De oplever det som endnu en stressende regel om fremmøde, de skal have overblik over og efterleve. Angsten for, hvorvidt de formår at overholde reglerne og få adgang til deres medicin, skaber utryghed i stofbrugernes hverdag:
"Det gør det her sted til sådan en summende bikube af problemer og angst for at komme her og for at; er der nu metadon, når jeg kommer? Og får jeg det nu, eller er der nu en eller anden regel, der pludseligt er dukket op, så jeg ikke kan få det? Eller er stedet lukket, når jeg kommer? Hvad gør jeg så?", fortæller Jørgen.

Konsekvenserne af ikke at overholde reglerne fylder enormt, fordi stofbrugerne frygter at blive abstinente. De oplever, at deres velbefindende afhænger af, om de får den medicin, de har brug for. Og det er frustrerende, at systemets regler kan forhindre dem i det:
"Det er en fornemmelse af, at man bliver skubbet rundt med af ligegyldige dumme regler og paragraffer, som de bare kaster i hovedet på en (...). Fx den der tre-dages-regel ik, at man ikke må være væk i mere end tre dage, før man får frataget sin metadon (...) Det er en svær situation at være i som stofmisbruger, især når hele ens daglige velbefindende ligger i hænderne på en fremmed kvinde, som sidder heroppe (...) og ja altså, det er op til dem, om du får lov at eksistere i dag ik, og

det er sgu irriterende, det er det, for de har dit liv i deres hænder." (Jørgen).

Ligesom reglerne for regulering af dosis kan tre-dages-reglen have som utilsigtet konsekvens, at stofbrugerne finder det nødvendigt at skaffe stoffer på det illegale marked for at håndtere deres abstinenser. Fortællingerne om "straf" tydeliggør, at adgangen til substitutionsmedicinen er essentiel for at sikre stofbrugernes velbefindende. Derfor oplever mange af stofbrugerne, at systemet har magt over deres liv, hvorimod de selv føler ekstrem afmagt og mangel på kontrol over deres tilværelse. Vi ser derfor et dilemma i substitutionsbehandlingen: Den skal give brugerne en tryghed i, at de kan få adgang til deres medicin, men retningslinjerne gør, at behandlingen på samme tid også er forbundet med usikkerhed og utryghed i stofbrugernes liv. Når substitutionsbehandlingen ikke skaber tilstrækkelig medicinsk stabilitet, bliver det sociale element i den skadesreducerende indsats udfordret. Set i lyset af at formålet med substitutionsbehandling netop er at skabe grundlag for at løse andre sociale problemer hos stofbrugerne, ser vi derfor et paradoks i, at kravene i substitutionsbehandling kan være med til at fastholde brugerne i en risikofyldt tilværelse.

Husk brugernes perspektiv

Vores speciale peger på, hvor vigtigt det er at undersøge de udfordringer, som brugerne oplever i deres daglige gang på behandlingscenteret. Behandlingscenteret udfylder ikke blot en behandlingsfunktion: Miljøet på centeret rummer både ressourcer og belastninger, stofbrugernes sociale kontakt med omverdenen samt utryghed og frygt. Det er derfor nødvendigt at inkludere brugernes oplevelser, når man udformer regler for substitutionsbehandling, og indtænke det miljø, der opstår på og omkring et behandlingscenter, med de risikofyldte og konstruktive aspekter, der påvirker brugerne.

Referencer

(1) Järvinen M., Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice. Sociology of Health & Illness. 2008 Nov;30(7):975–91.

(2) Duff C., Enabling places and enabling resources: New directions for harm reduction research and practice: Enabling places and harm reduction. Drug and Alcohol Review. 2010 May;29(3):337–44.

(3) Moore D., Dietze P., Enabling environments and the reduction of drug-related harm: re-framing Australian policy and practice. Drug and Alcohol Review. 2005 May 1;24(3):275–84.

(4) Rhodes T., Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach. International Journal of Drug Policy. 2009 May;20(3):193–201.

(5) Rhodes T., Singer M., Bourgois P., Friedman SR., Strathdee SA., The social structural production of HIV risk among injecting drug users. Social Science & Medicine. 2005 Sep;61(5):1026–44.

(6) Rhodes T., Watts L., Davies S., Martin A., Smith J., Clark D., et al., Risk, shame and the public injector: A qualitative study of drug injecting in South Wales. Social Science & Medicine. 2007 Aug;65(3):572–85.

(7) Rhodes T., Wagner K., Strathdee SA., Shannon K., Davidson P., Bourgois P., Structural Violence and Structural Vulnerability Within the Risk Environment: Theoretical and Methodological Perspectives for a Social Epidemiology of HIV Risk Among Injection Drug Users and Sex Workers. In: O'Campo P, Dunn JR, editors. Rethinking Social Epidemiology. Dordrecht: Springer Netherlands; 2012. p. 205–30.

(8) Singer M., What is the "Drug User Community"?: Implications for Public Health. Human Organization. 2006 Mar;65(1):72–80.

(9) Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin: lovkrav og anbefalinger. Sundhedsstyrelsen; 2017.

Foto: Brian Cliff Olguin

Fremskudte behandlere møder borgerne, hvor de er

Hanne Ejersbo arbejder som fremskudt kommunal rusmiddelbehandler på Regionshospital Randers. Den vigtigste erfaring, hun har gjort sig, er, at ligeværdig, nysgerrig dialog er udgangspunktet for alt, uanset om det er mellem borger og systemet, eller om det er fagpersoner imellem.

AF KARINA LUISE ANDERSEN

Karina Luise Andersen
er cand.mag. og
redaktør på STOF

I ca. to år har Randers, Norddjurs, Favrskov og Syddjurs Kommuner haft en fremskudt indsats for borgere med et problematisk alkohol- eller stofbrug. Rusmiddelbehandler Hanne Ejersbo varetager denne indsats, som involverer de kommunale rusmiddelcentre og Regionshospitalet Randers. Hanne fortæller, at den fælles fremskudte indsats tog udgangspunkt i nogle møder mellem Rusmiddelcenter Randers og Regionshospital Randers, hvor forskellige problemstillinger og perspektiver omkring en helt særlig målgruppe af borgere blev debatteret.

”Det handlede på den ene side om, at rusmiddelcentret undrede sig over, at hospitalet ikke identificerede og henviste patienter til rusmiddelbehandling, for man havde en formodning om, at mange patienter blev indlagt med helbredsproblemer enten direkte eller indirekte forårsaget af stoffer eller alkohol. Desuden oplevede rusmiddelcentret, at det var vanskeligt at få indlagt borgere med svære abstinenssymptomer, som ikke kunne behandles ambulant, men krævede tæt observation af sundhedsfagligt personale,” fortæller Hanne og fortsætter: ”På den anden side mærkede hospitalet et behov for at få flere redskaber og muligheder for at kunne gøre mere for de patienter og ”gengangere”, der blev indlagt med rusmiddelproblematikker. Hospitalet oplevede udelukkende at kunne tilbyde symptombehandling, og de ansatte kendte ofte ikke til muligheden for at kunne henvise til rusmiddelbehandling. Og selv hvis de kendte muligheden og forsøgte at tale med patienten om det, oplevede de, at patienten afviste dem.”

Hos både hospital og rusmiddelcenter havde man således haft kontakt med borgere, som oplevede ikke at få den rette, helhedsorienterede hjælp. Særligt var det en frustration hos både ansatte og borgere, at systemerne ikke talte sammen, og at borgerne ikke kunne rummes på hospitalerne. Alle parter var derfor enige om, at der måtte gøres noget. Som en del af det overordnede fælles kommunale og regionale sundhedsprojekt ’Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen’ blev der derfor udviklet fem indsatser til målgruppen, kendt som underprojektet ’LAB 10’. Den fremskudte behandler er én af disse indsatser. Behandleren bliver betalt efter en fordelingsnøgle mellem de fire deltagende kommuner og hospitalet.

Det gør en forskel for både borger og personale

Hanne Ejersbo er uddannet sygeplejerske og alkoholbehandler, og hun er udlånt af Rusmiddelcenter Randers til at varetage den fremskudte indsats på vegne af rusmiddelcentrene i Norddjurs, Favrskov, Syddjurs og Randers Kommuner. Hendes arbejde som fremskudt behandler består primært i motiverende samtaler med borgere, der af forskellige helbredsmæssige årsager er indlagt på Regionshospitalet Randers, og som kunne have brug for alkohol- eller stofbehandling. Hun sørger også for deres videre forløb og for brobygning til alkohol- og/eller stofbehandling og sociale hjælpeindsatser, hvis de ønsker det. Derudover varetager

Hanne Ejersbo varetager den fremskudte indsats på vegne af rusmiddelcentrene i Norddjurs, Favrskov, Syddjurs og Randers Kommuner.

hun ”bed-side”-oplæring af personale i motiverende samtale (MI) samt sparrer fagligt med sundhedspersonalet og kommunale samarbejdspartnere. Samarbejdspartnere kan eksempelvis være alle typer af sundhedspersonale på hospitalet, behandlere på de kommunale rusmiddelcentre, visitatorer fra kommunen og alle andre relevante aktører, som borgeren er i kontakt med, og som borgeren har givet samtykke til, at Hanne må kontakte. Hannes opgave er ganske enkelt at skabe og optimere en helhedsorienteret indsats for borgeren. Når borgeren er overleveret til de rette samarbejdspartnere, slipper Hanne vedkommende.

”Jeg møder dagligt ind på hospitalets forskellige afdelinger, typisk om formiddagen. Her taler jeg med dagens personale, om de har nogle patienter, som kunne have brug for min hjælp i relation til alkohol- eller stofproblemer. Personalet har måske allerede fået borgerens samtykke til en samtale med mig, og hvis ikke så taler personalet og jeg sammen om, hvordan vi kan gribe det an at spørge borgeren. Hvis borgeren går med til en samtale, så tager jeg en motiverende samtale med vedkommende. Den har til sigte at understøtte borgerens egen lyst til forandring, som han eller hun udtrykker i samtalen. Målet er at anerkende borgeren og understøtte dennes selvbestemmelse. Hvis borgeren ønsker forandring og gerne vil i rusmiddelbehandling, tilbyder jeg at tage kontakt til det relevante rusmiddelcenter. Nogle gange er et visitkort med åbningstider og kontaktinformation til rådgivere også nok. Jeg kontakter også gerne mestringsvejleder, mentor, pårørende eller andre for at understøtte behandlingen, hvis borgeren ønsker det.”

Færre borgere falder mellem to stole med tiltag som disse, og den fremskudte indsats gavner alle," fortæller Hanne Ejersbo

Det sker også, at borgeren siger nej til en samtale med Hanne, men hun føler stadig, hun i samarbejde med sundhedspersonalet kan være med til at gøre en forskel for vedkommende.

"Ifølge vores foreløbige evalueringsrapport for de første 12 måneder af indsatsen har vi identificeret 289 patienter på Regionshospitalet Randers med rusmiddelproblemer. 240 af de patienter modtog én eller flere samtaler med en fremskudt behandler, hvilket vil sige, at meget få patienter takkede nej til at tale med os, og 120 af de 240 patienter, der sagde ja til mindst én samtale, har efterfølgende været i kontakt med et rusmiddelcenter. En del af de resterende personer, vi har talt med, har måske ikke haft behov for kontakt til et rusmiddelcenter, men har haft nok i den første motiverende samtale med den fremskudte behandler. Så hvis nogen siger nej tak til en samtale, fokuserer personalet og jeg sammen på det frø, vi forhåbentlig har sået, og at det uanset hvad måske påvirker personens proces i forhold til en eventuel forandring."

Ligeværdig og nysgerrig dialog

Som fremskudt behandler kommer Hanne Ejersbo i kontakt med alle typer mennesker, der har brug for hendes hjælp. Det er borgere i alle aldersgrupper, som indlægges på såvel psykiatriske som somatiske afdelinger, eksempelvis skadestuen eller kardiologiske og gastroenterologiske afdelinger. Der kan være tale om mennesker, som er fast tilknyttet arbejdsmarkedet, eller andre, som modtager hjælp fra kommunen i forbindelse med ledighed, sociale problemer eller andet. I takt med at sundhedspersonalet på hospitalet har fået redskaber til at være nysgerrige på patienternes baggrund, er det ikke længere kun de patienter, som tydeligt har et problematisk forbrug af alkohol eller stoffer, som bliver set som nogle, der har brug for hjælp til deres rusmiddelbrug. En stor del af de patienter, som Hanne møder på hospitalet, kommer eksempelvis på afdelingerne på grund af akutte skader efter fald eller væskeforstyrrelser, som i princippet kan have mange årsager, og derfor ville disse patienter tidligere måske ikke være blevet identificeret af personalet som mennesker med behov for rusmiddelbehandling. Også patienter med kroniske alkoholskader såsom levercirrose har ofte et blandet symptombillede og kan være svære at genkende som kandidater til behandling. Her kommer sundhedspersonalets samarbejde med Hanne til gavn, fordi det ikke kun hjælper med at identificere de borgere, der har brug for hjælp, men også giver personalet flere redskaber til at kunne etablere en god relation til disse mennesker.

"I stigende grad giver det øgede fokus på denne tidligere lidt svært tilgængelige målgruppe mulighed for at skabe en grundigere anamnese (sygehistorie, red.), fordi borgerne føler sig mødt, og de bliver derfor gerne længere tid på hospitalet, hvilket giver mulighed for flere ambulante tiltag og forebyggelse af akutte problemer. Det er tydeligt, at en fremskudt behandler eksempelvis er en hjælp for personalet på hospitalet til at have fokus på, om der er eksempelvis er behov for psykiatriske vurderinger, når mennesker med rusmiddelproblemer bliver indlagt på somatiske afdelinger, ligesom der også er sket en øget brobygning, og sundhedspersonalet er blevet mere opmærksomme på at tænke i sociale indsatser, som kommunen kan tilbyde borgeren."

Ifølge Hanne Ejersbo baner den fremskudte indsats vej for mere fælles tænkning og forståelse for målgruppen. Det, der før kunne være en "besværlig og udsigtsløs" målgruppe for sundhedspersonalet, er nu patienter, som via en fremskudt indsats på hospitalet kan tilbydes hjælp tilpasset den enkeltes behov. Man undgår derved at ekskludere nogle borgere fra sundhedsydelser på grund af deres afhængighed, der ellers er en komplikation, som sundhedsvæsenet kan have svært ved at rumme.

"Færre borgere falder mellem to stole med tiltag som disse, og den fremskudte indsats gavner alle," fortæller Hanne og uddyber: "Som fagpersoner øger vi i denne indsats vores villighed til at sætte vores egen og kollegers forforståelse i spil til gavn for patienterne, og vi skaber gode udskrivelser fra hospitalet og sikrer hjælp for borgeren fremover. Udover at få redskaber til at opspore mennesker, som har brug for hjælp til rusmiddelproblemer, er vi også nødt til at have mere fokus på, hvad der egentlig forhindrer os som fagfolk i at "se" et menneske med rusmiddelproblemer og komme ham eller hende i møde på en ikke-stigmatiserende måde. Vi må aldrig forledes til at tro om andre – borgere såvel som andre fagpersoner – at de har en viden, som vi selv tager for givet. Ligeværdig, nysgerrig dialog er udgangspunktet for alt!"

Læs mere her:
http://www.sundhedsledere.dk/laboratorier/laboratorium-10-lighed-i-sundhed-kraever-ulige-indsatser

"Som fagpersoner øger vi i denne indsats vores villighed til at sætte vores egen og kollegers forforståelse i spil til gavn for patienterne, og vi skaber gode udskrivelser fra hospitalet og sikrer hjælp for borgeren fremover."

Narkotika på gadeplan - nyt fra den danske stofovervågning

Nye psykoaktive stoffer med høj renhed. Stigende udbredelse af kokain i alle landsdele. Hash af usædvanlig høj kvalitet. Dette er uddrag fra den danske stofovervågning, som de retskemiske afdelinger ved universiteterne årligt laver for Sundhedsstyrelsen.

AF CHRISTIAN LINDHOLST

Christian Lindholst er lektor i retskemi og leder af Institut for Retsmedicin ved Aarhus Universitet

STOF NR. 34 / EFTERÅR 2019

Siden 1995 har kvaliteten af narkotika, som handles på det illegale marked i Danmark, været nøje overvåget i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, politiet og de retsmedicinske institutter. Overvågningen sker for at følge udviklingen i udbredelse og renhed af de forskellige stoftyper og i det hele taget for at skabe et samlet, repræsentativt og troværdigt overblik over forekomsten af narkotika på gadeplan i Danmark. Udover at identificere og registrere stoftyperne giver overvågningen bl.a. et indblik i stoffernes kvalitet og indhold af tilsætningsstoffer.

Denne artikel præsenterer et uddrag af resultaterne fra overvågningen af det danske stofmarked baseret på politiets beslaglæggelser. Stofferne er analyseret på de retskemiske afdelinger på landets tre retsmedicinske institutter (ved Aarhus Universitet, Københavns Universitet og Syddansk Universitet), og resultaterne udgives i to årlige rapporter, 'Narkotika på gadeplan' og 'Illegale stoffer i Danmark' (1,2).

Nye psykoaktive stoffer

I begyndelsen af 2010'erne oplevede Europa en kraftig stigning i antallet af nye psykoaktive stoffer (NPS). Udviklingen toppede i 2014 og 2015 med ca. 100 årlige registreringer af nye NPS i de europæiske lande, mens antallet af nytilkomne stoffer i 2018 var faldet til 55 (3). Samlet set er der i Europa de seneste 10 år registreret mere end 600 nye psykoaktive stoffer, hvoraf en del er observeret i Danmark. NPS er en samlet betegnelse for en meget stor og forskelligartet gruppe af euforiserende stoffer og defineres af UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) og EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) som potentielt sundhedsskadelige euforiserende stoffer, der ikke fremgår af FN's to narkotikakonventioner fra hhv. 1961 og 1971 (4,5). Betegnelsen "ny" stoftype kan dog i denne sammenhæng være misvisende, da flere NPS har været kendt og beskrevet i årtier, men først nu forhandles på det illegale stofmarked.

Siden 2001 har Sundhedsstyrelsen, politiet og de retsmedicinske institutter gennemført en systematisk overvågning af NPS i Danmark. I begyndelsen som en registrering af udseende og indhold af ecstasytabletter beslaglagt i landets politikredse. Fra 2011 blev også pulvere og væsker indeholdende formodede nye stoftyper inkluderet i overvågningen. Samme år blev Toldstyrelsen (dengang SKAT) desuden inddraget i overvågningen, da mange nye stoffer kommer til landet via internationale postforsendelser. Selvom overvågningen ikke er fuldt dækkende for alle nye stoftyper, som benyttes i landet, har den systematiske registrering alligevel bidraget til at skabe overblik over, hvilke nye og gamle stoftyper som findes på det danske stofmarked. Overvågningen har medført, at nye stoftyper løbende omfattes af lov om euforiserende stoffer og dermed ulovliggøres, i takt med at de observeres i landet. Desuden har man fra myndighedernes side kunnet udsende advarsler til brugere af euforiserende stoffer ved fund af særligt problematiske stoftyper.

NPS er en stor udfordring for sundhedsvæsenet i forhold til misbrugsbehandling og forebyggelse, da viden om effekter og komplikationer efter brug af NPS stadig er beskeden. Den nuværende overvågning af stofferne er i den sammenhæng med til at skabe synlighed omkring, hvilke stoffer der benyttes i Danmark og dermed kan forventes at dukke op på skadestuer, misbrugscentre, stofrådgivninger og hos retsmedicinere.

Et samlet overblik over de indsamlede pulvere og væsker med formodet indhold af NPS igennem de seneste fire år er præsenteret i Tabel 1. Stofferne har ofte komplicerede navne, som desværre ikke kan uddybes nærmere i denne artikel. For overblikkets skyld er stofferne dog inddelt i kemiske familier (angivet ved forskellige farver i tabellen) baseret på den kemiske struktur eller stoffets virkning. Resultaterne for 2018 viser, at stoffer i pulver- og væskeform med få undtagelser oftest forhandles i meget ren form. Eksempelvis ligger renheden for MDMA-pulver og -krystaller i intervallet 34-84 procent, med et gennemsnit for alle sager på 76 procent. Renheden af ketamin ligger i intervallet 53-87 procent, mens GHB typisk ligger i intervallet 20-50 procent. Der ses fortsat prøver med syntetiske opioider som f.eks. fentanyler på stofmarkedet. I 2018 er der i seks procent af sagerne påvist kemiske analoger af amfetamin – de såkaldte phenethylaminer. Her er sager med MDMA og metamfetamin dog ikke inkluderet. I det seneste år er der igen relativt mange prøver med forskellige cathinon-analoger (seks procent), såvel som syntetiske cannabinoider (syv procent).

Tabel 1.
Indholdsstoffer i pulver, væske og blotters med formodet indhold af NPS (antal sager)

kemiske familie	Indholdsstof	2015	2016	2017	2018
Phenethylaminer	MDMA (eller MDA/MDE)	148	119	65	67
	Metamfetamin	4	7	2	1
	Ketaminer, 2-Oxo-PCE og 2-Oxo-PCM o.lign.	13	16	11	11
	GHB	11	14	9	7
	Phenidater, naphthidater og methylmorphenat	14	17	11	1
	MPA	11	8	2	-
	Metoxetamin	1	3	-	2
	3-MeO-PCP, 3-MeO-PCMo	1	1	-	-
	Phenidiner incl. MT-45	6	4	1	-
	LSD, LSZ, 1p-LSD, AL-LAD og analoger	3	7	2	-
	Dimethocain, Nitracain	-	-	-	-
	Dextromethorphan	-	1	-	-
	3F-phenmetrazin	6	4	3	-
	Ocfentanil, acryloyl- og furanylfentanyl m.fl.	-	4	3	2
	AH-7921 eller U-47700	-	5	4	-
	Mephtetramin	1	-	-	-
	Salvinorin A eller Salvia Divinorum	-	-	-	-
Tryptaminer	Bufotenin	-	-	-	-
	5-MeO-DMT,-DALT,-DIPT m.fl, 4-AcO-DMT	2	3	1	-
	AMT	1	-	-	-
	DMT	6	7	5	10
Phenethylaminer	Fluor-, Methoxy- eller Methylamfetamin	3	1	1	-
	3 og 4-Fluormetamfetamin (3 og 4-FMA)	-	-	2	1
	2C-X, X=B,C,D,E,H,I eller bk-2C-B	7	2	6	4
	DOB, DOC og DMA	3	2	2	1
	Allylescalin	-	2	-	-
	MDAI, AI, N-Methyl-2AI	5	13	3	-
	25H-, 25I-, 25C- eller 25B-NBOMe/-NBOH	8	2	-	1
	APB, MAPB, EAPB, APDB eller 5-IT	5	1	-	-
	Methamnetamin	1	-	-	-
Cathinoner	Ethylcathinon (EC), 4-MEC o.lign.	-	5	2	2
	Mephedron, fle-/clephedron, 4-EMC o.lign.	3	5	3	1
	Methylon, Ethylon, (Di-)Butylon m.fl.	2	-	3	3
	a-PVP, Pyrovaleron, PV8, Fluoro-PHP o.lign.	2	2	4	-
	MDPBP, MDPPP, MDPV o.lign.	-	1	1	1
	Mexedron, N-Ethylhexedron, DL-4662 mv.	1	2	5	1
Syntetiske cannabinoider	JWH-forbindelser inkl. RCS-4	2	-	-	-
	AM-2201, AM-2233, Cumyl-PeGaCLONE m.fl.	-	-	2	2
	PINACA-forbindelser, THJ 2201 o.lign.	10	6	1	6
	STS-135, MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA m.fl.	7	5	8	1
	5F-PB22 eller BB22	3	1	-	-
	Cumyl-5F-P7AICA	-	1	-	-
	I alt antal sager	**290**	**271**	**162**	**125**

Tabellen er et uddrag fra rapporten "Illegale stoffer i Danmark 2018"

Det illegale tabletmarked

Ecstasy, eller MDMA, som det aktive indholdsstof kaldes, blev kendt i 1970'erne som et illegalt feststof og kom for alvor til Danmark i 1990'erne, hvor det overvejende var unge, som tog det i brug. Ecstasytabletterne blev igennem 00'erne en platform for introduktion af NPS på stofmarkedet, og i perioder har det oprindelige indholdsstof, MDMA, været delvist erstattet af andre stoftyper. Ecstasy er for mange synonymt med tabletter i varierende former og farver med påtrykt logo, men i dag bliver MDMA også forhandlet i pulver- og krystalform med høj renhed. Analyserne af de indsamlede tabletter i projektet har gennem de seneste år vist, at en høj andel af tabletterne indeholder MDMA som eneste aktive stof (Tabel 2). Det kommer efter en årrække, hvor andre stoffer har domineret. Sammenholdt med mængden af beslaglagt pulver tyder det på, at MDMA generelt er på det illegale stofmarked i et relativt stort omfang. Det gennemsnitlige MDMA-indhold i en ecstasytabel var 139 mg i 2018. Der har dog været tabletter på markedet med styrker op til 217 mg MDMA. I den seneste periode er der desuden fundet tabletter indeholdende opioiderne methoxyacetylfentanyl og furanylfentanyl. Antallet af prøver, der indgår i undersøgelsen, er på et relativt lavt niveau, og datagrundlaget er derfor begrænset.

Ecstasy på det illegale marked er et blandingsprodukt, hvor styrke og indholdsstoffer er uforudsigeligt. To tabletter med samme farve eller udseende kan derfor indeholde forskellige stoftyper eller stofmængder. Denne usikkerhed gælder desuden for NPS på pulverform, hvor de fleste stoftyper forhandles som fine hvide pulvere med begrænset deklarering. Virkningen af stofferne kan dog være vidt forskellig. Af denne årsag må NPS-markedet på både tablet- og pulverform anses for at være et meget risikofyldt stofmarked.

Det mest almindelige narko på gaden

Selvom NPS har tiltrukket sig megen opmærksomhed de senere år, er det stadig de klassiske stoftyper, som dominerer det danske stofmarked. Igennem 10 år har kokain således været det fortrukne stof, når det gælder køb og salg af hård narkotika på gadeplan i Danmark. I 2018 viste renheden sig at være på et historisk højt niveau med gennemsnitlig 60 procent (Tabel 3). Stigningen i renheden af kokain begyndte i 2015 og er foreløbig toppet i 2017 og 2018 (Figur 1). **Hver tredje kokainprøve på gadeplan består i dag af cocainchlorid med en renhed på mindst 80 procent. Samme renhed, som findes i kokainblokke, der importeres direkte fra Sydamerika.** Årsagerne til den øgede renhed er ikke klarlagt, men stigningen i renhed har naturligt medført et fald i mængden af tilsætningsstoffer. I takt med at renheden er steget, er der observeret en lavere forekomst af de mest almindelige tilsætningsstoffer i prøverne. Eksempelvis levamisol, phenacetin, creatin og coffein (Figur 2). Kokain er dog fortsat den stoftype, som indeholder flest forskellige typer af tilsætningsstoffer.

Renheden af de hyppigst forekommende narkotikatyper på gadeplan i Danmark er angivet i Tabel 3 og Figur 1. Siden opstarten af 'Gadeplansprojektet' i 1995 er renheden af de hårde stoftyper generelt faldet, men inden for de seneste år er renhed af specielt kokain, men også amfetamin dog steget.

Tabel 2.
Indholdsstoffer i ecstasy tabletter
(antal prøver)

Indholdsstof	2015	2016	2017	2018
MDMA	47	83	59	42
MDMA + MDE eller MDA	-	1	-	-
MDMA + Amfetamin	3	-	-	-
Amfetamin og Metamfetamin	-	-	5	-
Brom-, Chlor- eller Fluoramfetamin	2	-	2	-
mCPP + Amfetamin	-	-	-	-
mCPP	1	-	-	1
Methoxyacetylfentanyl	-	-	-	1
APB, MAPB eller EAPB	-	2	-	-
2C-B, 2C-C, 2C-D, Bk-2C-B, 2C-B-fly	10	17	9	4
4-AcO-DMT, 4-HO-MET, MeO-MIPT	4	-	-	-
5-MeO-DALT	-	2	-	-
Furanylfentanyl	-	-	3	2
Ethylcathinon	-	1	-	-
4,4'-dimethylaminorex (4,4'-DMAR)	1	-	-	-
MPA	5	-	-	-
Methyl- eller Ethylphenidat	-	-	4	1
Dichlormethylphenidat	-	2	-	-
4F-methylphenidat	-	1	1	-
MDPV	1	-	-	-
JWH-210 og -122	1	-	-	-
Ingen aktive stoffer[1]	-	4	-	-
I alt antal prøver	**75**	**113**	**83**	**51**

1 Kan indeholde andre stoffer som f.eks. piperin, DMAA, synephrin og modafiendz.

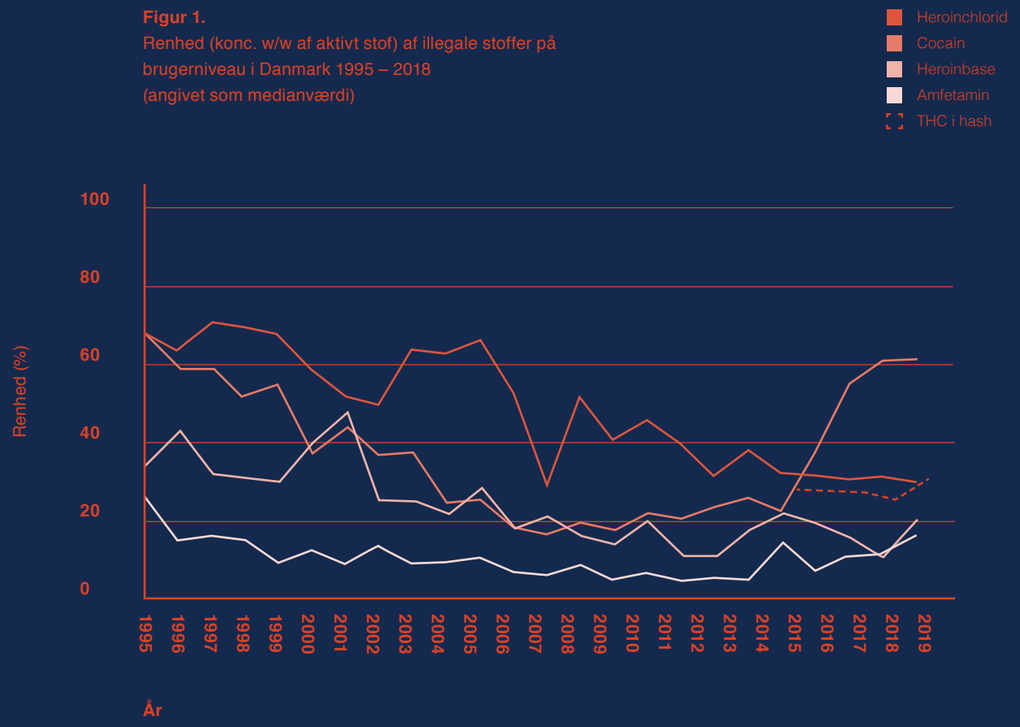
Tabellen er et uddrag fra rapporten "Illegale stoffer i Danmark 2018"

Tabel 3.
Renhed af illegale stoffer på landsplan i 2018
(Renheden er angivet som procent aktivt stof)

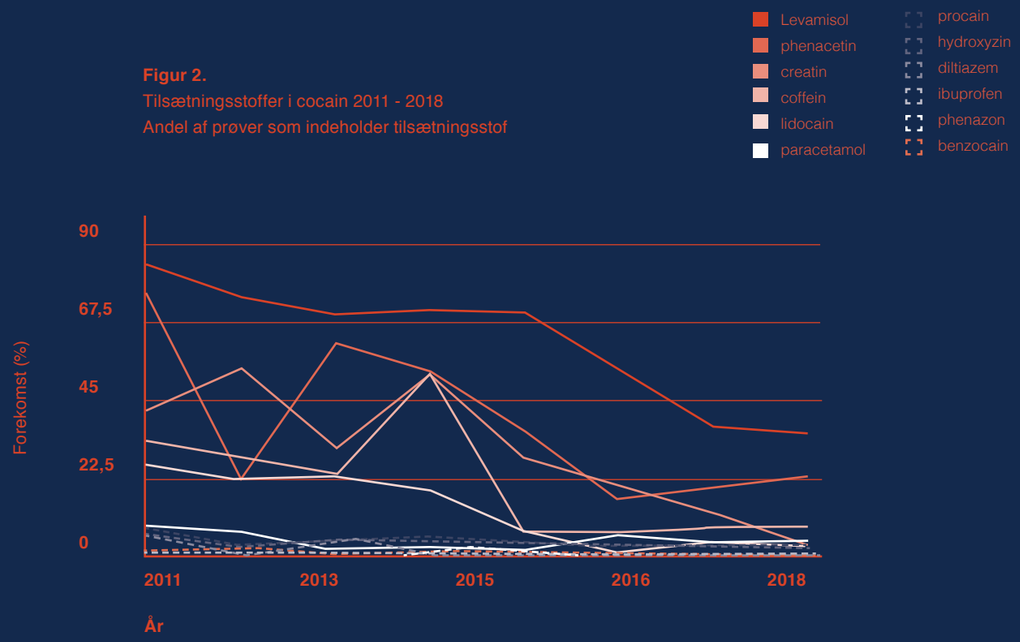
Stof	Antal	Median	95% konfidensinterval	Variationsbredde
Heroinbase	8	20%	16 – 24%	10-56%
Heroinchlorid	4	30%	-	13-47%
Cocain	150	61%	58-66%	3-88%
Amfetamin	33	16%	11-22%	3-78%
MDMA	3	77%	-	74-78%
THC i hash	36	31%	29-34%	11-54%

Tabellen er et uddrag fra rapporten "Narkotika på gadeplan 2018"

Figur 1.
Renhed (konc. w/w af aktivt stof) af illegale stoffer på brugerniveau i Danmark 1995 – 2018
(angivet som medianværdi)



Figur 2.
Tilsætningsstoffer i cocain 2011 - 2018
Andel af prøver som indeholder tilsætningsstof



Figuren er et uddrag fra rapporten "Narkotika på gadeplan 2018"

Høj koncentration af THC i hash

Det hash, som politiet konfiskerer i dag, er på få år blevet tre gange stærkere. Det 'stærke' består i indholdet af THC, det primære euforiserende stof i cannabis. Indholdet af THC i hash har siden 2014 været på et konstant højt niveau med 25-30 procent i gennemsnit. En del prøver beslaglagt på Fyn i 2018 ligger endog over 40 procent. Før 2012 var det gennemsnitlige THC-indhold i hash 8-10 procent. Selv om THC-indholdet i hash i Danmark er steget kraftigt, er indholdet af et andet cannabinoid, CBD, ikke fulgt med, men ligger på samme niveau som tidligere (6). **Dette betyder, at THC/CBD-forholdet i den hash, som indtages i dag, er signifikant højere end før 2012. Et forhold, som kan forstærke de skadelige effekter af hashrygning.** Blandt danske unge er hash det mest udbredte illegale stof, idet 41 procent af de 16-24-årige unge iflg. Sundhedsstyrelsen har prøvet at ryge hash (7), mens omkring to procent, svarende til ca. 16-17.000 unge, i 2014 angav at ryge hash næsten dagligt iflg. rapport fra Center for Rusmiddelforskning (8).

Selvom der kan være store forskelle mellem de illegale stofmarkeder fra land til land, er der dog en del tendenser fra det danske stofmarked, som kan genkendes i resten af Europa. Således er tendenserne i introduktionen af NPS samt fluktuationerne af indholdsstofferne i ecstasytabletter genkendelige på europæisk plan. Den stigende renhed af kokain og hash har desuden været rapporteret fra andre europæiske lande og er derfor ikke kun et dansk fænomen. Der eksisterer imidlertid lokale tendenser i Danmark, som ikke genkendes i en generel europæisk udvikling, ligesom stofmarkedet varierer mellem landsdelene. Derfor er en overvågning af det danske stofmarked fortsat relevant og nødvendig.

Rapporterne 'Narkotika på Gadeplan' og 'Illegale stoffer i Danmark' udkommer hvert år og kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Litteratur

(1) Narkotika på Gadeplan 2018. Sundhedsstyrelsen 2019. https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/narkotika-paa-gadeplan-2018

(2) Illegale stoffer i Danmark 2018. Sundhedsstyrelsen 2019. https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/illegale-stoffer-i-danmark-aarsrapport-2018

(3) European Drug Report 2019. EMCDDA 2019. http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2019

(4) United Nations single convention on narcotic drugs (1961). https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

(5) United Nations convention on psychotropic substances (1971). https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

(6) Thomsen, R.K. et al. (2019). Changes in the Composition of Cannabis From 2000–2017 in Denmark: Analysis of Confiscated Samples of Cannabis Resin. Experimental and Clinical Psychopharmacology.

(7) Narkotikasituationen i Danmark 2018. Sundhedsstyrelsen 2019

(8) Pedersen, M.U., Frederiksen, K.S., og Pedersen, M.M. (2015). UngMap - En metode til identificering af særlige indsatser, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15 - 25-årige: Resultater fra den nationale stikprøveundersøgelse 2014. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus http://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/ungmap/UngMap_rapport_2015.pdf

Ny bog om udfordringer og muligheder i samarbejdet om rusmiddelbrugere

Mennesker, som har flere komplekse problemer som fx stofbrug, en psykisk lidelse og står uden for arbejdsmarkedet, kan være svære at hjælpe. Der er ikke én gylden løsning for denne gruppe borgere – og at indse netop dét kan være vejen til bedre hjælp, påpeger en række forskere i bogen 'Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder'.

AF MARIANNE PILEGAARD

Marianne Pilegaard er journalist og kommunikationskonsulent ved Center for Rusmiddelforskning

"Behandling af mennesker med dobbeltdiagnose har haft politikeres og fagfolks bevågenhed i en del år nu. Mange taler om at hjælpe denne gruppe, og der laves fx forsøg med at hjælpe den enkelte med at navigere i det offentlige system. Alligevel er det i praksis svært at hjælpe rusmiddelbrugere, som også har psykiske problemer og fx er ledige, hjemløse eller andet. En del af det skyldes, at arbejdet med dem stadig foregår i faste kasser og systemer, som ikke taler sammen og nogle gange direkte modvirker hinanden," siger antropolog og lektor Bagga Bjerge, som også er studieleder for Master i narkotika- og alkoholindsatser.

Sammen med sociolog og lektor Esben Houborg har hun derfor taget initiativ til og redigeret bogen 'Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder,' som Center for Rusmiddelforskning udgav i juni 2019.

Vi mangler viden om overlap

Et eksempel fra bogen på, at systemer modarbejder hinanden, er fx et jobcenter, som presser på for at få en borger til at tage kørekort, så han kan få job som taxachauffør, mens en medarbejder i hans lokale beskæftigelsesindsats forsøger at stoppe den plan, da hun ved, at borgeren ryger hash hver dag og vil have svært ved at gennemføre køreundervisningen, hvilket vil føre til yderligere frustration og ikke fremgang for borgeren. Eksemplet er beskrevet i kapitlet 'Om at strikke sociale tilbud sammen til borgere med komplekse problemstillinger', som Bagga Bjerge har skrevet sammen med lektor Jeppe Oute, adjunkt Louise Christensen og adjunkt Maj Nygaard-Christensen, som også er forskere ved Center for Rusmiddelforskning.

"Gennem mange års forskning i området har vi set, hvordan sagsbehandlere, sygeplejersker, misbrugskonsulenter m.fl. render panden mod en mur, når de vil hjælpe udsatte mennesker, og hvordan mennesker risikerer at blive fanget i systemet og sidder fast uden at få den hjælp, de har brug for," siger Bagga Bjerge.

"Samtidig har vi efterhånden en del viden om behandlingen i psykiatrien og på rusmiddelcentre og om indsatser i jobcentre og på væresteder, mens vi ved mindre om, hvad der sker i overlappene mellem de forskellige myndigheder, og hvordan samarbejde sker, og hvornår det fungerer eller ikke fungerer. Det vil vi gerne sætte fokus på og starte en debat om med denne bog."

Hjælpen sker på trods af rammerne

I bogens otte kapitler beskriver Bagge Bjerge og de andre forfattere således både udfordringer med og muligheder for at indgå samarbejde om mennesker, som har brug for hjælp fra flere instanser som psykiatrien, et rusmiddelcenter, kommunen, politiet og måske også en privat hjælpeorganisation.

"Vi har også set mange kreative løsninger for borgerne. Men hjælpen kommer ofte i stand ikke som et resultat af de rammer, som medarbejderne arbejder indenfor, men på trods af disse," siger Bagga Bjerge.

Kapitlerne i bogen tager alle udgangspunkt i forskningsprojekter, som er bygget på empiri – altså erfaringer og observationer fra virkeligheden på behandlingscentre, psykiatriske hospitaler, gademiljø med stofbrugere, på jobcentre og væresteder.

Bogen kommer vidt omkring med kapitler om komplekse borgersager, synkronisering af hjælp til unge, søvn, skadesreduktion, partnerskaber i nattelivet, brugen af begrebet 'dobbeltdiagnoser', unge med psykiske problemer i rusmiddelbehandling og sammenhængen mellem rusmiddelproblemer og psykiske problemer.

Samme udfordringer som for 25 år siden

Psykolog og ph.d.-studerende Jonathan Led Larsen har sammen med leder af Kompetencecenter for Dobbeltdiagnose Katrine Schepelern Johansen været med til at skrive kapitlet 'Dobbeltdiagnose – en ubekvem betegnelse i det tværsektorielle arbejde?', som er delvist baseret på hans ph.d.-projekt om cannabisbrug hos mennesker med en psykoselidelse. Han mener, at der især er to grunde til, at det er vigtigt at blive ved med at sætte fokus på mennesker, som både har et misbrug af alkohol og stoffer og en psykisk sygdom:

"Mennesker med dobbeltdiagnose er ikke særligt godt hjulpet i dag, og vi har de samme udfordringer med at hjælpe dem, som vi havde for 25 år siden. Det er svært at skabe sammenhængende tilbud, fordi den psykiske lidelse og rusmiddelproblemet skal behandles i to meget forskellige systemer: sundhedssystemet og socialvæsnet, som har henholdsvis en biologisk/medicinsk og en psykologisk/social tilgang til problemerne. Derudover er mennesker med dobbeltdiagnoser meget forskellige og kan være i mange forskellige livssituationer. Fx kan en være vokset op i et hjem uden omsorg og have et stort forbrug af cannabis og en psykoselidelse, mens en anden måske kommer fra et trygt hjem, men er endt i kokainmisbrug og lider af angst. Det er altså ikke en ensartet gruppe, som har brug for ensartede indsatser."

Dobbeltdiagnose er ikke bare to problemer

Jonathan Led Larsen og Katrine Schepelern Johansens bidrag til bogen handler netop om, at betegnelsen 'dobbeltdiagnose' kan forhindre, at det enkelte menneske får den individuelle og meget brede hjælp, som ofte er nødvendig for mennesker, som har mange forskellige problemer.

"Betegnelsen dobbeltdiagnose lyder, som om personerne har to enkeltstående og lige store problemer. Men det dækker slet ikke det virvar af problemer, som nogle af disse mennesker har. Dobbeltdiagnose bliver brugt som en konklusion, men faktisk burde betegnelsen blive brugt som startskud til, at psykiatere, sygeplejersker, socialrådgivere, socialpædagoger osv. begynder at udrede og beskrive de mange udfordringer, som borgeren har, og de mange forhold, som påvirker vedkommendes situation – som venner

STOF NR. 34 / EFTERÅR 2019

Foto: Unsplash.com

og familie, opvækst, boligsituation, økonomi, tilknytning til arbejdsmarked osv.," siger Jonathan Led Larsen.

Kompleksiteten i menneskers problemer er ifølge Bagga Bjerge et af nøglepunkterne i forhold til, hvorfor vi skal blive ved med at tale om, hvordan vi kan hjælpe udsatte borgere.

"I Danmark har vi ofte meget standardiserede modeller for behandling af mennesker med rusmiddelproblemer, behandling af forskellige psykiske lidelser og for at få folk ud på arbejdsmarkedet. Og standarder er gode at have og følge, men de betyder også, at vi kan glemme, at mennesker, problemer og hverdagsliv er mangfoldige. Når fx nye indsatser for at få udsatte borgere i beskæftigelse skal implementeres i hverdagen, skal alle mulige forhold tages med – som borgerens egne ønsker, hjemløshed, manglende opholdstilladelse, stofmisbrug eller andet. Når man laver politik og lovgivning på området for socialt udsatte mennesker, kan man ikke ignorere kompleksiteten og regne med, at nye løsningsmodeller bare bliver rullet ud og virker. Al forskning viser, at sådan foregår det ikke. Der findes ikke én superløsning, som bare virker for alle," siger Bagga Bjerge.

Vi skal blive ved med at udfordre rammerne

Alle tekster i bogen beskriver udfordringer og muligheder, som finder sted i kommuner, på behandlingscentre, psykiatriske afdelinger m.fl. Det er altså oplevelser, som praktikere har i deres arbejde, og borgere har i deres liv.

"For praktikere kan det være fedt at læse bogen og tænke: "Pyha, det er ikke bare mig, sådan er forholdene faktisk." Og vi vil gerne, at det fører til fortsat debat om løsninger for en gruppe af borgere, som dels har det meget svært og dels er svære at hjælpe. Vi skal blive ved med at have blik for kompleksiteten i en del rusmiddelbrugeres problemer og blive ved med at sætte spørgsmålstegn ved rammer, som spænder ben for godt socialt arbejde," siger Bagga Bjerge og uddyber:
"Vi har set tilfælde, hvor mennesker får hjælp, fordi socialarbejdere, sygeplejersker eller andre lige går den der ekstra mil for at løse et problem. Medarbejderne kompenserer simpelthen for uhensigtsmæssige rammer."

Hun nævner et eksempel om samarbejde mellem mange aktører om borgeren 'Pedro' fra første kapitel i bogen, som viser, at medarbejdere med forskellige fagligheder og perspektiver på en borgers problemer godt kan gå sammen og finde en løsning, som virker. I eksemplet med Pedro, som er mangeårig stofbruger og har en del sociale problemer, handler det om, at han gerne vil i praktik på et musiksted, som han selv har nævnt flere gange. Man kan læse meget mere om, hvordan medarbejdere fra jobcenter, kommune, psykiatri m.m. samarbejder om at hjælpe Pedro på side 33-38 i bogen.

"Pedros sag viser også, at nogle gange skal man forsøge at hjælpe et menneske mange gange, før det lykkes at finde den rigtige løsning," tilføjer Bagga Bjerge.

"Men med hårdt arbejde, pragmatisme og fleksibilitet kan det lade sig gøre at hjælpe selv mennesker med virkelig komplekse problemstillinger."

Hver medarbejder bidrager til et udsnit af borgerens liv Jonathan Led Larsen tilføjer et andet perspektiv til praktikeres oplevelse af arbejdet med mennesker med dobbeltdiagnoser.

"Psykiateren og socialrådgiveren ser kun et lille udsnit af borgerens liv og deres problemer og møder dem ofte kun i en kort periode, ligesom det ofte er i kulminationen af en persons deroute, at medarbejdere på rusmiddelcentret eller den psykiatriske afdeling møder personen. Men hvis de fulgte personen i seks-syv år, ville de sandsynligvis se en forbedring i vedkommendes liv. Forskning, der følger de her mennesker over tid, viser, at på lang sigt får mange det bedre. En behandler kan udmærket være med til at skubbe til den forandring, selvom vedkommende måske ikke når at se frugten af sin indsats."

Jonathan Led Larsen kommer med et eksempel fra sit ph.d.-projekt med cannabisbrugere:
"En ung kvinde med en psykoselidelse stoppede med at ryge hash efter at have røget tæt i mange år. Men det var ikke til at finde én ting, der fik bøtten til at vende for hende. Det var nærmere en række positive forandringer inden for forskellige områder: Hun fik en socialrådgiver, som hun havde tillid til, som hjalp hende med at få styr på økonomi og bolig. Hun fik kontakt til en gammel ven, der også havde en psykisk lidelse og

Antallet af personer med forskellige problemer:

Det er meget svært at vurdere, hvor mange personer med komplekse problemer, der findes i Danmark. Disse mennesker er ikke en ensartet gruppe, og derudover er mange ikke i psykiatrisk behandling, rusmiddelbehandling, kontanthjælpssystemet eller på lignende måde registreret. Her er dog en række vurderinger af antallet af personer med forskellige problemer:

140.00
personer i Danmark har alkoholafhængighed Alkoholforbrug i Danmark. Sundhedsstyrelsen 2008.

6635
danskere er hjemløse
Hjemløshed i Danmark 2017.
National kortlægning. VIVE 2017

104.300
danskere var ledige i juni 2019.
Det svarer til 3,8 procent af arbejdsstyrken.

70-90.000
overvejende yngre danskere har et storforbrug/er afhængige af illegale stoffer. 'Brug og misbrug af rusmidler i Danmark.' Tandlægebladet. Pedersen, Mads Uffe. 2017

Ca. 26.500
borgere i Danmark lider af både psykisk sygdom og misbrug (dobbeltdiagnose) På grund af underregistrering vurderes det reelle tal at være betydeligt højere.Samlet behandlingstilbud til psykisk syge med misbrug. Bedre Psykiatri 2018

453.000
personer over 16 år har haft en psykisk sygdom i mere end 6 mdr. Danskernes sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2017. Sundhedsstyrelsen 2017

Danmarks Statistik. Juni 2019.

Foto: Helene Bagger

”Vi håber, at vi kan være med til at stimulere debatten om, hvad det vil sige at lave godt socialt arbejde. Og der hvor rammerne spænder ben for at hjælpe nogle borgere, kan vi så invitere praktikere og borgere ind i skabelsen af nye politikker, retningslinjer og måder at gøre tingene på.”

havde haft et misbrug, men som nu havde taget en uddannelse. Det hjalp hende til selv at komme i gang med en uddannelse. Hun kom med i et projekt i psykiatrien, som trappede hende ned i medicin. Og endnu en ting, som motiverede hende, var erindringen om en afrusning, hun havde været igennem tre år tidligere. Hun ville gerne føle sig klar i hovedet igen. Selvom hun dengang gik direkte ud og røg hash igen, så blev der sået et frø, som nu fik mulighed for at spire. Hendes historie viser, at psykiske problemer og misbrug ikke er isolerede problemer, som kan løses hver for sig eller på kort tid. At komme sig kan i nogle tilfælde være en proces med mange ingredienser, som ikke går i en lige linje.”

Muligheder og løsninger

Med bogen 'Rusmiddelbrugere i krydsfeltet …' sætter forfatterne også fokus på muligheder og de mange løsninger, som finder sted i praksis.

”Vi håber, at vi kan være med til at stimulere debatten om, hvad det vil sige at lave godt socialt arbejde. Og der hvor rammerne spænder ben for at hjælpe nogle borgere, kan vi så invitere praktikere og borgere ind i skabelsen af nye politikker, retningslinjer og måder at gøre tingene på. Det vil også give os mulighed for at se menneskers problemer fra flere vinkler. Politikeren, medarbejderen og borgeren selv ser nemlig heller ikke ens på borgerens problemer. Så det handler også om, at vi finder et fællessprog til at beskrive problemer og mulige indsatser,” siger Bagga Bjerge.

Jonathan Led Larsen arbejder netop med et udredningsredskab, 'Netværksmodellen', til mennesker med dobbeltdiagnose, som kan give fx psykiatere, socialrådgivere, rusmiddelbehandlere og borgerne et fællessprog til at beskrive, hvordan aspekter som terapi, møder på jobcenter, dagligdag, netværk osv. griber ind i hinanden og påvirker den psykiske lidelse og forbruget af rusmidler. Fx sker det, at en person ryger mere hash, fordi han eller hun bliver stresset af kontrolmøder på jobcentret eller er sammen med stofbrugende venner. Man kan læse om netværksmodellen i kapitlet 'Dobbeltdiagnose – en ubekvem betegnelse …' i bogen.

Bagga Bjerge bemærker en anden vigtig opdagelse, som forskning i borgere med komplekse problemer har været med til at afdække:
"Nogle gange lykkes en indsats for en borger ikke første gang. Men hvis man prøver igen, og forskellige sektorer samarbejder i længere tid om at hjælpe borgeren, så kan det føre til, at vedkommende faktisk får hjælp, og at hans eller hendes liv ændrer sig.”

Bogens forfattere påpeger desuden, at det i sidste ende også handler om økonomi: Er vi som samfund villig til at bruge de nødvendige penge på at hjælpe særligt udsatte mennesker?

Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellem sektorer og fagligheder
208 sider paperback.
Udgivet 24. juni 2019

Redigeret af
Bagga Bjerge og Esben Houborg

Med bidrag af
Bagga Bjerge Esben Houborg, Jeppe Oute, Louise Christensen, Maj Nygaard-Christensen, Ditte Andersen, Tea Torbenfeldt Bengtsson, Thomas Friis Søgaard, Tobias Kammersgaard, Jonathan Led Larsen, Katrine Schepelern Johansen, Kirsten Søndergaard Frederiksen, Mads Uffe Pedersen, Sheila Jones, Birgitte Thylstrup og Morten Hesse

Forfatterne har baggrund i samfundsvidenskabelig forskning som antropologi, psykologi, sociologi og kriminologi.

Pris trykt bog inkl.
E-bog: 249,95 kr.
E-bog: 159,95 kr.

Rusmiddelbrugere i krydsfeltet mellemsektorer og fagligheder. Udgivet 24. juni 2019

Foto: Rådet for Socialt Udsatte

STOF NR. 34 / EFTERÅR 2019

5 hurtige til … Jann Sjursen, formand for Rådet for Socialt Udsatte

Om socialt udsatte, magt og afmagt

I hvert nummer af STOF stiller vi fem aktuelle spørgsmål til personer, som varetager arbejde, der er relevant for indsatser og politik på rusmiddelområdet. I dette nummer handler spørgsmålene om socialt udsatte og magt og afmagt, og de er rettet til Jann Sjursen, som er formand for Rådet for Socialt Udsatte.

01. Hvad er de vigtigste fokusområder for Rådet for Socialt Udsatte i år 2020 for socialt udsatte borgere med problematisk stof- og/eller alkoholbrug?

På den helt store klinge så er Rådets største fokusområde den store underbehandling på misbrugsområdet. Den offentlige indsats på misbrugsområdet er, overordnet set, helt utilstrækkelig og i øvrigt alt for overset i både den politiske og den faglige debat. I april 2019 dokumenterede Rådet, på baggrund af en rapport fra Ankestyrelsen og med tal fra Danmarks Statistik, at døgnbehandling desværre er under afvikling ude i kommunerne. Dette til trods for at mennesker med komplekse problemstillinger, ud over stof- eller alkoholmisbrug, faktisk har krav på den rette behandlingsform, som meget vel kan være døgnbehandling. Dagbehandling er også for nedadgående, mens ambulant behandling er for opadgående. Denne udvikling skal vendes, og det vil Rådet arbejde målrettet for.

Når talen er på underbehandling, så er Rådet også opmærksom på det mangelfulde datagrundlag på misbrugsområdet. Det seneste estimat fra Sundhedsstyrelsen for antallet af personer med behandlingskrævende stofmisbrug er fra 2009! Data for personer i offentligt finansieret misbrugsbehandling halter også stadig. Det elendige datagrundlag hæmmer en velinformeret og konstruktiv offentlig debat og er ikke et velfærdssamfund, med fokus på evidens, værdigt. Det må kunne gøres bedre.

Den politiske aftale fra december 2018 om en helhedsorienteret indsats til borgere med indsatser efter beskæftigelses-, social- og sundhedslovgivningen har Rådet desuden meget fokus på. En helhedsorienteret tilgang til behandling er fuldkommen essentiel, og loven skal sikre, at lovgivningerne om behandling samt beskæftigelsesmæssige tilbud samles for den del af målgruppen, der modtager hjælp efter flere lovgivninger.

Andre store temaer på Rådets dagsorden er afløseren for satspuljen, fattigdomsydelserne, tilbud til hjemløse og retssikkerhed for socialt udsatte.

02. Hvad er de vigtigste henholdsvis positive og negative politiske og lovgivningsmæssige forandringer for socialt udsatte borgere med problematisk stof- og/eller alkoholbrug de seneste fem år?

Over en bred klinge har borgere med misbrugsproblematikker fået mindre magt i eget liv. Dette skyldes omfattende forringelser af kontanthjælpsydelserne samt den begrænsede adgang til fleksjob og førtidspension. Desuden er mange udsatte langt fra arbejdsmarkedet og er derfor nødsaget til at leve af offentlig forsørgelse, og når ydelserne beskæres, så bliver flere fattige.

Både zoneforbuddet og tiggerloven har desuden ramt socialt udsatte med misbrugsproblemer særdeles hårdt. Pludselig risikerer udsatte straf for at finde et nogenlunde trygt sted at sove og for at prøve at skaffe lidt ekstra til dagen og vejen. Straf er ikke den rigtige medicin for at komme problemerne til livs.

Kommunalreformen fra 2007 har derudover skabt en udfordring med afspecialisering på misbrugsområdet, og udfordringerne vedrørende manglende koordinering mellem regionspsykiatrien og misbrugsbehandlingen i kommunerne er ikke løst. Budgetloven fra 2012 har betydet en forringelse af kommunernes serviceniveau, der er ikke tilført nye midler de seneste fem år, hvilket må siges at være temmelig problematisk.

Den lov, der hedder L 207 fra 2017, som omhandler 150 særlige pladser på psykiatriske afdelinger – hvor formålet er at tilbyde en intensiv og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats – tog udgangspunkt i et stort problem, nemlig manglen på samtidig og integreret behandling af misbrug og psykisk sygdom. Problemet er nu – ud over at pladserne står halvtomme – at der skal langt mere til for at løse problemet. Der er brug for en generel opprioritering af indsatserne i botilbuddene og i psykiatrien, og det er der ikke ressourcer til. Samarbejdet mellem den behandlende regionspsykiatri, kommunernes psykosociale indsats og misbrugsbehandlingen skal også forbedres mange steder.

Den seneste lovændring – L 164C om straksbehandling af akutte abstinenser hos mennesker med stofmisbrug – og det parallelle lovforslag – L 187 om styrket social stofmisbrugsbehandling, som afventer lovbehandling i det nye Folketing – er en lille forbedring på misbrugsområdet. Men spørgsmålet er, om det, set fra et brugerperspektiv, er en fejl, at behandlingsgarantien på 14 dage ikke er blevet yderligere afkortet. Når et socialt udsat menneske er motiveret for at komme i behandling for stof- eller alkoholmisbrug, dur det ikke, hvis kommunen nøler med at få behandlingen sat i gang, fordi de har 14 dage at løbe på.

Derudover er lovliggørelsen af stofindtagelsesrum fra 2012 vigtig og har været et fremskridt for socialt udsatte med et stofmisbrug, der bor steder, hvor de kan bruge rummene. Der er fem rum i alt fordelt på de store byer.

03. På hvilke områder har Rådet for Socialt Udsatte gennem årene gjort den største forskel for socialt udsatte borgere med problematisk stof- og/eller alkoholbrug?

Den gamle sandhed om, at sejre har mange fædre, mens nederlaget er faderløst, gælder fortsat. Dermed sagt at alle fremskridt har mange både fædre og mødre. I den sammenhæng udfylder Rådet en rolle i forhold til den overordnede politiske debat. Her er et stort fremskridt vel opprioriteringen af misbrugsområdet i begyndelsen af 00'erne, dels med væsentligt flere ressourcer og dels med behandlingsgarantierne for først stofmisbrug og senere alkoholmisbrug. Også behandling med heroin var Rådet fortaler for, ligesom Rådet har advokeret for stofindtagelsesrum siden midt i 00'erne og en del andre skadereducerende indsatser.

Om Rådet har gjort en stor forskel, må andre vurdere.

04. Hvilke håb og ønsker har Rådet for Socialt Udsatte for det nye Folketings og den nye regerings politiske dagsorden ift. borgere med problematisk stof- og/eller alkoholbrug?

En drøm kunne være, at det nye Folketing og den nye regering opprioriterede indsatsen på misbrugsområdet, så behandlingen kunne nå flere af de mange tusinde, som har behandlingskrævende misbrug, men – midlerne skal følge med. Her står aftalen om en helhedsorienteret indsats, til borgere med komplekse problemer, også helt centralt. Derudover har Rådet, som nævnt under spørgsmål 1, også fokus på et bedre datagrundlag på misbrugsområdet, flere midler til psykiatrien, en konstruktiv afløser for satspuljen, afskaffelse af fattigdomsydelserne, bedre tilbud til hjemløse og retssikkerhed for socialt udsatte.

05. Hvad vil Rådet for Socialt Udsatte have fokus på fremover i samarbejdet med praksis – herunder kommuner og regioner – omkring socialt udsatte borgere med problematisk stof- og/eller alkoholbrug?

Rådets primære rolle er at deltage i den politiske debat om de overordnede rammer for indsatsen, men Rådet indgår naturligvis også meget gerne i en dialog med praksis om gode indsatser og udviklingspotentialer. Brugerne skal have adgang til effektiv og relevant behandling og inddrages i tilrettelæggelsen af egen behandling.

”Jeg har mødt mange dejlige mennesker på min vej”

Om Sofie Weinreich Engell - leder af herberget Grace i København

FOTO: DANIEL HJORTH

ILDSJÆLENE

'Ildsjælene' er en artikelserie, hvor der i hvert nummer af STOF vil være et portræt af en medarbejder, der brænder helt særligt igennem i sit arbejde på rusmiddelfeltet. Hvis du kunne tænke dig at nominere en kollega til at blive portrætteret i serien, er du velkommen til at skrive en mail til stof@crf.au.dk, hvor du beskriver din kollegas navn, job og kontaktinformation samt et par linjers motivation om, hvorfor netop denne kollega bør portrætteres som en ildsjæl i STOF.

“Udenlandske hjemløse er ikke et attraktivt område, og selv om mange siger, de er vilde med vores arbejde, er der ikke mange, som tør røre ved det.”

Sofie Weinreich Engell er 29 år og er leder af herberget Grace, som hun åbnede som kun 22-årig. Hun havde inden da rejst nogle år i Asien, og da hun vendte hjem til Danmark igen, havde hun et stort ønske om at gøre noget for at hjælpe udenlandske hjemløse i Danmark. Det skyldtes blandt andet en særlig oplevelse, hun havde haft under sine rejser i Asien.

”Jeg var udsat for et overfald i Cambodia, hvor jeg blev slået ned og fik frarøvet mine ejendele. Efter et forløb på det lokale hospital blev jeg udskrevet ”til gaden” uden en krone på lommen og uden nogen at spørge om hjælp. Jeg sad i vejkanten med mit iturevne tøj på og græd. De lokale omfavnede mig og tog sig af mig, tuk tuk-chaufførerne samlede sig om mig for at hjælpe, de unge drenge delte deres fisk med mig, og en venlig familie tog mig ind, som var jeg én af deres egne. De delte, hvad de havde, med mig. Jeg boede hos familien i 14 dage, før jeg igen var klar til at rejse videre. Den oplevelse sidder dybt i mig,” fortæller Sofie og fortsætter:
”Da jeg kom tilbage til Danmark, så jeg et kæmpe behov for et tilbud, hvor udenlandske hjemløse var velkomne. De var udstødt af samfundet og kunne ikke få hjælp nogen steder. Vores venner fra gaden er de mest gavmilde, taknemmelige og søde mennesker, jeg har mødt. Selv efter en hård og kold nat på gaden kommer de med et stort smil og spørger, hvordan jeg har sovet. Jeg har mødt mange dejlige mennesker på min vej, men de gutter her er virkelig nogle helt igennem gode mennesker.”

Efter sin hjemkomst til Danmark startede Sofie med at være frivillig på et nødherberg under Blå Kors Danmark fire dage om ugen. Efter fire måneder lukkede herberget, da det blev støttet af satspuljemidler og kun holdt åbent i de kolde måneder.

”Der var mange tilbud i København til hjemløse, men alle steder skulle man fremvise sygesikringskort for at få hjælp. Og det havde de udenlandske hjemløse ikke. De havde i den grad brug for hjælp, rådgivning og ikke mindst en håndsrækning. De fleste oplevede at blive råbt efter, når de gik på gaden, måske endda spyttet på. Dem åbnede vi dørene for,” fortæller Sofie.

Sammen med præsten Thomas Willer tog hun fat i Blå Kors Danmark og fremlagde idéen for dem om at skabe et tilbud, som gjaldt alle hjemløse, også de udenlandske. Generalsekretæren i Blå Kors var straks med på ideen, og Grace blev åbnet.

”Den første dag havde vi én gæst, men efter få dage var vi oppe på 60 gæster. Så vi gik hurtigt fra at have åbent tre dage om ugen til fem dage. Behovet var der i den grad. Det er det desværre stadig,” siger Sofie.

Grace har morgencafé i sommerhalvåret, hvor alle byens hjemløse, både danske og udenlandske, kan komme ind og få et måltid mad, rådgivning eller bare et kram, hvis de har brug for det. I vinterhalvåret fungerer Grace også som et nødherberg, hvor både danske og udenlandske hjemløse kan komme ind og få varm aftensmad og en seng at overnatte i.

”Vi møder alle typer: psykisk syge, unge stærke arbejdsmigranter, misbrugere m.m. Vi åbner dørene for enhver, der banker på. Alle, der kommer i Grace, har det tilfælles, at de har brug for nærvær og en hjælpende hånd i en svær tid,” siger Sofie og uddyber:
”Det er bestemt ikke nemt at være hverken dansk eller udenlandsk hjemløs i Danmark. EU-borgere, som kommer til landet uden mange penge, oplever en kæmpe udfordring ved at komme ind på arbejdsmarkedet. De skal have CPR-nummer for at få en bankkonto, men de skal have adresse og job for at få et CPR-nummer, og det er svært uden penge på lommen. Så de har brug for hjælp til at forstå systemet og ikke mindst motivation til at holde modet oppe, når tingene bliver komplicerede, og de måske har arbejdet to måneder fuldtid, mens de har boet på gaden.”

Sofie og hendes medarbejdere har i flere år forsøgt at finde nye og større lokaler til Grace, men det er svært:
”Vores store udfordring er, at når folk hører om vores arbejde i Grace, er holdningen, at vi gør et fantastisk stykke arbejde, men de vil bare ikke have det i deres baggård. Samme holdning gælder, når det drejer sig om fonde og finansiering. Udenlandske hjemløse er ikke et attraktivt område, og selv om mange siger, de er vilde med vores arbejde, er der ikke mange, som tør røre ved det.”

Sofies mål er at hjælpe de hjemløse ”hele vejen i mål”, som hun kalder det. Hun vil give gæsterne på herberget mere end bare muligheden for kost og logi:
”Vi arbejder på at åbne et transithus, som kan rumme alt det, vores venner fra gaden har brug for. Bad, vaskefaciliteter, rådgivning, sundhedstjek, morgencafé, hvilerum, nødovernatning osv. Ud over denne nødhjælp arbejder vi på at åbne et folkekøkken i samarbejde med Restaurant Amass på Refshaleøen. Her vil vi have et par af vores gutter i jobtræning to måneder ad gangen. De vil få en bolig, og hvis samarbejdet går godt, så får de også en kontrakt hos én af de restauranter, vi samarbejder med. Med dette hus forventer vi med tiden at kunne hjælpe 30 procent af de udenlandske hjemløse væk fra gaden over de næste fem til ti år.”

Nyt fra Center for Rusmiddel-forskning

STOF

STOF NR. 34 / EFTERÅR 2019

Ny undersøgelse af deling og salg af cannabis blandt unge

Center for Rusmiddelforskning ønsker at opnå viden om de sociologiske og kulturelle sammenhænge i den mindre organiserede del af cannabismarkedet, hvor unge deler og i det små handler med stoffer. Viden fra projektet kan understøtte udvikling af forebyggelsesarbejde samt af politikker og lovgivning på rusmiddelområdet. Undersøgelsen vil bl.a. bidrage med vigtig viden om, hvad der gør, at nogle unge udvikler sig fra "bare" at forsyne sig selv og omgangskredsen med cannabis til at engagere sig i mere kommercielt stofsalg. Denne viden kan hjælpe med at skabe en bedre forståelse af unges stofbrugs- og salgs-"karrierer". Endelig kan undersøgelsen også bidrage med information til at kvalificere debatten om narkotikapolitik og love om euforisende stoffer i Skandinavien.

Projektet er finansieret af Nordisk Samarbejdsråd for Kriminologi og vil løbe fra august 2019 til september 2021.

Antropolog og lektor Thomas Friis Søgaard fra Center fra Rusmiddelforskning vil være projektleder på undersøgelsen, som bl.a. vil bestå af interviews med 40 unge cannabisbrugere i Danmark.

Sundheds-fremme blandt gymnasieelever

Center for Rusmiddelforskning har modtaget midler fra TrygFonden til et forskningsprojekt, der skal afprøve en evidensbaseret sundhedsfremmende intervention, der skal tilpasses danske gymnasielever.

I USA og andre lande har man opnået gode effekter ved at lave korte sundhedsfremmende interventioner på skoler og gymnasier, som støtter børn og unge i at træffe sundere valg i deres hverdag. Særligt den motiverende samtale har vist gode effekter i forhold til at støtte unge i at træffe sunde valg for dem selv og deres omgivelser, fx ift. rusmidler. Interventionen har en åben, ikke-dømmende tilgang og tager højde for den rolle, venner og jævnaldrende spiller. Projektet består af:

1. Et kvalitativt studie, hvor gymnasieelever skal være med til at tilpasse en velafprøvet og effektiv amerikansk sundhedsfremmende intervention (den motiverende samtale) til danske forhold.

2. Et kvantitativt studie, hvor vi undersøger, om den tilpassede intervention fremmer sunde valg, samt hvad der skal til for at integrere den på danske gymnasier.

Deltagere fra Center for Rusmiddelforskning

Kristine Rømer Thomsen, lektor

Lotte Vallentin-Holbech, postdoc

Derudover deltager lektor Morten Hesse, lektor Birgitte Thylstrup og professor Mads Uffe Pedersen fra Center for Rusmiddelforskning i projektet.

Samarbejdspartnere

Professor Sarah Feldstein Ewing, Oregon Health & Science University

Anette Søgaard Nielsen, Lektor, Syddansk Universitet

Unge, trafik og risikoadfærd

Undersøgelse af 17- til 24-årige unges risikoadfærd, oplevelser og holdninger i forbindelse med bilkørsel

Unge mellem 17 og 24 år (særligt mænd og særligt unge, som er bosat uden for større danske byer) er overrepræsenterede i alvorlige bilulykker. Eksisterende undersøgelser viser, at disse ulykker skal ses i sammenhæng med risikofaktorer som rusmiddelbrug, fart, uopmærksomhed og manglende brug af sele. I et nyt forskningsprojekt sigter Center for Rusmiddelforskning i samarbejde med Rådet for Sikker Trafik efter at generere hverdagssitueret viden, som kan informere os om, hvorfor og i hvilke situationer de unge kører risikobetonet, samt hvorledes deres kammerater forholder sig til risikoadfærden. Disse ting belyses med et særligt fokus på, hvilken rolle køn og geografiske forhold spiller i disse processer.

Undersøgelsen baserer sig på 30 kvalitative interviews med 17- til 24-årige bilister, og formålet med undersøgelsen er at skabe viden om, hvad der motiverer risikabel kørsel blandt denne aldersgruppe i forskellige dele af Danmark, og hvad der ville kunne forhindre risikabel kørsel, herunder kammeraters mulige indgriben.

Projektet løber fra februar 2019 og forventes afsluttet i december 2019 og er finansieret i samarbejde med Rådet for Sikker Trafik.

Undersøgelsen udføres i samarbejde med Rådet for Sikker Trafik (Lise Heiner Schmidt og Bjørn Olsson) og Sociologisk Institut på Københavns Universitet (Jakob Demant).

Fra Center for Rusmiddelforskning deltager Lektor Maria Dich Herold (projektleder) samt videnskabelige assistenter Else-Marie Elmholdt og Cecilia Rand.

Maria Dich Herold

Else-Marie Elmholdt

Cecilia Rand

Terapi til unge, som er vokset op i hjem med misbrug

Center for Rusmiddelforskning deltager i et stort forskningsprojekt, som undersøger effekterne af et behandlingsprogram til unge, som er vokset op i hjem med misbrug. Behandlingen tilbydes af nonprofitorganisationen TUBA (Terapi og rådgivning for Unge, som er Børn af Alkohol- og stofmisbrugere).

Projektgruppen ledes af prof. Marianne Simonsen fra TrygFondens Børneforskningscenter og består af Bastien Michel og Sanne Dalgård (TrygFondens Børneforskningscenter), Alex Kastrup Nielsen (TUBA) samt Morten Hesse og Kristine Rømer Thomsen (Center for Rusmiddelforskning).

Projektet er fireårigt og er finansieret af TrygFonden, Det Obelske Familiefond, Novo Nordisk Fonden og Lundbeckfonden.

På trods af at mange danske børn vokser op i hjem med alkoholmisbrug - med alvorlige og vidtrækkende konsekvenser som fx øget risiko for psykiske lidelser – har vi meget begrænset viden om:

- Effekten af behandling udviklet til at hjælpe denne gruppe
- Hvem der har bedst gavn af behandlingen
- Evt. skadelige effekter af at vente længe på behandling
- Evt. indirekte effekter af behandlingen på familiemedlemmer

Projektet undersøger disse spørgsmål i et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor 360 af de 25- til 35-årige, som henvender sig til TUBA, tilfældigt fordeles i en behandlingsgruppe, som modtager individuel terapi med det samme, og en kontrolgruppe, som venter et år på behandling. Ventetiden for 25- til 35-årige er p.t. mere end et år, så alle, der deltager i projektet, venter kortere tid, end hvis de vælger ikke at deltage. Effekten af behandlingen undersøges ved hjælp af spørgeskemaundersøgelser (fx mental sundhed) og ved at følge deltagerne og deres familie via registre (fx arbejdsmarkedstilknytning).

Men Ikke Endnu En Vinter
Folkeklubben

Jeg går hver dag gennem gaden, som jeg ejer og har
Jeg når tilbage og du spørger mig: hvad så, er du klar?
Giv mig blomster på altaner, giv mig dope og ketoganer, giv mig alt, der kan gøre mig glad
2025-planer, science-fiktion i romaner, giv mig 3. verdenskrig på et fad

Men ikke endnu en vinter
Men ikke endnu en vinter

Jeg slår det slag, jeg er landet og på vej væk herfra
Det går tilbage til valget, se og skaf en vikar
Giv mig støvletramp i gaderne, ild på ambassaderne og pladser, der er er fyldt med had
Giv mig tekno-, plutokrater, suveræne oligarker, dem der lyver når de kommer med fred

Men ikke endnu en vinter…

Forårsblomst på træerne, tro og hold på sagerne
Alting meget tættere
Svanetramp på søerne, beatmusik i ørene, sol i mine nætter
Det bliver sommer, og vi kommer, åh åh
Nu glemmer vi, det var vinter
Nu glemmer vi, det var vinter

Forårsblomst på træerne, tro og hold på sagerne,
Alting meget tættere
Svanetramp på søerne, beatmusik i ørene, sol i mine nætter
Det bliver sommer, og vi kommer, åh åh

Jeg går hver dag gennem gaden, det er mit menneskebad
jeg står tilbage, sig mig, efter krigstid kommer hvad?
Så kommer endnu en vinter
Så kommer endnu en vinter
Alting meget tættere, sol i mine nætter, det kommer, det bliver sommer og vinter
Alting meget tættere, sol i mine nætter, det kommer, det bliver sommer
Men ikke endnu en vinter

Fra sangen 'Men Ikke Endnu En Vinter'
Af 'Folkeklubben' fra albummet 'Sort Tulipan',
udgivet i 2018

Ønsker du at abonnere på STOF?

Så send mail til stof@crf.au.dk

Bladet udkommer tre gange om året, og abonnementet er gratis.

OBS. Hvis du som abonnent flytter til en ny adresse, så er det vigtigt, at du meddeler det til os på stof@crf.au.dk, da din adresse ikke automatisk bliver opdateret hos os. Dette gælder også, hvis du modtager STOF på din arbejdsplads og skifter job.

Idéer og forslag til nye artikler er også altid meget velkomne. Skriv til stof@crf.au.dk Hvis du ikke selv ønsker at skrive en artikel, men måske har faglige spørgsmål eller emner, du ønsker at foreslå os at skrive om i STOF, så hører vi også meget gerne fra dig.
Læs mere på www.rusmiddelforskning.dk/stof