Marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv i København

– stofmiljøer og velfærdstilbud

Esben Houborg, Mette Kronbæk, Nanna Kappel, Kristian Relsted Fahnøe,
Siri Mørch Pedersen & Katrine Schepelern Johansen

Marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv i København

Stofmiljøer og velfærdstilbud

Marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv i København – stofmiljøer og velfærdstilbud
Tryk: Fællestrykkeriet, AU Tryk
Fotografier: Tine Møller Andersen

ISBN 978-87-973976-0-2

E-ISBN 978-87-973976-1-9

Forskningsprojektet, som denne bog er baseret på, er blevet støttet af Velux Fondens HUMpraxis program.
Velux Fonden er en almennyttig fond, hvis prioriterede områder er aktive ældre, øjen- og aldringsforskning. Desuden støtter fonden humanvidenskabelige, kulturelle, sociale og miljømæssige formål for at fremme videnbaseret, oplyst, rummeligt, inkluderende og bæredygtigt samfund. Velux Fonden er stiftet Villum Kann Rasmussen – grundlægger af bl.a. Velux og andre firmaer i VKR Gruppen, der har til formål at bringe dagslys, frisk luft og bedre miljø ind i menneskers hverdag.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 Indledning. Stofmiljøer, marginalisering, risiko og mestring 5
Af Esben Houborg, Kristian Relsted Fahnøe, Katrine Schepelern Johansen, Mette Kronbæk & Nanna Kappel

Kapitel 2 Kvarterbeskrivelser 19
Af Kristian Relsted Fahnøe, Siri Mørch Pedersen & Katrine Schepelern Johansen

Kapitel 3 Kvantitativ beskrivelse af stofbrugerne i undersøgelsen 47
Af Esben Houborg

Kapitel 4 Hverdagsliv i stofmiljøer 87
Af Mette Kronbæk, Kristian Relsted Fahnøe & Esben Houborg

Kapitel 5 Stofbrugernes hverdag uden for stofmiljøerne 115
Af Mette Kronbæk, Kristian Relsted Fahnøe & Esben Houborg

Kapitel 6 De overordnede rammer for social- og sundhedsindsatserne 139
Af Katrine Schepelern Johansen & Siri Mørch Pedersen

Kapitel 7 Rusmiddelbehandling 155
Af Esben Houborg

Kapitel 8 Økonomi og bolig 179
Af Siri Mørch Pedersen

Kapitel 9 Sundhed og Sundhedsvæsenet 209
Af Nanna Kappel & Katrine Schepelern Johansen

Kapitel 10 Social inklusion, meningsfulde fællesskaber og afhjælpning af ensomhed 233
Af Siri Mørch Pedersen & Esben Houborg

Kapitel 11 Brugernes oplevelse af hverdagen med velfærdstilbud –lavtærskeltilbud og rusmiddelbehandling 249
Af Mette Kronbæk, Kristian Relsted Fahnøe & Esben Houborg

Kapitel 12 Brugernes oplevelser af velfærdstilbud – bolig, økonomi, beskæftigelse og sundhed 271
Af Mette Kronbæk, Nanna Kappel & Kristian Relsted Fahnøe

Kapitel 13 Konklusion 295
Af Katrine Schepelern Johansen, Kristian Relsted Fahnøe, Mette Kronbæk, Nanna Kappel & Esben Houborg

Referencer 304

Forord

Denne bog blev født ud af en nysgerrighed efter at finde ud af, hvordan hverdagslivet ser ud for marginaliserede stofbrugere i forskellige områder af København. Stofmiljøet på Vesterbro får af god grund stor opmærksomhed, blandt andet fordi det er den største åbne stofscene i Danmark og i Norden. Blandt andet af den grund findes der mange social- og sundhedstilbud, hvor stofbrugere på Vesterbro kan få hjælp. Men hvad med de stofbrugere, som har deres hverdag i andre dele af København? Hvordan ser stofmiljøet ud der? Hvilke former for hjælp har de adgang til i deres lokalmiljø? Hvordan adskiller det sig fra Vesterbro? Det er nogle af de spørgsmål, vi stillede os, da vi begyndte på denne bog. Vi var interesserede i lokalmiljøets betydning for hverdagslivet, for de belastninger stofbrugerne oplever, de ressourcer de har adgang til, de muligheder de har, og de begrænsninger de oplever med hensyn til at have den tilværelse, de ønsker. Bogen handler om stofbrugernes ønsker og behov og betingelserne for at få dem opfyldt, og om deres sociale rettigheder og mulighederne for at få dem respekteret: retten til et forsørgelsesgrundlag, retten til en bolig, retten til sundhedsbehandling osv. I denne bog belyser vi disse spørgsmål fra to perspektiver. For det første fra et brugerperspektiv, hvor vi tager udgangspunkt i de deltagende stofbrugeres fortællinger om deres hverdagsliv. For det andet fra et praktikerperspektiv, hvor vi tager udgangspunkt i praktikeres beskrivelser af deres arbejde med marginaliserede stofbrugere. Det er vores håb, at denne bog kan være med til at forbedre mulighederne for, at marginaliserede stofbrugere kan blive mindre marginaliserede og få bedre muligheder for at leve det liv, de gerne vil.

Der er mange, der har medvirket til, at denne bog er blevet til noget. Først og fremmest er der de mere end tre hundrede marginaliseret stofbrugere, som har deltaget i undersøgelsen og svaret på vores mange spørgsmål. Det skal I have mange tak for. Uden jeres velvilje var bogen ikke blevet til noget. Vi håber, at resultaterne kan være til nytte og hjælp for jer.

De mange social- og sundhedsarbejdere på rusmiddelbehandlingstilbud, herberger, væresteder, stofindtagelsesrum, sundhedsklinikker og de opsøgende arbejdere og gadeplansarbejdere, som også har deltaget i interviews og tilladt, at vi har fulgt deres arbejde i perioder, har også en vigtig andel i, at bogen er blevet til noget. Det samme har de 26 praktikere, der bidrog til undersøgelsen ved at skrive dagbøger om deres arbejde. Vi håber, at I alle kan bruge bogen til noget i jeres arbejde. Vi vil gerne sige tak til Mændenes Hjem, Reden, Kirkens Korshær, Københavns Kommune og Region Hovedstaden og alle andre, der har givet os mulighed for at lave projektet.

Vi har også fået stor hjælp af en gruppe dygtige studentermedhjælpere: Olga Juul Eriksen, Sif Ingbergsdottir Mogensen, Arash Setoodeh, Julie Agger Johannesen, Emilie Gad, Anne Martine Aaberg Mortil og Emma Sofie Vinther Hensel. Ligeledes tak til Malene Kloster og Josefine Skou Jakobsen, som hjalp med at indsamle data som de skrev speciale i folkesundhedsvidenskab på baggrund af og som var med til at skrive en videnskabelig artikel med udgangspunkt i projektet. Jonas Holdt spillede som videnskabelig assistent en stor rolle i indsamlingen af data og i særlig grad med hensyn til at holde styr på den store mængde af data. En stort tak for det. Også tak til videnskabelig assistent Siri Mørch Petersen, der har deltaget i dataindsamling og har skrevet med på denne bog og til post.doc Louise Christensen, som også har arbejdet med dataindsamlingen.

Tak til Aarhus Universitet. Københavns Professionshøjskole og Psykiatrisk Center Sct. Hans, hvor bogens forfattere har været ansat under arbejdet med dataindsamling og skrivning.

Tak til Velux Fonden for økonomisk støtte til projektet med bevillings nr. 18166

København, maj 2022

Esben Houborg, Mette Kronbæk, Nanna Kappel, Kristian Relsted Fahnøe &
Katrine Schepelern Johansen

Min Mor
er Luder.
Min Broer
er NARKOMAN.
OG jeg er
Bindegal.

D. HARVIG

Kapitel 1 Indledning

Stofmiljøer, marginalisering, risiko og mestring

Esben Houborg, Kristian Relsted Fahnøe, Katrine Schepelern Johansen, Mette Kronbæk & Nanna Kappel

Denne bog handler om hverdagslivet for en gruppe af mennesker, som har det tilfælles, at de bruger hårde stoffer eller har brugt det. De er også fælles om at leve på kanten af samfundet. Vi kalder dem for marginaliserede stofbrugere. Vi ønsker at give et indblik i deres hverdagsliv. Dette indblik skal være med til at skabe bedre muligheder for, at marginaliserede stofbrugere kan leve et meningsfuldt og værdigt liv. For at give sådan et indblik belyser vi i bogen de følgende tre spørgsmål:

- Hvordan oplever marginaliserede stofbrugere deres hverdagsliv i og uden for stofmiljøer?
- Hvordan oplever marginaliserede stofbrugere, at tilbud og indsatser påvirker belastninger og ressourcer i deres hverdag?
- Hvilke muligheder og begrænsninger oplever praktikere i deres arbejde med marginaliserede stofbrugere?

Vi mener, at de marginaliserede stofbrugere bør have adgang til fællesskabet og dets hjælp, støtte og omsorg. Men vi ved, at de alt for ofte har problemer med at modtage den hjælp, de har ret til og brug for. De marginaliserede stofbrugere støder gang på gang på forhindringer og har ofte problemer med at begå sig i vores strømlinede og komplekse velfærdssamfund. Men i denne bog ønsker vi ikke at fremstille dem som blot hjælpeløse ofre, men vise dem også som mennesker med styrker og ressourcer til at håndtere store udfordringer og problemer.

Det er vigtigt for os at sætte forståelsen af marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv ind i en større kontekst og det af to årsager. For det første fordi vi vil vise, at mange af de problemer og udfordringer, som marginaliserede stofbrugere oplever, skyldes politiske, økonomiske og sociale forhold og ikke bare det, at de bruger hårde stoffer. Mange af de problemer, der er forbundet med at bruge hårde stoffer, handler nemlig ikke kun om stofferne i sig selv, men om hvordan vi som samfund og enkeltpersoner behandler mennesker, der bruger stoffer. For det andet mener vi, at det er nødvendigt at kende deres særlige livssituation, hvis man som udenforstående skal forstå, hvorfor de gør og siger, som de gør. Et eksempel kunne være det at dele sprøjter og kanyler i forbindelse med stofindtagelse. Sådanne handlinger kan ud fra et rent sundhedsmæssigt perspektiv virke irrationelle. Men hvis man

lever i en socialt udsat situation, hvor man ikke kan regne med hjælp fra andre end dem, der befinder sig i en lignende situation, kan det at bytte ting være med til at opbygge og forstærke de sociale bånd, som man er afhængig af for at klare sig (Bourgois & Schonberg 2009).

Formålet med bogen er altså at vise, hvordan stofbrugernes tilværelse og handlinger hænger sammen med deres sociale situation. Når marginaliserede stofbrugere har sociale og sundhedsmæssige, herunder psykiske, problemer, og når de gør tilsyneladende irrationelle ting, hænger det i høj grad sammen med deres position i samfundet.

Arbejdet med bogen tog udgangspunkt i en konkret nysgerrighed. Stofmiljøet på Vesterbro har gennem mange år været genstand for opmærksomhed fra forskeres, journalisters, politikeres og aktivisters side. Vi ved derfor en hel del om stofmiljøet på Vesterbro, og der er blevet etableret mange forskellige social- og sundhedstilbud i området. Men hvad med Københavns Nordvestkvarter, Sundholm og Amager, hvor vi ved, at mange stofbrugere bor eller opholder sig? Hvordan klarer de sig? Det ved vi ikke ret meget om. Men vi ved, at der ikke er mange tilbud i de områder af byen. Derfor satte vi os for at undersøge hverdagslivet blandt marginaliserede stofbrugere tre forskellige steder i København: Vesterbro, Nordvest og Amager, hvor vi på Amager har haft særligt fokus på Sundholm.

Konkret har vi interesseret os for marginaliserede stofbrugeres muligheder og begrænsninger i forhold til sundhed, forsørgelsesgrundlag, boligforhold, personlige sikkerhed og social inklusion. Det danske velfærdssamfund giver borgerne ret til en lang række ydelser og tilbud for at sikre deres sundhed og velfærd. Men vi ved, at der er grupper, som har svært ved at realisere disse rettigheder, fordi de støder på forskellige barrierer. Det kan være barrierer som omhandler indretningen af velfærdssystemerne, der ikke altid er lige imødekommende over for mennesker, som lever anderledes liv end flertallet. Det kan også dreje sig om stigmatisering og uværdig behandling, som kan have den konsekvens, at nogle mennesker vælger hjælpen fra.

Hvis man vil forstå marginaliserede stofbrugeres muligheder for at opretholde sundhed og velfærd, er det med andre ord nødvendigt at beskæftige sig med, hvordan de oplever velfærdssamfundets indretning og den behandling, de får, når de møder velfærdsinstitutionerne i form af medarbejdere. Ved at følge marginaliserede stofbrugere kan vi få indblik i nogle af de strukturelle og relationelle barrierer, der eksisterer for, at de kan få den hjælp, de har brug for og ret til.

Vi har uddybet denne forståelse ved også at følge praktikere og spørge dem om, hvad de oplever som muligheder og begrænsninger for at hjælpe marginaliserede stofbrugere. Derfor har vi i bogen også fokus på, hvordan praktikerne, som til daglig møder og arbejder med marginaliserede

stofbrugere, oplever dette arbejde. Hvilke muligheder og begrænsninger oplever de med hensyn til at hjælpe marginaliserede stofbrugere? Hvad lykkes godt, og hvad lykkes mindre godt?

Vores fokus har imidlertid ikke kun været på stofbrugernes adgang til formelle ressourcer, som bliver stillet til rådighed af offentlige og private organisationer i form af fx behandling, sygepleje, social rådgivning, social omsorg osv. Vi har desuden interesseret os for, hvilken rolle uformelle ressourcer spiller for marginaliserede stofbrugeres muligheder for at opretholde sundhed og velfærd. For eksempel hvordan sociale netværk kan give adgang til husly, mad, penge, stoffer, beskyttelse eller omsorg og støtte. Det vil sige, at ligesom vi har været interesseret i stofbrugernes adgang til forskellige ydelser og services, har vi også været interesseret i, hvordan sociale netværk og social kapital spiller en rolle for deres sundhed og velfærd.

Med vores forskning ønsker vi at vise samspillet mellem struktur og aktør på en måde, som gør det muligt at omdanne risikomiljøer til mulighedsmiljøer. Dette indebærer en opmærksomhed på, at opretholdelse af sundhed og velfærd ikke kun handler om at tilføre individer ressourcer og rettigheder, men også om at understøtte og udvikle lokalt forankrede praksisser, som udvikler og fordeler ressourcer, der er af reel værdi for marginaliserede borgere. Derfor har motoren i projektet også været at undersøge de muligheder og begrænsninger, som marginaliserede stofbrugere oplever med hensyn til at opretholde og forbedre deres sundhed og velfærd. Det er med udgangspunkt i viden om disse muligheder og begrænsninger, at vi har undersøgt forskellige former for hjælp som tilbydes marginaliserede stofbrugere.

Medborgerskab, risikomiljø og mestringsmiljø

Undersøgelsen i denne bog er inspireret af tre teoretiske begreber: socialt medborgerskab, risikomiljø og mestringsmiljø. Medborgerskabsbegrebet indgår i projektets normative grundlag, som er at medvirke til, at marginaliserede stofbrugere får den hjælp, de ret til og brug for, samt at de har mulighed for at leve et meningsfuldt og værdigt liv. De to miljøbegreber er udgangspunkt for vores forståelse af, hvordan samspillet mellem stofbrugere og deres sociale og materielle livsbetingelser påvirker deres muligheder for at opretholde og forbedre deres sundhed og velfærd.

Medborgerskab

T.H. Marshall (1950) formulerede ideen om ”socialt medborgerskab”, som påpeger, at det ikke er nok, at borgerne i et samfund har civile og politiske rettigheder for at kunne deltage i samfundet som frie borgere. Det er også nødvendigt at understøtte, at alle borgere, uanset baggrund, har mulighed

for at benytte disse rettigheder, hvis de skal have mulighed for at deltage i samfundslivet. Ifølge Marshall skal de civile og politiske rettigheder derfor suppleres med sociale rettigheder. De sociale rettigheder, der skal sikre medborgerne lige muligheder, omfatter ret til økonomisk velfærd, ret til uddannelse, ret til sundheds- og sociale ydelser og ret til ligebehandling.

Medborgerskab handler ikke blot om formelle rettigheder. Det drejer sig i lige så høj grad om menneskers handlinger og oplevelser i hverdagen. I den forbindelse kan man tale om ”levet medborgerskab” (Lister 2007). Levet medborgerskab kan forstås som det medborgerskab, der skabes for hver enkelt person igennem hverdagens interaktioner med andre mennesker og omgivelserne i det hele taget. Lister (2007) skriver, at levet medborgerskab handler om, hvordan personer forstår og praktiserer fire kerneelementer af medborgerskab, nemlig: rettigheder, pligter, tilhørsforhold og deltagelse. Ideen om det levede medborgerskab flytter fokus fra personers formelle status til deres konkrete oplevelse. Derved bliver det muligt at se på de praksisser og processer, der enten understøtter eller udfordrer stofbrugernes medborgerskab.

I vores undersøgelse har vi været særligt optaget af marginaliserede stofbrugeres muligheder for at praktisere deres medborgerskab ved at benytte sig af deres rettigheder (og indfri deres pligter). Det har vi været, fordi det er benyttelsen af ens rettigheder og ikke ens formelle status, der har betydning for ens tilværelse. Vi er også optaget af at belyse, hvilke forhold der har betydning for stofbrugernes muligheder for at benytte deres rettigheder. Det har vi været, fordi vi ved, at forskellige samfundsgrupper har forskellige forudsætninger for faktisk at benytte sig af deres rettigheder.

Vi har også været optaget af stofbrugernes tilhørsforhold, som er et andet kerneelement i levet medborgerskab. Begrebet retter opmærksomheden på de subjektive og følelsesmæssige oplevelser af medborgerskabet. Moosa-Mitha (2014) beskriver personers tilhørsforhold eller mangel på samme som deres konkrete oplevelser af medborgerskab. Tilhørsforhold kan i denne sammenhæng forstås som oplevelser af tilknytning til andre mennesker, grupper af mennesker eller steder. Tilknytningen indebærer oplevelser af at blive anerkendt som en, der hører til i juridisk, moralsk og social forstand.

Vi har undersøgt stofbrugernes tilhørsforhold igennem deres oplevelser af sociale relationer til andre stofbrugere, medarbejdere i velfærdsinstitutioner og personer uden for stofmiljøerne. Fra tidligere undersøgelser (Coumans et al. 2006) og vores egen kan vi se, at de sociale relationer til andre stofbrugere ofte kan være belastende, mens stofbrugerne oplever sociale relationer med ikke-stofbrugende personer uden for miljøet som mere positive. Det kan derfor være relevant at forholde sig til, hvilke former for tilhørsforhold stofbrugerne indgår i, når deres medborgerskab skal

undersøges, og hvis der skal arbejdes for at forbedre deres muligheder for at leve et meningsfuldt og værdigt liv.

Et mangelfuldt medborgerskab kan også beskrives som *marginalisering*. Vi forstår for det første marginalisering som mangelfuld tilknytning til og brug af de formelle velfærdsinstitutioner. Her kan det være relevant at sondre mellem de almene velfærdstilbud, fx praktiserende læge eller hospitaler, og de parallelle velfærdsinstitutioner, der er oprettet til at imødekomme behovene for borgere, der ikke er i stand til at benytte det almene system, fx særlige plejetilbud til stofbrugere.

For det andet forstår vi marginalisering som manglende tilhørshold til andre mennesker og grupper af mennesker. Her mener vi, at det er relevant at skelne mellem sociale relationer til andre stofbrugere og til ikke-stofbrugere fx familie og venner uden for stofmiljøet. Det er ikke for at sige, at sociale relationer mellem stofbrugere per definition er dårlige. Dog indikerer vores undersøgelse, at stofbrugerne selv ofte beskriver disse relationer som præget af mistillid, og at de i vid udstrækning oplever deres sociale relationer til ikke-stofbrugere som mere positive. Samtidig viser tidligere forskning, at stofbrugere, hvis sociale netværk er begrænset til andre stofbrugere i stofmiljøet, har øget risiko for at opleve en forringelse af deres økonomiske situation og fysiske og psykiske helbred (Coumans et al. 2006).

Risikomiljø

Risikomiljø er det andet teoretiske begreb, der danner baggrund for vores undersøgelse. Et risikomiljø defineres som det lokale samspil mellem sociale, fysiske, økonomiske og politiske faktorer, som påvirker stofbrugeres handlemuligheder og dermed risikoen for, at de bliver udsat for stofrelaterede skader (Rhodes 2002; 2009). Hvor risikabelt et miljø er i praksis, er bestemt af samspillet mellem den enkelte person, personens egenskaber og karakteristika, personens adfærd og de konkrete karakteristika ved det givne miljø. Det vil sige, at samme miljø kan skabe forskellige risici for forskellige personer afhængigt af blandt andet deres køn, økonomi, alder, etnicitet, funktionsevne og stofbrug. Eksempelvis vil de sociale og materielle omgivelser på et herberg indebære andre risici for en ældre mand, som injicerer heroin, end for en ung kvinde, som ryger kokain.

Ved at se på stofbrugernes hverdagsliv ud fra begrebet om risikomiljø bliver det tydeligt, hvordan de belastninger, som stofbrugere oplever, er skabt i samspillet mellem sociale og materielle livsbetingelser og stofbrugernes håndtering af disse. Begrebet om risikomiljø gør på den måde op med, at belastningerne alene er affødt af stofbrugernes egen adfærd (Rhodes 2002).

Risikomiljøer bliver til og opleves af stofbrugere på konkrete steder fx området omkring Istedgade eller et herberg i Nordvest. Men de faktorer, der præger et risikomiljø, hænger sammen med strukturelle forhold, der rækker ud over det konkrete sted. Der kan for eksempel være økonomiske, sociale eller politiske forhold, som sætter begrænsninger i forhold til, hvor man kan opholde sig eller som begrænser ens handlemuligheder, således at man ofte kommer til at befinde sig på steder og i situationer, som er risikofyldte i forhold til om den enkelte person bliver smittet med en farlig sygdom, bliver udsat for vold eller dør af en overdosis.

De stofrelaterede belastninger og skader, som stofbrugerne oplever, hænger sammen med strukturelle forhold, der i høj grad er politisk betingede. Tanken bag risikomiljøbegrebet er at skabe viden, som kan bruges til at ændre politikker og strukturer, der skaber en ulige fordeling af risici og ressourcer i samfundet. Samtidig fokuserer risikobegrebet på hverdagen for stofbrugere (og andre udsatte borgere), fordi det er her, belastningerne kommer til udtryk.

For at indfange samspillet mellem de strukturelle forhold og den konkrete hverdagspraksis, hvor risikomiljøerne viser sig, kan risikomiljøet studeres på både mikro- og makroniveau.

På makroniveau kan narkotikalovgivninger for eksempel lægge vægt på kriminalisering af stofbrugere eller på reduktion af stofrelaterede skader. Det valgte fokus kan have konkret betydning for stofbrugeres belastninger og deres muligheder for at undgå belastninger og stofrelaterede skader. Eksempelvis betyder en narkotikapolitik, der giver mulighed for at etablere stofindtagelsesrum, at stofbrugere kan få adgang til steder, hvor de kan indtage deres stof under mere rolige og hygiejniske forhold.

På mikroplan vil et stofindtagelsesrums betydning for stofbrugeres konkrete oplevelser af belastninger dog afhænge af flere andre forhold end blot etableringen af stofindtagelsesrummet. For eksempel kan placeringen af et stofindtagelsesrum eller omgangsformen blandt stofbrugerne i og omkring stofindtagelsesrummet være afgørende for, om stofbrugere faktisk benytter sig af det. En del stofbrugere i vores undersøgelse fortæller netop, at de ikke benytter stofindtagelsesrum, fordi de oplever det som utrygt. Eksemplet med stofindtagelsesrummet viser også, hvordan stofbrugeres hverdagspraksis påvirkes af samspillet mellem flere faktorer. I dette tilfælde er de mest fremtrædende: fysiske faktorer i form af stofindtagelsesrummet og dets placering og sociale faktorer i form af omgangsformen.

Vi kan afdække livsbetingelser i risikomiljøer og de strukturelle forhold, der er medskaber af livsbetingelserne, ved at analysere betydningen af forskellige faktorer (sociale, økonomiske, fysiske

og politiske) på både mikro- og makroniveau. Det nedenstående skema er et eksempel på, hvilke faktorer der kan optræde på de to niveauer.

Faktorer	Mikroniveau	Makroniveau
Sociale	Normer og ritualer i forbindelse med stofindtagelse Hårdhændet behandling fra politiet Diskriminerende behandling fra social- og sundhedsarbejdere	Ulighed Magtforhold forbundet med køn, klasse, etnicitet, generation og funktionsevne Stigmatiseringsprocesser
Økonomiske	Omkostninger til livsfornødenheder Muligheder for at have en indtægt Høje boligudgifter	Arbejdsmarkedsstrukturer Lav offentlig forsørgelse og begrænsninger i tildelingen Politisk økonomi
Fysiske	Stofindtagelse i det offentlige rum Farlige steder med vold og overgreb Indretning af velfærdstilbud	Geografisk segregering af befolkningen Boligmarked Bypolitik
Politiske	Straf Adgang til behandling og skadesreduktion	Narkotikapolitik Beskæftigelsespolitik Finanspolitik Sundhedspolitik Socialpolitik

Vores undersøgelse af risikomiljøer i København tager udgangspunkt i samspillet mellem individ og omgivelser på mikroniveau for på den måde at identificere forandringsmuligheder på både mikro- og makroniveau.

Mestringsmiljø

Det tredje begreb, som har inspireret os i arbejdet med bogen, er begrebet mestringsmiljø. Det er en videreudvikling af risikomiljøbegrebet. Begrebet handler grundlæggende om, at ligesom et miljø kan indebære forskellige risici, så kan det også indeholde forskellige faktorer, der er med til at mindske belastninger og risici. Mestringsmiljø er vores oversættelse af det engelske begreb ”enabling environment” (Duff 2010), som direkte oversat betyder muliggørende miljø. Ideen med begrebet er at gøre opmærksom på, at der i de miljøer, stofbrugerne færdes i, også eksisterer faktorer, som gør det muligt at undgå eller at mestre belastninger. Pointen med at anvende begrebet er at rette

opmærksomheden mod både betingelser, der belaster, og betingelser, der gør det muligt at begrænse eller undgå belastninger. I stedet for at tale om risikomiljøer og mestringsmiljøer som to forskellige ting handler det i stedet om, at alle miljøer indeholder både risici og ressourcer.

Hvis et miljø virker fremmende for sundhed, trivsel og tryghed, skyldes det, at det rummer bestemte faktorer, der kan blive til ressourcer for den enkelte stofbruger i forhold til at mestre eller undgå belastninger. Ressourcerne i mestringsmiljøerne kan opdeles i tre typer: sociale ressourcer, materielle ressourcer og affektive ressourcer (Duff 2010).

Sociale ressourcer består af de sociale relationer en person indgår i, og de handlemuligheder, som disse relationer skaber. Dette skal forstås på den måde, at sociale relationer kan give adgang til materielle ressourcer, social støtte, mental og følelsesmæssig sikkerhed m.v. Sociale relationer kan i den forbindelse være både formelle og uformelle. Men i hvilken grad relationerne fungerer som ressourcer, afhænger af, om de er præget af tillid og gensidighed. Netop manglen på sociale ressourcer, der kan understøtte en sundheds- og trivselsfremmende adfærd, er en stor udfordring og belastning for mange stofbrugere.

Materielle ressourcer omfatter for det første økonomiske ressourcer. De omfatter for det andet de fysiske miljøer og steder, som en person har adgang til. Det kan være boligforhold, offentlige rum eller sociale tilbud. For det tredje omfatter de materielle ressourcer ting som mad, mobiltelefon eller en sovepose. Adgangen til materielle ressourcer er af afgørende betydning for en sundheds- og trivselsfremmende adfærd. I den sammenhæng kan stofindtagelsesrum, sprøjtebytteprogrammer, adgang til behandling, et sikkert sted at sove, muligheden for at bevæge sig trygt omkring i det offentlige rum være afgørende for et sundheds- og trivselsfremmende miljø.

Affektive ressourcer er mentale og emotionelle ressourcer, som gør det muligt at handle og ændre adfærd. Med det affektive mener vi de forskellige sindsstemninger og følelser, som præger de møder, en person har med sine omgivelser, det være sig andre mennesker, grupper, bestemte steder, fysiske omgivelser, dyr og så videre. Sådanne møder kan for eksempel være præget af begejstring, frygt, vrede eller skam. Affektive ressourcer kan eksempelvis være det håb eller den glæde, som en person oplever i bestemte sociale relationer eller situationer. Betydningen af affektive ressourcer i forhold til mestring af risici og belastninger er, at de følelser, som opstår i møder med andre mennesker, påvirker ens evne til at handle, inklusive evnen til at gøre noget ved sin egen situation. En pointe i begrebet om mestringsmiljø er, at forskellige steder har forskellige betingelser for at skabe positive og negative affekter, og dermed forskellige betingelser for hvordan mennesker oplever deres mulighed for at handle.

Vi benytter mestringsmiljøbegrebet til at kortlægge de sociale, materielle og affektive ressourcer, der er til stede de forskellige steder, hvor stofbrugere bevæger sig, herunder velfærdstilbud og uformelle mødesteder i det offentlige rum. Dette har vi gjort ved at fokusere på stofbrugernes oplevelser af stederne og på, hvad de foretager sig de forskellige steder. Hensigten med dette har været at finde ud af, hvordan ressourcerne kan styrkes og bruges til at fremme trivsel og sundhed blandt de marginaliserede stofbrugere.

Sådan er undersøgelsen gennemført

Projektet er baseret på en bruger- og en praktikerundersøgelse, der blev gennemført i perioden fra 2018 til starten af 2020. Brugerundersøgelsen omfatter en *spørgeskemaundersøgelse*, *observationer* og *kvalitative interviews* med stofbrugere på Vesterbro, i Nordvest og på Amager i København.

Vi har gennemført spørgeskemaundersøgelsen med 243 besvarelser. Denne del af undersøgelsen giver viden om stofbrugernes livsbetingelser, belastninger, tryghed og brugen af tilbud i de tre lokalområder. Der har desuden været en række demografiske spørgsmål og spørgsmål om brug af rusmidler, substitutionsbehandling, helbred, bolig og økonomi (se kapitel 3 for mere information).

Den kvalitative del af brugerundersøgelsen består dels af observationer og dels af kvalitative interviews med brugerne. Den skaber viden om stofbrugeres aktiviteter, relationer i hverdagen og deres erfaringer med at bruge velfærdstilbud. Den kvalitative undersøgelse omfatter 90 kvalitative interviews med stofbrugere. Fokus i forskningsprojektet har været marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv, og det gør, at de stofbrugere, vi har talt med, ofte lever et liv på kanten af velfærdssamfundet. De forskellige tilbud, hvor vi har rekrutteret deltagere til interview, er både lavtærskeltilbud, det vil sige tilbud, som man har direkte adgang til, og højtærskeltilbud, det vil sige tilbud, man skal visiteres til.

Interviewene er gennemført ud fra en interviewguide, hvor de forskellige temaer, som vi ønskede viden om, var beskrevet. Et tema omhandlede stofbrugernes tilhørsforhold til konkrete fysiske steder, formålet med at være på stedet, og stedets betydning for brugerne. Et andet tema handlede om stofbrugernes oplevelse af henholdsvis tryghed og utryghed i forskellige områder af byen. Vi spurgte også om hjemmets betydning, om helbredsmæssige problemer og om, hvilke former for hjælp eller støtte stofbrugerne modtog og gjorde brug af.

Interviewene var semi-strukturerede. Det vil sige, at interviewguiden fungerede som en støtte i selve interviewsituationen, men at der var mulighed for at uddybe de forskellige temaer og komme

ind på temaer, som ikke stod i interviewguiden. Interviewene er blevet optaget og efterfølgende transskriberet.

Vi har gennemført observationer i ca. 300 timer på steder såsom herberger, væresteder og sundhedsklinikker. På baggrund af observationerne har vi skrevet feltnoter, som også indgår i datamaterialet.

Vi har valgt at lave kvalitative interviews med stofbrugerne ud fra en fænomenologisk tilgang (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann 2010), fordi vi er interesserede i stofbrugernes egne oplevelser af deres hverdagsliv. Det betyder, at vi ikke har krydstjekket deres fortællinger med andre kilder, men netop set deres fortællinger som udtryk for, hvordan de oplever hverdagen i og uden for stofmiljøerne og i forhold til de forskellige velfærdstilbud, de benytter.

Praktikerundersøgelsen består af kvalitative interviews og observationer. Vi har gennemført i alt 50 interviews med praktikere fordelt på de tre områder. I disse interviews har vi været optaget af praktikernes oplevelser af at arbejde med marginaliserede stofbrugere. Vi har været optaget af, hvordan praktikerne oplever mulighederne og udfordringerne med hensyn til at give marginaliserede stofbrugere den hjælp, de har brug for. Endelig har vi været optaget af praktikernes viden om og opfattelser af stofbrugernes hverdagsliv uden for de forskellige social- og sundhedstilbud.

Vi har i hvert lokalområde fulgt udvalgte praktikere med forskellige faglige baggrunde i deres arbejde med marginaliserede stofbrugere, samt set på det tværfaglige og tværinstitutionelt/sektorielt samarbejde og de udfordringer, der kan være forbundet med det.

Projektet har skabt ny viden gennem samarbejde mellem praktikere og forskere. I alt 6 praktikere blev frikøbt til at skrive dagbog med beskrivelser og refleksioner i relation til deres arbejde. Derudover deltog 20 praktikere i større eller mindre omfang i dagbogsskrivning, således at i alt 26 praktikere skrev dagbøger. Praktikere og forskere har diskuteret praktikernes refleksioner og dagbogsnotater. Dette materiale indgår i dataindsamlingen.

Vi har desuden fået hjælp af praktikerne til at etablere kontakter med stofbrugerne i de tre områder.

Beskrivelserne i denne bog afspejler perioden, hvor dataindsamlingen foregik (2018-2020). Men siden da er der selvfølgelig sket forandringer, og nogle af de velfærdstilbud, som er medtaget i bogen, har ændret sig i større eller mindre grad. Som eksempel kan nævnes, at Mændenes Hjem på Vesterbro, der har været central både i forhold til dataindsamling og i mange af stofbrugernes liv, i 2021 lukkede for en periode i forbindelse med renovering af bygningerne. Ligeledes har tilbuddene om tandbehandling til socialt marginaliserede ændret sig markant, siden dataindsamlingen sluttede, og den regionale behandlingspsykiatri ansætter socialsygeplejersker fra 2022. Til trods for disse og andre

ændringer, vurderer vi, at bogens beskrivelser og analyser stadig er relevante, da de udover at give et øjebliksbillede af tilbuddene peger på en række grundlæggende forhold, som fortsat gør sig gældende.

Projektet er anmeldt til Datatilsynet[1] og følger forskningsetiske regler for informeret samtykke. Personhenførbare oplysninger er anonymiseret.

Læsevejledning

Det næste kapitel om kvarterbeskrivelser præsenterer de tre områder, som projektet har beskæftiget sig med. Det indeholder en generel beskrivelse af områderne, stofmiljøerne i områderne og de forskellige tilbud, der findes der. Kapitlet tegner et billede af de tre miljøer ud fra henholdsvis et risikomiljø- og et mestringsmiljø-perspektiv. Kapitel 3 er en nærmere præsentation af den spørgeskemaundersøgelse, som vi har lavet blandt de 243 marginaliserede stofbrugere. Spørgeskemaundersøgelsen beskriver blandt andet stofbrugerne i forhold til deres økonomiske situation, helbred, brug af rusmidler, hvor de henter hjælp og støtte fra, om de har været udsat for overgreb med mere. Sidste del af kapitlet bruges til at sammenligne stofbrugerne, der blev interviewet i de tre forskellige områder. Vi præsenterer også tal fra kapitel 3 i de øvrige kapitler i bogen. Kapitel 3 vil primært være relevant at læse, hvis man interesserer sig for at få en kvantitativ karakteristik af nogle af de mest marginaliserede stofbrugere i Danmark.

I kapitel 4 og 5 præsenterer vi stofbrugernes egne fortællinger om det hverdagsliv, som de lever, når de ikke er i kontakt med behandlings- og hjælpesystemet. Det handler om, hvordan de klarer hverdagen, om deres hverdagsmiljø, om livet i de forskellige stofmiljøer, om rusmidlernes betydning og om relationer med andre mennesker, både stofbrugere og folk, der ikke bruger stoffer.

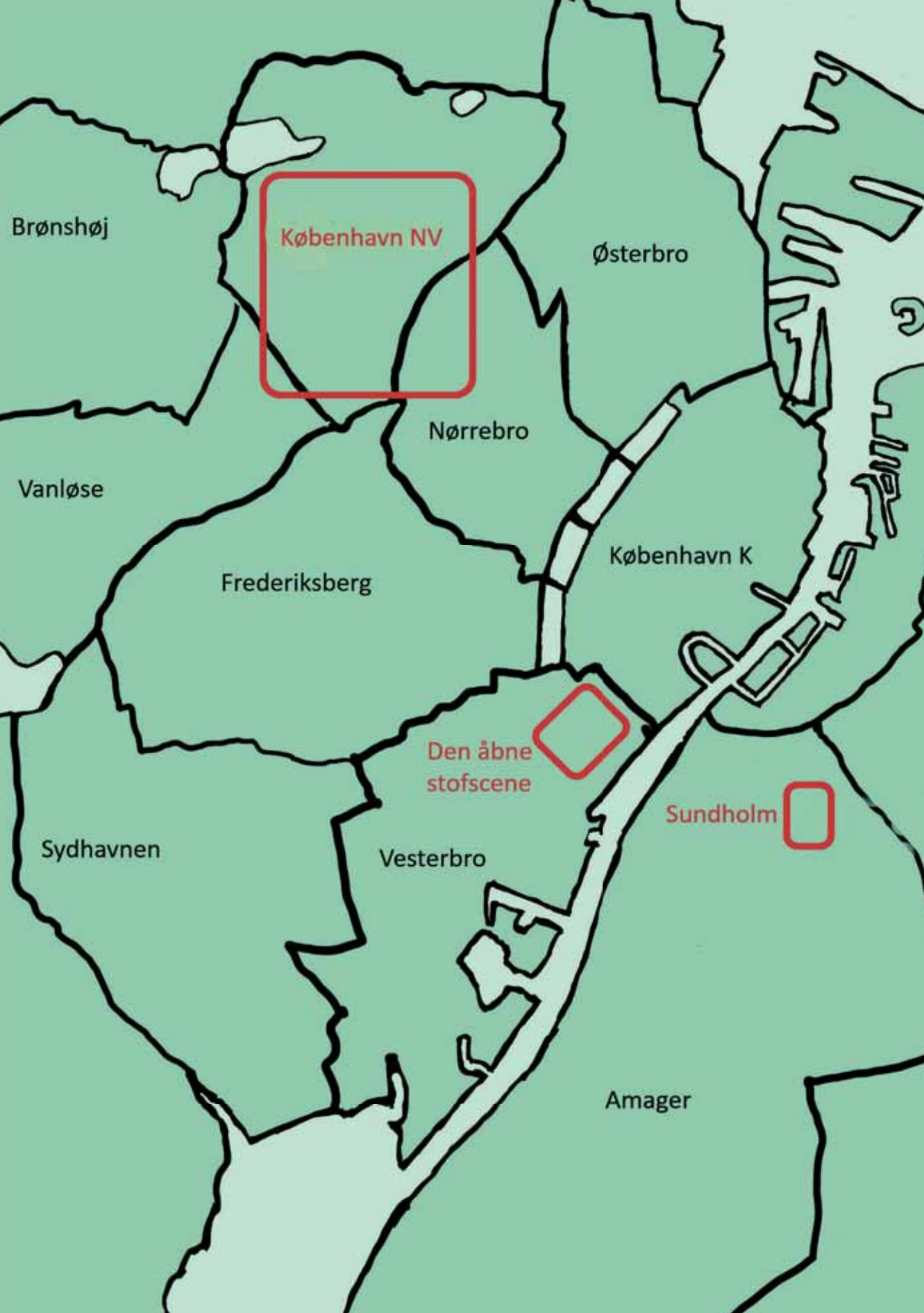
I kapitel 6-10 skifter vi fokus og interesserer os for, hvordan praktikere i forskellige dele af systemet oplever deres arbejde med de marginaliserede stofbrugere. Kapitel 6 handler om overordnede rammer og principper for arbejdet på tværs af de forskellige tilbud. Kapitel 7 handler om rusmiddelbehandlingen og de udfordringer, som praktikerne oplever med at tilbyde rusmiddelbehandling til de marginaliserede stofbrugere. Kapitel 8 handler om økonomi og bolig og kapitel 9 om sundhedssystemet. Disse tre kapitler (7, 8 og 9) har dermed en hovedvægt på de primært materielle ressourcer, som på forskellig vis og med forskellige begrænsninger er til rådighed for stofbrugerne. Kapitel 10 handler om inklusion og skitserer arbejdet med at forsøge at realisere et meningsfuldt, levet medborgerskab for brugerne.

[1] Datatilsynets journalnummer: 2015-57-0002, Aarhus Universitets journalnummer: 2016-051-000001, løbenummer 883

Efter kapitlerne om praktikernes arbejde vender vi tilbage til brugerne og kigger i kapitel 11 og 12 på, hvordan stofbrugerne selv beskriver, hvordan deres hverdagsliv formes af og i de forskellige institutioner og hjælpetilbud i velfærdssystemet. Kapitlet er en opfølgning på kapitel 4 og 5, som fokuserer på livet uden for velfærdssystemet. Skellet mellem hverdagsliv i stofmiljøer (kapitel 4 og 5) og hverdagslivet i velfærdssystemet (kapitel 11 og 12) er et resultat af vores analytiske arbejde med materialet. For langt de fleste marginaliserede stofbrugere hænger tingene uløseligt sammen. Hvad der sker i stofmiljøerne, har konsekvenser for deres kontakter med velfærdssystemet, og hvad der sker i velfærdssystemet, har konsekvenser for deres øvrige liv.

Kapitel 13 er vores konklusion, hvor vi samler op på de forskellige tværgående temaer og diskussioner. Mellem hvert kapitel præsenterer vi en beskrivelse af en marginaliseret stofbruger. Der er tale om cases, som vi har konstrueret, og de skal illustrere de meget forskellige liv, som marginaliserede stofbrugere lever. Vi har skrevet kapitlerne, så de kan læses hver for sig. Det betyder også, at den, der læser bogen fra ende til anden, vil opleve, at der er nogle gentagelser. Det gælder ikke mindst, at tallene fra kapitel 3 også bruges i de efterfølgende kapitler.

Vi har valgt at kalde den gruppe af mennesker, som forskningsprojektet interesserer sig for, marginaliserede stofbrugere. Og vi har valgt at fokusere på stoffer, så det er primært den betegnelse, vi bruger. Når der en gang imellem refereres til rusmidler, så dækker det alle de forskellige ting, man kan tage for at få en rus, inkl. alkohol. De mennesker, der arbejder med at hjælpe de marginaliserede stofbrugere, kalder vi over én kam for praktikere. Nogle gange – når det er nødvendigt for forståelsen – har vi specificeret, hvilken faggruppe vedkommende tilhører.


Brønshøj
København NV
Østerbro
Nørrebro
Vanløse
Frederiksberg
København K
Den åbne
stofscene
Sundholm
Sydhavnen
Vesterbro
Amager

Kapitel 2 Kvarterbeskrivelser

Kristian Relsted Fahnøe, Siri Mørch Pedersen & Katrine Schepelern Johansen

Undersøgelsen af stofmiljøerne tager udgangspunkt i tre forskellige kvarterer i København: Indre Vesterbro, Sundholm (på Amager) og Nordvest. De tre kvarterer er meget forskellige og har hver deres særlige kendetegn, som præger de lokale (stof)miljøer. Ligesom alle andre bykvarterer er de tre kvarterer sammensat af mange mindre lokaliteter (steder). Disse mindre lokaliteter har hver sine særtræk, som præger det, der foregår på den pågældende lokalitet.

Samtidig udgør lokaliteterne et samlet byrum, som bindes sammen af fortællinger om dem og af stofbrugernes og praktikernes færden. Byrummene, som kvartererne udgør, former og er formet af stofbrugernes og praktikernes handlinger. Eksempelvis kan den fysiske indretning af en åben plads i byen, hvor der ikke er et gratis offentligt toilet, have betydning for, hvor de, der opholder sig på pladsen, tisser, eller hvor længe de bliver. På den anden side kan menneskers handlinger forme stederne, for eksempel hvis en gruppe indretter sig på et gadehjørne med mælkekasser som stole, bliver gadehjørnet ikke længere bare en færdselsåre, men også et mødested.

Med andre ord former steder og menneskers handlinger hinanden. Samspillet mellem stofbrugerne og praktikerne og de kvarterer og lokaliteter, de bruger, optræder i bogen som en del af det, der skaber stofmiljøerne. Det er vigtigt at være opmærksom på, at dette samspil ikke bare er noget, der foregår lokalt på steder, hvor stofmiljøerne udfolder sig. Tværtimod bliver det, der foregår på bestemte steder, også påvirket af forhold uden for det konkrete sted. Det kunne eksempelvis være socialpolitik, byplanlægning, boligpolitik eller økonomisk udvikling (Massey 1994; Simonsen 2005).

Steder kan forstås igennem tre dimensioner, som også påvirker hinanden. De tre dimensioner er *materialitet* (fysiske egenskaber), *praksisser* og *symbolske betydninger*. Materialitet dækker over de fysiske egenskaber ved stedet. Det kan være udformningen af bygninger eller åbne pladser, men det dækker også den konkrete indretning, altså hvad der er på det pågældende sted, fx møbler, låste porte, affald eller biler.

Med praksisser henvises til, hvordan stedet bruges eller med andre ord, hvad gør de personer, der er på stedet. Bruges stedet eksempelvis som et sted at sove, spise eller motionere. Sådanne praksisser kan meget vel skifte hen over et døgn, hvorved stedet så at sige også ændrer sig.

Symbolske betydninger er i den sammenhæng opfattelser af stedet. Opfattes stedet for eksempel som problemfyldt, attraktivt, trygt eller utrygt? Disse opfattelser bliver påvirket af blandt andet

fortællinger om det givne sted. Det er i denne forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at steder opfattes forskelligt af forskellige mennesker, og det hænger blandt andet sammen med personens alder, køn, funktionsevne, etnicitet, status og holdninger (McDowell 1999) samt dennes måder at bruge stedet på. For eksempel vil et kontor på et jobcenter opfattes forskelligt af den ansatte, som arbejder der, og en borger, som er i gang med at ansøge om førtidspension. De tre dimensioner og deres gensidige påvirkning af hinanden skaber muligheder og begrænsninger for den måde, hvorpå stofbrugere og professionelle (og andre mennesker) kan udfolde deres liv.

I beskrivelser af de tre kvarterer har vi lagt særlig vægt på steder i de offentlige rum, som stofbrugerne bruger, og hvor stofmiljøerne så at sige udspiller sig. Disse steder kan betegnes 'steder-at-være' (Larsen 2002), hvilket dækker over steder i det offentlige rum, som en gruppe har gjort til deres eget i den forstand, at de bruger stedet regelmæssigt, og at deres samvær her foregår ud fra gruppens egne normer og uskrevne regler. Stederne-at-være får på den måde karakter af at være private steder, hvor der ofte er en klar skillelinje mellem andre, der benytter sig af stedet, og gruppen for hvem, det er et sted-at-være.

Når vi i denne sammenhæng skriver om forskellige kvarterer, er det vigtigt at være opmærksom på, at kvarterer lige som andre steder ændrer sig løbende. De er altså dynamiske (Simonsen 2001). Forandringer i et kvarter foregår både over kortere og længere tidsperioder. Et kvarter ændrer sig for eksempel, når der bygges nyt, hvad enten det er boliger eller rekreative områder, eller hvis der etableres nye velfærdstilbud, eller nye borgere flytter til. Kvarterer forandrer sig også med årstidernes skiften. I en by som København bruges det offentlige rum eksempelvis væsentligt mere i sommerhalvåret end resten af året. Endelig er et kvarter ikke det samme om dagen, som det er om natten, hvor der typisk er mere liv på gaden om dagen, dog kan der i visse kvarterer være mere liv om natten.

Kvarterer og andre steder ændrer sig ikke kun igennem fysiske forandringer og igennem måderne, hvorpå mennesker bruger stederne. Måden, et kvarter opleves på, kan også ændre sig over tid, for eksempel kan opfattelse af tryghed skifte meget fra dag til nat. I kvarterernes stofmiljøer er stemningen også ofte præget af, om brugerne har penge på lommen, for eksempel lige før udbetalingsdag med mere desperate aktiviteter for at lave penge eller efter udbetalingsdag med aktiviteter som gældsopkrævning og højt stofindtag. Et kvarter kan også ændre stemning afhængigt af, hvilke stoffer der er i omløb.

Da steder forandrer sig løbende, er det også klart, at de følgende beskrivelser af de tre kvarterer er øjebliksbilleder. De øjebliksbilleder, vi præsenterer her, er baseret på vores empiriindsamling, der

fandt sted i perioden fra maj 2018 til februar 2020. Kvarterbeskrivelserne er bygget op af beskrivelser af kvarterets særtræk set i relation til de stofbrugere, der færdes i kvarteret, samt beskrivelser af træk ved stofmiljøerne i kvarterne.

Endelig udpeger og beskriver vi de centrale velfærdstilbud set ud fra stofbrugernes hverdagspraksis. Med velfærdstilbud mener vi sociale tilbud, sundhedstilbud og beskæftigelsestilbud, og disse tilbud dækker både offentlige og civilsamfundsorganisationer. Beskrivelserne af kvartererne følger ikke én skabelon, fordi kvartererne er vidt forskellige, hvad angår deres indretning, stofbrugernes tilknytning til kvarteret og måderne, hvorpå stofmiljøerne udspiller sig.

Endelig er det værd at gøre opmærksom på, at de følgende fremstillinger af kvartererne er udtryk for vores opfattelse af dem som hjemsteder for stofmiljøer. Vores opfattelse er dannet ud fra vores spørgeskemaundersøgelse, feltarbejde, interviews med bestemte personer og udvalgte statistikker. De tre kvarterer rummer altså meget mere, end der vil fremgå her, ligesom der eksisterer andre opfattelser af dem.

Indre Vesterbro – den åbne stofscene

Bydelen Vesterbro er et område på 3,8 km^2 karakteriseret af store forskelle, hvorfor lokaludvalget har valgt at opdele området i syv mindre kvarterer, der repræsenterer forskellige blandinger af boligformer og demografiske og socioøkonomiske forskelle. Indre Vesterbro, som er i fokus for denne undersøgelse, udgør et forholdsvist lille areal af Vesterbro, selvom det blandt både beboere og gæster i området i daglig tale kaldes Vesterbro.

Indre Vesterbro ligger i det nordøstlige hjørne af Vesterbro grænsende op mod Frederiksberg og Indre By og omfatter en del af Vesterbrogade og Reventlowsgade, Istedgade og Halmtorvet. Foruden boliger, hoteller, restauranter, detailhandler, cafeer, barer, gallerier, teatre, spillesteder, børne-institutioner, skole og gymnasium huser området også Nordens største åbne stofscene og Københavns 'Red light district'. Derudover ligger Københavns Hovedbanegård i forlængelse af Istedgade og

udgør et centralt trafikknudepunkt for både turister og københavnere og er præget af bevægelse frem for ophold i det offentlige rum. Kvarterets få grønne rekreative områder bruges flittigt af forskellige grupper af mennesker afhængig af døgnrytme.

På Vesterbro bor der 42.888 mennesker. Den gennemsnitlige disponible indkomst ligger med sine 226.171 kr. højere end det totale gennemsnit for København, og andelen af borgere på overførselsindkomster ligger under gennemsnittet for hele kommunen, idet 3,1 % modtager kontanthjælp og 1,2 % modtager førtidspension. Socioøkonomisk set er kvarterets beboere ganske godt stillet, og det er derfor bemærkelsesværdigt, hvor mange sociale tilbud og væresteder, der er i bydelen. Det vidner om, at mange af de socialt marginaliserede borgere, der færdes på Vesterbro, ikke har egen bolig i bydelen. De marginaliserede stofbrugere i kvarteret bor enten på herberg eller på gaden eller kommer til kvarteret fra andre steder. Indre Vesterbro er da også et kvarter med mange kontraster – unge børnefamilier, den kreative klasse, stofbrugere og hjemløse.

Af Københavns Kommunes tryghedsundersøgelse (2020) fremgår det, at borgere på Vesterbro generelt har en høj oplevelse af tryghed. Utrygheden på Vesterbro (7 %) er lavere end gennemsnittet for resten af København (9 %) – både i dagtimerne og om natten. Dog er den højere om natten (10 %), ligesom i resten af København (15 %). Undersøgelsen viser, at utrygheden mere bunder i *bekymringer* om tyverier end faktiske oplevelser af at være udsat for det. Foruden en stor bekymring for cykeltyverier (72 %) afspejler tryghedsundersøgelsen kvarterets kendetegn som åben stofscene, da 53 % udviser bekymring for stofbrugere på gaden.

Blandt stofbrugerne er en oplevelse af, at utrygheden på Indre Vesterbro intensiveres i aften- og nattetimerne. Både fordi virkningen af stoffer indtaget gennem en hel dag kan fremme en mere aggressiv adfærd, og fordi den adfærdsregulering, som tilstedeværelsen af børn og andre mennesker fordrer, er fraværende, så konflikterne bliver hurtigere voldsomme.

Kvarteret har længe været kendt for sin åbne stofscene (Olsen et al 2011), hvilket afspejler sig i lokalpolitikken, som gennem tiderne har brugt forskellige strategier over for stofbrugere. I dag kan strategien karakteriseres som en skadesreducerende inklusionstilgang, og den følger tæt Københavns Kommunes socialstrategi "En by med plads til alle. 2018-2022" (Københavns Kommune 2018b), hvor fokus er på at skabe et Vesterbro med sameksistens af mennesker fra forskellige sociale grupper og med forskellige interesser. Således ønskes en bydel, hvor der både skal "være plads til at bo, drive erhverv og være udsat borger med et stofbrug" (Socialforvaltningen 2017). Det er blandt andet imødekommet ved at oprette stofindtagelsesrum, som skal sikre stofbrugerne mere værdige stofindtagelsesforhold og skabe et renere gadebillede uden kanyler og andet stofaffald.

Stofmiljøet på Vesterbro

Vesterbro huser Nordens største åbne stofscene, hvilket betyder, at stofindtag og stofhandel foregår åbenlyst i det offentlige rum. Stofscenen er koncentreret om fire specifikke steder: Hovedbanegården, Mændenes Hjem, Den Runde Firkant og stofindtagelsesrummet H17. Dette område kaldes Den Gyldne Firkant af folk i stofmiljøet. På strækninger imellem de fire steder har bybilledet de seneste år ændret sig. Det er stadig primært et transitområde, men i takt med et større antal cafeer og mere udeservering bliver beboere og turister i højere grad tilskyndet til at gøre ophold i området. Stofbrugere bruger primært området som transit i deres ofte faste rutefart mellem de fire steder, men de benytter også fortov og trappesten i Istedgade og foran tilbuddene som opholdssteder eller steder-at-være. Disse steder-at-være er med deres egne normer og regler med til at forstærke oplevelsen af parallelle universer mellem de ressourcestærke beboere og de stofbrugere, som præger kvarteret.

Hovedbanegården har flere funktioner i stofmiljøet. Det er et trafikknudepunkt for dem, der kommer til Vesterbro, og togene bruges som steder at tigge penge. Nogle af de mindre besøgte jernbanespor bruges af nogle stofbrugere som steder-at-være, hvor de kan mødes og indtage stoffer i ro og mag, hvis omgivelserne ’over jorden’ er for hektiske, eller hvis stofindtagelsesrummene er midlertidigt lukkede. Ved Hovedbanegårdens bagindgang ligger den såkaldte ’Pillebørsen’, hvor der ofte foregår en aktiv handel med især receptpligtig medicin, men det er også muligt at købe andre stoffer. Denne del af stofmiljøet og stofhandlen har især været domineret af de ældre, etnisk danske brugere fra miljøet og forekommer mindre rå end nogle af de andre stederne længere henne ad Istedgade.

Stofbrugerne samles ofte uden for lavtærskeltilbuddene, særligt på Lille Istedgade/Istedgade foran Mændenes Hjem og på rampen ved H17. Antallet af personer udenfor er betinget af vejrforhold, men også af om der er kø til tilbuddene, eller om de er lukkede. De kan eksempelvis lukke, hvis en bruger får en overdosis, eller hvis der er opstået voldelige konflikter. Et lukket stofindtagelsesrum kan skabe en intens og frustreret stemning hos stoftrængende brugere. Rampen ved H17 beskrives af mange stofbrugere som et særligt utrygt sted at være, både fordi så mange opholder sig der, så man konstant skal være på vagt for ikke at blive frarøvet sine ting, og fordi folks adfærd efter indtag af særligt kokain skaber en intensiv, hektisk og utilregnelig stemning.

Et andet sted-at-være er den delvist aflukkede gård (Den Runde Firkant) ved Café Dugnad. Når stofindtagelsesrummene er lukkede, søger mange hertil for at skaffe, sælge og tage stoffer, og stemningen bliver ubehagelig intens og ofte forbundet med hektisk aktivitet, larm og skrigeri. På andre tidspunkter fremstår Den Runde Firkant mere som et roligt åndehul midt i stofmiljøets travlhed.

De brugere, der ikke ønsker at benytte sig af stofindtagelsesrummene, enten fordi de oplever, at den hektiske stemning ødelægger deres rus, eller fordi de vil undgå visse mennesker fra miljøet, benytter sig af andre steder i det offentlige rum til deres stofindtag og ophold. De søger ofte mod steder, der er forholdsvis afskærmet fra udenforstående blikke eksempelvis små nicher, grønne arealer og p-kældre i den Brune og Grå Kødby. Disse steder fungerer som steder-at-være for mindre grupper eller enkeltpersoner. Mange foretrækker også at indtage stoffer på et værelse på Mændenes Hjem, hvis de har adgang til dette. Offentlige toiletter eller andre toiletter er ligeledes steder, som nogle søger til for at tage stoffer. Stofbrugerne opholder sig også på stederne i umiddelbar nærhed af de sociale tilbud og stofindtagelsesrummene, mens de oplever at blive gennet væk fra andre offentlige steder af politiet, der henviser dem til stofindtagelsesrummene.

Langt størstedelen af deltagerne i stofmiljøet på Indre Vesterbro bor som sagt på herberg eller lever på gaden på Vesterbro eller kommer til kvarteret udefra. De, der søger til kvarteret, kommer fra andre dele af byen, andre kommuner, fra Sverige eller er immigranter, asylansøgere eller flygtninge med eller (mest) uden opholdstilladelse. Oprettelsen af tilbud for stofbrugere er blevet fulgt af en øget tilstedeværelse af socialt marginaliserede borgere, hvor ikke alle har stofbrug som deres primære udfordring. Dette har været med til at øge presset på de sociale tilbud.

De fleste stofbrugeres adfærd beskrives af dem selv, af beboere i området og af praktikerne på de sociale tilbud som betinget af målet om at skaffe og indtage stoffer. Men af vores spørgeskemaundersøgelse fremgår det også, at adgang til hjælp og ønsket om socialt samvær spiller en lige så stor rolle for at komme på Vesterbro. For heroinbrugerne følges stofindtaget ofte af et ønske om at falde til ro og være i fred. For kokainbrugere er rusen kortere, og de er mere aktive og synlige i gadebilledet. De kokainpåvirkede brugere, som til tider bliver hektiske og i visse tilfælde psykotiske, er en kilde til uro og utilfredshed blandt både beboere og blandt andre stofbrugere. Dette er ikke særskilt for Vesterbro, men gælder for alle tre kvarterer.

For stofbrugere, der færdes på Vesterbro, har de forskellige steder, der henvender sig til dem, forskellige betydninger. Især hjemløse ser tilbuddene på Vesterbro som en stor hjælp. De fleste har et ambivalent forhold til Vesterbros stofmiljø. På den ene side beskrives det som en ’sump af kviksand’, som er svær at komme væk fra. På den anden side beskrives stofmiljøet som fyldt med muligheder, hvor man kan mødes og være sammen med ligesindede og komme væk fra den ensomhed, der kan følge med det at sidde i sin egen lejlighed og være afskåret fra andre fællesskaber i samfundet. For nogle kan stofmiljøet på Vesterbro således føles som et hjemligt sted.

Praktikerne på lavtærskeltilbuddene beskriver de stofbrugere, de er i kontakt med, som de mest marginaliserede fuldtidsstofbrugere, der ikke passer ind i "systemet". Personalet beskriver ofte disse stofbrugerne som 'kaotiske'. Samtidig beskriver de miljøet som et råt miljø, hvor det er uundgåeligt, at uoverensstemmelser bliver løst ved brug af vold. Men praktikerne oplever også gruppen af stofbrugere som værende en form for familie for hinanden.

Mange sociale tilbud på et lille geografisk område

Som allerede nævnt findes der en lang række sociale tilbud på Vesterbro, hvis primære målgruppe er socialt udsatte med stofbrug. En stor del af disse tilbud er lavtærskeltilbud, som ikke kræver nogen forudgående visitation, og som hovedsageligt arbejder skadesreducerende. Herfra kan personalet oftest henvise til mere vedvarende sociale tilbud. Det er overvejende NGO'er, frivillige og andre ikke-kommunale institutioner, der står bag de sociale tilbud, hvoraf nogle har driftsoverenskomst med Københavns Kommune. De tilbud, der har størst betydning for stofbrugerne på Indre Vesterbro, er placeret i området den Gyldne Firkant.

Helt centralt står Mændenes Hjem i Istedgade, som tilbyder forskellige former for botilbud og overnatning. Den største afdeling er herberget (SEL § 110), som har 27 eneværelser fordelt på to etager og to socialrådgivere ansat. Der kræves ingen forudgående visitation, og i princippet kan enhver hjemløs med sociale problemer henvende sig direkte fra gaden og få en plads. I praksis er herberget altid fuldt belagt og har ikke nok værelser til alle dem, der henvender sig. Ud over det midlertidige botilbud, som herberget udgør, er der to længerevarende botilbud på samme matrikel, Boenheden (SEL § 107) med plads til 10 beboere og Bofællesskabet (SEL § 108) med 8 beboere. Disse to tilbud kræver visitation fra kommunen.

Oprindeligt var Mændenes Hjem et tilbud for hjemløse mænd (heraf navnet), men i dag kan kvinder også få et værelse på herberget. Hvis kvinderne ikke har et aktivt stofbrug, henvises de til at overnatte på Café Klare. Et andet tilbud knyttet til Mændenes Hjem er Kontaktstedet, som er døgnåbent og udgør modtagelsen til hele Mændenes Hjem. Her er det muligt at købe billig mad og drikke, få sig en lur på en madras, hente rene sprøjter og kanyler, få udleveret tøj, tale med en sygeplejerske i den tilstødende sundhedsklinik, få hjælp af personalet til andre problemstillinger eller blive hjulpet videre til andre tilbud.

I umiddelbar forlængelse af Kontaktstedet ligger stofindtagelsesrummet Skyen. Derudover overtog Mændenes Hjem i 2019 driftsansvaret for H17 fra Københavns Kommune. De to stofindtagelsesrum udgør som samlet enhed det største stofindtagelsesrum i Europa. Hensigten med

stofindtagelsesrummene er at reducere risici ved stofindtag. Det sker ved, at brugerne kan indtage deres stoffer under beskyttede og rolige forhold enten i rygerrum eller, hvis man injicerer sine stoffer, i et injektionsrum under overvågning og vejledning af sundhedspersonale. Personalet er uddannet til at håndtere overdoser med Naloxone, som er en modgift til opioider og gives som næsespray. Personalet kan også udføre stoftests, hvis en bruger er bekymret for kvaliteten af et erhvervet stof.

Et andet fikspunkt i stofmiljøet er Café Dugnad, som ligger i en afskærmet gård, der blandt brugerne går under navnet Den Runde Firkant. Dugnad serverer gratis mad og kaffe, og der er mulighed for at låne toilet. I midten af gården ligger en kabine, som bliver brugt som rygerum, og ellers er gården fyldt med bordbænkesæt. I Den Runde Firkant ligger Sundhedsrummet, der hører under Mændenes Hjem, hvor Sundhedsteamets læger er tilknyttede. De har også sygeplejersker, fodterapeuter og en socialrådgiver ansat, og der er et tæt samarbejde med det psykiatriske gadeplansteam og Hjemløseenheden. Det er også muligt at få et bad i Sundhedsrummet.

Sundhedsteamet, Hjemløseenheden og det psykiatriske gadeplansteam har alle tre opsøgende funktioner og er bydækkende. De kommer derfor i de tre kvarterer, vi undersøger, hvor de laver opsøgende arbejde på forskellige tilbud og i det offentlige rum.

Andre sociale tilbud af stor betydning i stofmiljøet er Reden, som er et være- og rådgivningssted for kvinder, der er i misbrug og gadeprostitution. Der er mulighed for at overnatte på Reden, hvor der er 10 senge, og mange kvinder får derudover lov til at sove i opholdsrummets sofaer eller på en madras. Udelukkende for kvinder findes desuden natcafeen Café Klare, der geografisk set ligger uden for undersøgelsesområdet, men Café Klare er et tilbud, som psykisk belastede kvinder på Indre Vesterbro ofte benytter.

Rusmiddelbehandlingscenteret Vigerslev Allé indgår også i undersøgelsen. Det er her, brugere fra Vesterbros stofmiljø, der ønsker at komme i substitutionsbehandling, typisk bliver henvist til. Som regel sker det i samarbejde mellem centerets fremskudte behandlere, andre gadeplansmedarbejdere og/eller personale på de ovennævnte tilbud. Der er var i løbet af 2019 365 borgere indskrevet i behandling på Vigerslev Alle.

To sygeplejersker fra det psykiatriske gadeplansteam kommer på Vesterbro nogle gange om ugen og besøger blandt andet nogle af ovennævnte tilbud. Sygeplejerskerne vurderer selv, hvor der er størst behov for deres tilstedeværelse. Under vores dataindsamling kom gadeplansteamet blandt andet på Café Klare. Tidligere er de også kommet på Mændenes Hjem. Den psykiatriske skadestue og de sengeafdelinger, der dækker Indre Vesterbro, findes på Digevej på Amager. Det distriktspsykiatriske center er på Gammel Kongevej.

En sidste indsats for Vesterbros stofmiljø er ‘Din Betjent’, som er nærpolitiarbejde. ‘Din Betjent’ er en generel ordning hos Københavns Politi, hvis fokus på Indre Vesterbro er tæt dialog med stofbrugere, beboere og erhvervsdrivende i området. Betjentenes dialogbaserede tilgang skal skabe et mere trygt og ligeværdigt møde mellem stofbruger og betjent.

Primært fokus i dataindsamlingen

Vi har fortrinsvist indsamlet empiri ved de sociale tilbud på Vesterbro, som stofbrugerne anvender, det vil sige Mændenes Hjem, Reden og H17. Desuden er der udført spørgeskemainterviews med indskrevne på rusmiddelbehandlingscenteret på Vigerslev Allé. Der er gennemført kvalitative interviews med i alt 29 brugere, heraf 10 kvinder og 19 mænd i alderen 24-72 år. 87 stofbrugere i alderen 19-65 år har deltaget i spørgeskemainterviews, heraf 62 mænd og 24 kvinder samt en, der definerer sig inden for en anden kønskategori.

Derudover har vi lavet interviews og fulgt en række praktikere på deres arbejdspladser. Det dækker medarbejdere på Rusmiddelbehandling Vigerslev Allé, Mændenes Hjem, Reden, Sundhedsrummet, Hjemløseenheden og andre opsøgende gadeplansmedarbejdere i området samt Københavns Nærpoliti/Din Betjent. Endelig har praktikere fra Mændenes Hjem, Vigerslev Allé, Hjemløseenheden og det psykiatriske gadeplansteam skrevet dagbøger om deres arbejde.

Nordvest – et udsat boligområde

Københavns Nordvestkvarter eller i daglig tale Nordvest er ikke klart geografisk afgrænset, men området ligger i bydelen Bispebjerg og grænser op til Nørrebro. Området består altovervejende af boliger, men mindre erhvervsområder og tidligere småindustri kendetegner også kvarteret. Derudover er Nordvest præget af et par større udfalds- og gennemfartsveje med tæt trafik i dagtimerne, som skærer igennem kvarteret, og denne trafik er ikke blevet lettet efter udvidelsen af Københavns metro, da Nordvest endnu ikke er blevet prioriteret i den sammenhæng. Kvarteret er kendetegnet ved færdselsårerne, og i det hele taget er det offentlige rum domineret af færdsel (gående, cyklende og kørende) fremfor ophold og samvær.

Størstedelen af boligerne er bygget i perioden mellem 1930 til 1960, og en stor del af dem er opført i klynger af ens murstensejendomme tiltænkt arbejdere, der flyttede ud fra de ældre brokvarterer. Mellem disse murstensejendomme er der anlagt åbne arealer med plads til at mødes og til at boltre sig, men ofte fungerer disse arealer mere som passager for mennesker på vej til andre steder og mindre som opholdssteder. Andre dele af kvarteret er præget af ejendomme med baggårde, som er aflåste i stil med resten af byens baggårde.

Gennemsnitsstørrelsen på boliger i Bispebjerg er med 65 m^2 det laveste blandt de københavnske bydele, og almennyttige boliger udgør 32 % af boligmassen. Det, at der er så stor en andel af mindre almennyttige boliger, betyder, at Nordvest er et kvarter, hvor Københavns kommune har mulighed for at anvise udsatte borgere til en betydelig andel af boligmassen. Samtidig er der relativt mange boliger, hvor huslejen er lav nok til, at personer på overførselsindkomster har mulighed for at betale den. Disse forhold præger beboersammensætningen blandt de godt 44.000 indbyggere i Nordvest[2]. Bydelen Bispebjerg er som helhed den bydel i København med den højeste arbejdsløshed med 6,7 % kontanthjælpsmodtagere og 2,9 % førtidspensionister. Dette kommer også til udtryk ved, at befolkningen i Bispebjerg har den gennemsnitlig laveste disponible indkomst blandt borgerne i de københavnske bydele.

Af Københavns Kommunes tryghedsundersøgelse (2020) fremgår det, at Bispebjerg er den bydel, hvor andelen af borgere, der oplever utryghed, er størst. Niveauet er næsten dobbelt så højt som i resten af byen med 17 % mod 9 %. Utrygheden er primært påvirket af bandekonflikter og skyderier (2020). Det er en bekymring, der går igen i flere bydele, men er særlig udbredt i Bispebjerg, hvor flere skyderier har fundet sted. Til trods for at niveauet for utryghed er højt blandt beboerne, er niveauet for anmeldt borgerrettet kriminalitet i kvarteret meget lavt og ligger på under halvdelen af Københavns som helhed. Her er det særligt de bydele, hvor nattelivet er centreret, der trækker gennemsnittet op (Tryghedsundersøgelsen 2020).

Officielt har Københavns Kommune udpeget området som værende et udsat byområde. Med kommunens ord er området karakteriseret ved ”en overrepræsentation af små boliger og sociale udfordringer, der ligger markant over gennemsnittet for resten af København. Området er karakteriseret ved både fysiske og sociale udfordringer i både de almene boliger og i de øvrige boligtyper.” (Københavns Kommune: Politik for udsatte boligområder). Fra officielt hold betragtes kvarteret således som et sted med koncentration af problemer, og der derfor kræver en indsats for at blive et velfungerende byområde.

[2] Indbyggertallet er opgjort som antallet af beboere i postdistriktet 2400 København NV

For stofbrugerne, der færdes og opholder sig i Nordvest, har kvarteret en række forskellige betydninger. Et par af de særligt fremtrædende betydninger er, at Nordvest på den ene side fungerer som et sted, hvor man er væk fra Vesterbro med dets voldsomme miljø. På den anden side er borgernes fremstillinger af livet i Nordvest også præget af beskrivelser af utryghed i forhold til ophold i og omkring velfærdstilbuddene målrettet marginaliserede borgere.

Når praktikerne på velfærdstilbuddene i Nordvest beskriver udsatte stofbrugeres liv i kvarteret, lægger de vægt på, at der er mange ældre stofbrugere, og en stor del af dem sidder alene i deres lejligheder og er ensomme. I den forbindelse er det en gennemgående fortælling, at disse borgere gennem tiden er blevet boliganvist til de små lejligheder i kvarteret. Derudover fremhæver praktikerne ofte, at der mangler nogle tilbud for borgerne, hvor der er mulighed for samvær. Disse skildringer efterlader et indtryk af, at Nordvest er endestation for københavnske stofbrugere.

Stofmiljøer i Nordvest – spredte grupperinger og steder-at-være

Langt størstedelen af de marginaliserede stofbrugere, der deltager i stofmiljøerne i Nordvest, har også bopæl i eller omkring kvarteret, hvad enten denne bopæl er egen bolig, et værelse på et herberg eller et sted i det fri. For den lille gruppe af borgere, der opsøger kvarteret, har de fleste tilknytning til kvarteret i form af at være tidligere beboere, brugere på et socialt tilbud eller nuværende bruger af et tilbud i kvarteret.

Samlet set er stofmiljøet Nordvest kendetegnet ved fraværet af en egentlig åben stofscene, hvor stofindtagelse og stofhandel foregår åbenlyst i det offentlige rum på fast basis. Men de udsatte stofbrugere i kvarteret har skabt en håndfuld steder-at-være i det offentlige rum. På disse steder møder stofbrugerne i Nordvest hinanden i større eller mindre grupper, som oftest i grupper på 5-10 personer. I disse grupper oplever stofbrugerne samvær med hinanden, og de handler og udveksler stoffer. For mange er disse mødesteder centrale i forhold til at få dækket behovet for et socialt liv. Men stederne-at-være er også forbundet med risici blandt andet i form af vold eller uønsket social kontakt.

En stor del af stederne-at-være er umiddelbart uden for de sociale tilbud for udsatte voksne. Det er særligt uden for rusmiddelbehandlingscentret på Ørnevej, Kirkens Korshærs herberg i Hillerødgade samt dagcentret Stæren og Valmuen, der ligger i samme bygning. På disse steder mødes stofbrugerne i mindre forsamlinger, hvoraf en del er kortvarige, fordi medarbejderne på tilbuddene forsøger at få borgerne til at lade være med at forsamle sig enten med mundtlige henstillinger, anvisende skilte eller med løs overvågning af stederne. Denne kontrol med områderne omkring tilbuddene sker med henvisning til offentlig orden og risiko for naboklager, og samtidig er personalet

særlig optaget af at forhindre eller mindske stofhandlen i nærheden af behandlingstilbuddene. Personalet har dog ikke altid mulighed for at håndhæve denne kontrol.

Enkelte offentlige pladser eller mødesteder uden direkte relation til sociale tilbud fungerer ligeledes som steder-at-være i dagtimerne. Den store åbne plads, Hulgårds Plads, som ligger på hjørnet af de stærkt trafikerede veje, Tomsgårdsvej og Frederikssundsvej, fungerer som et samlingssted for mange grupper, herunder stofbrugere. På pladsen er der mange bænke rundt omkring og et mindre siddeområde, der er overdækket. Men en del af stofbrugerne har forbehold over for at komme på pladsen på grund af oplevelser med vold og aggressioner, som de forbinder med adfærden hos de drikkegrupper, der dominerer pladsen.

Ud over Hulgårds Plads fungerer et par små pladser som mere fredelige steder-at-være, hvoraf enkelte ligger mere skjulte for udenforståendes blikke. De mindre steder fungerer lidt (mere) som private rum, hvor de forsamlede bedre kan passe sig selv. Ligesom med Hulgårds Plads finder aktiviteterne på disse steder primært sted i dagtimerne, og i aftentimerne er der ikke mange steder-at-være. Fælles for stederne-at-være og brugen af dem er, at stofbrugerne ikke cirkulerer meget mellem stederne i løbet af dagen, og i sammenligning med de to andre kvarterer, er stederne mindre intensive, hvad angår, hvor mange der opholder sig der, og hvor meget larm og uro der er. Intensiteten er tydeligt større i og omkring rusmiddelbehandlingen på Ørnevej og herberget i Hillerødgade.

Lejligheder og botilbud, herunder herberg og socialpsykiatriske botilbud, fungerer også som væsentlige stofmiljøer i Nordvest, hvor stofbrugerne indtager og handler med stoffer. Men samtidig giver en del af stofbrugerne udtryk for, at de ikke ønsker at have andre stofbrugere i deres hjem, da de ikke stoler på andre stofbrugere. Handlen med stoffer disse steder er præget af faste forretningsforbindelser, som stofbrugerne i vid udstrækning beskriver som tillidsfulde. Det er relationer mellem køber og sælger, hvor sælgeren også er opmærksom på at skulle vedligeholde sit kundegrundlag. De faste forretningsforbindelser mødes også på aftalte tidspunkter i det offentlige rum, hvor penge og stoffer udveksles i hast. Sammenbrud i forsyningskæderne i Nordvest får til tider stofbrugerne til at søge mod Vesterbro, hvor der er større forsyningssikkerhed. Dette gælder også de stofbrugere, der ellers undgår Vesterbro.

På grænsen til Nørrebro har Brugerforeningen – foreningen af aktive stofbrugere – til huse i egne lokaler. Disse lokaler fungerer som et mødested for de stofbrugere, der er medlemmer af foreningen. En stor del af medlemmerne er ældre og har en længere stofkarriere bag sig og lever nu en rolig tilværelse. Foreningens egne lokaler fungerer som en form for private rum, der er afskærmet fra offentligheden.

Velfærdstilbud

Tre tilbud fylder meget i stofbrugernes fortællinger fra Nordvest. De er Rusmiddelbehandling Ørnevej, herberget i Hillerødgade og Dagcenter Stæren. Rusmiddelbehandlingscentrets primære funktion er substitutionsbehandling, og mange af stofbrugerne i kvarteret får udleveret deres substitutionsmedicin her. Rusmiddelbehandlingscentret er det substitutionsbehandlingstilbud med flest indskrevne i kommunen. Der var 487 borgere indskrevet på Ørnevej i 2019, hvilket dog inkluderer de 80 borgere, som var indskrevet på dagcenteret Stæren. Mange af stofbrugerne oplever centret som overfyldt, hvilket for nogle afføder forskellige former for ubehag. Udleveringen af medicinen foregår i to mindre rum, som er det første, man støder på, når man kommer op ad trappen til behandlingscentret. Fremmødet i forbindelse med udlevering er en hurtig affære, idet borgerne har lov til at opholde sig i 15 minutter efter udleveringen i det åbne rum, der fungerer som venteværelse for dem, der har andre aftaler. Behandlingscentret har andre vigtige funktioner, som stofbrugerne benytter sig af. Det drejer sig om lægefaglige konsultationer, myndighedssagsbehandling i forhold til borgernes sociale sager og fremskudt beskæftigelsesindsats.

Dagcenter Stæren er et særligt rusmiddelbehandlingstilbud for udvalgte brugere i substitutionsbehandling fra hele København. Stæren har udover den medicinske behandling også en dagcenterfunktion, hvor der arbejdes socialpædagogisk, og hvor der tilbydes forskellige aktiviteter, fx fitness eller kreative værksteder. Det er muligt for de indskrevne at bruge dagcentret i åbningstiderne fra kl. 9 til 15 i hverdagene. Tilbuddet er målrettet borgere med begrænset socialt netværk, dårligt somatisk helbred efter års stofbrug eller målrettet stofbrugere, som har vanskeligt ved at klare sig socialt på de øvrige behandlingstilbud. Langt de fleste af brugerne er bosiddende i kvarteret, og en del af dem samles ofte på de nærliggende steder-at-være.

I samme bygning som Stæren ligger Valmuen, som tilbyder behandling med lægeordineret heroin. Behandlingen foregår med en eller to gange dagligt fremmøde alle ugens syv dage. Valmuen har også brugere fra hele København. Nogle af brugerne fra Valmuen indgår også i samværet med brugere fra Stæren på de steder-at-være, der er tæt på de to tilbud.

Kirkens Korshærs Herberg i Hillerødgade rummer flere tilbud for gruppen af udsatte borgere, og en stor del af brugerne i undersøgelsen i Nordvest har på forskellige måde kontakt med disse tilbud. En stor del af brugerne, der benytter herbergets tilbud, er også tilknyttet Rusmiddelbehandlingscentret på Ørnevej (se ovenfor). Selve herberget har 71 pladser til mænd og kvinder, hvor den indskrevne har et fast værelse. Ligesom på byens andre herberger er der som regel ventetid på at få et værelse,

dog er der ofte udskiftning. En del af herbergets beboere oplever tilbuddet som et sted at komme væk fra utryghed på Vesterbro eller fra konflikter andre steder i byen.

Ud over herberget er der i samme bygning en natcafé med 30 pladser, som personalet fordeler fra nat til nat efter først til mølle-princippet. Her kan borgere sove på en madras på kantinens gulv eller i en køjeseng i en mindre sovesal. Natcaféen er åben fra klokken 24 til klokken 10. Begge tilbud har hjemmel i Servicelovens § 110. Herberget på Hillerødgade er en etageejendom, hvor beboerne bor tæt, og der er meget lydt, hvilket gør, at andres tilstedeværelse kan føles massiv. De fælles toiletfaciliteter bidrager for mange af beboerne til en følelse af ikke at have et privatliv.

Ud over § 110-tilbuddene på herberget i Hillerødgade er der også et § 108-botilbud for dobbeltdiagnosticerede mænd, kvinder og par, hvor der er 12 pladser. Herberget har også en lille sygeplejeklinik med en sygeplejerske tilknyttet. I modsætning til de andre tilbud til marginaliserede stofbrugere i Nordvest har herberget i Hillerødgade også åben i aften- og nattetimerne. Det betyder, at gæster kan komme ind til skranken ved indgangen. Her kommer borgere for at hente Hus Forbi-aviser eller kanyler, få lidt gratis brød, og nogle benytter sig af muligheden for at tale kort med personalet i skranken.

Udover de tre tilbud benytter stofbrugerne sig af forskellige lavtærskeltilbud. Iblandt disse er Morgencafé for Hjemløse på Theklavej, hvor der er åbent fra klokken 7 til 13. Her er det muligt at få morgenmad, varm frokost, et bad eller genbrugstøj. Desuden er der et mindre sundhedstilbud baseret på frivillige kræfter i form af læger, sygeplejersker og fodterapeuter.

Et andet tilbud er Kirkens Korshær Drejervej, hvor muligheden for at få nyt genbrugstøj er særlig populær blandt kvarterets stofbrugere. Kirkens Korshær Drejervej huser ligeledes værestedet ”Hotel Jens”, hvor det er muligt at købe en kop kaffe eller varm mad billigt. Men det er dog kun få af stofbrugerne, der benytter sig af tilbuddet, da de oplever det som et sted for borgere uden problematisk brug af stoffer. Derudover benytter nogle af de udenlandske stofbrugere Kompasset, som er et tilbud for hjemløse migranter, der har åbent i dagtimerne. Her er der mulighed for ophold, hvile, kaffe eller the. Kompasset benyttes blandt andet af udenlandske borgere med tilknytning til herberget i Hillerødgade.

Enkelte stofbrugere kommer også på det socialpsykiatriske værested Mama Mia. Men det er begrænset, fordi tilbuddet ikke er tiltænkt stofbrugere, og for at kunne benytte det skal borgerne have en adfærd og et udseende, der gør, at de af medarbejderne på Mama Mia ikke betragtes som stofbrugere.

En stor del af de udsatte stofbrugere er tilknyttet jobcentret på Lærkevej, som er målrettet aktivitetsparate ledige borgere over 30 år. Aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere har ud over lang tids ledighed også ofte komplekse sociale og helbredsmæssige udfordringer. De fleste udsatte stofbrugere, der modtager kontanthjælp, kommer kun sjældent på jobcentret, men beskæftigelsessystemet fylder alligevel meget i hverdagen i kraft af overvejelse og bekymring om økonomi og eventuelle ønsker om at opnå førtidspension.

Det psykiatriske gadeplansteam kommer også i Nordvest og færdes blandt andet på nogle af ovennævnte tilbud. Den psykiatriske skadestue og de psykiatriske sengeafdelinger, der dækker Nordvest, er placeret på Bispebjerg Hospital, og det distriktspsykiatriske center er placeret på Møntmestervej.

Endelig er det værd at bemærke, at til forskel fra de to andre kvarterer benytter mange af stofbrugerne i Nordvest deres egen privatpraktiserende læge.

Primært fokus i dataindsamlingen

Indsamlingen af empiri i Nordvest har primært taget udgangspunkt i de sociale tilbud til udsatte borgere i kvarteret, hvor vi har rekrutteret langt de fleste informanter, og hvor størstedelen af interviewene har fundet sted. Der er derudover gennemført interviews med borgere tilknyttet Brugerforeningen.

I alt er der gennemført 32 kvalitative interviews med borgere, 9 kvinder og 23 mænd, og 93 udsatte stofbrugere har svaret på spørgeskemaundersøgelsen, heraf 17 kvinder og 76 mænd, i alderen 19-70 år.

Praktikere fra Kirkens Korshærs Herberg i Hillerødgade, Rusmiddelbehandling Ørnevej og Dagcenter Stæren er blevet fulgt og interviewet. Interviews og uformelle samtaler har også fundet sted med i andre sociale tilbud: Drejervej, Morgencafeen for hjemløse og Hjemløseenheden i Københavns Kommune, Projekt Udenfor. Endelig skrev praktikere på Ørnevej, Stæren og herberget i Hillerødgade dagbøger om deres arbejde. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at vi ikke fik adgang til at lave dataindsamling i Valmuen.

Sundholm – en inddæmning af sociale tilbud og marginaliserede borgere

Sundholm på Amager var oprindeligt en totalinstitution i form af en tvangsarbejdsanstalt, der blev opført i 1908 på Vestamager mellem den nuværende Sundholmsvej og Amager Fælledvej. Modsat Nordvest og Vesterbro er Sundholm karakteriseret ved at være et tydeligt afgrænset område markeret af mure.

I dag rummer området en række mindre sociale tilbud under Københavns Kommunes forvaltning. Området udgøres af talrige to- eller fireetagers fredede gulkalkede bygninger, som rummer blandt andet socialpsykiatrisk botilbud, herberg, natcafé, sundhedstilbud og beskæftigelsestilbud.

På Sundholms udendørsområde mellem bygningerne er der mindre grønne områder og samlingspunkter, der udgør små steder-at-være for brugerne af Sundholm. På de små veje mellem bygningerne færdes folk mest til fods, og de få køretøjer, der er på området, har som regel et ærinde, hvad enten det er personale på vej til og fra arbejde, taxaer, der skal hente en herbergbeboer eller politi- eller ambulancekøretøjer, der er blevet tilkaldt.

Med den tydelige afgrænsning og en samling af mange tilbud til udsatte borgere fungerer Sundholm som en form for 'inddæmning' [containment] (von Mahs 2005) af disse udsatte borgere, hvilket muliggør en rummelighed i forhold til adfærd, der andre steder ville blive betragtet som afvigende eller forstyrrende (Fahnøe 2018).

Københavns Kommune skriver om dette i bydelsplanen for Amager Vest, hvor kommunen beskriver Sundholm som et samlingspunkt, der primært bruges af marginaliserede borgere med problematikker som hjemløshed, misbrug og psykisk sygdom, men også som et område, der rummer et stort potentiale for at blive anvendt af flere forskellige borgere (Amager Vest Lokaludvalg 2017). Der er allerede etableret en daginstitution på området, et foreningshus, et par socialøkonomiske virksomheder samt et kunstnerkollektiv. Klos op ad Sundholm ligger desuden både en kommunal folkeskole og en sikret ungdomsinstitution.

En yderligere åbning af området anses i bydelsplanen som en mulig løsning på for eksempel naboskolens mangel på udendørsarealer og som en måde at styrke sammenhængskraften mellem Sundholm og resten af bydelen. Der foreligger endnu ikke en konkret udviklingsplan for Sundholm, men det bliver fremhævet, at Sundholm har en særlig historisk og kulturel betydning, som er bevaringsværdig, hvorfor en eventuel udviklingsplan "skal tage hensyn til Sundholms historiske og nuværende status som et område, hvor der tages særligt hensyn til ressourcesvage og misbrugere" (Amager Vest Lokaludvalg 2017: s. 27).

Selv om Sundholm fremtræder forholdsvis afgrænset i forhold til omverdenen, er der en betydelig trafik til og fra området særligt af Brigadevej, der strækker sig fra Brigadeporten til Amagerbrogade med dens butikker, shawarma-barer, kiosker, dagligvarekæder og andet erhverv samt Amagercenteret og Christiania. Brigadevej leder også mod metrostation og busser med god forbindelse ind mod centrum. På strækningen ses derfor en livlig trafik af gående til og fra Sundholm, der enten skal mod andre steder i byen eller har ærinder i lokalområdet, hvad enten det er for at købe mad, alkohol,

stoffer, få pant for flasker eller på andre måder lave penge for eksempel ved at sælge Hus Forbi ved Amagercenteret. Desuden pendler en række stofbrugere fra Sundholm til det kommunale rusmiddelbehandlingscenter på Prags Boulevard et par kilometer derfra, hvor de er indskrevne i substitutionsbehandling.

Køns- og aldersfordelingen blandt dem, der færdes på Sundholmsområdet, ligner den generelle fordeling af socialt udsatte med ca. 80 % mænd og ca. 20 % kvinder samt en overrepræsentation af midaldrende mænd mellem ca. 40-55 år. På tidspunktet for dataindsamlingen var der også en relativt stor gruppe af unge stofbrugere, der holdt til på området.

Ud over de etnisk danske brugere og beboere er der er en overrepræsentation af borgere med grønlandsk baggrund og en gruppe med afrikansk baggrund særligt fra Somalia. Derudover er der også en del brugere med mellemøstlig baggrund, der bor på området. De ældre grønlændere udtrykker stærk afstandtagen fra brug af stoffer og beskriver sig selv som udelukkende alkohol- og hashbrugere. Brugere og beboere med grønlandsk baggrund befinder sig også ofte på Christiania eller Christianshavn Torv.

På Sundholm er der flere samlingssteder udendørs, som frekventeres flittigt af brugere af området. Langs Brigadevej, Sundholms hovedgade, samles folk på græsarealet eller omkring de bænke, der er sat op, eller ved den indrettede pergola, hvor man også kan sidde i læ. På området over for cafeen er der opsat bænke lavet af gamle paller, som også inviterer til at samles, og på området mellem de to herbergbygninger, kaldet Kirkepladsen, er der også sat bænke op, hvor folk samles. Desuden er Byhaven et attraktivt sted at opholde sig, særligt hvis man søger lidt ro. Ud over disse etablerede steder-at-være anvender nogle brugere også ofte trapperne op til nogle af bygningerne som samlingssteder. Der er også en række mere uformelle eller skjulte steder-at-være på Sundholm.

På nogle dage synes det som om, at der er en klar opdeling mellem brugerne, hvor grønlændere er at finde på bænkene under pergolaen, og gruppen af somaliere primært holder til på Kirkepladsen. På andre dage er brugerne blandede, og der er ofte en hjertelighed iblandt dem. Særligt i dagtimerne er der langt overvejende fredeligt (nærmest søvnigt) på udearealerne og i bygningerne, og på dage med godt vejr er der ofte en løftet stemning, som kan minde om en hyggelig lille festival. Stemningen kan dog hurtigt slå om og blive truende med verbale og fysiske trusler og vold. De mange politi- og ambulancetilkald vidner om dette. Nogle gange skyldes et sådant stemningsskift en konkret konflikt mellem enkelte personer, mens stemningen andre gange er generelt utryg, og hvor risikoen for overfald eller trusler forekommer særligt fremtrædende.

Stofmiljøet på Sundholm

Som stofscene er Sundholm kendetegnet ved at være omskiftelig. Visse dage ligger Sundholm helt øde hen, mens her andre dage summer eller ligefrem larmer af liv fra beboere fra herberget eller beboere fra de omkringliggende almene boliger, der hænger ud på området. Særligt uden for caféen, der om natten fungerer som natcafé, er der trængsel. På området er brugen af alkohol eller cannabis det mest iøjnefaldende rusmiddelforbrug, mens forbruget af andre stoffer er mere skjult.

Adskillige fortællinger fra brugere, personale og lokalpoliti vidner om, at der forekommer masser af stofrelaterede aktiviteter både på nogle af stofbrugernes herbergværelser og på udendørsområderne, og at der i perioder er stofhandel på en tilstødende parkeringsplads. Stofbrugere fortæller om forekomsten af uformelle interimistiske fixe- og overnatningsrum på området, der kan tjene som skjulte steder-at-være. Eksempelvis anvender nogle af beboerne områdets eneste offentlige toilet som fixerum, og der har tidligere stået en gammel ulåst bil, som for en tid fungerede som et uformelt fixe- og soverum for visse brugere, inden den blev bugseret væk.

Fra officiel side anerkendes det problematiske i ikke at have bedre muligheder for stofindtag både set i forhold til stofbrugeres sundhed og at undgå kanyler og andet stofaffald på den skole, der ligger lige op ad området (Amager Vest Lokaludvalg 2017: s. 34-35). Et samarbejde for at få etableret et stofindtagelsesrum på området er derfor igangsat (Amager Vest Lokaludvalg 2019).

Sundholms betydning varierer for borgerne i relation til deres stofbrug. Nogle af de stofbrugere, vi har interviewet, betragter Sundholm som et sted, hvor de kan være i ly og have et helle fra Vesterbros stofmiljø, som de afskærer sig fra ved at opholde sig mest på deres værelse på Sundholm eller i lokalområdet. For andre stofbrugere er Sundholm derimod mere et sted, hvor de overnatter, og hvorfra de pendler til Vesterbros stofmiljø for at købe og tage stoffer, besøge bekendte eller bare hænge ud. Således er det ofte nogle af de samme personer, der dagligt befinder sig på Sundholm, mens andres tilknytning er mere flygtig til trods for, at de har et værelse eksempelvis på herberget.

Personalet på tilbuddene og lokalpolitiet i området fortæller, at der forekommer stofsalg på Sundholm. Det kan enten være pushere udefra, som kommer til Sundholm for at inddrive gæld eller sælge stof, eller at der periodevist forekommer stofsalg i mindre omfang fra nogle af værelserne i de forskellige botilbud. At stofsalg ikke accepteres på Sundholm signaleres ved skilte, der forbyder stofsalg på området, men personalet fortæller, at det er vanskeligt at komme stofsalget til livs. I perioder med mere aggressive pushere er området ofte præget af en utryg stemning og flere voldshændelser, mens miljøet ifølge personalet er mere roligt i de perioder, hvor disse pusher er i fængsel eller fraværende af andre årsager.

Velfærdstilbud

Der er en høj koncentration af tilbud på Sundholm, både lavtærskeltilbud, der ikke kræver henvisning, og tilbud, man skal visiteres til. Disse kan overordnet inddeles i botilbud, sundhedstilbud og beskæftigelsestilbud, og de udgør en institutionel ramme med en række ressourcer omkring hverdagslivet for stofbrugere i området.

Der er forskellige former for botilbud på Sundholm. Det største tilbud er Herbergcentret, som er et midlertidigt botilbud efter Servicelovens § 110 under Socialforvaltningen i Københavns Kommune. Herbergcentret er døgnbemandet og har 56 døgnpladser (64 om vinteren) fordelt på fem etager i to bygninger. På hver etage er der fælleskøkken, et opholdsrum og et begrænset antal fælles toiletter samt bad. I Herbergcentrets reception kan beboere få udleveret busbilletter, blive mindet om vigtige aftaler, få spærret og udleveret nøglebrikker, slå en uformel sludder af med personalet eller få en kop kaffe. Hjemløse borgere kan også henvende sig her, hvis de ønsker at blive indskrevet på herberget. Herbergcentret rummer en tv-stue, som beboere og brugere af området kan opholde sig i, og et lille køkken, hvorfra personalet udleverer kaffe og mad.

Under Herbergcentrets ledelse hører også Natcaféen (SEL § 110), som anvendes af en broget skare af stofbrugere. Natcaféen har plads til 30 overnattende, som indlogeres på sovesale med køjesenge. Hver morgen skal de overnattende være ude og medbringe deres ejendele, medmindre de er heldige at få plads til dem i et af garderobeskabene. Natcaféen består desuden af et stort tilstødende opholdsrum, hvor der ofte opstår konflikt, og det er ikke sjældent politi eller ambulance tilkaldes. I dagtimerne fungerer opholdsrummet som en café med kantine, hvor beboere og brugere af området kan få et varmt måltid mad for en madbillet eller 15 kroner.

Bocentret er et andet § 110-botilbud. Bocentret er kun for kvinder og er et mere afskærmet og mindre tilgængeligt tilbud med dørtelefon og videokamera ved indgangen, hvor man skal lukkes ind af personalet. Endvidere findes det socialpsykiatriske botilbud Sundbyhus (§ 107 og § 108), som er målrettet borgere med psykisk lidelse og problematisk rusmiddelbrug, med plads til 27 beboere. Sundbyhus har de seneste år undergået en større administrativ og fysisk ændring med overvågningskameraer i fællesrum, aflåste døre o.l. Plejekollektiverne er endnu et permanent § 108-botilbud på området med 51 pladser målrettet socialt udsatte med brug for somatisk pleje.

Af sundhedstilbud på området er sygeplejeklinikken central. Det er en lille klinik, der holder åbent i hverdagene fra kl. 8-10 og kl. 11-13 med mulighed for blandt andet at få sårpleje, et bad og omsorg af klinikkens sygeplejersker. Der er efter aftale også mulighed for at hente sin medicin her, dog ikke afhængighedsskabende medicin som fx benzodiazepiner eller metadon. 1-2 gange ugentligt er der

mulighed for at få en samtale med en læge fra Sundhedsteamet i klinikken. Derudover serveres kaffe og havregryn i venteværelset, som ofte får karakter af en varmestue. Klinikken bruges i høj grad af beboere og brugere i området, men også tidligere beboere anvender sundhedsklinikken. Derudover har Sundhedsteamet, som består af to læger og et team af sygeplejersker, også kontorer på Sundholm. Teamet er udgående og dækker hele byen.

Det største beskæftigelsestilbud på Sundholm er aktivitetscenteret, som er et frivilligt tilbud om beskæftigelse til beboere på Sundholm. Det består af en række værksteder og funktioner såsom tømrerværksted, multiværksted (kreativt værksted) og Byhaven (med gartneri og hjælp til at holde rent og holde de grønne områder på Sundholm). Derudover ligger de socialøkonomiske virksomheder Bybi og Væksthuset også på Sundholm, som jobcentret visiterer til, men ingen interview- eller spørgeskemaundersøgelsesdeltagere benyttede disse steder, som typisk er for lidt mere velfungerende borgere.

Af andre velfærdstilbud kan vi nævne Københavns Kommunes hjemløseenheds myndigheds-sagsbehandlere for beboere på Sundholm. Efter aftale holder de med jævne mellemrum møder med beboere, medmindre de har en myndighedssagsbehandler tilknyttet andetsteds fra (eksempelvis et rusmiddelcenter). Siden dataindsamlingens afslutning er størstedelen af Københavns Kommunes Hjemløseenhed flyttet til lokaler på Sundholm.

Ud over disse tilbud på Sundholm er der også nogle velfærdstilbud i nærområdet, som optræder i brugernes fortællinger om deres hverdagsliv. På Prags Boulevard ligger et af kommunens rusmiddelbehandlingsenheder, som tilbyder substitutionsbehandling. Dette er den mindste af kommunens tre substitutionsenheder. I 2019 var der 221 borgere indskrevet på Prags Boulevard. Her får en del af stofbrugerne fra Sundholm udleveret deres substitutionsmedicin. På Spaniensgade ligger ligeledes et rusmiddelbehandlingscenter, som behandler brug af alkohol, cannabis og centralstimulerende stoffer.

Desuden er der Psykiatrisk Center Amager, som i daglig tale bliver omtalt Digevej. Her er der psykiatrisk skadestue og sengeafsnit. Det sker fra tid til anden, at stofbrugere fra Sundholm bliver indlagt her, men de bliver ofte hurtigt udskrevet igen eller forlader stedet uden at være færdigbehandlede. Derudover er der distriktspsykiatrien på Hans Bogbinders Allé, men kun enkelte stofbrugere beretter om at gå i fast behandling her. Derudover frekventerer to-tre sygeplejersker fra det psykiatriske gadeplansteam Sundholm for at støtte borgere med psykiatriske problemstillinger og for at hjælpe dem videre i systemet.

Primært fokus i dataindsamlingen

Vi har hovedsageligt indsamlet data i de tilbud på Sundholm, som stofbrugere benytter, det vil sige i Herbergcenterets opholdsstue, i natcaféen og arealerne uden for denne. Spørgeskemaundersøgelsen er desuden også blevet udført på rusmiddelcenteret på Prags Boulevard.

Vi har derudover interviewet en række professionelle på deres arbejdspladser, både på Sundholm og andre steder på Amager og i København. I alt er der gennemført 25 kvalitative interviews med 26 borgere i alderen 25-63 år, heraf 7 kvinder og 19 mænd, og 72 udsatte stofbrugere i alderen 24-70 år har svaret på spørgeskemaet, heraf 20 kvinder og 52 mænd.

Interviews med fagprofessionelle dækker medarbejdere fra Herbergscentret Sundholm, Sundhedsteamet, Sygeplejeklinikken, Sundholm, Rusmiddelbehandling Prags Boulevard, skæve boliger, Københavns nærpoliti og jobcentret. Vi har derudover lavet interviews og uformelle samtaler med en række lokale aktører fra biblioteker, lokaludvalget og Urbanplanens helhedsplan. Endelig har professionelle på Sundholm og rusmiddelbehandlingscenteret på Prags Boulevard skrevet dagbøger om deres arbejde.

Case 2 Vold og stoffer som en ‘naturlig’ del af livet

Stoffer har spillet en fremtrædende rolle i hele Anders’ liv. Han fortæller, at han er født som abstinensbarn, fordi hans mor tog stoffer under graviditeten. Som barn var Anders indlagt på børnepsykiatrisk afdeling i en længere periode, mens hans mor var indlagt på en slags kvindehospital. Gennem barndommen og teenageårene boede Anders hos forskellige plejefamilier og sporadisk hos sin mor. Men som 18-årig fandt han sin mor død af en overdosis metadon i deres lejlighed. Han har aldrig kendt sin far. Gennem det meste af sit liv har Anders tyet til vold, når han følte sig presset. Som ung fik han en forvaringsdom og boede derefter på et bosted i Jylland i 13 år. Siden har Anders boet skiftevis på gaden i Vesterbros stofmiljø, hos forskellige venner og bekendte og på herberg, indtil han mødte sin nuværende kæreste, Karen.

Anders og Karen er begge i slutningen af 30’erne, og de lever sammen i en lejlighed i omegnen af Tåstrup. Et par gange om måneden følges Anders og Karen ad til Vesterbro for at købe og tage kokain. De har tidligere levet et mere aktivt liv på den åbne stofscene, men har nu trukket sig lidt tilbage og tager kun derind, når de mangler stoffer.

Vold og aggressioner er fulgt med Anders på den måde, at han også som voksen kan trække på disse reaktionsmønstre som en del af et handlerepertoire, når han er ude for konflikter eller skal løse problemer. Han fortæller:

> Jeg snakker ikke først. Det siger KAPOW, og så snakker vi bagefter. … Jeg kan ikke tåle at gå igennem Strøget, jeg får psykiske problemer. Der er det der pres. Og så føler jeg virkelig ikke, at folk tager hensyn til nogen andre end dem selv. Min kæreste bliver helt flov, hvis jeg puster mig op og bare går igennem.

Anders oplever også ofte, at hans til tider aggressive og voldelige attitude giver problemer for ham. Han fortæller, at han altid får karantæne i de forskellige sociale tilbud, han benytter sig af, og det har han også fået fra det substitutionsbehandlingscenter, hvorfra han får sin metadon. Karen, som får sin substitutionsmedicin fra samme center, fortæller om Anders: ”Han får det [metadon] kørt hjem, fordi de [personalet] ikke tør at have ham derude. Fordi når han bliver frustreret, så bliver han meget aggressiv.”

Den oplevelse deler Anders, som siger om personalet: ”De kan ikke lide mig derude, de er bange for mig.” Derfor må han ikke møde op på behandlingscenteret, men får sin metadon leveret på hjemmeadressen, hvilket er en service, meget få stofbrugere modtager.

Anders og Karen føler sig ikke så hjemme på Vesterbro længere, efter der er kommet mange nye aktive stofbrugere på stofscenen. Det er især udlændingene, som de er utrygge ved. Alligevel føles det nødvendigt for Anders at opsøge stofmiljøet. Han fortæller, at han generelt har det dårligt, især psykisk, og at stofferne har en beroligende effekt på ham: ”For os er coke ligesom medicin i mine øjne. Det er, ligesom hash også er medicin for mig. Det sætter en dæmper på al den ballade, som jeg har inde i hovedet.”

Anders er diagnosticeret med PTSD og ADHD, og ud over sin metadon får han også udskrevet benzodiazepiner af sin læge og noget andet medicin til at slappe af på. Han oplever, at han har brug for både medicin og illegale rusmidler for at få sin hverdag til at fungere på en måde, der gør, at han kan holde livet ud.

Gæster til
REDEN
WALL

Kapitel 3 Kvantitativ beskrivelse af stofbrugerne i undersøgelsen

Esben Houborg

I dette kapitel beskriver vi gruppen af stofbrugere, som deltager i vores spørgeskemaundersøgelse. Der er tale om en kvantitativ beskrivelse og dermed adskiller dette kapitel sig fra resten af bogen, som er baseret på kvalitative interviews med stofbrugere og praktikere. Kapitlet kan derfor læses igennem eller bruges som opslag i forbindelse med de henvisninger til resultaterne i kapitlet, der er i de andre kapitler i bogen.

Spørgeskemaundersøgelsen med de marginaliserede stofbrugere, som dette kapitel er baseret på, er gennemført i de tre kvarterer, som indgår i vores undersøgelse: Vesterbro, Nordvest og Amager. På Amager har vi i særlig grad fokuseret på Sundholm. Det er vigtigt at have in mente, når vi senere sammenligner, hvordan deltagerne fra de forskellige områder har svaret på spørgsmålene i spørgeskemaundersøgelsen.

Rent praktisk foregik dataindsamlingen til spørgeskemaundersøgelsen sådan, at vi tog ud på rusmiddelbehandlingstilbud og forskellige lavtærskeltilbud og udfyldte spørgeskemaerne sammen med de stofbrugere, der opholdt sig der. Vi talte udelukkende med stofbrugere, som brugte eller havde brugt illegale stoffer ud over cannabis. Mens vi udfyldte spørgeskemaerne sammen med stofbrugerne, fik de mulighed for at uddybe deres svar. Vi fik således også deres begrundelser for deres besvarelser. Langt de fleste af samtalerne blev lydoptaget, og derfor har vi efterfølgende kunne foretage en kvalitativ analyse af spørgeskemainterviewene ud over den statiske analyse, som vi præsenterer i dette kapitel.

Vores spørgeskemaundersøgelse afspejler dels en interesse i at få beskrevet målgruppen med en række almindelige demografiske karakteristika som alder, køn med mere og dels en interesse i at vide, hvordan forhold, som vi ved spiller en rolle for marginaliserede stofbrugere, opleves af vores informanter. Vi ved for eksempel, at der er meget vold i stofmiljøerne, så derfor har vi også spurgt ind til oplevelser med vold, om hvor man føler sig tryg, og hvem man kan få hjælp af. Tilsvarende ved vi, at stofbrugere ofte er pressede på deres økonomi, og derfor spørger vi blandt andet om, hvordan de skaffer penge til rusmidler, og hvor de kan få hjælp til for eksempel mad. Vi ved også, at socialt marginaliserede stofbrugere har et dårligt helbred, og derfor har vi også stillet en række spørgsmål omkring dette.

I det følgende vil vi først præsentere, hvordan deltagerne i undersøgelsen har svaret på spørgsmålene som en samlet gruppe. Derefter ser vi på, hvordan deltagerne, som blev interviewet i de forskellige områder af byen, har svaret. Vi præsenterer udelukkende deskriptiv statistik. Det vil sige, at vi viser antal personer og andel af personer, som har svaret på spørgsmålene. Vores kvantitative undersøgelse bygger på 243 besvarelser. Deltagerne fordeler sig med 92 (38 %) fra Nordvest, 86 (35 %) fra Vesterbro og 64 (26 %) fra Amager.

Tabel 1: Køn, alder, statsborgerskab og bopælskommune

	Antal	Procent
Kvinder	59	24,3 %
Mænd	182	74,9 %
Alder gennemsnit	45,6	
Statsborgerskab	185	77,8 %
København som bopælskommune	197	81 %

Blandt deltagerne uden dansk statsborgerskab havde 36 % (n=21) permanent opholdstilladelse, 14 % (n=8) midlertidig opholdstilladelse, 17 % (n=10) var afviste asylansøgere, 17 % (n=10) var EU-borgere med lovligt ophold og 2 % (n=1) var EU-borgere med ulovligt ophold.

Boligsituation

Hjemløshed og problemer med rusmidler er ofte forbundet og kan gensidigt forstærke hinanden, således at hjemløshed kan gøre det sværere at få styr på rusmiddelproblemer, og rusmiddelproblemer kan føre til en ustabil boligsituation (Couman & Spreen 2003; Neale 2001). Dertil kommer, at hjemløshed er forbundet med større risici med hensyn til stofrelaterede skader, sygdom, at blive udsat for vold og overgreb m.v. (Rhodes et al. 2006). I vores undersøgelse har vi opdelt deltagernes boligsituation i tre kategorier: 1) egen bolig, 2) botilbud (herberg, botilbud, asylcenter m.v.) og 3) ustabile boligforhold (sover på gaden, væresteder, natcaféer eller hos venner og bekendte) [3].

[3] Vi spurgte også, om deltagerne havde egen bolig, men ikke brugte den. Det var der 4 af deltagerne, der bekræftede.

Tabel 2: Boligforhold

	Antal	Procent
Egen bolig	127	52 %
Botilbud	61	25 %
Ustabil boligsituation	56	23 %

Blandt deltagerne med en ustabil boligsituation var der 19 personer (8 %), som fortalte, at de sov ’på gaden’ eller lignende, 24 (10 %) svarede at de overnattede på væresteder, i natcaféer og lignende, mens der var 8 (3 %), som overnattede hos familie, venner eller bekendte.

Økonomi og forsørgelsesgrundlag

Stofbrugere som dem, der indgår i denne undersøgelse, har ofte en belastet økonomisk situation, fordi de lever af overførselsindkomster og har et større eller mindre forbrug af illegale stoffer. Derfor har vi også spurgt ind til vores undersøgelsesdeltageres forsørgelsesgrundlag. Langt størstedelen af deltagerne i undersøgelsen modtog kontanthjælp eller førtidspension. Nærmere bestemt var det halvdelen (50 %), som modtog kontanthjælp, og en femtedel (21 %), som modtog førtidspension. Der var kun 3 af deltagerne, som var i fuldtidsbeskæftigelse, og 5 personer, som var i deltidsbeskæftigelse. Derudover svarede 8 personer (3 %), at de havde sort deltidsarbejde eller løsarbejde. Der var 12 deltagere (5 %), som modtog folkepension, og nogle få personer, der modtog integrationsydelse (3 pers), sygedagpenge (4 pers.) og SU (3 pers.). Der var i alt 202 personer (83 %), som svarede, at de havde en formel indkomst fra lønarbejde eller overførselsindkomst.

Tabel 3: Forsørgelsesgrundlag

	Antal	Procent
Arbejde (fuldtid og deltid)	8	3 %
Kontanthjælp	122	50 %
Førtidspension	50	21 %
Andre overførselsindkomster	22	9 %

I kapitel 8 kommer vi nærmere ind på undersøgelsesdeltagernes forsørgelsesgrundlag, blandt andet på de udfordringer, der kan være forbundet med at leve op til betingelserne for at få kontanthjælp.

Da de for eksempel har brug for at finansiere et forbrug af illegale stoffer, er det ikke ualmindeligt, at marginaliserede stofbrugere benytter sig af forskellige indkomstgenererende aktiviteter. Vi spurgte også deltagerne om andre mere uformelle indtægter, herunder indtægter fra kriminalitet.

Tabel 4: Indkomstgenererende aktiviteter

	Antal	Procent
Pantsamling	44	18 %
Salg af Hus Forbi, Illegal eller lignende	24	10 %
Tyveri eller røveri	20	8 %
Stofsalg eller medvirken til stofsalg	19	8 %
Tiggeri	18	7 %
Sexarbejde[4]	4	2 %

I kapitel 4 og 5 kommer vi nærmere ind på nogle af de forskellige indkomstgenererende aktiviteter, som deltagerne i vores undersøgelse benytter sig af. De forskellige uformelle indtægtskilder kan illustrere det behov, som marginaliserede stofbrugere har for at skaffe penge.

Sundhed

Deltagerne i denne undersøgelse tilhører en befolkningsgruppe, som bliver udsat for mange belastninger i forhold til deres fysiske og psykiske sundhed, både pga. de risici som deres forbrug af stoffer og alkohol medfører, men også på grund af den marginaliserede tilværelse de lever.

Det er dokumenteret, at der er en social ulighed i sundhed, hvor de grupper af befolkningen med de korteste uddannelser og den laveste indkomst også er dem med den dårligste sundhed (Ahlmark et al. 2018). Imidlertid har den sociale ulighed i sundhed en særlig karakter blandt socialt marginaliserede mennesker, fordi de sociale problemer, de oplever, og deres dårlige helbred gensidigt kan forstærke hinanden (Diderichsen et al. 2011). Samtidig oplever marginaliserede borgere og ikke mindst marginaliserede stofbrugere ofte forskellige relationelle og strukturelle barrierer med hensyn til at få den behandling, de har brug for fra sundhedsvæsenet (Benjaminsen et al. 2018; Pedersen 2018).

Det kan handle om, at de har svært ved at klare de krav, som et højeffektivt sundhedsvæsen stiller til borgerne, eller det kan handle om, at de føler sig stigmatiserede. På den baggrund spurgte vi

[4] Her er der sandsynligvis tale om en underrapportering. Vi har i forbindelse med den kvalitative del af undersøgelsen interviewet 13 kvinder, som tjente penge ved sexarbejde eller havde gjort det (se Kronbæk et al. 2022).

deltagerne, om de regnede med at kunne få hjælp fra sundhedsvæsenet, hvis de fik brug for det. Hertil svarede halvdelen, 119 personer (49 %), at det regnede de ”helt sikkert” med, mens 30 % (n=74) svarede ”ja, måske”, mens 14 % (n=35) svarede nej.

Vi stillede også deltagerne en række spørgsmål om deres helbred, hvor et af spørgsmålene var, hvordan de oplevede deres eget helbred.

Tabel 5: Selvvurderet helbred

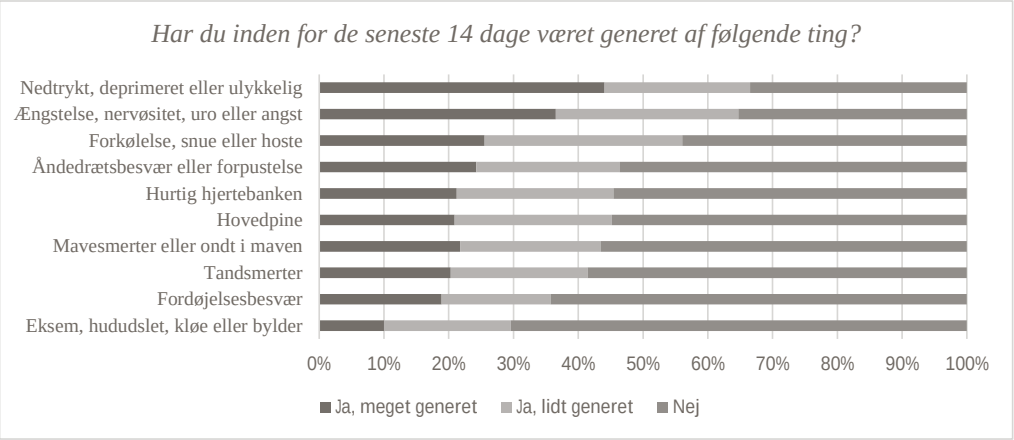
Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?	Antal	Procent
Fremragende	15	6 %
Vældig godt	24	10 %
Godt	91	37 %
Mindre godt	69	28 %
Dårligt	40	16 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	2	1 %
Ekskluderet	2	1 %
Total	243	100 %

Som det fremgår af tabellen ovenfor, var der omkring halvdelen (53 %, n=130), der oplevede deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, mens der var lidt under halvdelen (44 %, n=109), der oplevede deres helbred som mindre godt eller dårligt. I kapitel 9 kommer vi nærmere ind på stofbrugernes helbred og adgang til sundhedsydelser.

I vores undersøgelse har vi anvendt spørgsmål fra undersøgelsen SUSY Udsat, som er en undersøgelse, der bliver lavet hvert femte år omhandlende sundhed, sygelighed og trivsel blandt marginaliserede mennesker i Danmark (Ahlmark et al. 2018). Det giver os mulighed for at lave sammenligninger. I SUSY Udsat har deltagerne også vurderet deres helbred. Hvis vi ser på den subgruppe, der rapporterer at have et stofmisbrug i SUSY Udsat, var der 46 %, som svarede, at de oplevede deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, mens der var 85 % af befolkningen generelt, som svarede det samme (Ahlmark et al. 2018: s. 43). Det vil sige, at med hensyn til selvvurderet helbred lå vores population på niveau med populationen, der rapporterede stofmisbrug i SUSY Udsat, og begge populationer lå markant under befolkningen som helhed.

Vi stillede også deltagerne en række spørgsmål, som handlede om, i hvilket omfang de inden for de seneste 14 dage havde oplevet forskellige fysiske eller psykiske gener. Her var der gennemgående mellem 50 % og 70 %, som svarede, at de ikke havde oplevet disse gener.

Figur 1: Oplevede gener de seneste 14 dage



Det fremgår af besvarelserne, at de ting, der havde generet deltagerne mest, var ting af psykisk og følelsesmæssig karakter. De gener, som den største andel oplevede, var således, at de følte sig ”nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig” efterfulgt af ”ængstelse, nervøsitet, uro eller angst”. Der var 43 % (n=104), der svarede, at de var meget generet af nedtrykthed m.v., og der var 36 % (n=88), som var meget generet af ængstelse m.v. Med hensyn til somatiske lidelser var flest generet af ”forkølelse, snue eller hoste” samt ”åndedrætsbesvær eller forpustelse”. Samlet set viser svarene, at deltagerne ser ud til at leve med både somatiske som psykiske belastninger.

Vi spurgte også deltagerne, om de havde en diagnosticeret sindslidelse, hvilket 82 personer (34 %) svarede, at de havde. Fordelingen af de forskellige diagnoser fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 6: Psykiatriske diagnoser[5]

	Antal
Afhængighed	2
Skizofreni m.m.	16
Affektive lidelser	15
Nervøse tilstande	50
Personlighedsforstyrrelser	11
ADHD, ADD	17

Brugere af illegale rusmidler, ikke mindst injektionsbrugere, er i særlig risiko for at få en smitsom sygdom, specielt HIV og hepatitis. Vi spurgte derfor deltagerne, både om de var blevet testet for HIV

[5] Vi spurgte deltagerne om de havde en psykiatrisk diagnose og derefter hvilken diagnose, de havde.

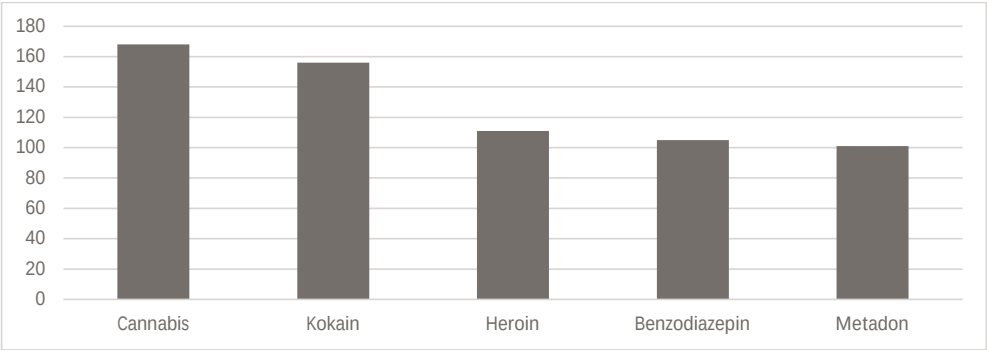
og hepatitis samt tuberkulose og om testresultatet. 93 (38 %) af deltagerne var blevet testet positive for hepatitis C, 12 (5 %) var blevet testet positive for HIV, og 11 (5 %) var blevet testet positive for tuberkulose. I den sammenhæng er det naturligvis relevant, hvor mange der var blevet testet. Både hvad angår HIV og hepatitis C, var det langt de fleste, der var blevet testet, omkring 80 %, mens det var omkring 75 %, der var blevet testet for tuberkulose.

Der viste sig imidlertid en væsentlig forskel, når vi sammenlignede deltagere, som var i substitutionsbehandling, med deltagere, som ikke var i behandling. Det var således 90 % af de deltagere, der var i behandling, som var blevet testet for HIV, mens det var 64 % af dem, der ikke var i behandling. For hepatitis C var det 92 % af dem, der var i substitutionsbehandling, som var blevet testet, mens det var 51 % af dem, der ikke var i behandling.

Forbrug af rusmidler

Fokus i undersøgelsen er jo stofbrugere, og derfor har vi selvfølgelig haft en særlig interesse i vores informanters brug af rusmidler. Vi har derfor stillet en lang række spørgsmål om hvad, hvordan, hvor meget, sammen med hvem osv. I forbindelse med undersøgelsen spurgte vi til deltagernes forbrug af rusmidler. I forhold til illegale rusmidler spurgte vi om, hvilke stoffer de havde brugt det seneste år. Ud af de 243 deltagere var der 22, som ikke havde brugt illegale stoffer i løbet af det seneste år. I figuren nedenfor har vi taget de vigtigste stoffer med, dvs. dem der blev brugt flest af.

Figur 2: Forbrug af illegale stoffer seneste år



Som det fremgår af figuren, er cannabis det hyppigst benyttede illegale rusmiddel (n=168, 69 %), efterfulgt af kokain (n=156, 64 %), heroin (n=111, 46 %), benzodiazepin (n=105, 43 %) og metadon (n=101, 42 %). De forskellige rusmidler præsenteres nærmere på side 84.

Ud over at spørge deltagerne om hvilke illegale stoffer de brugte, spurgte vi dem også om, hvor ofte de brugte dem. Det var lidt over halvdelen (n=121, 54 %), som brugte stoffer mindst en gang om dagen, varierende fra én gang til tyve gange om dagen. Det var 10 % (n=23), der brugte stoffer en gang om dagen, mens det var 44 % (n=98), som brugte dem mere end en gang om dagen. Der var 9 % (n=19), som brugte dem flere gange om ugen, men ikke dagligt, og 14 % (n=31), som brugte illegale stoffer en gang om ugen eller sjældnere.

Tabel 7: Hvor ofte bruger du stoffer?

	Antal	Procent
Ugentligt eller sjældnere	31	14 %
Et par gange om ugen (ikke hver dag)	19	9 %
En gang om dagen	23	10 %
2-4 gange dagligt	54	24 %
5-9 gange om dagen	23	10 %
10-14 gange om dagen	10	5 %
15-19 gange om dagen	2	1 %
20 gange om dagen eller mere	9	4 %
Der er for store udsving til, at det typiske indtag kan vurderes	31	14 %
n/a[6]	19	9 %
Total[7]	221	100 %

En anden måde at beskrive forbruget af stoffer på er ved at spørge om, hvor mange penge deltagerne har brugt på stoffer den seneste måned. I tabellen nedenfor har vi inddelt svarene i intervaller.

Tabel 8: Hvor mange penge har du cirka brugt på stoffer den seneste måned?

	Antal	Procent
0 kr.	72	30 %
1 kr. - 499 kr.	36	15 %
500 kr. - 1999 kr.	45	19 %
2000 kr. - 4999 kr.	27	11 %
5000 kr. - 19999 kr.	33	14 %
20000 kr. eller mere	6	2 %
n/a	11	5 %
Ekskluderet	13	5 %

[6] Vi bruger betegnelsen n/a til at indikere ugyldige svar.
[7] Omfatter kun personer, som har svaret, at de har indtaget illegale stoffer det seneste år.

I gennemsnit havde deltagerne brugt 2.647 kr. om måneden på illegale stoffer, men hvis vi udelukkende ser på dem, der bekræftede, at de havde brugt penge på stoffer den seneste måned, var gennemsnitsbeløbet 3.944 kr. Set i lyset af at langt hovedparten af deltagerne fik kontanthjælp, førtidspension eller andre overførselsindkomster, er det forståeligt, at en del af dem havde brug for alternative indtægtskilder for at finansiere deres forbrug af stoffer.

Da vi sammenlignede deltagere i substitutionsbehandling med deltagere, som ikke var i substitutionsbehandling, så vi, at det var 56 % af deltagerne i substitutionsbehandling og 72 % af de deltagere, som ikke var i substitutionsbehandling, der havde brugt penge på stoffer den seneste måned. Samtidig havde de deltagere, som var i substitutionsbehandling og havde købt stoffer den seneste måned, i gennemsnit brugt et mindre beløb på stoffer end de deltagere, som ikke var i substitutionsbehandling. Deltagere i substitutionsbehandling, som havde brugt penge på stoffer, oplyste, at de i gennemsnit havde brugt 3.764 kr., mens deltagere uden for behandling havde brugt 4.450 kr. Dette indikerer, at substitutionsbehandling kan nedsætte forbruget af illegale stoffer. Denne effekt er velbeskrevet i litteraturen og er en af rationalerne bag det at tilbyde substitutionsbehandling (Ege 1997).

Samtidig viser vores data dog også, at der er mange, der fortsætter med at bruge illegale stoffer, selvom de er kommet i substitutionsbehandling. Dette bekræftes yderligere af, at det kun var 10 % af deltagerne i substitutionsbehandling, som svarede, at de ikke havde brugt illegale stoffer det seneste år. For deltagerne uden for substitutionsbehandling var det 7 %.

Hvor indtages stoffer?

Anskuet i forhold til skadesreduktion har det betydning, hvor man indtager stoffer, da nogle steder er mere risikable end andre. For eksempel kan stofindtagelsesrum gøre indtagelsessituationen mindre risikabel med hensyn til overdoser, smitte og andre skader, end hvis stofferne indtages i det offentlige rum. Derfor er det naturligvis også relevant at se på, hvor deltagerne har indtaget stoffer, og vi spurgte dem derfor om, hvor de havde indtaget stoffer den seneste uge.

Tabel 9: Sted for indtagelse af stoffer den seneste uge

	Antal	Procent
I stofindtagelsesrum	60	27 %
I et andet sundhedstilbud	27	12 %
Hjemme	97	44 %
Hos venner og bekendte	59	27 %
Herberg/hotel/opholdssted	45	20 %
Natcafe, værested el.lign.	13	6 %

Til fester, på klubber eller barer	7	3 %
Offentlig eller privat ejendom	67	30 %
Andet	20	9 %
Har ikke taget stoffer i den sidste uge	37	17 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	1	0 %
n/a	8	4 %
Total	221[8]	100 %

Lidt over en fjerdedel af deltagerne havde brugt et af de to stofindtagelsesrum på Vesterbro i løbet af de seneste 14 dage, men vi ser også, at hjemmet er det sted, hvor der hyppigst indtages stoffer. Stofindtagelse i hjemmet er forbundet med en øget risiko for dødelige overdoser. Thylstrup m.fl. har undersøgt narkotikarelaterede dødsfald i Danmark fra 2008 til 2011 og fandt, at 59 % af de, der var døde af en overdosis, var fundet døde hjemme (Thylstrup, Seid, Tjagvad & Hesse 2020). Efter hjemmet var det offentlige rum eller andres private ejendom (fx trappeopgange og kælderskakter) de hyppigste steder, der var blevet indtaget stoffer. Stofindtagelse i det offentlige rum, trappeopgange m.v. er forbundet med øgede risici mht. smitte, fixeskader, vold og overgreb (Klee & Morris 1995; Small, Rhodes, Wood & Kerr 2007).

Hvem indtager man stoffer med?

En anden risikofaktor, udover *hvor* man indtager stoffer er, om man indtager stoffer alene eller ej, fordi det at indtage stoffer alene øger risikoen for en dødelig overdosis. At være sammen med andre øger muligheden for at tilkalde hjælp eller blive behandlet med Naloxone, som er en modgift mod overdoser med opioider. Mange stofbrugere og andre, som omgiver dem, har fået uddannelse i at bruge denne modgift (Thylstrup, Hesse, Jørgensen & Thiesen 2019). Vi spurgte derfor deltagerne, hvem de havde været sammen med den seneste uge, imens de indtog stoffer.

Tabel 10: Hvem har du indtaget stoffer med?

	Antal	Procent
Alene	99	45 %
Venner eller bekendte der selv tager stoffer	111	50 %
Venner eller bekendte der ikke tager stoffer	17	8 %
Partner	29	13 %
Øvrig familie	8	4 %
Sundhedspersonale	43	19 %

[8] Vi har kun medtaget de deltagere, som svarede, at de havde indtaget illegale stoffer det seneste år, i vores beregninger.

Andre	10	5 %
Har ikke taget stoffer den sidste uge	33	15 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	1	0 %
n/a	13	6 %
Total	221[9]	100 %

Det er næsten halvdelen af de deltagere, der bruger illegale stoffer, som har indtaget stoffer alene den seneste uge. Det er en situation. der øger risikoen for overdoser, specielt hvis det sker et sted, hvor andre ikke til stede, for eksempel i ens eget hjem. En beregning viser, at 58 personer havde svaret, at de både havde indtaget stoffer alene, og at de havde taget stoffer derhjemme i løbet af den seneste uge. Dog kan vi ikke med udgangspunkt i vores undersøgelse sige, om de to ting har været sammenfaldende, men det forekommer sandsynligt. I den forbindelse kan vi nævne, at i en undersøgelse blandt brugere af et af stofindtagelsesrummene på Vesterbro blev det fundet, at nogle brugere bevidst valgte at indtage stofferne derhjemme, fordi de oplevede at få en bedre rusvirkning af det (Houborg, Holt & Bancroft 2018).

Substitutionsbehandling

Substitutionsbehandling er en behandlingsmetode, hvor illegale opioider erstattes med opioider udskrevet af en læge (typisk metadon eller buprenorfin – se side 84) (Ege 1997). Der var 164 (67 %) af deltagerne, der oplyste, at de var i substitutionsbehandling, hvilket givetvis hænger sammen med, at en stor andel af deltagerne (54 %, n=131) blev rekrutteret fra behandlingssteder, der varetager substitutionsbehandling.[10]

Substitutionsbehandling har dokumenteret virkning i forhold til, at stofbrugerne mindsker deres brug af opioider, det nedsætter antallet af stofbrugere, der bliver smittet med HIV, og kriminaliteten og dødeligheden blandt stofbrugerne falder, når de modtager substitutionsbehandling (Corsi, Lehman & Booth 2009; Fugelstad, Stenbacka, Leifman, Nylander & Thiblin 2007; Fullerton et al. 2014; Gibson, Flynn & McCarthy 1999; Marsch 1998).

Som nævnt tidligere var der ikke stor forskel på deltagere i substitutionsbehandling og deltagere uden for substitutionsbehandling med hensyn til at have brugt illegale stoffer det seneste år, men nok i

[9] Vi har kun medtaget de deltagere, som svarede, at de havde indtaget illegale stoffer det seneste år, i vores beregninger
[10] Det var 111 (46 %) af deltagerne, som blev rekrutteret på et lavtærskeltilbud.

omfanget af forbruget. Vi spurgte dog også deltagerne om, hvilke stoffer de havde brugt det seneste år, og her kom der nogle interessante forskelle frem.

Tabel 11: Brug af illegale stoffer seneste år

	Substitutionsbehandling		Ikke substitutionsbehandling	
Ingen	16	10 %	5	7 %
Heroin	77	47 %	33	45 %
Kokain	104	63 %	51	69 %
Metadon	76	46 %	23	31 %
Andre opiater/opioider,	39	24 %	21	28 %
Sove-/nervepiller	82	50 %	22	30 %
Ritalin	15	9 %	10	14 %
Amfetamin/speed	28	17 %	15	20 %
Hash, cannabis	109	66 %	57	77 %
Total	164		74	

Der var stort set lige store andele i de to grupper, som havde brugt heroin og kokain det seneste år, mens der var en større andel af dem i behandling, der havde brugt metadon. En mulig forklaring på det sidste kan være, at deltagerne har 'suppleret' den ordinerede metadon, hvis de oplevede, at de ikke fik en høj nok dosis, eller de måske havde lyst til at blive ekstra påvirket den dag. I det kvalitative materiale finder vi eksempler på dette. Det samme kunne også gøre sig gældende med hensyn til sove- og nervemedicin, hvor der også er flere af dem i behandling, som har brugt det indenfor det seneste år.

Disse tal siger kun siger noget om, hvad man har brugt, ikke noget om hvor meget man har brugt, og det var her, vi så markante forskelle på personer i deltagere i behandling og deltagere ikke i behandling. Vi spurgte deltagerne om, hvor hyppigt de typisk brugte stoffer, og fordelingen blandt deltagere i behandling og deltagere uden for behandling fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 12: Hvor hyppigt indtager du typisk stoffer?

	Substitutionsbehandling		Ikke substitutionsbehandling	
Ugentligt eller sjældnere	21	14 %	10	14 %
Et par gange om ugen (ikke hver dag)	12	8 %	7	10 %
En gang om dagen	18	12 %	2	3 %
2-4 gange dagligt	33	22 %	21	30 %
5-9 gange om dagen	13	9 %	10	14 %
10-14 gange om dagen	4	3 %	6	9 %
15-19 gange dagen	1	1 %	1	1 %
20 gange om dagen eller mere	3	2 %	6	9 %

For store udsving, kan ikke vurderes	28	19 %	3	4 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	0	0 %	0	0 %
n/a	15	10 %	3	4 %
	148	100 %	69	100 %

Der var en nogenlunde lige stor andel af deltagerne i og uden for substitutionsbehandling, som oplyste, at de havde et forbrug af illegale stoffer mindre end en dag om ugen. Blandt deltagerne i behandling var det 22 %, og blandt deltagerne uden for behandling var det 24 %. Der var en større andel af deltagerne i substitutionsbehandling, der svarede, at de typisk brugte illegale stoffer en gang om dagen. Derimod var det en større andel af deltagerne uden for behandling, som havde et forbrug, der oversteg en gang om dagen (fra 2 til 20 gange eller mere). Her var det 46 % (n=44) blandt deltagerne uden for behandling mod 30 % (n=54) blandt deltagerne i behandling. På den baggrund ser det ud som om, at deltagerne uden for behandling havde en højere forbrugsfrekvens end deltagerne i behandling. Men samtidig er det tydeligt, at mange af deltagerne i behandling havde et regelmæssigt forbrug af illegale stoffer.

Hjælp og støtte

Et af de centrale spørgsmål bag denne undersøgelse er, om marginaliserede stofbrugere får den hjælp, de har brug for og ret til. I den forbindelse har vi stillet deltagerne en række spørgsmål om, hvilke former for hjælp de benytter sig af i deres hverdag. Vi har her både interesseret os for ’formel’ hjælp i form af forskellige offentlige og private hjælpetilbud og ’uformel’ hjælp i form af den hjælp, man får fra mennesker, man kender. Formålet med at undersøge begge former for hjælp er, at vi er interesserede i, hvilke ressourcer der kan ligge i marginaliserede stofbrugeres hverdagsmiljøer og ikke kun i at se dem som brugere af hjælpetilbud.

Formel hjælp

Vi starter med den formelle hjælp, hvor vi spurgte deltagerne i undersøgelsen om, hvilke former for hjælp de brugte i hverdagen. Besvarelserne fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 13: Formel hjælp

	Antal	Procent
Bostøtte	27	11 %
Stofindtagelsesrum	75	31 %
Sundhedsrum, sygeplejeklinik	69	28 %
Stof- eller alkoholbehandling	131	54 %
Opsøgende medarbejdere på gaden	34	14 %
Psykolog	39	16 %
Læge	83	34 %
Jobcenter	67	28 %
Sagsbehandler i kommunen	68	28 %
Kontaktperson, mentor	149	61 %
Væresteder	91	37 %
Gratis eller billig mad	115	47 %
Gratis eller billig tøj	89	37 %
Tilbud fra kirker eller religiøse grupper	28	12 %
Andet	30	12 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	1	0 %
Lokalbetjente	14	6 %
n/a	5	2 %
Total	243	

Der er særligt to ting at bemærke i forhold til besvarelserne. Den første er, at der er tale om en gruppe mennesker, som benytter en lang række forskellige offentlige, sociale og sundhedsmæssige services, og på den måde afspejler svarene velfærdsstatens betydning for deres hverdag. Hvis man sammenlignede med en lignende population i for eksempel USA, ville man givetvis finde, at formelle former for hjælp spiller en langt mindre rolle i hverdagen. Det andet, der er værd at bemærke, er, at det er en stor andel af deltagerne, som benytter sig af gratis eller billig mad og tøj. Det kan ses som en afspejling af, at der er tale om en økonomisk dårligt stillet gruppe mennesker. De fleste af dem, der nævner, at de får hjælp fra kontaktpersoner, henviser til kontaktpersoner på substitutionsbehandlingstilbud (65 pers.). Vi bad deltagerne om at fortælle, hvor de havde fået gratis mad, og her svarede 67 personer, at de havde fået det i forbindelse med forskellige tilbud på Vesterbro (Mændenes Hjem, Reden, Café Klare, Dugnad, H17, Klippen), 41 havde fået det på forskellige tilbud på Sundholm, og 42 havde fået det på forskellige tilbud i Nordvest (Stæren, Hillerødgade, Theklavej). Det er i den forbindelse interessant, at de tilbud, der bliver nævnt på Vesterbro, er ’lavtærskeltilbud’, det vil sige tilbud, man ikke skal visiteres til, men hvor man kan gå lige ind, mens i hvert fald to af tilbuddene i Nordvest er tilbud, man skal visiteres til. Det kan dermed sige noget om tilgængeligheden af tilbud for marginaliserede stofbrugere i de forskellige bydele.

Uformel hjælp

Det er ikke kun formel hjælp, der bliver ydet af offentlige eller private organisationer, som har betydning for målgruppens hverdag. Den uformelle hjælp, som man kan modtage fra familie, venner og bekendte, kan også spille en vigtig rolle. Særligt hvis man befinder sig i en socialt trængt situation og/eller oplever barrierer i forhold til at få adgang til formel hjælp. Sociale relationer og sociale netværk kan derfor udgøre en vigtig social kapital for marginaliserede mennesker, der kan give dem adgang til materielle goder såvel som social anerkendelse og emotionel støtte og opbakning, som kan være svær at få adgang til andre steder.

Tabel 14: Uformel hjælp[11]

	Antal	Procent
Får penge	56	23 %
Anskaffelse af mad	63	26 %
Mulighed for overnatning	84	35 %
Hjælp til at komme i kontakt med social- eller sundhedstilbud	66	27 %
Får stoffer	50	21 %
Mulighed for at låne penge eller stoffer	118	49 %
Får kontakter til at købe stoffer	59	24 %
Hjælp til at indtage stoffer, fx hjælp til at fixe eller forberede stoffer	31	13 %
Råd og vejledning omkring stofindtag	34	14 %
Opmuntring/trøst/moralsk støtte	137	56 %
Beskyttelse mod fysiske overgreb	59	24 %
Gengældelse/hævn mod andre personer	27	11 %
Hjælp til at undgå politi/myndigheder	22	9 %
Andet	21	9 %
Får ingen hjælp	60	25 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	1	0 %
n/a	6	2 %
Total	243	100 %

Den form for hjælp, som flest svarede, at de fik af andre, de kendte, var ”opmuntring, trøst og moralsk støtte” (56 %) og ikke, som man måske kunne forvente, forskellige former for stofrelateret hjælp. Når det er sagt, fik en stor del af deltagerne den ene eller anden form for stofrelateret hjælp med ”mulighed for at låne penge eller stoffer” (49 %) som den vigtigste. Men der var også mellem en fjerdedel og en tredjedel, som fik hjælp til overnatning (35 %) og til at komme i kontakt med social- og sundhedstilbud (27 %). Bemærkelsesværdigt er det også, at der var en fjerdedel (25 %), som

[11] Vi spurgte deltagerne: ”Hvad får du hjælp til af andre, som du kender privat uden at betale for det?

svarede, at de ikke fik nogen hjælp. Det kan skyldes social isolation og ensomhed, hvilket vi vender tilbage til senere i dette kapitel og flere af de andre kapitler, men særligt i kapitel 5.

Det omvendte af at modtage hjælp er naturligvis at give hjælp, og begge funktioner kan være en vigtig del af ens sociale relationer og netværk, når man lever en marginaliseret og ressourcefattig tilværelse. Man kan i den forbindelse tale om en ”moralsk økonomi” (Bourgois & Schonberg 2009), hvor det at hjælpe andre kan være med til at skabe gensidigt forpligtende relationer, som kan give adgang til ressourcer, når man har brug for det. Vi spurgte derfor også deltagerne om, hvordan de hjalp andre, som de kendte privat, uden at få penge for det.

Tabel 15: Hjælp til andre[12]

	Antal	Procent
Giver penge	96	40 %
Anskaffelse af mad	119	49 %
Mulighed for overnatning	80	33 %
Hjælp til at komme i kontakt med social- eller sundhedstilbud	107	44 %
Mulighed for at låne penge eller stoffer	103	42 %
Giver kontakter til at købe stoffer	50	21 %
Giver stoffer	80	33 %
Hjælp til at indtage stoffer, fx hjælp til at fixe eller forberede stoffer	41	17 %
Råd og vejledning omkring stofindtag	95	39 %
Opmuntring/trøst/moralsk støtte	170	70 %
Beskyttelse mod fysiske overgreb	107	44 %
Gengældelse/hævn mod andre personer	22	9 %
Hjælp til at undgå politi/myndigheder	40	16 %
Andet	63	26 %
Giver ingen hjælp	39	16 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	1	0 %
n/a	7	3 %
Total	243	100 %

Det mest bemærkelsesværdige er måske, hvor stor en andel af deltagerne der oplyser, at de hjælper andre, og hvor varieret hjælpen er. Som det var tilfældet med at modtage hjælp, er det ”opmuntring, trøst og moralsk støtte”, flest deltagere giver til andre (70 %). Derudover er det basale ting, der har at gøre med at få hverdagen til at fungere, som fylder meget. For eksempel anskaffelse af mad (49 %), mulighed for overnatning (33 %) eller hjælp til at komme i kontakt med social- eller sundhedstilbud (44 %). Stofrelateret hjælp fylder en del, hvad enten det er i form af at give stoffer (33 %), udlåne

[12] Vi spurgte: ”Hvordan hjælper du andre, som du kender privat, uden at få penge for det?”

penge eller stoffer (42 %), råd og vejledning omkring stofindtag (39 %) og lignende. En vigtig form for hjælp, som er relateret til den risikofyldte tilværelse, marginaliserede stofbrugere lever, er ”beskyttelse mod fysiske overgreb”. Her svarede lidt under halvdelen (44 %), at de ydede hjælp til dette. Deltagerne i undersøgelsen tilhører en befolkningsgruppe, som i kraft af deres involvering i stofmarkedet på den ene side færdes i et højrisikomiljø, hvad angår vold og overgreb, og som på den anden side ofte oplever, at de mangler den beskyttelse fra ordensmagten, man kan forvente. Derfor kan det at hjælpe hinanden med beskyttelse spille en vigtig rolle i hverdagen. Det er i den forbindelse værd at bemærke, at andelen der modtog beskyttelse (24 %), var mindre end den andel, der ydede beskyttelse (44 %). I forlængelse af disse spørgsmål vil vi nu se på, hvor udsat målgruppen er med hensyn til vold og overgreb.

Vold og overgreb

Som sagt er undersøgelsens målgruppe en særlig gruppe udsatte, hvad vold og overgreb angår, fordi de færdes i miljøer, hvor der er mange potentielle gerningspersoner og tilgængelige ofre, samtidig med at der er en lav grad af beskyttelse (Cohen & Felson 1979; Felson 2002; Young & Matthews 1992). På den baggrund spurgte vi undersøgelsens deltagere, om de havde været udsat for forskellige former for trusler, vold og overgreb. Vi gav vores deltagere de samme spørgsmål, som blev stillet i den spørgeskemaundersøgelse, SUSY Udsat er baseret på. Vi har således mulighed for at sammenligne svarene. Tabellen nedenfor indeholder besvarelserne fra vores undersøgelse, besvarelserne for gruppen med ”stofmisbrug” i SUSY Udsat-undersøgelsen fra 2017 og for befolkningen som helhed, også fra SUSY-undersøgelsen.

Tabel 16: Trusler, vold og seksuelle overgreb det seneste år

	Marginaliserede stofbrugere i København[13]				SUSY Udsat 2017[14]		SUSY	
	Mænd		Kvinder		Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Lettere fysisk vold	56	31 %	25	42 %	30 %	31 %	3 %	3 %
Grov fysisk vold[15]	85	35 %	21	35 %	32 %	34 %	2 %	2 %
Seksuelt overgreb[16]	6	3 %	9	15 %				
Voldtægt					0	10 %	0	1 %
Andre seksuelle overgreb					4 %	30 %	1 %	2 %

[13] Vores undersøgelse
[14] Kategorien ”stofmisbrug” (n=304)
[15] Inkluderer ”sparket, slået med knyttet hånd eller genstand e.l.”, ”kastet mod møbler, vægge, ned ad trapper e.l.” og ”kvælningsforsøg, angrebet med kniv eller skydevåben”.
[16] I vores undersøgelse har vi kun spurgt om ”seksuelle overgreb”.

Når vi sammenligner deltagerne i vores undersøgelse med deltagere i SUSY Udsat, der har 'stofmisbrug' som problem, ser grupperne ud til at være nogenlunde lige belastede af trusler og vold (lidt større andel i vores undersøgelse, mens det er færre i vores undersøgelse, som svarede, at de havde været udsat for seksuelle overgreb).[17] Blandt deltagerne i vores undersøgelse var det 13 % af kvinderne og 3 % af mændene, som fortalte, at de havde været udsat for seksuelle overgreb det seneste år.

Der er generelt tale om en meget belastet gruppe mennesker i både vores undersøgelse og i SUSY Udsat. Det ses tydeligt, når man sammenligner med andelen af ofre i den almene befolkning, som den generelle Susy-undersøgelse fra 2017 omfatter. Her er det markant færre, der er udsat for trusler og overgreb.

Sociale relationer, social inklusion, marginalisering og forankring i stofmiljøer

Et vigtigt formål med denne undersøgelse har været at undersøge, hvordan hverdagslivet blandt marginaliserede stofbrugere i København udfolder sig. I den forbindelse har vi spurgt ind til undersøgelsesdeltagernes sociale relationer og tilhørsforhold til andre mennesker i og uden for stofmiljøerne for blandt andet at undersøge graden af marginaliseringen og undersøge, hvor forankrede disse mennesker er i stofmiljøerne (se kapitel 1). Mere specifikt spurgte vi ind til, hvem deltagerne er sammen med i hverdagen, hvor godt de kender andre stofbrugere i området, hvor de er blevet interviewet henne, og om de tror, at andre stofbrugere i området ved, hvem de er. Derefter spurgte vi deltagerne, om de havde venner, de kunne stole på, som henholdsvis brugte og ikke brugte stoffer.

Hvem er du sammen med i hverdagen?

Som sagt startede vi med at spørge deltagerne om, hvem de er sammen med i hverdagen, hvor vi gav dem forskellige svarmuligheder.

[17] Hvad seksuelle overgreb angår, er det muligt, at antallet i vores undersøgelse, som har været udsat for seksuelle overgreb, er underrapporteret, da det kan være et følsomt emne for nogle respondenter at tale om med en interviewer, man ikke har mødt tidligere. Derimod anser vi beskrivelserne af vold som retvisende, idet vold optræder som et hyppigt tema i denne og andre undersøgelser, vi har gennemført blandt stofbrugere i København.

Tabel 17: Hvem er du sammen med i hverdagen?

	Antal	Procent
Venner/bekendte der selv tager stoffer	115	47 %
Venner/bekendte der ikke tager stoffer	85	35 %
Partner	70	29 %
Øvrig familie	87	36 %
Brugere på et værested	56	23 %
Brugere på behandlingsinstitution, beskæftigelsestilbud el.lign.	35	14 %
Arbejdskollegaer	12	5 %
Andre	52	21 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	0	0 %
n/a	6	2 %
Total	243	100 %

Det fremgår af besvarelserne, at venner og bekendte, der selv bruger stoffer, var den gruppe, som flest var sammen med i hverdagen. Nærmere bestemt var det cirka halvdelen (47 %) af deltagerne, der var sammen med andre stofbrugere i hverdagen. Næstflest var sammen med familie (36 %), dernæst var det venner og bekendte, der ikke bruger stoffer (35 %), efterfulgt af en partner (29 %). Det var lidt under en fjerdedel (23 %), der var sammen med brugere fra værestede eller lignende, og færre, som var sammen med brugere på behandlingstilbud eller lignende (14 %).

Det er værd at bemærke, at det var lidt over en tredjedel af deltagerne, der svarede, at de var sammen med venner og bekendte, som ikke bruger stoffer. Det indikerer, at i hvert fald nogle af deltagerne i undersøgelsen har sociale relationer uden for stofmiljøerne, og dermed har undgået den marginalisering, der kan ligge i at miste sådanne relationer. Samtidig er det også værd at bemærke, at det også var lidt over en tredjedel, som var sammen med familie i hverdagen. Vi kan ikke vide, om familiemedlemmerne er stofbrugere, men blandt deltagerne i den kvalitative del af undersøgelsen var der flere, som beskrev, at de havde relationer med deres familier (se kapitel 12).

Vi kan ikke vide, om brugere af værestede og behandlingstilbud med videre omfatter stofbrugere, men vi kan have en formodning om, at der er stofbrugere blandt brugerne af disse tilbud. Det kan vi blandt andet se ud fra de specifikke værestede og andre tilbud, som deltagerne siger, at de bruger. På den baggrund kan vi også med en vis sikkerhed konkludere, at mange af deltagernes sociale relationer er med andre mennesker, der bruger stoffer eller har gjort det.

Bekendtskaber

For at få mere information om hvor forankrede deltagerne i undersøgelsen var i de lokale stofmiljøer, stillede vi dem en række spørgsmål: hvor godt de kendte til andre stofbrugere i området, hvor de blev interviewet, og hvor kendte, de selv troede, de var, af andre stofbrugere i området.

Hvad angår spørgsmålet om at kende andre stofbrugere i området, var det kun en femtedel (19 %), som svarede, at det ikke passede, at de kendte mange stofbrugere i området. For resten af deltagerne passede det godt (67 %) eller delvist (11 %).

Tabel 18: Jeg kender mange personer i området, der tager stoffer

	Antal	Procent
Passer godt	164	67 %
Passer delvist	26	11 %
Passer ikke	47	19 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	1	0 %
n/a	5	2 %
Total	243	100 %

En lignende fordeling fandt vi i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt andre, der brugte stoffer i området, vidste, hvem deltagerne var. Der var dog lidt flere, som svarede, at det ikke passede (23 %), og lidt færre, som svarede, at det passede godt (58 %).

Tabel 19: Folk, der tager stoffer i området, ved, hvem jeg er

	Antal	Procent
Passer godt	140	58 %
Passer delvist	40	16 %
Passer ikke	56	23 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	2	1 %
n/a	5	2 %
Total	243	100 %

Det vil altså sige, at i de områder af byen, hvor deltagerne opholdt sig mest, var det store flertal bekendt med andre, der brugte stoffer, og det store flertal mente også, at andre stofbrugere i området kendte dem. For begge spørgsmåls vedkommende svarede omkring trefjerdedele, at det passede godt eller delvist. Vi mener dermed at kunne sige, at for mange af undersøgelsesdeltagerne var de en del af de lokale stofmiljøer i større eller mindre grad.

For at få mere viden om kvaliteten af de sociale relationer med hensyn til, hvor megen støtte der var at hente i dem, og dermed om de kan ses som en ressource, der kan være med til at mestre hverdagen, spurgte vi også deltagerne, om de havde venner og bekendte, de stolede på.

At kende folk og være kendt af folk siger ikke noget om kvaliteten af relationen mellem personerne. Sociale relationer kan fungere som en vigtig social kapital, som kan give adgang til materielle ressourcer, sociale netværk og emotionel støtte, men de kan også være risikofyldte, ikke mindst i stofmiljøer eller andre marginaliserede miljøer. Strukturel sårbarhed, mangel på materielle, sociale og sikkerhedsmæssige ressourcer kan have betydning for karakteren af ens sociale relationer, således at de både kan være en risiko og en ressource (Bourgois & Schonberg 2009; Neale & Brown 2016). Et udsagn, man nogle gange hører på rusmiddelfeltet, er for eksempel, at der ikke findes venskaber blandt stofbrugere, kun bekendtskaber. Udsagn af denne karakter optræder også i vores kvalitative materiale (se kapitel 11 og 12). Men samtidig kan gensidigt forpligtende relationer mellem stofbrugere også være vigtige for at klare sig i hverdagen.

Derfor spurgte vi deltagerne, om de havde gode venner, de kunne stole på blandt folk, der brugte stoffer i de områder, hvor de opholdt sig. På det spørgsmål var det kun en femtedel (20 %), der svarede, at det passede godt og endnu færre (14 %), som svarede, at det passede delvist. Flertallet oplevede, at det ikke passede (63 %).

Tabel 20: Jeg har gode venner, som jeg kan stole på blandt folk, der tager stoffer

	Antal	Procent
Passer godt	49	20 %
Passer delvist	33	14 %
Passer ikke	153	63 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	3	1 %
n/a	5	2 %
Total	243	100 %

Besvarelserne peger altså i retning af, at deltagerne i undersøgelsen er en gruppe mennesker, som har mange stofrelaterede relationer, men at disse relationer er af en karakter, hvor tillid ikke indgår som et dominerende element.

For yderligere at undersøge deltagernes relationer med mennesker, som ikke bruger stoffer, spurgte vi dem også, om de havde gode venner eller bekendte, som ikke brugte stoffer. Her viste besvarelserne det omvendte billede end i forhold til venner eller bekendte, der brugte stoffer. Det var

således over to tredjedele af deltagerne, som svarede, at det passede godt (65 %) eller passede delvist (13 %), og under en femtedel, der svarede, at det ikke passede (18 %)

Tabel 21: Jeg har gode venner/bekendte, der ikke tager stoffer

	Antal	Procent
Passer godt	159	65 %
Passer delvist	32	13 %
Passer ikke	44	18 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	2	1 %
Ekskluderet	6	2 %
Total	243	100 %

Med disse besvarelser får vi et billede af forskelle med hensyn til den måde, hvorpå deltagerne i undersøgelsen oplevede relationer med henholdsvis stofbrugere og ikke-stofbrugere, hvor flere oplevede tillidsbaserede relationer med ikke-stofbrugere end med stofbrugere. Dette er vigtigt set i et marginaliserings- og inklusionsperspektiv, fordi vi blandt andet på baggrund af den kvalitative del af denne undersøgelse ved, at det kan være svært for stofbrugere at skabe sociale relationer uden for stofmiljøerne. En konsekvens af dette, som vi vender tilbage til, er den ensomhed, som dermed kan opstå, hvis man trækker sig fra stofmiljøerne (se kapitel 5).

Hvem føler du er en støtte for dig i dit liv?

For yderligere at undersøge betydningen af social kapital blandt deltagerne i undersøgelsen, det vil sige, hvordan sociale relationer kan være en støtte (for dem) i hverdagen, spurgte vi også om, hvem de oplevede som en støtte i deres liv. I den forbindelse fokuserede vi ikke kun på private relationer, men også relationer med forskellige grupper af professionelle såsom behandlere, læger osv. At vi her har inddraget forskellige grupper af praktikere, skyldes blandt andet, at vi ønsker et billede af de forskellige kilder til støtte og ressourcer, som deltagerne benytter sig af. Desuden er vi interesserede i, i hvilket omfang et velfærdssamfund som det danske giver marginaliserede stofbrugere adgang til ressourcer, som ikke nødvendigvis er tilgængelige for marginaliserede stofbrugere i andre lande. Vi spurgte derfor deltagerne: ”hvem føler du er en støtte for dig i dit liv?”

Tabel 22: Hvem føler du er en støtte i dit liv?

	Antal	Procent
Venner/bekendte der selv tager stoffer	65	27 %
Venner/bekendte der ikke tager stoffer	88	36 %
Partner	63	26 %
Øvrig familie	127	52 %
Psykolog	19	8 %
Læge	33	14 %
Personale i stofindtagelsesrum eller værested	70	29 %
Behandler, kontaktperson	98	40 %
Gadejuristen	30	12 %
Politiet	15	6 %
Andre	45	19 %
Ingen	12	5 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	1	0 %
n/a	7	3 %
Total	243	100 %

Når vi ser på fordelingen af besvarelser i tabellen ovenfor, er det interessant at se, at en privat (”øvrig familie”) og en professionel (”behandler, kontaktperson”) relation er de to hyppigst nævnte relationer. Det kan indikere, at nok spiller private relationer en vigtig rolle med hensyn til oplevelsen af at få støtte, men det gør professionelle relationer også. Det samlede billede er således, at nok bliver private relationer nævnt oftest, men professionelle relationer spiller også en betydelig rolle. Værdien af relationen med professionelle kommer vi nærmere ind på i kapitel 12.

En anden ting, der er værd at bemærke, er, at venner og bekendte, der selv tager stoffer, kun bliver oplevet som en støtte af lidt over en fjerdedel af deltagerne, mens venner og bekendte, der ikke tager stoffer, bliver oplevet som en støtte af lidt over en tredjedel. Det understreger således billedet af, at nok omgås deltagerne mange stofbrugere, men at kvaliteten af disse relationer i form af tillid og støtte opleves som værende lav.

Hvem føler du et ansvar for?

Ovenfor har vi set på, hvem deltagerne oplever som en støtte i deres liv, men den anden side af en gensidigt forpligtende relation er, at man tager ansvar for andre. For at undersøge deltagernes gensidigt forpligtende relationer nøjere spurgte vi dem derfor også om, hvem de føler et ansvar for.

Tabel 23: Hvem føler du, at du har et ansvar for?

	Antal	Procent
Børn	106	44 %
Forældre	80	33 %
Partner	66	27 %
Anden familie	72	30 %
Venner/bekendte	67	28 %
Hund eller andre dyr	53	22 %
Andre	74	30 %
Har ikke ansvar for nogen	24	10 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	3	1 %
n/a	6	2 %
Total	243	100 %

Når vi ser på besvarelserne, er det tydeligt, at det især er familien, som deltagerne føler et ansvar for, med børn (44 %) som dem, de fleste følte et ansvar for, efterfulgt af forældre (33 %) og anden familie (28 %). Nogenlunde lige mange følte et ansvar for venner og bekendte (28 %) og en partner (27 %), og lidt færre følte et ansvar for hunde og andre dyr (22 %). Det fortæller os, at selvom vi i undersøgelsen har med en marginaliseret gruppe af stofbrugere at gøre, så har mange af dem gensidigt forpligtende relationer med andre mennesker. Det kan ses som en kontrast til billedet af stofbrugeren som en, der kapper båndene til andre mennesker for at blive en del af et stofmiljø.

Bekymringer i hverdagen

Deltagerne i denne undersøgelse lever en socialt udsat tilværelse. Det er fremgået tydeligt af det foregående. Spørgsmålet er, hvordan det påvirker dem? Hvad er det for bekymringer, de har i hverdagen? Ved at spørge deltagerne om, hvilke bekymringer de har i hverdagen, kan vi få en idé om, hvor der kan være behov for at tilføre yderligere ressourcer eller behov for at facilitere adgangen til de ressourcer, som allerede findes.

Tabel 24: Hvilke af disse ting bekymrer du dig for i hverdagen?

	Antal	Procent
At skaffe stoffer	73	30 %
At skaffe mad	63	26 %
At have et ordentligt sted at sove	56	23 %
Ensomhed	100	41 %
Bekymring for aldrig at komme ud af stofbrug	87	36 %
Overdosis, psykose eller andre skader pga. stofindtag	53	22 %
At blive smittet med en alvorlig sygdom (fx HIV, Hepatitis)	71	29 %

Dårligt helbred	125	51 %
Anholdelse af politiet, retsforfølgelse	58	24 %
At stoffer konfiskeres	59	24 %
At svigte mennesker du holder af	148	61 %
Gæld	85	35 %
Snyd ifm. stofhandel	76	31 %
Tyveri af stoffer	57	23 %
Vold	87	36 %
Seksuelle krænkelser	38	16 %
Dårlig behandling fra tilfældige mennesker på gaden (ikke folk der tager stoffer)	72	30 %
Udvisning af Danmark	27	11 %
Andet	56	23 %
Ved ikke/ønsker ikke at svare	2	1 %
n/a	11	5 %
Total	243	

Med dette som med flere af de andre spørgsmål er det interessant, at stofrelaterede emner nok fylder en del i hverdagen for deltagerne, men der er ting, som fylder mere eller i hvert fald lige så meget. Modsvarende den støtte, som deltagerne siger, at de får fra deres familier, og det ansvar, de også føler fra familien, deres partner og venner og bekendte, er det markant, at det, som bekymrer flest, er at svigte mennesker, man holder af (61 %). Hvis vi bliver ved sociale relationer, så er det også vigtigt at notere, at en stor andel af deltagerne (41 %) havde bekymringer omkring ensomhed. Som vi tidligere var inde på, kan det være svært at erstatte de sociale relationer og netværk, man har blandt stofbrugere, med andre relationer og netværk, hvis man trækker sig fra stofmiljøet. Ensomhed kan derfor ses som en konsekvens af manglende inklusion i forhold til de mere uformelle dele af det sociale medborgerskab, som vi diskuterede i kapitel 1. Relateret til dette er det også værd at bemærke, at omkring en tredjedel (30 %) af deltagerne bekymrede sig om muligheden for at blive behandlet dårligt af tilfældige mennesker på gaden. Sikkert udtryk for en oplevelse af stigmatisering.

Som vi var inde på tidligere i dette kapitel, har en del af deltagerne et dårligt helbred, hvilket også kan ses afspejlet i deltagernes bekymringer, da det er halvdelen (51 %), som var bekymrede for deres helbred. Sundhedsmæssige bekymringer relateret til brug af stoffer spiller også en rolle for en væsentlig del af deltagerne. Lidt over en tredjedel (36 %) er bekymrede for aldrig at komme ud af deres stofbrug, en lidt mindre andel (29 %) er bekymrede for at blive smittet med for eksempel HIV eller hepatitis, mens omkring en femtedel (22 %) er bekymrede for andre stofrelaterede skader, inklusive overdoser. Forbruget af stoffer giver således anledning til en række forskellige bekymringer af helbredsmæssig karakter for en væsentlig del af deltagerne i undersøgelsen.

Endelig er der de stofrelaterede bekymringer, som er forbundet med at sikre sig stoffer og med at være en del af stofmiljøerne, herunder gæld (35 %), snyd ved stofhandel (31 %) og tyveri af stoffer (23 %). Kriminaliseringen af stofbrug, gennem kriminaliseringen af besiddelse af illegale stoffer, er også en bekymring, som flere af deltagerne har, med en fjerdedel (24 %), der både var bekymrede for at blive anholdt og for at få sine stoffer konfiskeret.

Vi har været inde på, hvor stor en andel af deltagerne der havde været udsat for vold og seksuelle krænkelser. Bekymringen for disse ting er også noget, som fylder meget.

Sammenfattende kan vi sige, at den gruppe af den danske befolkning, vi har med at gøre i denne undersøgelse, oplever en lang række belastninger i forhold til deres helbred, deres sociale situation, deres økonomi osv. Disse belastninger sætter sig også mentalt hos deltagerne som en lang række forskellige bekymringer.

Forskelle mellem de tre undersøgelsesområder

Vi nævnte i kapitel 1, at et af formålene med vores undersøgelse var et ønske om at skabe viden om hverdagen for marginaliserede stofbrugere i forskellige dele af København. I det følgende gennemgår vi nogle ligheder og forskelle, som de kommer til udtryk i besvarelserne fra de forskellige bydele. Vi tager udgangspunkt i, hvordan personer, der er interviewet i de tre bydele Vesterbro, Nordvest og Amager, har svaret.

Kønsfordelingen varierer en smule blandt deltagerne fra de tre bydele. I Nordvest var 82 % af deltagerne mænd, mens det var 71 % på Vesterbro og 70 % på Amager. Deltagerne fra Nordvest var ældst. De var i gennemsnit 48,9 år, mens deltagerne fra Vesterbro i gennemsnit var 43,7 år og deltagerne fra Amager 43,2 år. Det var 64 % af deltagerne fra Vesterbro, som havde dansk statsborgerskab, og 58 % af dem var født i Danmark. I Nordvest havde 83 % dansk statsborgerskab, og 80 % af dem var født i Danmark. På Amager havde 83 % dansk statsborgerskab, men det var kun 59 %, der var født i Danmark. Vi har altså at gøre med populationer, hvor deltagerne fra Nordvest er ældst og har den største andel af etniske danskere.

Boligsituation

Vi har undersøgt boligsituationen for de stofbrugere, vi har interviewet i de tre forskellige bydele. Her skal det huskes, at en stor del af interviewene på Amager er foretaget på Sundholm, hvilket sikkert afspejler sig i en større andel af hjemløse på Amager end i de to andre bydele. Det samlede billede er, at en mindre andel af deltagerne fra Nordvest befinder sig i en udsat boligmæssig situation end i

de to andre bydele, da det er en større andel, som har egen bolig, og en mindre andel, som er hjemløse. Andelen, som bor i et botilbud (herberg, behandlingstilbud m.v.), er nogenlunde lige stor i alle tre bydele.

Tabel 25: Boligsituation, Vesterbro, Nordvest, Amager/Sundholm

	Vesterbro		Nordvest		Amager/Sundholm	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Egen bolig	44	54 %	57	64 %	24	39 %
Hjemløs	12	15 %	7	8 %	13	21 %
Botilbud	19	23 %	24	27 %	17	27 %
Hotel m.v.	0	0 %	0	0 %	1	2 %
Familie m.v.	4	5 %	0	0 %	4	6 %
Andet	3	4 %	1	1 %	3	5 %
	82	100 %	89	100 %	62	100 %

Forsørgelsesgrundlag

Blandt deltagerne fra Nordvest er der en større andel end i de to andre bydele, som modtager førtidspension og folkepension, hvilket sikkert er udtryk for, at populationen dér er ældre end populationerne i de to andre bydele. I Nordvest oplyste 24 % således, at de modtog førtidspension, mens det var 17 % af deltagerne fra Vesterbro og 20 % af deltagerne fra Amager. Det var 9 % af deltagerne fra Nordvest, som modtog folkepension, mens det var 2 % på Vesterbro og 3 % på Amager. Det var omkring halvdelen i alle tre områder, der var på kontanthjælp, og det var én person fra hvert område, som havde fuldtidsarbejde.

Substitutionsbehandling

Der er markant forskel på, hvor stor en andel af deltagerne fra de tre bydele der er i substitutionsbehandling. Der er flest i behandling i Nordvest (83 %), næstflest på Amager (61 %) og færrest på Vesterbro (56 %). Dette kan hænge sammen med den måde, vi har rekrutteret deltagere på, men der er også tale om forskellige typer stofmiljøer i de tre bydele. På Vesterbro findes den største åbne stofscene i Norden, og den tiltrækker stofbrugere fra hele Danmark og fra udlandet. I Nordvest består stofmiljøet især af de mennesker, der bor i bydelen, og på Amager består stofmiljøet dels af mennesker, der bor i bydelen, og dels mennesker, som søger mod Sundholm.

Forbrug af stoffer og alkohol

Når vi ser på forbruget af illegale stoffer, er der tydelig forskel på besvarelserne fra de forskellige bydele. Mest markant skiller Amager sig ud, som det sted, der har den største andel, som ikke har brugt illegale stoffer det seneste år. Det drejer sig om 22 % på Amager, mens det kun drejer sig om 6 % på Vesterbro og 3 % i Nordvest. Årsagen til denne forskel er sikkert, at mange af interviewene på Amager blev foretaget på Sundholm, som er mere kendt som et alkoholmiljø end et stofmiljø. (Stoffer er dog i høj grad en del af dagligdagen på Sundholm.) Samtidig afspejler resultaterne dog også, at stoffer er en vigtig del af dagligdagen på Sundholm.

Tabel 26: Brug af illegale stoffer[18]

	Vesterbro (n=86)		Nordvest (n=93)		Amager (n=64)	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Ingen	5	6 %	3	3 %	14	22 %
Heroin	47	55 %	44	47 %	20	31 %
Kokain	64	74 %	59	63 %	33	52 %
Metadon	41	48 %	50	54 %	10	16 %
Andre opiater/opioider,	28	33 %	24	26 %	9	14 %
Sove-/nervemedicin	36	42 %	47	51 %	22	34 %
Ritalin	11	13 %	6	6 %	8	13 %
Amfetamin/speed	21	24 %	12	13 %	10	16 %
Methamfetamin	7	8 %	6	6 %	2	3 %
Hash, cannabis	60	70 %	66	71 %	42	66 %

Sammensætningen af forbruget af stoffer, specielt når vi sammenligner Vesterbro og Nordvest, ser ud til at afspejle forskellige typer stofmiljøer og måske også, at vi har interviewet forskellige typer stofbrugere i de to områder. Det er således en større andel, der bruger de traditionelle illegale stoffer kokain og heroin på Vesterbro end i Nordvest med kokain, som det mest anvendte stof. Som tidligere nævnt har kokain de sidste 10-15 år været hovedstoffet på Vesterbro. Det afspejler Vesterbro som det centrale stofmiljø og det centrale stofmarked i København. Omvendt ser vi en større andel af deltagerne fra Nordvest, som havde brugt illegal metadon og sove- eller nervemedicin. En del af dette forbrug skyldes sikkert selvmedicinering, fordi man ikke oplever at få den medicin, man synes, man har brug for fra behandlingssystemet. Det vil sige, at der kan være tale om en anden måde at bruge illegale stoffer på, som er mindre beruselsesorienteret, end den man finder blandt de der bruger kokain. Vi kommer nærmere ind på de forskellige stofmiljøer og brugsmåder i kapitel 4.

[18] Vi spurgte: ”Hvilke stoffer, som du ikke har fået udleveret af en læge, har du taget inden for det sidste år?”

Når vi ser på, hvor mange penge deltagerne har brugt på illegale stoffer, er det også tydeligt, at deltagere, som er blevet interviewet på Vesterbro, er de mest aktive stofbrugere. De havde i gennemsnit brugt 5.975 kr. om måneden på stoffer, mens deltagerne interviewet i Nordvest i gennemsnit har brugt 2.339 kr., og deltagerne interviewet på Amager har brugt 3.359 kr. i gennemsnit. At gennemsnitsbeløbet brugt på stoffer er højere på Amager end i Nordvest afspejler, at nogle af deltagerne fra Amager har svaret, at de bruger store beløb på stoffer.

En anden måde at undersøge, hvor aktive stofbrugere deltagerne er, er at undersøge, hvor ofte de indtager stoffer. Hvis vi gør det, fremgår det, at deltagerne fra Vesterbro er de mest aktive. På Vesterbro var det 57 % af deltagerne, der indtog stoffer mere end en gang om dagen, mens det var 41 % i Nordvest og 36 % på Amager. Men generelt består populationen, som vi også bemærkede ovenfor, af aktive stofbrugere, hvor flertallet bruger stoffer mindst en gang om dagen.

Tabel 27: Hvor ofte tager du typisk stoffer?

	Vesterbro		Nordvest		Amager	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Ugentligt eller sjældnere	8	10 %	13	14 %	10	20 %
Et par gange om ugen (ikke hver dag)	8	10 %	7	8 %	4	8 %
En gang om dagen	3	4 %	14	16 %	6	12 %
2-4 gange dagligt	14	17 %	29	32 %	11	22 %
5-9 gange om dagen	15	19 %	5	6 %	3	6 %
10-14 gange om dagen	7	9 %	1	1 %	2	4 %
15-19 gange dagen	1	1 %	1	1 %	0	0 %
20 gange om dagen eller mere	6	7 %	1	1 %	2	4 %
Der er for store udsving til, at det typiske indtag kan vurderes.	14	17 %	15	17 %	2	4 %
n/a	5	6 %	4	4 %	10	20 %
Total (filtreret)	81	100 %	90	100 %	50	100 %

Som vi tidligere var inde på, har det betydning set i et skadesreduktionsperspektiv, hvor man har indtaget stoffer. På den baggrund har vi spurgt deltagerne, hvor de har indtaget stoffer inden for den seneste uge, alt efter hvilke bydele de siger, de opholder sig mest i. I nedenstående tabel har vi kun medtaget fire steder (stofindtagelsesrum, hjemme, hos venner og bekendte og offentligt/privat ejendom).

Tabel 28: Hvor har du indtaget stoffer den sidste uge?

	Vesterbro		Nordvest		Amager	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
I stofindtagelsesrum	37	70 %	11	16 %	6	17 %
Hjemme	25	47 %	33	47 %	13	36 %
Hos venner og bekendte	20	38 %	18	26 %	11	31 %
Offentlig eller privat ejendom	29	55 %	13	19 %	10	28 %

Forventeligt er det en markant større andel af dem, der har Vesterbro som deres primære bydel, som har indtaget stoffer i et stofindtagelsesrum, da det er på Vesterbro, stofindtagelsesrummene findes. Det er derimod bemærkelsesværdigt, at andelen, som indtager stoffer derhjemme, er lige så stor blandt dem, der opholder sig mest på Vesterbro, som blandt dem, der opholder sig mest i Nordvest. Det kan pege i retning af, at mange af dem, der kommer på Vesterbro, pendler frem og tilbage mellem hjemmet og stofscenen.

Det er også bemærkelsesværdigt, at det er en markant større andel blandt dem, der kommer mest på Vesterbro, som har indtaget stoffer i det offentlige rum, end blandt dem, der opholder sig mest i Nordvest og på Amager. I den sammenhæng er det dog også værd at bemærke, at det er en mindre andel af dem, der opholder sig mest på Amager, som har indtaget stoffer hjemme, end dem, der opholder sig mest i de to andre områder.

Baseret på disse besvarelser har risikomiljøerne i de to områder en lidt forskellig karakter. De, der opholder sig mest på Vesterbro og i Nordvest, udsætter sig mest for de risici, der er forbundet med at indtage stoffer derhjemme (især risikoen for dødelige overdoser). Omvendt er det dem, der opholder sig mest på Vesterbro og Amager, som udsætter sig mest for de risici, der er forbundet med indtagelse af stoffer i det offentlige rum (overdoser, smitte, injektionsskader).

Brug af forskellige former for hjælp

Når vi ser på de forskellige former for hjælp, som deltagerne siger, at de har benyttet sig af, ser det ud til, at deltagerne fra Vesterbro er dem, der oftest benytter lavtærskeltilbud, efterfulgt af deltagerne fra Amager. Det er for eksempel 44 % af deltagerne fra Vesterbro, som har benyttet et sundhedsrum eller en sygeplejeklinik, mens det er 31 % af deltagerne fra Amager og kun 12 % af deltagerne fra Nordvest. Der er også en større andel fra Vesterbro, der har brugt væresteder, mens der er lidt flere i Nordvest end på Amager. En større andel på Vesterbro benyttede sig af uddeling af gratis eller billig mad og tøj end deltagerne fra de to andre bydele. Alt dette peger i retning af en gruppe på Vesterbro, der er mere afhængig af lavtærskeltilbud end i de to andre områder. Det kan måske også ses afspejlet

i, at det er en mindre andel af deltagerne fra Vesterbro end fra de to andre bydele, som oplyser, at de har fået hjælp fra kontaktpersoner og mentorer.

Omvendt kan den øgede brug af lavtærskelhjælp hos deltagerne fra Vesterbro måske også ses som en afspejling af, at Vesterbro er et område med et større antal og mere varieret udbud af lavtærskeltilbud end de to andre områder. Det forhold, at der er færre lavtærskeltilbud i Nordvest, kan betyde, at nogle af de stofbrugere, som bor dér, tager til Vesterbro for at gøre brug af de tilbud, der findes der, for eksempel Sundhedsrummet eller stofindtagelsesrummene. En sidste ting, som er værd at bemærke, er, at 15 % af deltagerne fra Vesterbro oplevede lokalbetjente som en hjælp. Det skal ganske givet ses som en afspejling af den særlige form for politiarbejde, som lokalpolitiet udfører på Vesterbro (Houborg, Kammersgaard & Søgaard 2019).

Tabel 29: Hvilke tilbud bruger du i hverdagen?

	Vesterbro		Nordvest		Amager	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Stofindtagelsesrum	45	52 %	19	20 %	11	17 %
Sundhedsrum, sygeplejeklinik	38	44 %	11	12 %	20	31 %
Stof- eller alkoholbehandling	50	58 %	43	46 %	38	59 %
Opsøgende medarbejdere på gaden	22	26 %	6	6 %	6	9 %
Kontaktperson, mentor	45	52 %	58	62 %	46	72 %
Væresteder	39	45 %	32	34 %	20	31 %
Uddeling af gratis eller billig mad	53	62 %	34	37 %	28	44 %
Uddeling af gratis eller billigt tøj	41	48 %	33	35 %	15	23 %
Lokalbetjente	13	15 %	0	0 %	1	2 %
Tilbud fra kirker eller lignende	16	19 %	10	11 %	2	3 %

Uformel hjælp

Den uformelle hjælp, der kan være tilgængelig via sociale relationer og sociale netværk, kan spille en vigtig rolle, hvis man lever en marginaliseret tilværelse, hvor det er svært at gøre brug af de forskellige ydelser og hjælpetilbud, som velfærdsstaten stiller til rådighed. I undersøgelsen har vi derfor spurgt ind til uformel hjælp. Vi vil i den forbindelse overordnet skelne mellem stofrelateret hjælp, materiel hjælp, social hjælp og affektiv eller emotionel hjælp og støtte.

Hvad angår stofrelateret hjælp, er det blandt deltagerne fra Vesterbro, at den største andel svarer, at de får denne form for hjælp, efterfulgt af deltagerne fra Nordvest, mens den mindste andel findes på Amager. Det hænger sikkert sammen med, at deltagerne fra Vesterbro er mere aktive stofbrugere end deltagerne fra de to andre områder. Hvad angår materielle ressourcer, som penge, mad og overnatning, er det igen deltagerne fra Vesterbro, der har den største andel, som får denne form for

hjælp, men denne gang efterfulgt af deltagerne fra Amager. Det er dog interessant, at forskellen med hensyn til at få hjælp til overnatning ikke er stor mellem deltagerne fra de tre bydele, når vi tager i betragtning, at der var en større andel med egen bolig blandt deltagerne fra Nordvest.

Med hensyn til sociale ressourcer, som at få kontakt til social- og sundhedstilbud eller få beskyttelse mod overgreb, er det igen Vesterbro, hvor det er den største andel af deltagere, der oplyser, at de har fået hjælp til dette. Dette fordeler sig lidt forskelligt mellem Amager og Nordvest, alt efter hvilken form for social hjælp der er tale om. Der var en større andel i Nordvest end på Amager, som fik hjælp til at komme i kontakt med social- og sundhedstilbud. Mens en større andel på Amager end i Nordvest fik hjælp til beskyttelse mod overgreb.

Endelig er der de affektive ressourcer, som handler om opmuntring, trøst og moralsk støtte. Her er det interessant, at den største andel, der beskriver, at de får den form for hjælp, findes i Nordvest, efterfulgt af Vesterbro. Det kan hænge sammen med, at der er en mere 'etableret' tilværelse med egen bolig, rusmiddelbehandling osv., som deltagerne i Nordvest lever end deltagerne fra Vesterbro og Amager. Det kan også hænge sammen med, at ensomhed kan være et problem, hvis man helt eller delvist har trukket sig fra stofmiljøet.

Tabel 30: Uformel hjælp[19]

	Vesterbro		Nordvest		Amager	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Får stoffer	25	29 %	17	18 %	8	13 %
Får penge	25	29 %	14	15 %	17	27 %
Mulighed for at låne penge eller stoffer	47	55 %	49	53 %	22	34 %
Får kontakter til at købe stoffer	30	35 %	24	26 %	5	8 %
Anskaffelse af mad	28	33 %	19	20 %	16	25 %
Mulighed for overnatning	33	38 %	30	32 %	21	33 %
Opmuntring/trøst/moralsk støtte	48	56 %	61	66 %	28	44 %
Beskyttelse mod fysiske overgreb	27	31 %	17	18 %	15	23 %
Hjælp til at komme i kontakt med social- eller sundhedstilbud	30	35 %	24	26 %	12	19 %
Hjælp til at undgå politi/myndigheder	11	13 %	7	8 %	4	6 %
Får ingen hjælp	7	8 %	19	20 %	34	53 %

Sociale og affektive relationer

Vi har tidligere fortalt, at vi interesserer os for sociologiske spørgsmål i forbindelse med marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv, og nogle af de vigtigste af disse spørgsmål omhandler

[19] Vi spurgte: "Hvad får du hjælp til fra andre mennesker, som du kender privat, uden at skulle betale for det?"

karakteren og kvaliteten af deres sociale relationer. Hvem har de sociale relationer med? Hvor stor en rolle spiller andre stofbrugere og folk, der ikke bruger stoffer, i deres sociale relationer? Hvem oplever de, at de kan stole på, og hvem føler de et ansvar for?

Når vi ser på, hvem deltagerne i undersøgelsen er sammen med i hverdagen fordelt på bydele, er det tydeligt, at deltagerne fra Vesterbro i højere grad end deltagerne fra de to andre bydele er sammen med andre stofbrugere. Den mindste andel af deltagere, som var sammen med andre stofbrugere, fandt vi på Amager. Derimod var der ikke stor forskel, hvad angår kategorien venner og bekendte, som ikke bruger stoffer. Her var andelen på Vesterbro og i Nordvest den samme, dvs. lidt over en tredjedel. På Amager var det en noget mindre andel, der var sammen med venner og bekendte, som ikke bruger stoffer.

Tabel 31: Hvem er du sammen med i hverdagen?

	Vesterbro		Nordvest		Amager	
Hvem er du sammen med i din hverdag?	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Venner/bekendte der selv tager stoffer	53	62 %	46	49 %	16	25 %
Venner/bekendte der ikke tager stoffer	33	38 %	34	37 %	18	28 %
Partner	23	27 %	32	34 %	15	23 %
Øvrig familie	38	44 %	37	40 %	12	19 %
Brugere på et værested	30	35 %	22	24 %	4	6 %
Brugere på behandlingsinstitution, beskæftigelsestilbud el. lign.	13	15 %	21	23 %	1	2 %
Andre	18	21 %	11	12 %	23	36 %

Den mest markante forskel, når deltagerne svarede på spørgsmål om karakteren af deres sociale relationer, var mellem Amager og de to andre områder. På Amager var der en større andel, der sagde, at de havde venner, der tog stoffer, som de kunne stole på, og den største andel, der havde venner, der ikke tog stoffer. Med hensyn til deltagerne fra Nordvest og Vesterbro ser vi det mønster, vi så tidligere. De kender mange i stofmiljøet, og andre fra stofmiljøet kender dem, men de har få venner, de kan stole på blandt stofbrugere.

Tabel 32: Bekendtskaber

	Vesterbro		Nordvest		Amager	
(Svar: *passer godt*)	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Jeg kender mange personer, der tager stoffer i området	55	64 %	65	70 %	44	69 %
Folk, der tager stoffer i området, ved, hvem jeg er	57	66 %	48	52 %	35	55 %
Jeg har gode venner, som jeg kan stole på blandt folk, der tager stoffer i området	12	14 %	15	16 %	22	34 %
Jeg har gode venner/bekendte, der ikke tager stoffer	47	55 %	64	69 %	48	75 %

(I denne tabel gengiver vi resultaterne for svaret ”passer godt” i en Likert-skala, som indeholder svarmulighederne: passer godt, passer delvist, passer ikke.)

Når vi går videre til at se på, hvem deltagerne fra de forskellige områder oplever som en støtte i deres liv, optræder der nogle interessante forskelle. Hvis vi fx tager udgangspunkt i oplevet støtte gennem uformelle relationer, er det for det første interessant, at deltagerne fra Amager generelt oplever mindre af denne form for støtte end deltagerne fra de to andre bydele. Interessant er det også, at det er en relativt større andel af deltagerne fra Nordvest end af deltagerne fra de to andre bydele, der oplever andre stofbrugere som en støtte i deres liv. Det kan måske hænge sammen med karakteren af stofmiljøet i Nordvest, der især består af personer, som bor i området. Det samme gør sig gældende for visse stofmiljøer på Amager, men samtidig er Sundholm et område med mere trafik til og fra.

Tabel 33: Hvem føler du er en støtte i dit liv?

	Vesterbro		Nordvest		Amager	
Hvem, føler du, er en støtte for dig i dit liv?	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Venner/bekendte der selv tager stoffer	16	19 %	36	39 %	13	20 %
Venner/bekendte der ikke tager stoffer	33	38 %	40	43 %	15	23 %
Partner	20	23 %	32	34 %	11	17 %
Øvrig familie	51	59 %	52	56 %	24	38 %
Personale i stofindtagelsesrum eller værested	36	42 %	32	34 %	2	3 %
Behandler, kontaktperson	36	42 %	38	41 %	24	38 %
Gadejuristen	19	22 %	11	12 %	0	0 %
Politiet	12	14 %	2	2 %	1	2 %
Andre	16	19 %	15	16 %	14	22 %
Ingen	5	6 %	2	2 %	5	8 %

Når vi går videre til at se på støtte fra professionelle, er det naturligt, at det er deltagerne fra Vesterbro, som oplever mest støtte fra personale på værestеder og i stofindtagelsesrum. For det første findes stofindtagelsesrummene på Vesterbro, og for det andet så vi tidligere, at deltagerne fra Vesterbro både brugte stofindtagelsesrum og værestеder mere end deltagerne fra de andre bydele. Det er på den anden side også interessant, at så få deltagere fra Amager oplever støtte fra værestеder. Der er også nogle andre for Vesterbro specifikke elementer i svarene. Nemlig, at der er flest på Vesterbro, som oplever støtte fra Gadejuristen og politiet. Det hænger givetvis sammen med det særlige fokus på stofbrugere, som Gadejuristen og lokalpolitiet har på Vesterbro.

Når vi ser på, hvem deltagerne fra de forskellige dele af byen føler et ansvar for, er der også forskelle. Især Amager skiller sig ud. På Amager svarer deltagerne i mindre grad, at de føler ansvar for andre, sammenlignet med deltagerne fra de to andre bydele. Dog med den undtagelse, at kategorien ”andre” fylder mere blandt deltagerne fra Amager end fra de to andre bydele.

Tabel 34: Hvem føler du, at du har et ansvar for?

	Vesterbro		Nordvest		Amager	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Børn	43	50 %	47	51 %	16	25 %
Forældre	44	51 %	27	29 %	9	14 %
Partner	25	29 %	30	32 %	11	17 %
Anden familie	32	37 %	35	38 %	5	8 %
Venner/bekendte	27	31 %	31	33 %	9	14 %
Hund eller andre dyr	29	34 %	18	19 %	6	9 %
Andre	26	30 %	20	22 %	28	44 %
Har ikke ansvar for nogen	9	10 %	3	3 %	12	19 %

Ellers er der store ligheder i svarene fra deltagerne fra Vesterbro og Nordvest. Dog med undtagelse af, at deltagerne fra Vesterbro oplevede større ansvar for forældre og dyr (og andre) end deltagerne fra Nordvest. Endelig er det interessant at se på dem, der svarer, at de ikke har ansvar for nogen. Her var den mindste andel i Nordvest af de der svarede, at de ikke havde ansvar for nogen, mens dens største andel var på Amager.

Bekymringer i hverdagen

I forhold til de forskellige bekymringer, vi spurgte ind til, var deltagerne fra Vesterbro generelt mest bekymrede, mens deltagerne fra Nordvest var de næstmest bekymrede. I forhold til flere af de stofrelaterede bekymringer var det en markant større andel af deltagerne fra Vesterbro, som var

bekymrede end deltagerne fra de to andre bydele. Den eneste undtagelse er kategorien bekymring for at blive smittet med en alvorlig sygdom, hvor det var nogenlunde lige store andele i de tre bydele, der var bekymrede. Den større bekymring blandt deltagerne fra Vesterbro med hensyn til stofrelaterede bekymringer hænger sikkert sammen med, at de deltager i et mere aktivt og risikofyldt stofmiljø end deltagerne fra de to andre områder. I forhold til de stofrelaterede bekymringer er det også interessant, at deltagerne fra Vesterbro var de mest bekymrede med hensyn til at blive arresteret og at få stoffer konfiskeret. Det hænger sikkert sammen med, at narkotikapolitiet i forhold til indsatsen på gadeplan især fokuserer på Vesterbro.

Tabel 35: Bekymringer i hverdagen

	Vesterbro		Nordvest		Amager	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
At skaffe mad	30	35 %	24	26 %	9	14 %
At have et ordentligt sted at sove	24	28 %	14	15 %	18	28 %
At skaffe stoffer	38	44 %	25	27 %	10	16 %
Tyveri af stoffer	33	38 %	15	16 %	9	14 %
Overdosis, psykose eller andre skader pga. stofindtag	31	36 %	16	17 %	6	9 %
At blive smittet med en alvorlig sygdom (fx HIV, hepatitis)	27	31 %	27	29 %	17	27 %
Bekymring for aldrig at komme ud af stofbrug	37	43 %	33	35 %	17	27 %
Dårligt helbred	49	57 %	47	51 %	29	45 %
Anholdelse af politiet, retsforfølgelse	31	36 %	18	19 %	9	14 %
At svigte mennesker du holder af	61	71 %	55	59 %	32	50 %
Ensomhed	39	45 %	35	38 %	26	41 %
Vold	41	48 %	31	33 %	15	23 %
Seksuelle krænkelser	17	20 %	11	12 %	10	16 %

At det var en mindre andel i Nordvest end i de to andre bydele, der bekymrede sig i forhold til at finde et sted at sove, er sandsynligvis udtryk for, at deltagerne fra Nordvest havde mere stabile boligforhold.

Opsamling

Vi har i dette kapitel præsenteret en omfattende fremstilling af deltagerne i vores spørgeskemaundersøgelse ved hjælp af deskriptiv statistik. Resultaterne viser på den ene side en gruppe mennesker, der oplever en lang række forskellige belastninger og risici, men som på den anden side også har adgang til en lang række formelle og uformelle ressourcer. Når vi i de følgende kapitler præsenterer analyser af det kvalitative materiale, vil vi komme nærmere ind på deltagernes

muligheder for at tilgå forskellige former for ressourcer og få værdi ud af dem, samt hvad det er for risici og belastninger, de oplever.

Resultaterne ovenfor peger i retning af, at med hensyn til et socialt medborgerskab og ikke mindst et levet medborgerskab er det ikke mindst i forhold til inklusion i sociale fællesskaber, som ikke er stofrelaterede, at deltagerne oplever udfordringer. I deres hverdag omgås de især andre stofbrugere, mens de relationer der har positiv affektiv værdi for deltagerne, i høj grad synes at være med familie samt venner og bekendte, som ikke bruger stoffer.

Analyserne ovenfor har også givet et billede af, at Vesterbro, Nordvest og Amager, i hvert fald for de stofbrugere vi har interviewet, udgør forskellige risiko- og mulighedsmiljøer.

I de følgende kapitler prøver vi igennem kvalitative analyser at komme tættere på, hvad der karakteriserer disse miljøer, og hvordan deltagerne oplever hverdagen i dem.

Rusmidlerne

Fra 1970'erne og frem til omkring år 2000 var heroin det primære stof i udsatte stofmiljøer. Herefter kom kokain til at spille en stadig større rolle og er i dag det dominerende stof i stofmiljøerne i København, ikke mindst på den åbne stofscene på Vesterbro (Olsen 2011). Mange stofbrugere bruger i dag flere forskellige slags stoffer.

Heroin virker smertestillende, afslappende, sløvende og dæmpende. Det dæmper blandt andet vejrtrækning og hjerteslag, og hvis man får for meget, dør man af det ved en såkaldt overdosis. Heroin skaber en fysisk tilvænning (afhængighed) (til stoffet), således at man får abstinenssymptomer, hvis man ikke får stoffet. Hvis man er blevet afhængig af heroin, skal man have det cirka fire gange i døgnet for at undgå abstinenssymptomer. Abstinenssymptomer opleves som ubehagelige, men er ikke livstruende. Ved regelmæssig brug af heroin skal stofbrugeren have stadig større mængder for at opnå en rus og undgå abstinenser.

Der findes en række andre stoffer, herunder lægemidler, der minder meget om heroin. Samlet set kaldes disse stoffer opioider. Disse er bl.a. morfin, opium, ketogan, tramadol, fentanyl, metadon og buprenorfin. Metadon og buprenorfin bruges i dag som substitutionsbehandling for afhængighed af heroin (og de andre opioider), hvor man erstatter det illegale stof med et legalt stof. Metadon har den fordel, at de fleste kun behøver at tage stoffet en gang i døgnet for at undgå abstinenssymptomer, fremfor cirka fire gange med heroin. Det samme gælder buprenorfin. Derudover kan det være svært at opnå en rus fra andre opioider, når man har taget metadon eller buprenorfin. Når man bruger metadon, buprenorfin eller andre præparater til substitutionsbehandling, er formålet at få kontrol med forbruget af stoffer, stabilisere den fysiske afhængighed og danne grundlag for psykosocial behandling og social rehabilitering (Ege 1997).

Kokain giver brugeren en oplevelse af mere energi og lyst, herunder lyst til sex. Man oplever ikke at have brug for søvn, så længe man er påvirket. Nogle bliver psykotiske, særligt hvis de har brugt kokain over længere tid. Det vil sige, at de oplever ting, der ikke er der, eller føler sig forfulgt (paranoia). Man kan ikke få en overdosis af kokain på samme måde som med heroin, men der er dog rapporteret dødsfald, hvor kroppen er kollapset efter et stort indtag af kokain.

Virkningen af kokain aftager hurtigt, ifølge nogle brugere allerede efter 20 minutter. Herefter oplever de en nedtur, der minder om depression. Hvis de tager kokain igen, forsvinder nedturen. Nogle har et mønster med kokain-indtag, hvor de tager det hyppigt over et par dage, og hvor de typisk ikke sover.

Kokain skaber primært psykisk afhængighed: ønsket om at opleve lystfølelsen igen og undgå følelsen af nedtur. Man kan sniffe eller injicere kokain eller alternativt omdanne den til crack, som ryges. Nogle kan godt lide at tage kokain og heroin sammen (en såkaldt speed ball), fordi man så både får lystfølelsen fra kokainen og heroinens dæmpende effekt, hvilket gør, at nedturen bagefter ikke opleves. Amfetamin og methamfetamin virker på samme måde som kokain. Effekten varer dog noget længere, typisk op til fire timer. Der findes ikke substitutionsbehandling for kokain og de andre stimulanser.

Alkohol bruges af mange stofbrugere som et let tilgængeligt og billigt supplement til de øvrige rusmidler. Det kan give de andre rusmidler en ekstra virkning. Det er for eksempel velbeskrevet, at mange i langvarig metadonbehandling bruger alkohol til at få den rus, som de ikke oplever at få med metadon (Pedersen 2005; Asmussen og Kolind 2005).

Piller er et udbredt, men også uklart begreb. Betegnelsen kan både dække over medicin, som man får udskrevet hos en læge, og som dermed er legal, og over piller, som man køber illegalt på gaden. I denne sammenhæng, hvor vi har spurgt til rusmidler, man ikke har fået udskrevet af en læge, er der dog tale om et illegalt rusmiddel. Piller vil typisk enten være benzodiazepiner eller en eller anden form for opioid (fx ketogan-tabletter eller metadon-tabletter, som også kaldes møllehjul). Benzodiazepiner er egentlig angstdæmpende medicin. Nogle oplever også at få en ruseffekt af tabletterne. De minder lidt om alkohol i deres effekt og kaldes også nogle gange for tørsprit. Tidligere var mange læger velvillige med hensyn til at udskrive benzodiazepiner. Men da de viste sig at være stærkt afhængighedsskabende, har lægerne strammet op på praksis på dette område. Der er lidt forskellig ordinationspraksis i systemet. Rusmiddelbehandlingsinstitutioner og egen læge er typisk meget restriktive, mens psykiatrien har en lidt mere liberal praksis. Abstinenser efter benzodiazepiner er voldsomt ubehagelige og kan være livsfarlige (minder om alkoholabstinenser). Som med alkohol bruger mange stofbrugere legale eller illegale benzodiazepiner som et supplement til de øvrige rusmidler.

Kapitel 4 Hverdagsliv i stofmiljøer

Mette Kronbæk, Kristian Relsted Fahnøe & Esben Houborg

Dette er det første af to kapitler, hvor vi beskæftiger os med stofbrugernes hverdagsliv, når de ikke er i kontakt med velfærdsstatens institutioner. Dette kapitel handler mest om livet i byens stofmiljøer, mens det næste kapitel handler om stofbrugernes sociale liv uden for stofmiljøerne. Der er dog ikke nødvendigvis nogen skarp adskillelse mellem livet i og uden for stofmiljøerne, da nogle stofbrugeres primære sociale kontakter er andre stofbrugere, og derfor kommer stoffer ofte på den ene eller anden måde til at fylde meget i hverdagen. Når vi siger, at vi beskæftiger os med stofbrugernes hverdagsliv uden for velfærdsstatens institutioner, er der heller ikke nødvendigvis tale om en skarp adskillelse, fordi velfærdsstaten i høj grad spiller ind på de muligheder og begrænsninger, risici og belastninger, som stofbrugerne oplever i deres hverdag.

En stor del af deltagerne i undersøgelsen bruger illegale stoffer og deltager som konsekvens heraf i Københavns stofmiljøer på den ene eller anden måde. I kapitel 3 fortalte vi således, at det kun var 22 ud af de 243 deltagere i spørgeskemaundersøgelsen, som ikke havde brugt illegale stoffer det seneste år. Da vi spurgte dem, der bruger stoffer, hvor ofte de gør det, var det 14 %, som brugte dem en gang om ugen eller sjældnere, mens resten brugte dem hyppigere. Lidt over halvdelen brugte illegale stoffer mindst en gang om dagen (se kapitel 3, tabel 7). Det vil sige, at en stor del af deltagerne regelmæssigt skal skaffe stoffer. Da vi spurgte deltagerne om, hvor mange penge de brugte på stoffer, var det 70 %, som havde brugt penge på stoffer den seneste måned.

I dette kapitel viser vi, hvordan stofbrugere oplever at deltage i stofmiljøer, og hvilke strategier de benytter i forhold til at begå sig i stofmiljøerne. Deltagelse i stofmiljøerne kan på den ene side give adgang til materielle ressourcer som stoffer og penge samt sociale og emotionelle ressourcer som anerkendelse, socialt tilhørsforhold og venskab, men deltagelsen kan på den anden side også være forbundet med belastninger i form af for eksempel vold og grænseoverskridende adfærd, tyveri, mistillid og utryghed.

Stofmiljøer

Stofmiljøer handler selvfølgelig om stoffer; om at bruge stoffer, om at skaffe stoffer og om at skaffe ressourcer, så man kan skaffe stoffer. Den styrende logik i stofmiljøet handler altså om at sikre sig adgang til stoffer.

For at begå sig i stofmiljøerne er det for det første vigtigt at besidde social kapital. Social kapital består af omfanget og karakteren af ens sociale netværk samt ens sociale position i stofmiljøerne (Bourdieu 2004). Det skyldes, at cirkulationen af stoffer i høj grad afhænger af de sociale relationer i stofmiljøet (Moyle & Coomber 2015; Sandberg 2008). For det andet er det vigtigt at være i besiddelse af den rigtige kulturelle kapital, hvis man skal klare sig i stofmiljøerne. Kulturel kapital består af evner og viden til at mestre de særlige måder at tale, handle og interagere på, som stofmiljøet kræver, herunder evnen og viljen til at udøve vold. I forskningslitteraturen kaldes denne særlige form for kulturel kapital nogle gange ”gadekapital” (Sandberg 2008), fordi det er en kapital, der skal til for at begå sig i det ”gademiljø”, som præger stofmiljøer (Ross 2018). Sådanne gademiljøer er karakteriserede ved at være uden for samfundets normale regulering. Stofmiljøerne kan altså kaldes for *uregulerede* i den forstand, at stofbrugerne oplever et fravær af beskyttelse fra politi eller andre myndigheder.

Deltagelse i stofmiljøer er ofte forbundet med mere eller mindre eksplicitte afvejninger af fordele og ulemper og forskellige måder at navigere på, så det bliver så lidt belastende som muligt. Af samme årsag er stofmiljøerne og deltagelse deri forbundet med ambivalens for en del af stofbrugerne. I den sammenhæng er vi interesserede i, hvordan stofbrugerne opfatter stofmiljøerne, samt hvilke belastninger, ressourcer og muligheder de finder i miljøet, og hvordan de håndterer dem. Et eksempel på håndtering er, når en stofbruger afvejer risikoen for at blive udsat for vold mod behovet for at skaffe og indtage stoffer eller tale med andre mennesker, og om vedkommende ud fra denne afvejning beslutter sig for at tage til Vesterbro eller ej.

Byens stofmiljøer

Stofmiljøer er et socialt fænomen, som opstår, når stofbrugere interagerer med hinanden omkring det at skaffe og bruge stoffer. Stofmiljøer har også en geografisk dimension, fordi stofbrugere mødes bestemte steder, hvor de fysiske omgivelser påvirker måderne, stofbrugerne interagerer med hinanden og omgivelserne på. I kapitel 3 beskrev vi de tre kvarterer i København, som vores undersøgelse er lavet i, og vi karakteriserede stofmiljøerne i de tre områder. Når vi i dette kapitel taler om stofbrugernes deltagelse i stofmiljøer, handler det således om disse forskellige miljøer.

Vesterbro er det centrale stofmiljø i København, som langt de fleste af deltagerne i undersøgelsen har et forhold til, enten fordi de kommer der, eller fordi de engang er kommet der. Men der er også andre, mindre stofmiljøer rundt omkring i byen. Vi har således identificeret stofmiljøer knyttet til

behandlingstilbud, stofmiljøer i og omkring stofindtagelsesrum, på og omkring herberger, bestemte steder i det offentlige rum og i private hjem.

Stofmiljøet på Vesterbro

Stofmiljøet på Vesterbro er referencepunkt for mange af de stofbrugere, vi har talt med. Dette skyldes, at mange af stofbrugerne mere eller mindre hyppigt kommer på Vesterbro, eller at de tidligere er kommet der. Nogle af stofbrugerne i Nordvest og på Sundholm fortæller for eksempel, at de har valgt at trække sig fra Vesterbro. Forklaringen kan være, at de har begrænset deres forbrug af illegale stoffer, eller at de oplever Vesterbro som et utrygt sted. Nogle fortæller, at de ikke længere orker hustleriet i stofmiljøet på Vesterbro, og andre at de ikke længere har kræfterne til at begå sig der.

Nogle stofbrugere bryder sig ikke om at komme på Vesterbro, men behovet for at skaffe stoffer gør, at de tager derind en gang imellem alligevel. Det gælder for eksempel et par i 40'erne, som vi møder på Vesterbro, de er netop kommet for at købe nogle stoffer. De fortæller, at de kun tager derind for at købe og derefter skynder sig at tage hjem igen. De siger, at de ikke ønsker at være sammen med 'narkomaner', fordi "narkomaner" ikke opfører sig ordentligt.

> Vi skal ikke have noget med misbrugere at gøre … Altså jeg synes, det er uhyggeligt, hvordan narkomaner lever…, de lever ikke et normalt liv ligesom jeg. Modsat dem holder jeg mig også til sandheden. Det giver mig tit problemer, fordi jeg siger sandheden. Men du kan altid huske sandheden. Men du kan ikke huske dine løgne, derfor holder jeg mig til sandheden.

Det er ikke kun utryghed, der kan medvirke til, at nogle stofbrugere ikke ønsker at komme på Vesterbro. En anden begrundelse er, at de ikke ønsker at blive fristet til at indtage stoffer, eller at de er bange for at miste kontrollen i forhold til stofferne, fordi Vesterbro er så kraftigt forbundet med stoffer og stofbrug. Trods sådanne forbehold ender det dog alligevel for nogle med, at de tager afsted, hvis de for eksempel keder sig, føler sig ensomme eller får stoftrang.

Men beskrivelserne af stofmiljøet på Vesterbro er flertydige. Der er mange, som fortæller om, hvor råt og hårdt miljøet er og kommer med eksempler på, hvordan de selv eller andre er blevet udsat for vold. Ligeledes er der mange, som fortæller om, hvordan miljøet er præget af en gadekultur, hvor alle prøver at snyde alle. Men samtidig er der også flere beretninger om, hvordan stofmiljøet på Vesterbro er et sted, hvor man møder venner og bekendte, og at det dermed er et vigtigt sted for samvær med andre mennesker.

Mange af de stofbrugere, vi har talt med, er erfarne stofbrugere, der har brugt stoffer i tyve år eller mere. En stor del af disse ”ældre” stofbrugere har tidligere været meget på Vesterbro. De fortæller, at det er sjældent, de kommer på Vesterbro i dag, men at de tager derind en gang imellem. Det gør de typisk, hvis de savner socialt samvær eller mangler stoffer. Men stofmiljøet på Vesterbro er ikke kun et sted, hvor de ældre har mulighed for socialt samvær. En kvinde i begyndelsen af fyrrerne, der bor i Nordvest, forklarer, at der ofte er få alternativer, hvis man som stofbruger trænger til selskab:

> Ja, da jeg startede, gik jeg fjorten dage [som gadeprostitueret] i Skelbækgade [på Vesterbro]. Det stoppede jeg med, fordi jeg lærte at køre Escort. Men jeg kom stadig på Vesterbro. Jeg havde valget mellem at tage derind eller at sidde alene hjemme i min lejlighed… Jeg ville ud for at snakke med folk, men det skulle være nogle, der også var på stoffer, så vi var på lige fod med hinanden…. Og det er jo klart, at man føler sig mere normal, når man er sammen med nogen, som ikke kigger skævt til en.

Selvom kvinden i dette citat ønsker at være sammen med andre stofbrugere, beskriver hendes fortælling vanskelighederne med at etablere et socialt liv uden for stofmiljøerne. Deres forsøg på dette kobles ofte sammen med fortællinger om oplevelser af at blive ekskluderet eller stigmatiseret. Særligt i fortællingerne fra stofbrugerne i Nordvest fylder vanskeligheder med at finde nogen at være sammen med, som ikke ser skævt til en, en del. Kvindens oplevelse svarer også til flere andre stofbrugeres oplevelse af Vesterbro som et sted, hvor der ikke bliver set skævt til en (se i øvrigt Houborg & Holt 2018).

Andre af de stofbrugere, vi har interviewet, fortæller, at de tager ind til Vesterbro en gang imellem ikke så meget på grund af ensomhed, men mere for at købe stoffer, når de har råd eller for at mødes med venner og bekendte. Flere beskriver, hvordan de kommer på Vesterbro en gang imellem og ’hygger sig’ med andre stofbrugere. Det sker for det meste i en sammenhæng, hvor stofindtagelse indgår. Disse beskrivelser kan minde om andre menneskers ’rekreative’ brug af Vesterbro som et sted at mødes med andre mennesker og indtage rusmidler. I citatet nedenfor beskriver et par, hvordan de kommer på Vesterbro nogle gange om måneden for at indtage stoffer og hygge sig med andre stofbrugere. De fortæller også, at de nogle gange tager ud på Christiania. De bliver spurgt om, hvorfor de kommer på Vesterbro. Manden fortæller:

> Det er jo, at så har man lyst til at tage noget coke. Og så kommer man herind og køber lidt coke og hygger sig. Og så tager man ud og kigger på Strøget lidt. Vi bliver her højst et par timer, så tager vi hjem igen. Nok tre gange om måneden vil jeg tro…

Det er således vigtigt at have for øje, at nok opleves stofmiljøet på Vesterbro som utrygt for en hel del stofbrugere, og nok er køb, salg og indtagelse af stoffer den vigtigste årsag til, at de fleste kommer på Vesterbro. Men for nogle stofbrugere spiller Vesterbro også en vigtig rolle i deres sociale liv. Dels kan bekendtskaber på Vesterbro være med til at bryde en oplevelse af ensomhed, dels kan det være et sted for rekreation. Andre fortæller også, at de kommer for at mødes med personalet på de forskellige sociale tilbud i området. Det gælder for eksempel manden i citatet nedenfor. Han har tidligere boet på Mændenes Hjem, hvor han har fået et godt forhold til personalet, ligesom han har venner blandt stofbrugerne på Vesterbro, som han godt kan lide at tage ind og hilse på.

> Jamen, så plejer jeg at rende ture ned igennem gaden, og eftersom jeg har boet på Mændenes Hjem, så kender man jo de fleste af dem, ikke? Ja, så plejer jeg at gå en tur ned igennem gaden, snakker med et par af de gamle rødder og ruller et par smøger og hilser på personalet inde på Mændenes Hjem. Og det er tit, jeg slet ikke har noget med narko at gøre, når jeg kommer ind, det er bare lige for at, ja, lave noget andet, ikke? Så kan jeg bruge en times tid, halvanden på det her, og så når jeg syntes, at nu gider jeg ikke det mere, så går jeg op og tager 250S fra Hovedbanen ...

Endelig har vi interviewet stofbrugere, som lever på Vesterbro. Nogle af dem bor på Mændenes Hjem, andre bruger Reden mere eller mindre regelmæssigt, andre er hjemløse, og atter andre er der bare i lang tid ad gangen.

For en del brugere er deres forhold til stofmiljøet på Vesterbro ambivalent. På den ene side giver rummer stofmiljøet adgang til forskellige ressourcer, som ikke bare omfatter adgang til stoffer, men også adgang til socialt samvær med andre mennesker og til forskellige former for hjælp, der er til rådighed i området. På den anden side er der en række risici og belastninger forbundet med at være en del af den åbne stofscene. Det gælder bl.a. risikoen for at blive udsat for vold og overgreb, få stjålet sine penge eller stoffer, tabe kontrollen over sit forbrug af stoffer, eller opleve stigmatisering og mistillid.

Mindre lokale stofmiljøer

Selvom stofmiljøet på Vesterbro er det mest kendte, så findes der også andre stofmiljøer rundt omkring i København. Områderne omkring behandlingstilbud for rusmiddelbrugere er steder, hvor der ofte opstår stofmiljøer. Disse stofmiljøer skabes i kraft af, at brugerne af tilbuddene og nogle gange andre stofbrugere og stofsælgere mødes der. Men der findes også stofmiljøer i områder omkring kiosker og andre specifikke steder i det offentlige rum. Her er miljøerne imidlertid sjældent

så entydigt orienterede mod stoffer som på Vesterbro. Disse københavnske miljøer er i lige så høj grad prægede af indtag af alkohol, men hvor der også foregår udveksling af stoffer.

En bruger af et behandlingstilbud fortæller om, hvordan han hænger ud sammen med andre brugere af tilbuddet forskellige steder i lokalområdet om sommeren. Han fortæller, at han er glad for det sociale samvær med andre, og han antyder i sin fortælling, at hvis han ikke hang ud med de andre brugere, ville han være ensom: ”Ja, fordi hvis vi ikke stod hernede, var vi jo ikke sammen med nogen.” Intervieweren spørger derfor ind til, hvordan det ville være, hvis de andre stofbrugere ikke var der, og manden svarer: ”Det ville være mærkeligt, for så havde vi ikke noget samvær med nogen.”

Omvendt er der også brugere, som er trætte af de lokale stofmiljøer og særligt dem, der findes rundt om behandlingstilbuddene. Det er de brugere, som ønsker at distancere sig fra stofmiljøet, og derfor oplever det som en belastning at skulle konfronteres med det regelmæssigt. En af disse brugere siger: ”Jamen jeg vil sige, det er en børnehave, rent ud sagt en børnehave… Jamen de står jo og fixer dernede i gangen og sådan noget. Det gider jeg sgu ikke at se på. Det er jeg jo ikke vant til.”

Andre brugere føler sig ikke bare generede af de lokale stofmiljøer, men føler sig ligefrem utrygge ved dem, fordi det involverer en risiko for at blive udsat for vold og få stjålet sin substitutionsmedicin. Det fortæller blandt andet en bruger om et tidligere behandlingstilbud, hvor han kom.

> Altså, [behandlingstilbuddet] var et ret hårdt miljø for mig (…), der har jeg fået tæsk op til, reelt op til flere gange. Og fået stjålet min medicin…. Fordi jeg har været et nemt offer… for dem. Jeg er jo ikke en, der slås, og hvis du står sådan her mod mig med en kniv og siger: ”Giv mig dine piller”. Så er jeg ikke den, der giver mig i kamp. Og jeg har slet ikke nogen kniv.

I kapitel 11 vil vi komme nærmere ind på rusmiddelbehandlingen og den ambivalens, som nogle stofbrugere føler ved at komme der, fordi det er forbundet med stofmiljøet.

Herberger har også stofmiljøer, og for personer, der oplever, at de har svært ved at styre deres forbrug af stoffer, kan det derfor være et problematisk sted at bo. Det var for eksempel tilfældet med brugeren nedenfor, som bor på et af byens herberger.

> Også fordi jeg har boet her et par år, og der er det gået rigtig galt. Altså, jeg. Mit misbrug eskalerede, mens jeg boede her. Nok fordi det kun er misbrugere, der er her. Simpelthen. Og når du bor her i to år, så eskalerer dit liv. Du har ikke andet end det her, og du bor sammen med mange misbrugere dagligt mere eller mindre. Og det er rigtig nemt at få fat i stoffer, hvis du ikke selv kan få fat i det, så kan du give naboen nogle penge, og så skaffer

> han dem, ikke? Vi splejser om det, hvis du ikke selv har råd til det. Det er meget nemt her. I forhold til når du bor alene, ikke?

Flere af deltagerne i undersøgelsen, som bor på herberger, fortæller, at der både kan være fordele og ulemper ved at bo et sådant sted. Vi vil komme nærmere ind på brugernes oplevelser med at bo på herberg i kapitel 12. En anden form for stofmiljø er de miljøer, der findes rundt omkring i private lejligheder, hvor stofbrugere mødes og udveksler og indtager stoffer. Nogle gange kan der være tale om faste lejligheder, hvor der foregår et mere organiseret salg og i nogle tilfælde også indtagelse af stoffer. Omvendt er der også stofbrugere, der undgår, at andre stofbrugere kommer i deres lejligheder, fordi de ønsker at holde stofmiljøet på afstand. Det vender vi tilbage til i næste kapitel.

Køb, salg og deling af stoffer

Gennem vore interviews med stofbrugerne har vi fået indblik i forskellige måder at skaffe og udveksle stoffer på. På Vesterbro er der flere udbydere af stoffer, end der er i de andre dele af byen, hvilket betyder, at man ofte kan købe stoffer dér, hvis man ikke kan få fat i dem i andre dele af byen. På en åben stofscene, som den på Vesterbro, er udbuddet af stoffer måske større, men til gengæld er risikoen for at blive snydt også større.

Stofhandel kan fungere på forskellige måder. Handlen kan fungere som en almindelig økonomisk transaktion, hvor der ikke er nogen forudgående relation mellem køber og sælger. Den slags stofhandel finder man mest på Vesterbro, fordi der her findes sælgere, som man kan købe af uden at kende dem i forvejen.

Risikoen ved at købe stoffer på den måde er, at der er en vis sandsynlighed for at blive snydt. En stofbruger fortæller, at han tager fra Sundholm til Vesterbro for at købe kokain, selvom han bliver snydt omkring halvdelen af gangene. Han forsøger at håndtere dette ved at undgå sælgere, som har snydt ham tidligere. ”Jo, så hvis du får noget lort, du ved jo, hvem der har snydt dig før, så går jeg bare hen til dem, der ikke har snydt mig. Det er nok sådan halvt/halvt.”

En anden stofbruger, som vi interviewer på Sundholm, fortæller ligeledes, at han tager ind til Vesterbro for at købe stof. Men han køber det af folk, han kender, for at undgå at blive snydt.

> Nu køber jeg ikke af nogen herude, jeg køber kun af dem, jeg kender. (…) fordi så ved jeg, hvad kvaliteten er. Ja, det kan være dårlig kvalitet. Folk vil lave penge på hvad som helst. Jeg kender nogen, som sælger. Dem har jeg kendt i over 10 år.

I mange af fortællingerne beskriver stofbrugerne betydningen af at have tillid til sælgeren og dermed betydningen af at have en forudgående relation med vedkommende eller kende nogen, der kender sælgeren. Manden, der udtaler sig i citatet nedenfor interviewede vi på Vesterbro. Han indledte med at fortælle, at nogle af de nye udenlandske sælgere på markedet er begyndt at komme fentanyl i kokainen for derefter at kunne 'rulle' køberne. Den slags undgår han selv ved at kende dem, han køber stoffer af. Han pointerer vigtigheden af at kende sælgeren ved at sige, at når man køber stof, så lægger man sit liv i sælgernes hænder.

> Men er man i det, og man vælger at gå hen og give nogle mennesker nogle penge, så lægger jeg mit liv og mit ve og vel i dine hænder, og hvis jeg har kendt dig i mange år, så går jeg ud fra, at du ikke kommer fentanyl i. Sådan er det.

Tillid handler både om ikke at sætte livet på spil, men også om ikke at blive snydt eller det, som nogle af brugerne kalder at købe 'bøf'.

Hovedparten af de stofbrugere, som ikke køber stoffer på Vesterbro, siger, at de køber af en fast pusher. Flere af dem, der bor i Nordvest og på Amager, fortæller, at de har brugt den samme pusher i årevis, hvorved de kan minimere risikoen for at blive snydt. Den måde at købe stoffer på kan for eksempel ske via telefonen. En kvinde omkring de 50 år, som vi møder på et behandlingssted i Nordvest, fortæller om dem, hun køber stoffer af:

> Nej, det er egentlig ikke nogen, jeg kender, og jeg kommer aldrig hos dem privat. Jeg har fået telefonnummeret af en ven eller veninde. Og så er jeg blevet præsenteret for pusheren, og så er det det. Hun fortæller, at de har aftalt, at hun bare ringer, og så mødes de et sted. Det foregår diskret ved at: Ja, jeg giver hånd, så får han pengene. Og når jeg så giver ham den anden hånd, så får jeg stofferne, og så går jeg. Der er ingen kommunikation. Ingen!

Vi nævnte tidligere, at behandlingstilbud, stofindtagelsesrum og andre tilbud, som stofbrugere benytter, kan være nogle af de steder, hvor stofmiljøet er lokaliseret. Nogle af de stofbrugere, som ikke kommer på Vesterbro, fortæller da også, at de køber stoffer i nærheden af deres rusmiddelbehandlingscenter. På behandlingsstederne er det de samme mennesker, der kommer hver uge, og stofbrugerne kender derfor hinanden. På den måde er det nemt at lave aftaler om stofhandel senere på ugen.

Hvis man køber af folk, man omgås til hverdag, kan det mindske sandsynligheden for snyd, fordi sælgeren ikke bare kan forsvinde i mængden. I et interview med en stofbruger, som bor på et herberg, spørger vi ham, om han er bange for at blive snydt, når han køber stoffer. Han fortæller, at han køber

stoffer på herberget, og at det minimerer risikoen for at blive snydt.

> Jeg passer altid på og holder øje med, hvad det er, jeg køber, ikke? Nu køber jeg for det meste her i huset, så ved vi jo, hvor folk er. Man bliver som regel ikke snydt her i huset. Som regel. Så, nej, det er jeg ikke bekymret for.

Som manden siger, er det ikke smart at snyde nogen, som man støder ind i hver dag på herberget. Men internt stofsalg kan også give konflikter mellem beboerne, og deres sociale status og gadekapital er afgørende for, om andre tør snyde dem eller ej.

Langt de fleste beskrivelser af, hvordan stofbrugerne skaffer stoffer, involverer beskrivelser af, hvordan sociale netværk spiller en rolle for fordelingen af stoffer i stofmiljøet. Beskrivelserne handler ofte om, at køber og sælger kender eller kender til hinanden i forvejen, eller at salget formidles af en person, som kender sælgeren i forvejen.

Cirkulationen af stoffer i stofmiljøet handler altså lige så meget om sociale relationer som om rene økonomiske transaktioner. Det fremgår eksempelvis af de tilfælde, hvor stoffer bliver delt eller foræret mellem folk, som har en forudgående relation til hinanden. Det kan være venner, en fast kreds af personer, som mødes regelmæssigt på bestemte steder, eller mellem par.

Det at dele sine stoffer med andre kan indgå som en måde at skabe venskaber og styrke sociale relationer på. Flere af deltagerne i undersøgelsen fortæller således om, at de enten har lånt eller foræret stoffer til deres nære venner. En af dem, der fortalte om at få stoffer fra andre, var en kvinde, som havde delt kokain med en veninde en aften, og hvor veninden dagen efter havde 'gjort hende rask' ved at forære hende noget metadon.

> Ligesom Frederikke kom og delte alt, hvad hun havde med mig. Altså, jeg fik også, hun tog lige lidt mere. Hun havde to møllehjul, men det er da klart, det er jo hendes. Men hun gjorde mig rask her til morgen.

Kvinden fortæller historien for at vise, hvor gode venner hun og Frederikke er, og hvordan de hjælper hinanden i dagligdagen. Eksemplet viser, hvordan kvindens evne til at indgå i en forpligtende relation til en anden stofbruger kan spille en vigtig rolle med hensyn til at få adgang til ressourcer. I dette tilfælde metadon, der kan gøre hende 'rask', det vil sige fjerne hendes abstinenser. Den sociale kapitals betydning for adgangen til stoffer bliver særligt vigtig, hvis man ikke er i substitutionsbehandling, fordi omfanget, karakteren og kvaliteten af ens sociale netværk kan være afgørende for 'forsyningssikkerheden'.

Citatet ovenfor kan ses som et udtryk for det, som Bourgois og Schonberg (2009) kalder for ”moralsk økonomi” blandt stofbrugere. Det indebærer, at det at forære andre stoffer medvirker til at skabe en gensidigt forpligtende relation, hvor den, der har modtaget stofferne, forventes at gøre gengæld en gang i fremtiden. En stofbruger, vi interviewede på et herberg, beskriver netop, hvordan det at give er forbundet med en forventning om at få, og at folks evner til at gøre gengæld spiller en rolle i udviklingen af sociale relationer mellem stofbrugere.

> Ja, altså man giver, uden at man forventer at få igen, men et eller andet sted henne så forventer man det jo alligevel. Altså, du må selv kunne sige, nu har jeg modtaget rigeligt fra ham, nu må det være min tur. Og det lykkes sgu ikke altid. Når du har givet nok, så bliver du sgu træt af at give og give og give. Så dem, der kan finde ud af det, giver også igen, og når de har, så har jeg, og når de har, så giver de også. Og når det så fungerer, så er det dem, du bliver med. Det er dem, som du kan stole på.

Selvom en del af stofbrugerne indgår i en deleøkonomi, som er med til at forme deres sociale relationer, så er det ikke nødvendigvis sådan, at man fordeler stofferne ligeligt. Der kan nogle gange være tale om en fin balance mellem solidaritet og bedrag, hvor nogle sørger for at få mere end andre, når stofferne skal fordeles. Det finder vi et eksempel på i et interview med en kvinde, som fortæller om, hvordan hun og hendes kæreste har en forretning, hvor de sælger stoffer til andre for at finansiere deres eget forbrug. Problemet er, at når de efterfølgende skal dele stofferne, sørger kæresten for, at han får mest. ”Det er, fordi min kæreste sælger stoffer, og vi har en forretning sammen. Ja, ja, vi arbejder sammen, men han er ikke fair med opdelingen af stofferne.”

Stofsalg

En del af stofbrugerne fortæller, at de skaffer penge og stoffer ved at være involverede i stofsalg på den ene eller anden måde. En indirekte måde at være involveret i stofsalg på er at optræde som mellemmand i forbindelse med stofhandler. Som vi nævnte tidligere, er kendskab til sælgeren vigtigt, og hvis en person har de rette kontakter, kan det udnyttes til at formidle stofhandler. I citatet nedenfor fortæller en mand om, hvordan han er stoppet med at sælge stoffer efter en fængselsdom og nu nøjes med at formidle handler. Han er lige blevet spurgt, om han sælger stoffer.

> Nej, jeg har hjulpet. Men jeg har ikke selv solgt. Jeg har hjulpet med at skaffe noget til andre, men ikke selv solgt. Det er det samme igen. Det er for at få til mit eget forbrug. Men det er jeg færdig med. Det er lang tid siden, jeg er færdig med det…. Det er 5 år siden, jeg er stoppet med det. Efter min sidste fængselsdom. Der røg jeg i fængslet i tre år. Det gør

> jeg aldrig mere. Det er jeg for gammel til. Og det skal vi slet ikke ind på, for det er sgu for traumatisk.

Andre deltager i mindre omfang som sælgere. I flere tilfælde benytter stofbrugeren sig af sine kontakter for at kunne tjene penge til sit eget forbrug. Manden, vi taler med i interviewet nedenfor, fortæller, at han henter en portion stoffer cirka en gang om ugen, som han derefter sælger på et par timer og dermed tjener mellem 3.000 og 5.000 kr.

> Ja, det sker en gang om ugen måske, at jeg henter en portion og sælger den, og så er det et par timer, og så er det slut. […] Det genererer vel 5.000 om ugen. I hvert fald en 3.000 om ugen. Jeg tjente lige 500 kr. bare her i dag.

Risici ved at sælge stoffer

Som stofsælger risikerer man at udsætte sig selv for den form for vold, der er forbundet med organiseringen af det illegale stofmarked. Goldstein (1985) kalder den vold, som udøves på et illegalt marked, hvor der ikke findes nogle formelle samfundsmæssige institutioner til at regulere det, for ”systemisk vold”. På sådanne markeder kan vold fungere som et middel til at erobre markedsandele, afklare tvister, inddrive gæld osv.

Vold kan ligeledes bruges til at kontrollere arbejdsstyrken og til at udvinde så meget profit som muligt af den. Flere deltagere i undersøgelsen tilhører det, man kan kalde for ”stoføkonomiens proletariat” (Bourgois et al. 2018). Det vil sige dem, der befinder sig allernederst i stofsælgernes hierarki. Disse stofsælgere risikerer at blive udsat for vold af deres arbejdsgivere, hvis de ikke skaber et stort nok overskud, eller hvis de prøver at holde op. En interviewperson fortalte om, hvordan han på et tidspunkt havde ladet sig friste til at sælge stoffer for en gruppe organiserede kriminelle. Da han forsøgte at stoppe, blev han udsat for vold, trusler og blev skudt efter med skydevåben. Af den grund var manden nødt til at flytte ud af sin lejlighed, som han stadig ikke turde vende tilbage til, da vi interviewede ham.

> For at sige det som det er, så har jeg nogen, der ligger og jagter mig og har skudt ind gennem min brevkasse og sådan noget. Så jeg kunne ikke være der, og så stod jeg lænet op ad væggen. Jeg måtte bare væk, ganske simpelt. (…) De ville ikke lade mig stoppe med at sælge for dem. Hver gang jeg kom for at aflevere afregningen, så fik jeg 10 nye, og altså jeg siger til dem, jeg kan ikke mere, jeg vil ikke mere. Og så presser de dig lidt, du ved, og det er skruen uden ende. Jeg kunne stå der fra 8 om morgenen til 12-halv 1 om natten. Det stressede mig helt sindssygt. Så den eneste mulighed jeg havde, det var at smutte.

Nu bor han et andet sted i byen, men er bange for at blive genkendt, når han går på gaden.

En anden stofbruger fortalte en lignende historie. Han var begyndt at sælge stoffer fra sin lejlighed for en gruppe organiserede kriminelle med stor success, ifølge ham selv. Men på et tidspunkt blev de stoffer, som han skulle sælge, af en dårligere kvalitet på grund af begivenheder længere oppe i forsyningskæden. Det betød, at interviewpersonen ikke kunne skabe det samme overskud som tidligere. Arbejdsgiverne krævede imidlertid samme beløb som tidligere og uddelte 'dummebøder', når han ikke kunne levere beløbet. Også for ham endte det med vold, og at han måtte flytte ud af sin lejlighed.

At skaffe penge til stoffer

Rusmiddellitteraturen indeholder mange beskrivelser af den store indsats, det ofte kræver at skaffe nok ressourcer til at opretholde et forbrug af illegale stoffer, blandt andet Preble & Casey (1969) i en artikel, som meget rammende hedder "Taking Care of Business". Det er de færreste marginaliserede stofbrugere, der har et arbejde, der kan finansiere deres forbrug af stoffer (jævnfør kapitel 3), og det er svært at finansiere et forbrug med en overførselsindkomst. Vi kommer nærmere ind på stofbrugernes indkomstforhold i kapitel 12. Derfor kræver det ofte forskellige indkomstgenererende aktiviteter for at få skaffet penge til stoffer. Nogle af disse aktiviteter kan betegnes som 'hustleri'. Hustleri er en samlebetegnelse for en opportunistisk mere eller mindre ad hoc-præget måde at fremskaffe ressourcer på. At "hustle" rummer også betydningen at kæmpe energisk. Hustleri kan involvere både legale og illegale metoder (Fields & Walters 1985). Ifølge Dansk Sprognævns hjemmeside betyder "hustle" "fuske; tiltuske; bondefange; leve fra dag til dag, fx ved at småsnyde" (Schack 2017).

Nogle af brugerne fortæller, at de skaffer penge ved at tigge, hvilket kan tage hele dagen, men nogle foretrækker dét fremfor at skulle begå kriminalitet. En mand i 20'erne fra Amager fortæller, at han foretrækker at lave penge ved at tigge i S-toget, og at det for ham går rimeligt hurtigt.

> Jeg går i togene og tigger simpelthen. Det tager ikke særlig lang tid, fordi folk er søde, gavmilde og venlige. De kan godt se, at det er bedre at give mig penge, end at jeg skal ud og lave indbrud. Jeg skal bruge 500 kroner minimum på en hel dag. Så det tager nogle timer.

Nogle fortæller, at de låner penge, og at det kan være forbundet med risici, specielt hvis man kommer til at skylde en pusher penge. Derfor er der også nogle af stofbrugerne, der i stedet vender sig mod

personer uden for stofmiljøerne for at låne penge. Det fortæller blandt andet en kvinde fra Nordvest, som siger, at hun er blevet for gammel til at 'lave' penge og derfor låner penge af sine børn.

> Altså, jeg låner som regel af mine børn. Jeg har stjålet før, men det gør jeg ikke mere. Jeg er sgu blevet for gammel til at stjæle. Jeg kan ikke mere. Jeg orker ikke at sidde inde, bare tanken. Det er trist. Så har jeg ingen penge, har jeg ingen stoffer. Sådan er det.

Som kvinden nævner, kan man få råd til stoffer ved at stjæle, og det er der en del af stofbrugerne, der siger, at de gør. I citatet nedenfor udtaler en mand, som vi interviewede på Vesterbro, sig. Han har tidligere solgt stoffer, men er stoppet med det, fordi han ikke kunne styre at være i besiddelse af en større mængde stoffer. Derfor må han, som han tørt konstaterer, i dag stjæle for at få råd til stoffer. Intervieweren har lige spurgt ham, om han stjal, da han var yngre.

> Nej, der solgte jeg stoffer og sådan noget. Der gik det meget godt. Det var inden, jeg fik børn. Nej, nu gider jeg sgu ikke sælge. Det kan jeg ikke styre lige nu. Lige pludselig, hvis du sidder med en pose, så ender det bare med, at man tager det selv.

Vi talte med en anden stofbruger, som sagde, at han var ved at have styr på sit stofforbrug og for det meste holdt sig til sin 'medicin'. Men nogle gange brugte han alligevel stoffer, og så var han nødt til at skaffe penge, hvilket han gjorde ved at lave butikstyverier. Hvis det var alkohol, han stjal, kunne han sælge den for penge eller bytte den for stoffer.

> Men selvfølgelig har jeg skullet gå ud et par gange og skrabe lidt penge ind til stoffer ved butikstyverier eller noget lignende. Og så sælger jeg til alle mulige. Hvis det er alkohol, så sælger jeg det til folk, som har den form for misbrug. Jeg sælger det lidt billigere og tjener lidt der og får nogle ting og får lidt stoffer.

Andre sælger metadon for at finansiere deres forbrug af illegale stoffer. For at få råd til kokain eller andre stoffer sparer nogle af brugerne deres metadon op og sælger den. I interviewet nedenfor fortæller en kvinde, at hun nedtrapper sin metadondosis for at kunne sælge den overskydende metadon. Metadon er ifølge kvinden en stor valuta på gaden. Vi har netop spurgt kvinden, om hun bytter sig til stoffer.

> Ja, jeg bytter metadon til kokain somme tider. Det er meget, meget stort. Ja, jeg er i nedtrapning med metadon, det har jeg ikke sagt til [rusmiddel]centeret. Det er valuta for mig, det er en stor valuta. Folk sælger meget af deres metadon.

Både kvinder og mænd kan tjene penge gennem prostitution. Det er en risikofyldt måde at tjene sine penge på, hvilket de mange historier om vold og overgreb i forbindelse med prostitutionsjobbet bekræfter (Shannon et al. 2008). Det er primært kvinderne på Vesterbro, der fortæller, at deres arbejde som prostituerede er risikofyldt. De fortæller, at de skal bruge mange penge for at have råd til kokain, og at der er stor konkurrence blandt de forskellige 'piger', der prostituerer sig på Vesterbro. En ældre kvinde, vi møder på Reden, fortæller: "I dag er priserne så lave, at en pige, som vil købe kokain, hun må ud *og* lave en fem-seks kunder for at få råd til kokainen. Det er blevet meget svært at få kunder i dag."

Kvinden har selv tidligere arbejdet som prostitueret på Vesterbro. Hun fortæller, at hun synes, at konkurrencen om kunderne på gaden er blevet hårdere. Og at de kvinder, som går på gaden i dag, har svære betingelser, både i forhold til at tjene penge, men også i forhold til at passe på sig selv.

Kvinder, som lever i stofmiljøerne, oplever nogle særlige problematikker forbundet med deres position i stofmiljøet. Vores undersøgelse viser, at kvindernes hverdagsliv på den åbne stofscene er præget af øget risiko for, at de udsættes for vold og seksuelle overgreb (Kronbæk et al. 2022).

En kvinde i 20'erne, som lever på gaden på Vesterbro, fortæller, at miljøet er sådan, at alle udnytter hinanden i forhold til penge og stoffer. Hun fortæller, at fordi hun er hjemløs, må hun også gøre noget for at få et sted at sove:

> Jeg står på gaden for at tjene penge, ikk'. Og hvis jeg møder en, som tilbyder, jeg kan komme med ham hjem og få varmen og lov at sove på hans sofa, tager jeg med ham. Men så sker der tit det, at mændene gerne vil udnytte mig. Så siger de, du kan da komme hjem til mig, Og jeg ved jo godt, hvad det handler om. De vil jo bare have noget [sex], og hvis jeg ved, at han har stoffer, så tænker jeg, fint nok, så kan jeg tage med ham hjem, og så kan jeg måske være heldig og få sovet et par timer.

En del af kvinderne fortæller, at de mødes med mænd og tager stoffer sammen med dem. De får stoffet, hvis de til gengæld dyrker sex med manden. Denne måde at skaffe rusmidler på kaldes dope dates (Gilchrist et al. 2005; Kwiatkowski & Booth 2000) og er noget, som især de hjemløse kvinder bruger. Dette løser både problemet med, hvor de skal sove om natten, samtidig med at de får adgang til stoffer. En ung kvinde fortæller, at hun havde været hjemme og sove hos en bekendt og var så vågnet ved, at han var ved at fixe hende i halsen.

> ... så begynder jeg at råbe og skrige af ham. Men han var helt væk, ikke altså … han blev bare ved med at sidde og stikke nålen i halsen på mig. Han kunne ikke forstå, at det var forkert at gøre … og jeg råbte og skreg af ham og prøvede at få den [kanylen] ud af hånden

> af ham. Så begyndte han at sparke mig i maven, og jeg lå der på gulvet. … ja, det er sådan nogen mærkelige ting, der sker, ikke, i miljøet.

Kvinden reflekterer ikke videre over episoden, hvilket får det til at lyde som om, det er en risiko, man må leve med som hjemløs kvinde på Vesterbro.

Der er mange andre måder at lave penge på. En mand omkring de 40 år, som stammer fra Østeuropa, og som vi møder ude foran H17, fortæller, at han skaffer stoffer ved at hjælpe andre med at fixe. Han er blevet kendt på Vesterbro for at kunne hjælpe med dette, og for hvert fix han giver, får han også et selv. Han fortæller, at folk kalder ham lægen: ”Hej, hvor er min læge, hvor er min læge? Åh, Viktor, godt du er her, kom, kom, kan du … (fixe mig?)” Og mange af dem kalder mig læge, jeg ved ikke hvorfor, det er bare sådan det er.”

Han fortæller, at han kan finansiere hele sit stofforbrug på denne måde. Han understreger sin pointe ved at fortælle, at han en dag talte, at han havde hjulpet 29 med at fixe. Denne måde at skaffe stof på betyder, at han ikke behøver at begå kriminalitet, men det gør hans liv risikofyldt på andre måder. Der er både risikoen for, at han kan komme til at slå en person ihjel gennem fejlfix eller overdosering, og risikoen for, at han bliver smittet med HIV eller hepatitis, når han indtager resterne fra de sprøjter, han fixer andre med.

Stofmiljøkultur og gadekapital

Som nævnt i indledningen til dette kapitel, og som det er fremgået af afsnittene ovenfor, så har det ikke kun betydning for, hvordan man klarer sig i stofmiljøerne, hvilke forbindelser man har, men også at man ved, hvad man skal sige og gøre i bestemte situationer. Med andre ord, at man besidder den rette ”gadekapital” (Sandberg 2008).

Stofmiljøet eksisterer på kanten af det etablerede samfund, hvilket indebærer, at de normale samfundsmæssige institutioner ikke er med til at regulere, hvordan folk opfører sig og behandler hinanden. Det har stor betydning for de særlige kulturer, der findes i stofmiljøerne, og for hvilke særlige evner og kompetencer, der skal til for at klare sig i disse miljøer. Anderson (2000) taler om ”the code of the street”, hvor ens status og placering i hierarkiet i høj grad afhænger af, om man kan ’sætte sig i respekt’ ved fysisk at kunne konfrontere andre, som har krænket eller snydt en.

Det betyder, at ud over ens sociale netværk spiller den respekt man har, en stor rolle for, hvilken position man har i miljøet. Hvis man ikke nyder særlig stor respekt, er der større sandsynlighed for, at man bliver udsat for snyd og overgreb. Nyder man derimod stor respekt, er der større sandsynlighed for, at man kan undgå snyd og overgreb. Vi interviewede et par på Vesterbro, som først fortalte om,

hvordan de kunne ty til vold, hvis de blev snydt i en stofhandel, og efterfølgende fortalte om betydningen af at kunne sætte sig i respekt.

> Men det er også, fordi er du sådan, her er jeg, og viser, du ikke er bange for dem, og sådan nogen ting. Det gør også, at de får mere respekt, end hvis du bare står og ikke siger noget Men hvis jeg viser, at jeg er ligeglad. Så bukker de altså lidt under alligevel. … De skal ikke gøre det der, de skal ikke gøre det der over for folk vel. Men det er ikke rart, at man skal stå og være sådan overfor folk, så det bryder jeg mig ikke om. Men det bliver man bare nødt til for at skulle få det tilbage, ikke.

Et andet eksempel på at stofbrugerne betragter deres gadekapital som vigtig, kan ses i en fortælling fra en kvinde i 60'erne, om hvordan hun har klaret sig i stofmiljøet på Vesterbro gennem årene.

> Jeg har været meget til vold i mit liv. Som person er jeg meget sød, rar og flink. Men hvis folk ikke hører efter, hvad jeg siger, og gør, som jeg siger, så bliver jeg pikhamrende sur, rigtig sur, og så slår jeg dem ned lige på stedet.

Kvindens fortælling viser, hvordan voldsparathed fungerer som en måde at sætte sin vilje igennem på, hvis det ikke lykkes ved hjælp af samtale. Kvinden forklarer videre, at det er vigtigt at have en hård attitude, hvis man vil opnå en god position i hierarkiet blandt kvinderne, der kommer i varmestuen Reden, som er et tilbud for kvinder.

Mange konflikter i stofmiljøet handler om penge eller rusmidler. Nogle af vores informanter fortæller, at de aldrig låner penge eller stoffer af andre, forbi det placerer dem i en udsat position. Andre fortæller, at de i lange perioder ikke kan komme på Vesterbro eller andre steder, fordi de skylder nogen penge. Ofte er der uenighed om, hvor mange penge eller stoffer det drejer sig om, eller hvorvidt man allerede har betalt tilbage. En kvinde, som bor på Sundholm, fortæller om en episode, der lige har fundet sted på det herberg, hvor hun bor:

> Så en dag, så blev jeg overfaldet på gangen… for jeg havde lånt 200 kroner af hende, og hun havde fået dem tilbage. Men hun er altid så stiv, at hun kunne ikke huske, hun havde fået dem. Så derfor ville jeg selvfølgelig ikke betale dem tilbage igen. Hun er sådan en slagsbror, og jeg kan ikke finde ud af at slås, og så lå vi deroppe på gangen og rullede rundt. Jeg er bare træt af folk. Også fordi jeg er så lille, at de ligesom behandler mig som sådan en, de bare kan puste og behandle som lort, det er der mange, der gør.

Kvinden fortæller, at det, at hun ikke kan sætte sig i respekt gør, at hun bliver udsat for vold i miljøet. Men den hårde attitude og det at være voldsparat kan også skabe ensomhed. Nogle stofbrugere

fortæller således, at det kan være svært at have tætte relationer i stofmiljøet. Et udsagn, som understøttes af data fra vores spørgeskemaundersøgelse, hvor omkring halvdelen svarede, at de var sammen med andre stofbrugere i hverdagen, men kun hver fjerde svarede, at de oplevede at få støtte i hverdagen fra andre stofbrugere (se kapitel 3: tabel 17 og 20).

Et ambivalent forhold til stofmiljøerne

En del af de stofbrugere, vi har interviewet, har altså et ambivalent forhold til stofmiljøerne. Det skyldes, at miljøerne på den ene side giver adgang til ressourcer, først og fremmest stoffer, men også mad, husly og andre materielle ressourcer samt socialt samvær med andre mennesker og emotionel støtte og opbakning. På den anden side betyder den logik, som er styrende i miljøet – at man først og fremmest skal sikre stoffer til sig selv – at man ofte møder andre stofbrugere med en grad af mistillid.

Når og hvis man prøver at trække sig fra stofmiljøerne, for eksempel fordi man har sin egen bolig, og man er i substitutionsbehandling, kan det være forbundet med sociale omkostninger. Dels har mange af de ældre stofbrugere få sociale relationer uden for stofmiljøerne, dels kan de have svært ved at etablere nye relationer uden for stofmiljøerne, fordi de mest kender til de kulturelle koder, der skal til for at klare sig i stofmiljøerne. Derfor kan de opleve det som svært og stigmatiserende at deltage i andre sociale sammenhænge (se kapitel 5).

I flere af fortællingerne fremhæver stofbrugerne, at ’narkomaner’ ikke er til at stole på, for eksempel fordi de snyder, stjæler eller udnytter ens fortrolighed. Disse fortællinger viser, at der kan eksistere en større eller mindre grad af mistillid mellem stofbrugerne. Mistilliden til andre stofbrugere kan også ses som en afspejling af den stigmatisering af stofbrugere eller den ’symbolske vold’, som stofbrugere bliver udsat for. Symbolsk vold betyder, at man påtager sig samfundets negative definitioner af, hvem man er, for eksempel at bestemte typer af mennesker, der bruger stoffer, er ’narkomaner’, der er karakteriserede ved, at de altid snyder og stjæler (Bourgois et al. 2004). Selvom flere af deltagerne i undersøgelsen altså oplever, at samværet med andre stofbrugere er et frirum fra omgivelsernes stigmatisering, lader der også til nogle gange at være en form for stigmatisering på spil stofbrugerne imellem.

Hvor nogle fortæller, at de udelukkende socialiserer med andre stofbrugere, fortæller andre, at de gør alt for at undgå at være i selskab med andre stofbrugere. Der er forskellige argumenter for både det ene og det andet. Mange fortæller, at så snart der kun er stofbrugere til stede, er stoffer det eneste, der tales om. Samtalen fokuserer udelukkende på, hvem der har penge, hvor man kan få fat på stoffer, og hvordan stofferne virker. Derfor vælger nogle at søge kontakt med andre end stofbrugere, som de

kan have en anden type samtaler med. En mand i 20'erne fra Vesterbro fortæller for eksempel, at han godt kan lide at tale med almindelige mennesker.

> Mennesker, der ikke tager stoffer. De tænker på nogle andre ting, de tænker ikke på stoffer og drikke en kop kaffe samme. De tænker i helt andre retninger. Hvis vi snakker med en stofmisbruger, kommer han straks over på, hvad skal vi splejse til nu.

Samværet med andre stofbrugere kan også fravælges, fordi man er bange for, at ens forbrug af stoffer vil eskalere. Det fortæller blandt andet en mand omkring 50 år, som bor i Nordvest: "Det er derfor, jeg har lyst til at komme så langt væk som muligt fra de der misbrugssteder. Fordi de hele tiden minder mig om, at der kan jeg købe nogle piller, der kan jeg købe dit og dat." Selvom manden siger, at han er ensom, beskriver han det at deltage i de aktive stofmiljøer som alt for risikofyldt. Han fortæller, at al den snak om stoffer giver ham stoftrang, og at han derfor forsøger at holde sig for sig selv for at begrænse sit stofbrug.

Stofbrugernes muligheder for at holde sig væk fra stofmiljøerne eller bevæge sig ind og ud af dem kan være betinget af, hvor marginaliserede stofbrugerne er, og altså hvilke ressourcer de har adgang til. For eksempel er det lettere for en stofbruger at trække sig fra livet i stofmiljøerne, hvis vedkommende råder over sin egen lejlighed, som vedkommende kan trække sig tilbage til. Tilsvarende kan det være lettere at holde sig væk fra stofmiljøer for en opioidafhængig stofbruger, hvis vedkommende er i substitutionsbehandling, hvor behovet for stoffer bliver dækket af substitutionsmedicinen. Hvis substitutionsbehandlingen fungerer, behøver stofbrugeren nemlig ikke at opsøge stofmiljøerne for at skaffe stoffer til at fjerne abstinenser med (Houborg et al. 2021).

Rusmidlernes betydning i hverdagen

I de to sidste afsnit i dette kapitel bevæger vi os væk fra stofmiljøerne og vil i stedet beskæftige os med den rolle, som rusmidler spiller i stofbrugernes liv. Rusmidlerne er centrale i mange af stofbrugernes fortællinger om deres hverdagsliv. Se også faktaboks om rusmidlerne efter kapitel 3.

Mange af de stofbrugere, vi har talt med, fortæller, at de ikke har råd til at tage stoffer hver dag. Men selvom de ikke har råd til stoffer, fylder stoffer alligevel meget i deres hverdag. Det er nemlig ikke kun selve stofindtagelsen, der fylder, men lige så meget længslen efter at indtage stoffer. I et interview med en kvinde i 50'erne, som er i metadonbehandling, fortæller kvinden, hvad hun godt kan lide at lave. "Det vil jeg ikke sige [griner], jeg kan godt lide at tage coke. Jeg gør det sjældent, for det er dyrt." Hun fortæller, at hun ikke tager kokain hver dag ved siden af sin metadon, men hun gør det, når hun har råd. Intervieweren spørger: "Hvorfor nævner du kokain?" Hun svarer:

> Det ved jeg ikke, det er, fordi det er fedt at tage, man bliver høj af det. Intervieweren spørger: Er der andre ting, der er vigtige for dig i din hverdag? Hun svarer: At jeg får mine piller. Både piller og rivotril'er. Det er vigtigt.

I interviewet er det tydeligt, at selvom kvinden er ældre og på flere måder har trukket sig fra stofmiljøet, fylder stofferne fortsat meget i hendes tilværelse. Selvom hendes økonomi begrænser hendes brug af kokain, er kokain et centralt omdrejningspunkt i hendes liv. Hun fortæller i interviewet, at hun har en aftale med en pusher den kommende fredag, når hun får penge, og det glæder hun sig til.

Vi har tidligere været inde på, at det ikke nødvendigvis er afhængighed og stoftrang, som er årsag til, at man bruger rusmidler, der er ofte også en rekreativ dimension involveret. Rusmidler kan være med til at skabe sociale bånd, og indtagelse af rusmidler er ofte forbundet med deltagelse i forskellige sociale grupperinger. En kvinde i 40'erne fortæller om, hvordan hun er begyndt at drikke alkohol for at kunne deltage i et drikkefællesskab nær hendes behandlingssted, for at undgå en oplevelse af ensomhed:

> Jeg køber nogle Mokai, det gør det hele meget nemmere. Før drak jeg kun, når jeg var til fest, og ellers kunne jeg aldrig finde på at drikke … også fordi jeg kan ikke lide øl. Men de sidste fire måneder der har jeg drukket lidt mere. Så har jeg drukket nede på pladsen sammen med de andre [fra behandlingsstedet]. Både på grund af alt det der med min kæreste, men også fordi jeg har været for meget alene. Så har det hele været lidt nemmere, når jeg har fået et par Mokai.

Som beskrevet i kapitel 3 er det mest benyttede illegale rusmiddel cannabis (69 %) efterfulgt af kokain (64 %), heroin (46 %), benzodiazepin (43 %) og metadon (42 %). Den udbredte brug af kokain har ifølge nogle stofbrugere haft en betydning for miljøet på Vesterbro, som de beskriver som mere hektisk og voldsomt i dag i forhold til tidligere, hvor heroin dominerede. De stofbrugere, der bruger kokain, fortæller ofte om den store nydelse, de får ud af at bruge stoffet. Men omvendt er der også flere, der fortæller om nedturen bagefter. En mand i 40'erne, som vi møder foran H17, fortæller, at selvom han er glad for kokainrusen, oplever han sin afhængighed af kokain som belastende på grund af den nedtur, der kommer, når den kortvarige rus er væk:

> Kokain giver mig en eufori og en varm følelse. Det er som en simulation af forelskelse og alt muligt andet. Lige når du tager det, så bliver du wow, og hele verden lyser op i flotte farver. Et kvarter efter kan du lige så godt finde en kloak, så bliver det hele mørkt.

I lighed med denne mand er der flere af stofbrugerne, som fortæller om, hvordan de kan blive fanget i en negativ spiral, hvor et tvangspræget forbrug af kokain belaster dem fysisk og psykisk. En mand i 50'erne fortæller om, hvordan han oplever sin 'optur', når han tager kokain, og hvordan han forsøger at kontrollere sit forbrug,

> Lige så snart opturen i mit hoved begynder at dale, så kommer min øv-tilstand tilbage. Hurtigt efter kokainen er indtaget, så kommer trangen. … Jeg har prøvet at følge en regel … at når jeg har røget en sten, så skal der gå minimum 20 minutter, før jeg må ryge den næste. Uanset hvordan og hvorledes. Jeg har siddet, og jeg har kigget på klokken for at komme væk fra tanken om, at jeg har lyst til at ryge en til.

Nogle af stofbrugerne fortæller, at de ved længere tids brug af kokain oplever paranoia eller psykotiske symptomer. En mand i 20'erne, som bor på Sundholm, fortæller således, at han har svært ved at håndtere sin kokainrus. Når han har taget kokain, kan han ikke være sammen med andre mennesker, fordi han får stofpsykoser. "Jeg kan gå helt i selvsving. Jeg får stemmer i mit hoved, som siger, de vil slå mig ihjel. Sådan kan jeg få det, når jeg tager det lort (kokain) der, og det gider jeg bare ikke mere." Han fortæller, at stemmerne udelukkende er der, når han tager kokain. Og selvom han godt selv kan se, at det ikke fungerer, har han ikke formået at stoppe sit kokainbrug endnu.

Selvom kokain, næst efter cannabis, i dag er det dominerende stof, så fylder heroin stadig en del i stofmiljøet. Mange af de stofbrugerne, vi har talt med, startede med at bruge heroin, og som nævnt er det lidt under halvdelen af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen, der havde brugt heroin det seneste år. Brug af heroin bliver ofte forbundet med fortællinger om en rus, der virker beroligende og kan bruges til at 'komme ned'. Nogle stofbrugere fortæller også, at heroin kan anvendes ved fysiske smerter og til at lægge låg på de negative følelser. Andre fortæller, at de kan opnå en varm oplevelse af velvære, når de bruger heroin.

Illegal substitutionsmedicin, det vil især sige metadon, spiller også en vigtig rolle i stofmiljøerne. Som nævnt var det 42 % af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen, der havde brugt metadon, som de ikke havde fået udleveret af en læge, det seneste år. Brug af substitutionsmedicin uden for en behandlingsmæssig kontekst kan skyldes, at man ikke oplever, at den dosis, som man får udleveret på rusmiddelcenteret, er høj nok, og derfor supplerer med illegal metadon. Men metadon kan også bruges som et rusmiddel til at opnå en euforisk tilstand.

En kvinde i 40'erne fortæller om, hvordan hun har svært ved at nøjes med den metadon, hun får fra behandlingscenteret. Hun fortæller, at hun ikke mere har et problem med heroin, men stadig savner at være påvirket, og derfor køber hun en gang imellem ekstra metadon. Desuden drikker hun alkohol.

> Nej, jeg har ikke taget heroin i snart 1 år. Men så køber jeg metadonpiller ved siden af, bare for at få en rus en gang imellem. Så det er ikke skidegodt. Fordi jeg prøver at lade være med at tage stoffer. Og så bare holde mig til metadon. Men ellers drikker jeg øl, og det skal jeg også have stoppet med.

Nogle af stofbrugerne fortæller, at netop ønsket om rus gør, at de til tider køber lidt ekstra stoffer eller drikker alkohol. Kvinden kan dermed også bruges som et godt eksempel på, at en del af stofbrugerne har forskellige måder at bruge stoffer på, som har forskellige funktioner og betydninger i deres liv (Gomart 2004). I dette tilfælde fungerer metadon både som en 'stabiliserende medicin' og som et rusmiddel.

En del af stofbrugerne tager piller af forskellig slags. Det kan både være piller, som de har fået ordineret at deres læge, og piller, de har købt på det sorte marked. Pillerne på det sorte marked kan være lægeordinerede, men det kan også være piller, der er (blevet) produceret udelukkende til det sorte marked. Mange fortæller, at de får ordineret piller mod angst for blandt andet at kunne sove. Det at tage piller er for nogle en naturlig del af livet, og især kvinder fortæller, at de fra barnsben har lært at løse problemer ved at medicinere sig selv, for eksempel af deres mor. En kvinde i 40'erne fortæller:

> Jeg er daglig morfinist, jeg har aldrig taget heroin. Jeg har ædt mange ketoganer og har altid været til de sløvende præparater. Og så også kokainen ... Jeg har taget alverdens piller. … Ja, jeg startede som 16-årig. Min mor gav mig dobesiner, de virkede ligesom speed og coke, og jeg blev (jeg) faktisk hooked, allerede der. Det var der, jeg fandt ud af, at jeg var glad for stoffer ... Og det, det var også hende, der startede med at give mig syntetisk morfin. Min mor, hun var sådan en type, hvis man havde ondt i hovedet, så skulle man have to forskellige piller. Men havde hun vidst, hvor jeg havde endt i dag, så havde hun aldrig gjort det.

Selvmedicinering og stofafhængighed

Det er ikke kun nydelsen ved rusen, som stofbrugerne giver som begrundelse for at bruge stoffer eller drikke alkohol. Der er også nogle af stofbrugerne, som beskriver deres forbrug af rusmidler som en form for 'selvmedicinering'. Det vil sige, at indtagelsen af rusmidler bruges til at fjerne eller lindre fysiske eller psykiske lidelser. En mand i 40'erne fortæller, hvordan han betragter sit forbrug af kokain: "I mine øjne er coke ligesom medicin. Det er ligesom hash, det er også medicin for mig. Det sætter en dæmper på al den ballade, som jeg har inde i hovedet." Manden fortæller, at han har PTSD

og derfor ikke kan klare sig uden medicin. Han foretrækker dog kokain som medicin i stedet for det, han kan få fra sin læge. En anden mand i 40'erne beskriver, hvordan han bruger heroin til at lindre fysiske smerter:

> Nej. Altså det er meget funktionelt for mig. Jeg tager heroin, fordi det er funktionelt, det tager mine kroniske smerter. Jeg har en nerveskade, og så har jeg smadret næsten alle lemmer undtaget højre knæ, tror jeg.

Han fortæller, at metadonen ligesom heroinen er god til at tage hans smerter, men at han har oplevet bivirkninger fra metadon, og han derfor ikke tør tage for meget metadon i dag.

Der er stor forskel på, hvordan stofbrugerne taler om, hvor meget stofforbruget styrer deres liv. Blandt de ældre stofbrugere er der en del, som fortæller, at de har haft en periode i deres liv, hvor stofferne styrede deres liv, men at de med alderen har fået mere kontrol over deres forbrug. En mand i 40'erne fortæller, at han ikke længere oplever den stoftrang, han oplevede, da han var yngre. Han har stadig lyst til at blive påvirket, men han har opnået større kontrol over sit forbrug.

> Jeg har ikke den trang, som andre stofbrugere har. De jager rundt på gader og stræder og kommer i alle mulige ulykker. Og jeg har haft det ligesådan, da jeg var yngre, men trangen har sluppet mig. Og så kan man så spørge, "hvorfor fanden tager du det så?"

Interviewer spørger, om han godt lide at være påvirket. Og han svarer: "Ja. Det er sådan, det er. Jamen det er ærlig snak. Men jeg er ikke impulsiv, det skal ikke ødelægge noget for mig. På den måde er jeg kun impulsiv, hvis jeg har råd til det (griner)."

Der kan imidlertid være mange årsager til, at man ikke kan holde op med at bruge stoffer. En af de væsentlige årsager, som vi allerede har været inde på, er den mangel på socialt samvær og deraf følgende ensomhed og kedsomhed, som en del stofbrugere oplever, hvis de holder op med at bruge stoffer. Det gælder for eksempel en kvinde sidst i 50'erne, som fortæller, at hun ofte keder sig, når hun forsøger at lade være med at tage stoffer. Hun fortæller, at: "så kan jeg godt finde på at tage nogle piller og bare lægge mig til at sove. Bare sove. Ja. Jeg får sådan en uro. Meget." Kvinden fortæller endvidere, at hun kan blive meget urolig og have svært ved at tøjle sin stoftrang, når hun keder sig. Selvom hun har lange perioder, hvor hun ikke tager andet end sin metadon, har hun ikke formået eller haft mulighed for at indrette sit liv sådan, at hun ikke kommer til at tage ind til Vesterbro og bruge stoffer, når hun er rastløs. Hun fortæller, at når det sker, mister hun kontrollen og kommer til at bruge alle sine penge og ende i en ekstremt udsat situation på den åbne stofscene. Hun siger, at hun godt

ved, at hendes ture til Vesterbro kan komme til at koste hende livet, men kedsomheden i lejligheden kan hun heller ikke klare.

Flere af de stofbrugere, vi har interviewet, lægger stor vægt på at fortælle, at de har styr på deres rusmiddelforbrug. Det sker nogle gange i sammenhæng med, at de beskriver vigtigheden af at kunne leve et almindeligt liv som andre mennesker, få mad at spise, have et pænt hjem og så videre. Det gælder for eksempel en kvinde sidst i 50'erne, som fortæller, at hendes første prioritet er at have råd til mad og et ordentligt hjem. Så må indkøb af kokain komme i anden række.

> Jeg tager kokain efter, hvad jeg har råd til. Der skal også være penge til mad. … Det eneste, jeg er stolt af, er, at jeg altid sørger for, at der er mad i huset… Så der er råd til kokain først på måneden, og så går det ned ad bakke.

Kvinden har delt sin økonomi op på den måde, at de penge, hun får i pension, går til husleje og mad og andre livsnødvendigheder. Hvis hun får lyst til kokain eller andre stoffer, må hun først lave pengene til det. Hun fortæller, at når hun vil have kokain, gå hun først ned og tjener penge ved at sælge sex for så at kunne købe noget kokain efterfølgende. Modsat fortæller andre, at de ikke oplever at have styr på deres forbrug af rusmidler, og at trangen til stoffer derfor kommer til at styre hele deres hverdagsliv.

For nogle stofbrugere handler hele deres tilværelse om brug af rusmidler og om at klare sig igennem dagen. De er fanget i en ekstremt udsat situation præget af et stort forbrug af rusmidler, som de har meget svært ved at se nogen muligheder for at komme ud af. Forbruget af rusmidler handler for dem i høj grad om at kunne klare sig igennem dagen i stofmiljøet.

En formiddag interviewede vi en kvinde i 40'erne, som efterfølgende har en aftale med nogle mænd om et prostitutionsjob. Mens interviewet foregår, vil kvinden gerne nå at drikke en 1/2 liter vodka, så hun bedre kan holde jobbet ud. Hun fortæller, at hun tager alle former for rusmidler, men at hun med alderen foretrækker alkohol både pga. prisen, men også effekten. På spørgsmålet om, hvorfor hun drikker alkohol, svarer hun:

> Jeg kan godt lide at drikke…. jeg drikker slet ikke øl, og jeg skal ikke have andet end vodka. Og derfor er der mange dage, som jeg ikke kan huske. Det nyder jeg, fordi jeg har et liv i helvede. På en rigtig heftig dag så kan jeg godt drikke 3 flasker vodka.

På denne måde fortæller kvinden, at hun betragter sit rusmiddelbrug som en måde, hvorpå hun håndterer sin livssituation. Hun bruger rusmidlerne til at glemme det hele og bedøve sine følelser.

Det er vigtigt at se stoftrang og stofafhængighed som et socialt fænomen, som i høj grad er betinget af de sociale betingelser, mennesker lever under, og de ressourcer, de har til rådighed. Vi var tidligere inde på det at have en bolig og at have adgang til behandling som to ressourcer, der kan have betydning for, om man kan trække sig fra stofmiljøet eller ej. Når vi har interviewet stofbrugerne, er der således flere af de hjemløse, som beskriver deres rusmiddelforbrug som en konsekvens af deres livssituation, og at deres livssituation gør det svært for dem at kontrollere deres rusmiddelforbrug.

En kvinde omkring de 60 år, som er i metadonbehandling, fortæller, at hun har svært ved at forestille sig, at hun kan stoppe med at tage rusmidler, så længe hun er hjemløs.

> Først skal jeg have et sted at bo og nogen faste rammer. Du kan ikke leve på gaden uden at tage nogle stoffer. Det tror jeg simpelthen ikke. På længere sigt vil jeg da også gerne ud af det. Selvfølgelig vil jeg det. Men jeg kan ikke se hvad skulle formålet være nu. Jeg ville bare fryse dobbelt så meget. Jeg mærker jo ikke kulde og sult, og på samme måde når jeg har drukket nogle dåser øl ...

Opsamling

I dette kapitel har vi beskrevet forskellige karakteristika ved de københavnske stofmiljøer med udgangspunkt i stofbrugernes fortællinger. Deres fortællinger viser, at deltagelse i stofmiljøerne ofte er præget af ambivalens, fordi stofbrugerne både oplever at blive udsat for risici og får adgang til ressourcer der. Stofmiljøerne giver adgang til stoffer, penge og andre materielle ressourcer, men er samtidig steder, hvor sådanne materielle ressourcer let mistes. Stofmiljøerne giver også adgang til sociale ressourcer i form af socialt samvær med andre mennesker, og deltagelse i dem kan være en måde at bryde ensomhed i hverdagen på. Men det sociale samvær i stofmiljøerne kan modsat også være præget af belastninger i form af trusler, vold eller fristelser i forhold til at indtage stoffer.

Af kapitlet fremgår det, at køb og salg og andre former for udveksling af stoffer spiller en central rolle i mange stofbrugeres omgang med hinanden og er årsag til mange konflikter i stofmiljøerne.

Nogle stofbrugere bruger hovedparten af deres tid på at skaffe stoffer eller penge til stoffer. Det kan for eksempel være ved at agere mellemmand ved stofsalg, lave indbrud, ved butikstyveri eller salg af sex. Alt sammen er risikofyldte aktiviteter, som kan opleves som belastninger i hverdagen. Andre stofbrugere er mindre involverede i stofmiljøerne og bruger mindre tid på kriminelle aktiviteter og ’hustleri’. Nogle af disse stofbrugere bruger i stedet en del af deres overførselsindkomst på stoffer og prøver så at klare sig igennem resten af måneden.

Kapitlet viser også, at der hersker en særlig kultur i stofmiljøerne, hvor det ”at kunne sætte sig i respekt” har stor betydning for ens sociale status. Det indebærer, at der er stor forskel på, hvordan dem, der færdes i stofmiljøerne, klarer sig. Vi har talt med stofbrugere, som har en stor mængde social og kulturel kapital. Det vi også betegner gadekapital, og som gør, at de har adgang til ressourcer, får respekt og dermed kan beskytte sig selv. Omvendt har vi talt med stofbrugere, som er særligt udsatte og belastede af at være en del af stofmiljøerne, fordi de ikke har de ressourcer og den kapital, der skal til for at kunne beskytte sig selv mod udnyttelse og overgreb.

Stofmiljøerne er i høj grad uregulerede miljøer, hvor stofbrugerne ikke oplever at have adgang til formelle sikkerhedsressourcer i form af politi. Det betyder, at sikkerhedsressourcer i form af uformelle sociale relationer og egen fysiske styrke, voldsparathed og andre individuelle karakteristika er afgørende for, hvordan en person klarer sig i miljøet.

Stofferne har en vigtig plads i stofbrugeres liv. Stofferne kan bruges til at skabe glæde i livet, bruges som støtte på svære dage, men opleves også som årsagen til mange problemer.

I næste kapitel beskæftiger vi os med stofbrugernes hverdagsliv uden for stofmiljøerne, selvom det som nævnt kan være svært at lave en skarp adskillelse mellem livet i og uden for stofmiljøerne.

Case 3 Livet som ældre stofbrugende kvinde

Bente er en kvinde i 60'erne, som ofte kommer på Reden, selvom hun har sin egen lejlighed. Hun fortæller, at hun har taget rusmidler næsten konstant, siden hun var 10-12 år gammel: " Jeg har haft nogle pauser indimellem, men det har alligevel ikke været pauser, fordi så har jeg drukket snaps og taget ketoganer ved siden af, så jeg har ikke været helt clean."

I dag har Bente droslet kraftigt ned på brugen af stoffer. Hun fortæller, at hun - efter hun er "blevet en ældre dame" - primært holder sig til den metadon, hun får udleveret. Hun kan dog stadig godt finde på at gå på værtshus på Vesterbro og drikke nogle øl. Især er Toves Værtshus, som ligger lige ved siden af Reden, et sted, hun er glad for.

Siden Reden åbnede i 1980'erne, er Bente kommet der rimeligt fast, og stedet har stor betydning for hende. Der er flere grunde til, at hun godt kan lige at komme der. For det første er hun meget glad for sin relation til personalet på Reden. Derudover kan Bente godt lide det sociale samvær i stofmiljøet på Vesterbro, og det gør, at hun tager derind næsten dagligt. Samtidig ser hun også sig selv som en slags mentor for de unge kvinder. Hendes mangeårige erfaringer med gadeprostitution på Vesterbro gør det muligt for hende at vejlede og støtte de yngre kvinder i forhold til, hvordan de klarer sig bedst muligt og samtidig passer godt på sig selv. Det er hun meget optaget af. Bente fortæller om et af de råd, hun giver dem:

> Det er nemmere at lave penge, hvis du står et bestemt sted hver dag på et bestemt klokkeslæt fra den tid til den tid, for så ved herrerne det. I stedet for at de aldrig ved, hvornår du er der. Men hvis du er på det samme sted hver dag på den samme tid, så får du faste herrer, og så får du kun de gode herrer. Herrer, som ikke truer, som ikke voldtager dig, og som er ærlige, søde, rare og renlige. Det er der stor forskel på, fordi det er irriterende at skulle tjekke sig selv for fladbukker hele tiden.

Bente ved, hvad hun taler om. Hun har gennem livet arbejdet som escortpige, på klub, drevet et bordel og gået som gadeprostitueret i Skelbækgade. Måden, hun kom ind i det på, var ved, at hun startede med at danse, fordi hun var i akut pengemangel, efter at hun var stukket af fra sin hjemby til København:

> Min veninde og jeg havde lige pludselig ikke flere penge tilbage. Og vi havde heller ikke nogen penge, så vi kunne tage toget tilbage til Jylland. Men så var der en af de der drenge, som vi kendte herovre, der sagde: "Prøv at høre, Bente, kan du ikke finde ud af at danse og tage noget tøj af, hvis du får noget tøj af os, så du bare leger stripper? Så får du nogle penge

> for det, så I har nogle penge til at komme hjem for." Jeg fandt ud af, at jeg tjente 800 kroner hver gang, jeg lavede det nummer. 800 kroner i 1960'erne, det var altså mange penge.

De sidste mange år har Bente haft sin egen lejlighed i Husum. Til at begynde med tilbød hun ofte nogle af de andre stofbrugere, som manglede et sted at sove, at de kunne overnatte hos hende. Men med alderen er hun blevet træt af problemer med folk, der overnatter, og i dag har hun aldrig besøg af andre stofbrugere. Den eneste, der kommer i hendes hjem, er en hjemmehjælper, som kommer en gang om ugen og hjælper hende med at holde lejligheden pæn og ren.

GaJol SHOTS
Privat parkering

Kapitel 5 Stofbrugernes hverdag uden for stofmiljøerne

Mette Kronbæk, Kristian Relsted Fahnøe & Esben Houborg

I dette kapitel fortsætter vi undersøgelsen af stofbrugernes hverdagsliv, herunder de ressourcer og belastninger, der påvirker stofbrugernes hverdag og handlemuligheder. Dette kapitel handler om de aspekter af stofbrugernes hverdagsliv, som ikke, eller kun i mindre grad, er styret af stofmiljøets logik om at skaffe stoffer. Der er nemlig mange andre ting end stoffer, der fylder i stofbrugernes liv. Selv når stofbrugerne er sammen med andre stofbrugere, er der stor forskel på, hvor meget stofmiljøets logik fylder i deres liv.

For nogle stofbrugere overskygger stofferne stort set alt andet. Mens stoffer for andre er noget, de har lagt bag sig, eller som kun fylder en lille smule en gang imellem. Der er selvfølgelig også dem, som løbende kæmper med at få stofferne og de ting, der følger med, til at fylde mindre i deres liv. Når det er sagt, så er det også vigtigt at gentage pointen fra foregående kapitel, om at når mere eller mindre aktive stofbrugere mødes, så er der en vis sandsynlighed for, at stoffer kommer til at spille en rolle i deres samvær.

Forskellen på dette og det foregående kapitel er altså, at vi her har mindre fokus på de stofrelaterede aspekter i stofbrugernes hverdag, men derimod på ressourcer og belastninger, som ikke relaterer sig til stoffer. Vi beskæftiger os især med de forskellige sociale relationer og netværk, stofbrugerne indgår i. Ligesom i det foregående kapitel har vi i dette kapitel særlig fokus på, hvordan forskellige former for relationer både kan udgøre en ressource og en belastning i forhold til stofbrugernes mestring af hverdagen.

Stofbrugernes relationer og deres betydning

Inden vi beskriver karakteren betydningen af stofbrugernes forskellige sociale relationer, præsenterer vi et overordnet billede af deres sociale relationer med udgangspunkt i spørgeskemaundersøgelsen.
I spørgeskemaundersøgelsen stillede vi spørgsmål, som skulle belyse stofbrugernes sociale relationer og sociale kapital. Derfor spurgte vi stofbrugerne om, hvem de er sammen med i hverdagen, hvem de oplever som en støtte i deres liv, og hvem de føler et ansvar for. Samtidig stillede vi spørgsmål om, hvilke former for hjælp de fik af andre uden at betale for det, og hvilke typer af hjælp de selv gav andre uden at få betaling for det.

Vi spurgte først, hvem stofbrugerne var sammen med i hverdagen (kapitel 3, tabel 17), og her viste det sig, at omkring halvdelen var sammen med venner og bekendte, der selv tager stoffer (47 %). Lidt over en tredjedel var sammen med deres familie (36 %), og omkring en tredjedel var sammen med venner eller bekendte, som ikke indtager stoffer (35 %). Derudover fortalte mellem en fjerdedel og en tredjedel, at de var sammen med deres partner (29 %). Dertil kommer andre brugere af værestеder (23 %) og brugere på behandlingstilbud og lignende (14 %).

I forlængelse af dette spurgte vi stofbrugerne, hvem de oplever som en støtte i deres liv (kapitel 3, tabel 22). Hvis vi koncentrerer os om private relationer, så svarede halvdelen (52 %), at de oplevede familien ud over en eventuel partner som en støtte i deres liv. Lidt over en tredjedel (36 %) svarede venner eller bekendte, som ikke bruger stoffer. En fjerdedel (26 %) svarede partner (29 % havde en partner), og lidt flere (27 %) svarede venner eller bekendte, som bruger stoffer. Dertil kommer forskellige slags professionelle, hvor det skal noteres, at behandlere og kontaktpersoner var den kategori, som den næststørste andel (40 %) oplevede som en støtte. Relationer med professionelle ser vi nærmere på i kapitel 10.

Det første, der er værd at bemærke, når vi sammenligner, hvem stofbrugerne er sammen med i hverdagen, set i forhold til hvem de oplever som en støtte i deres liv, er, at de tilsyneladende er mindre sammen med personer, de oplever som en støtte, og mere sammen med personer, de ikke oplever som en støtte. Halvdelen svarede således, at de var sammen med andre stofbrugere i hverdagen, mens kun lidt over en fjerdedel oplevede andre stofbrugere som en støtte i deres liv. Samtidig oplyste lidt over halvdelen, at de oplevede deres familie som en støtte, men kun lidt over en tredjedel var sammen med familien i hverdagen.

I det følgende vil vi se nærmere på de forskellige typer af relationer til familie, børn, venner og bekendte, der ikke bruger stoffer, samt venner og bekendte, der bruger stoffer. Vi slutter kapitlet af med at se nærmere på betydningen af det at have en bolig og stofbrugernes økonomi, det vil sige, hvad vi antager er nogle vigtige sociale og materielle ressourcer.

Familierelationer

Familien betyder meget for stofbrugerne i undersøgelsen. Det er den, flest oplever som en støtte, og det er den, flest føler sig ansvarlige for (jf. kapitel 3, tabel 22 og 23). Betydningen af familien kommer også frem i interviewene, hvor flere af stofbrugerne fortalte om deres familier. Nogle af disse fortællinger handlede om stofbrugernes opvækst, ofte om meget belastende opvækstvilkår med stof- og alkoholmisbrug, vold, overgreb og omsorgssvigt. Historierne om belastende opvækstvilkår

indeholdt nogle gange beskrivelser af, hvordan interviewpersonerne begyndte at bruge stoffer som konsekvens af deres forældres problematiske forbrug af stoffer, medicin eller alkohol. Der var for eksempel en mand, som fortalte om, hvordan han fra en tidlig alder begyndte at ryge hash, og hvor morens reaktion var at lave en aftale med ham og hans bror om, at de ikke røg hendes hash.

> Ja, og jeg måtte gerne ryge hjemme og sådan noget, jeg røg på min mors pibe, allerede da jeg var 8-10 år. Men det blev først officielt, da jeg var 14 år. Der måtte jeg godt ryge hjemme, bare jeg betalte for det selv. Vi havde et møde mig og min storebror og min mor, hvor der blev sagt, at vi måtte, hvad vi ville, vi skulle bare betale for det selv. Hun var træt af, at vi rendte rundt og røg hendes hashpiber.

Der er forskellige typer af fortællinger om, hvordan det har været belastende at vokse op i en dysfunktionel og alkoholiseret familie. Nogle af kvinderne fortæller, at de har oplevet seksuelt misbrug af et nært familiemedlem. En kvinde fortæller for eksempel, at hun prøvede at fortælle sin mor om overgrebene fra sin onkel i håbet om, at moderen ville stoppe det. Men moderen syntes ikke, det var et problem, og gjorde intet ved det.

> Men altså jeg stikker jo af hjemmefra, da jeg er 13 år gammel. Jeg ville ikke mere med min onkel i kælderen hver onsdag. Ja, så kan man godt regne resten ud, ikke? Så det var ikke nogen sjove kælderture.

Det er ikke alle, der kommer fra en socialt belastet familie, men så kan der være andre ting, der gjorde, at de endte med en belastet barndom eller ungdom. En mand fortæller, at han oplevede, at hans stedfar behandlede ham anderledes end sine søskende, hvorfor han stak af hjemmefra i en tidlig alder.

> Jeg er ikke vokset op i en dysfunktionel familie. Alle mine andre, jeg har 5 brødre, og de har klaret det fint alle sammen. Så min far …. han behandlede mig bare anderledes end alle de andre. Og så viste det sig jo også, at han var jo slet ikke min far, vel? Det fandt jeg jo så ud af. Jeg kunne simpelthen ikke snuppe ham. Så hvad har jeg været, 14-15 år, da jeg blev smidt ud hjemmefra. Enten skulle jeg indrette mig efter husets regler, eller også kunne jeg skride. Fint, jeg skrider.

De stofbrugere, som fortæller om deres belastende familiebaggrund og opvækstvilkår, fortæller tit, at det er noget, som fortsat påvirker dem.

Når vi vender os mod familierelationer i nutiden, er der forskel på fortællingerne. Nogle beskriver, at de ikke længere har kontakt med deres familie eller kun meget sjældent har kontakt med den.

> Jeg har ikke noget familie tilbage, det har jeg, men jeg har ikke set dem i flere år. Sidst jeg så dem, det var, da min mor døde, og det var i ti [2010]… Det er meget længe siden. Jeg aner ikke engang, om min stedfar han lever i dag eller ej.

Andre fortæller om kontakt med familiemedlemmer, hvor deres eget eller familiemedlemmernes stof- eller alkoholforbrug påvirker relationen direkte eller indirekte. Et par, som vi interviewede på Vesterbro, fortalte om, hvordan de havde et godt forhold til en del af familien, men at de søgte at undgå søsteren til den ene af dem på grund af hendes kaotiske alkoholforbrug.

> Jeg har 2 storebrødre, og dem har jeg ikke så meget med at gøre. Min søster vil jeg gerne se, men hun drikker fandme vodka. Hun er meget psykisk belastet. Mere end jeg er. Fuldstændig blæst oven i hovedet. Jeg mødte ikke op til min mors begravelse, fordi jeg var bange for, at hun lavede ballade.

Blandt deltagerne i undersøgelsen er der også eksempler på, at nogle har opretholdt, genoptaget eller periodisk haft en relation med familiemedlemmer, som selv har et problematisk forbrug af alkohol eller stoffer. En deltager fortalte for eksempel, at hun i en periode, efter hendes partner døde, flyttede tilbage til sine alkoholiserede.

En anden deltager fortæller, hvordan hendes mor, som har et alkoholmisbrug, hjælper hende, selvom de har et anstrengt forhold til hinanden. Kvinden fortæller om en episode, hvor hun ringer til sin mor, som bor uden for København, og beder moderen om at hente hende, fordi hun har været udsat for en voldsom hændelse. Moderen henter datteren, og hun bor hos moderen i en uge, hvor hun tager en ’kold tyrker’.

> Jeg har været hos min mor, men det er ikke noget, der sker særlig tit. Hun bor i Frederikssund og er alkoholiker også, vi har det ikke så fantastisk sammen… Og så ringede jeg til min mor og spurgte, om hun ikke kunne hente mig… I onsdags der, ikke? Og så har jeg været hos hende, så tog jeg bare en kold tyrker, og det var eddermame stramt …

Efter fem dage tager moderen med datteren tilbage til København, fordi datteren skal til et møde med kommunen. I den forbindelse stjæler datteren penge fra sin mor og tager til Vesterbro for at købe stoffer.

> Nej, jeg stjal nogen fra min mor. Jeg har det simpelthen så lavt. Og så tog jeg min taske med, fordi at jeg kunne simpelthen ikke holde de der abstinenser ud. Og jeg kan heller ikke se, hvorfor jeg skal blive clean, når jeg ikke har nogen fremtid.

På den ene side kan moderen således være en ressource, som kan hjælpe kvinden ud af akutte vanskeligheder, men på den anden side udnytter kvinden også sin mor på grund af sin trang til stoffer. På den måde illustrerer denne lille fortælling, at det ikke kun er forholdet mellem venner eller par, der kan balancere på en line af omsorg og loyalitet på den ene side og udnyttelse og bedrag på den anden.

I flere af interviewene fortalte deltagerne, hvordan deres aktuelle eller tidligere stofbrug komplicerede forholdet til familien. Der var for eksempel en kvinde, som i selskab med sin partner hyppigt var sammen med hendes familie, men hvor moderen vedblev at bebrejde kvinden, at hun i sin tid var begyndt at bruge stoffer.

> Det er bare lidt hårdere, fordi min mor hun bliver ved… : ”Hvorfor begyndte du, Leila, med at tage stoffer for 25 år siden?” Så må jeg sige: ”Mor, prøv at høre, det hjælper ikke noget, at du bliver ved med at køre på mig…. Hun respekterer det ikke… Men jeg har været rigtig meget sammen med min mor og far.

Der var også flere af deltagerne i undersøgelsen, som fortalte, at de forsøgte at skjule for familien, at de brugte stoffer, eller selv det, at de var i substitutionsbehandling. En kvinde, som havde en forholdsvis tæt relation til sin familie, fortalte, at hun holdt sin substitutionsbehandling skjult for dem. Hun begrundede det med, at det var for familiens skyld, så de ikke skulle bekymre sig om hende.

> Min familie må ikke vide, at jeg får metadon, og de kan ikke mærke det. For så tror de, at så vil jeg falde i igen. Så nej, vi har taget så mange ture med alt det der, det kan de slet ikke tåle. Hvis det kan berolige dem ikke at vide det, så er det okay. Det er noget andet, hvis jeg tog noget andet, det ville jeg ikke kunne, det ville min samvittighed ikke kunne bære.

Der var flere deltagere, som fortalte, at de var i regelmæssig kontakt med forældre og søskende enten telefonisk eller gennem besøg. En stofbruger fortæller, at han har tæt kontakt med sine aldrende forældre, dog fortæller han også, at efter han er flyttet på herberg, er kontakten mindre. Manden bliver spurgt, om han ofte er hos sine forældre, og det svarer han bekræftende på.

> Ja, det er jeg. Eller ikke lige nu er jeg der så tit, efter at jeg er flyttet på herberget her, men da jeg boede i min lejlighed, der så jeg dem dagligt. Også fordi de er oppe i alderen nu, så jeg ved ikke, hvor længe jeg har dem. Så det er om at se dem, så tit som muligt. Vi spiser noget mad og sidder og hygger og ser lidt fjernsyn og sådan.

Dette er et af flere eksempler på boligforholdenes betydning for mulighederne for at skabe og vedligeholde sociale relationer og dermed også for stofbrugernes sociale kapital.

Vores undersøgelse indeholder mange beskrivelser af, hvordan familiemedlemmer opleves som en vigtig støtte i forhold til at undgå stoffer, ensomhed, depression eller i forhold til at have håb om en fremtid med livskvalitet.

En kvinde, vi interviewede, fortalte om sit tætte forhold til sin søster, som også havde haft et problematisk forbrug af stoffer. Begge søstre var stoppet med at bruge illegale stoffer, men de kæmpede begge med stoftrang og psykiske belastninger, som de støttede hinanden i at klare. Intervieweren spørger, om kvinden får støtte eller hjælp fra familien, og hun fortæller, hvordan hendes søster er en stor støtte i anstrengelserne for at holde sig fra de illegale stoffer.

> Hun snakker os virkelig fra at holde os fra specielt kokainen, fordi hun har selv så meget erfaring med det også. Og så er hun bare som solskin, altså så hvis man har en dårlig dag, så er det en god en at ringe til.

Kvinden fortæller videre, at der er tale om et gensidigt forhold, hvor de to søskende støtter og giver hinanden omsorg: ”Jeg er en stor støtte for min søster. På den måde at jeg prøver at få hende til at fokusere på, hvad hun har af gode ting, fordi der kan hun godt nogle gange gå lidt i sort.”

At indgå i en forpligtende relation med andre, hvor man yder omsorg for hinanden, kan være en vigtig social ressource, som man kan trække på, når man har det vanskeligt. Vi kan også se, hvordan omsorgen mellem søstrene er med til at skabe håb og energi til at klare sig igennem hverdagen og de belastninger, den kan indeholde.

Det er dog ikke kun emotionel støtte, som familiemedlemmer kan give hinanden. Relationerne med familiemedlemmer kan også give adgang til penge og andre materielle ressourcer og/eller praktisk hjælp i hverdagen, for eksempel hjælp til at holde styr på sin økonomi.

En mand får hjælp fra sin fætter til at styre sin økonomi: ”Min fætter styrer min økonomi. Jeg har valgt at overlade mit bankkort til min fætter.” En anden fortæller, at hun sammen med sin kæreste har lånt penge af hendes familie – som de nu skal ud og betale tilbage.

> Det er ikke bare så let at få noget, hvis du ikke har nogen penge, så der har min mor og far hjulpet os meget… Det kommer man længst med, vi skal også ud og betale min mor og far 3.000 her bagefter.

Blandt deltagerne i interviewundersøgelsen, som talte om deres familier, var der flest, som fortalte om gode relationer med familien eller i hvert fald med nogle familiemedlemmer. Det var tydeligt, at familien betød meget for disse stofbrugere, og at relationen gav dem livskvalitet, omsorg, praktisk hjælp og støtte, håb og i nogle tilfælde også adgang til materielle ressourcer.

Børn

Af de 90 stofbrugere, vi har lavet kvalitative interviews med, har ingen hjemmeboende børn. De fleste af stofbrugernes børn er voksne. Blandt dem, som har voksne børn, fortæller nogen, at de ikke har kontakt med dem, enten fordi børnene ikke ønsker kontakt, eller fordi de selv ikke ønsker kontakt. Andre har kontakt med deres børn, og nogle har endda tæt kontakt. Dette gælder også for flere af dem, hvis børn blev fjernet, da de var små. Børnene fylder især meget i kvindernes fortællinger. Nogle fortæller, at deres børn bor hos deres anden forælder, og andre fortæller, at de har fået fjernet deres børn af kommunen. For nogle af de kvinder, som ikke ser deres børn, fylder kampen for at få samvær med dem meget, mens andre synes, det er den bedste løsning, at deres børn er anbragt, så længe deres eget liv er ustabilt.

En kvinde i 30'erne fortæller, at hun har to børn, hvoraf ingen af dem bor hos hende. Hendes børn, som er teenagere, har hun ikke set de sidste ni år. Da hun og manden skiltes, fordi han opdagede hendes stofmisbrug, erkendte hun, at hun ikke ville kunne tage sig af sine børn på grund af sit misbrug og efterlod dem derfor hos sin eksmand. Efterfølgende fik manden forældremyndigheden over børnene.

> Jeg valgte selv at gå, fordi jeg vidste, at jeg havde et kæmpe problem. Men jeg vidste bare ikke, hvor jeg skulle få hjælp, og jeg kunne ikke blive der [hos hendes eksmand]. Jeg kunne ikke have dem med, fordi hvis jeg skulle sove i en opgang. Jeg kunne ikke have dem på slæb og så være misbruger på samme tid. Så jeg valgte, at de blev hos ham. … Og et års tid efter så slæber han mig i retten og vil have den fulde forældremyndighed. Og der, der er jeg lige kommet ud fra behandling fra Kongens Ø og bor i halvvejshus og har ikke nogen lejlighed, og jeg taber sagen, fordi jeg ingen lejlighed har.

Kvinden fortæller også, at hun håber at få mulighed for at opsøge sine børn, når de bliver 18 år, uden sin eksmands indblanding. Samme kvinde fortæller, at hun har et barn, der er tvangsfjernet af kommunen, som hun sammen med sin nuværende mand kæmper for at få lov til at se. "Vi ligger i retssag. Det har vi gjort de sidste halvandet år. Så vi har ikke set vores barn i halvandet år." Ønsket om at få deres barn hjem fylder meget for kvinden og hendes mand, og hun fortæller, at drømmen om en lille familie holder dem fra at tage stoffer. Men samtidig gør retssagen også, at de oplever afmagt, fordi de forventer at tabe sagen. Hun er bange for, hvad en tabt retssag kan have af konsekvenser for deres standhaftighed i forhold til at holde sig fra stofferne. Oplevelsen af afmagt går igen i flere af

historierne omhandlende tvangsfjernelse af børn, både afmagt i forhold til myndighederne og i forhold til ens egen situation.

En anden kvinde i 30'erne fortæller, at hun har en søn på 13 år, som er blevet adopteret af sin plejefamilie. Hun fortæller, at hun har affundet sig med, at hun ikke selv formår at have sit barn og har derfor forsøgt at finde fred med, at han bor hos en anden familie. Kvinden fortæller, at hun selv er vokset op i en misbrugsfamilie, og at det betød noget for hende, da hun traf sit valg i forhold til hendes søn. Hun fortæller, at hun har forsøgt at blive stoffri, og at der var en mulighed for, at han skulle hjemsendes i de første 8 år af hans liv.

> Men jeg har ikke kunnet blive clean. Og nu har han det så godt [hos sin plejefamilie], at han har bedt om at blive adopteret af den familie. Det har jeg givet ham lov til… det har også været svært. Det er hans ønske, det bliver jeg nødt til.

Kvinden fortæller, at hun stadig har kontakt med sønnen, selvom han er blevet adopteret bort, og hun håber at kunne fortsætte kontakten med ham resten af livet.

Som sagt er der flere af de interviewede stofbrugere, som har kontakt med deres børn. Der var selvfølgelig forskel på, hvor ofte de var sammen med deres børn og omstændighederne omkring samværet. En mand i 50'erne, som vi interviewede, havde et barn i skolealderen, der boede hos sin ikke-stofbrugende mor, men som han havde på besøg i weekenderne. Det er tydeligt, at samværet med sønnen og det at være en god far for ham var blevet det centrale omdrejningspunkt i livet for manden.

> Min motivation er min søn. Han skal have en far. Vi har et godt forhold, selvom vi ikke ses så tit som før. Men han er begyndt at sove hos mig i weekenderne. Og efter sådan en weekend når jeg har haft ham, så kommer jeg hjem, og det føles bare så tomt. Jeg kan godt føle mig lidt ensom nogle gange, efter han har været her.

Ligesom for flere andre af de stofbrugere, vi har interviewet, bliver samværet med barnet her noget, der har en positiv indvirkning på tilværelsen i den forstand, at det kan medvirke til at skabe et håb og et fremtidsperspektiv, som kan virke stabiliserende.

Der er flere af de interviewede, der kæmper for at opretholde en relation med deres børn, samtidig med at de har et forbrug af illegale stoffer. En kvinde fortæller, at hun er sammen med sine tre voksne og halvvoksne børn mindst en gang om ugen, og at hun holder sit forbrug af illegale stoffer, og hvor meget metadon hun får, skjult for dem.

> De ved ikke, hvad jeg laver, og de skal helst heller ikke vide det. Jeg prøver at holde det så skjult som overhovedet muligt. Så jeg lever jo faktisk et dobbeltliv, ikke? Men sådan er det, når man er bruger og forælder.

I interviewet med denne kvinde får vi også indblik i betydningen af at have sin egen bolig i forhold til at have en relation med sine børn. Da kvinden tidligere havde sin egen lejlighed, kunne hun være sammen med sine børn dér, men fordi hun nu bor på et herberg, er hun nødt til at mødes med sine børn andre steder. Det gør hun for at beskytte børnene, så de ikke bliver bekymrede for hende ved at blive konfronteret med det sted, hvor hun bor, som hun associerer med misbrug og grænseoverskridende adfærd.

> Det er mere, fordi de ved, at det kun er misbrugere, der bor her. Derfor. Og det ved de udmærket godt. Så går de ind og googler jo. De er gået forbi en masse gange om sommeren. Folk er jo tossede hernede jo. De sidder ude foran med sprøjter i armen nogle gange og sidder og drikker og kæfter op, og politiet kommer hver anden dag… Jeg har aldrig nogensinde siddet ude foran, men bare det, at jeg bor her, er nok for dem. Det gør dem bange for, at jeg falder mere i vandet, end jeg er i forvejen.

Ikke alle de informanter, som har børn, har haft mulighed for at opretholde et godt forhold til dem. En kvinde i 70'erne fortæller, at hun ikke har set sine børn de sidste cirka 30 år, siden de fandt ud af, at hun var prostitueret.

> Da fandt de ud af, at jeg var prostitueret, og at jeg havde været det altid. Og så slog de hånden af mig, det var meget, meget hårdt. … Og det har været meget, meget, meget hårdt! Men det holdt op med at gøre ondt. Og nu er der sket det underlige, at nu har jeg ikke lyst til at se dem. Og jeg tror, at de har det ligesådan.

Kvinden fortsætter med at fortælle, at hun mener, at man som stofmisbruger ødelægger sine sociale relationer ved at skubbe andre mennesker væk, ved at udnytte dem, og fordi man ikke oplever at have noget at byde på.

> Nej. Det, man skal huske, er de ting, man gør som misbruger. De skubber mennesker væk fra en. Både familie og venner, man skubber dem væk fra sig, fordi man fucker op i det. Man stjæler måske nogle af deres ting og sælger dem. Og man føler jo ikke, man har noget at byde på i forhold til andre mennesker. Så det er det, jeg tror, er det værste for alle stofmisbrugere, det er ensomheden.

Den form for selvstigmatisering eller symbolske vold, hvor man tager negative definitioner af stofmisbrugere på sig, finder vi flere gange i vores interviews. Også i forhold til børn. En mand fortæller for eksempel, at han ikke har kontakt med sine børn, for som han siger: ”Nej, jeg har ikke kontakt med nogen af mine børn, desværre. Det er mig selv, jeg er ligesom, jeg har ikke noget at tilbyde.” Men samtidig siger manden dog også, at hvis de får brug for hjælp, vil han til enhver tid hjælpe dem.

Parforhold og nære relationer

Lidt under en tredjedel (29 %) af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen var i et parforhold. I interviewundersøgelsen har vi talt med flere, der lever i parforhold, og også lavet interviews, hvor begge partnere var til stede. Det at leve i et parforhold kan både være en ressource og en belastning. Partnerne kan støtte og hjælpe hinanden, men samtidig kan der også forekomme såvel fysisk som psykisk vold og andre overgreb i et parforhold. Med hensyn til de parforhold, vi har fået kendskab til gennem vores interviews, hvor parrene aktuelt er sammen, har vi ikke indtryk af, at der forekommer vold og overgreb. Men i flere af interviewene med kvinderne i vores undersøgelse er der beretninger om tidligere parforhold, hvor de er blevet udsat for forskellige former for overgreb.

Nogle af parrene bor sammen, men de fleste, vi har talt med, bor forskellige steder, blandt andet fordi de ikke har råd til at flytte sammen. En gennemgående historie er, at de ikke har råd til at bo sammen på grund af den gensidige forsørgelsespligt. De har mulighed for at besøge hinanden et par gange om ugen, men må ellers opholde sig forskellige steder. Dette gælder også stofbrugere, som er gift og har børn sammen.

De forhold, vi har fået kendskab til gennem vores undersøgelse, har alle været mellem to stofbrugere. Det kan der være forskellige årsager til, men en vigtig årsag er sikkert, at mange af stofbrugerne især omgås andre stofbrugere, og måske at det kan være svært at få et romantisk forhold til en ikke-stofbruger. En mand i 60’erne fortæller, at han ikke er interesseret i at være i et forhold med en stofbruger.

> Jeg har aldrig interesseret mig for at have en misbruger som kæreste eller kvindeligt bekendtskab. Det giver ekstra problematikker til parforholdet. Så jeg holder afstand til kvindelige misbrugere som sådan, men jeg har set nogen. Selvfølgelig findes de.

Omvendt ville han heller ikke indgå i et forhold, hvor han holder sit forbrug af heroin skjult for en partner. ”Og jeg kan ikke gå ind i et forhold på en løgn eller noget…. Nej, det, ikke det, jeg ved bare, at folk er meget fordømmende, som folk er flest. Så derfor har jeg ikke lyst til at eksponere mig selv.”

Manden fortæller, at det er et dilemma, at han ikke vil indgå i et parforhold til en kvinde uden at fortælle hende, at han tager heroin, fordi han oplever, at ikke-stofbrugende kvinder trækker sig fra ham, når han fortæller det.

I modsætning til denne mand fortæller en kvinde i 40'erne, at hun ikke kan forestille sig at være i et forhold med en person, som ikke har prøvet at være afhængig af stoffer. Kun en sådan mand vil kunne forstå, hvordan hun har det.

> I dag, jeg ville ikke kunne have en kæreste, der var helt normal, for er jeg syg en dag. Han ville ikke kunne sætte sig ind i, hvorfor jeg er syg. Altså hvis jeg er syg af metadon eller, og han vil bare sige, tag dig sammen eller. Jeg ville ikke kunne være sammen med en almindelig mand, der var IT-arbejder eller et eller andet. Det ville slet ikke kunne fungere. Vi ville ikke kunne forstå hinanden.

Kvinden fortæller videre, hvordan forholdet til hendes kæreste har haft en positiv indvirkning på hendes liv, fordi det har givet hende stabilitet. Hun siger:

> Han har fået mig stabiliseret, han har gjort mig mere rolig. Ja, men det er ikke det, der gør det. Hvis jeg råber af ham, så taler han stille og roligt til mig… jamen han har en effekt på mig, ligesom en psykolog ville have. Jeg havde ikke været her i dag foruden ham.

At være i et parforhold er imidlertid ikke den eneste måde at være i et nært forhold på. Det er velkendt fra forskningslitteraturen, at stofbrugere kan indgå i tætte, men ikke romantiske relationer (Bourgois & Schonberg 2009). Det har vi også set eksempler på i vores undersøgelse. Det er tydeligt, at nogle gange er pardannelserne mere af praktisk end af romantisk karakter. Vi møder eksempelvis unge mænd sammen med ældre kvinder, hvor relationen ligner et mor-barn forhold, eller par af samme køn, hvor intimiteten ikke er en del af forholdet. En kvinde i 40'erne, som vi møder på Vesterbro, fortæller om, hvad hun lavede dagen før sammen med sin veninde.

> Carina, hun kom og delte alt[stof], hun havde, med mig. Jeg fik noget, og hun tog lidt mere. Hun havde to møllehjul, og det er da klart, det er jo hendes stoffer. Men hun gjorde mig rask her til morgen. Så lagde vi os lige ned et par timer…. Jeg synes, vi piger, vi har for lidt sammenhold, og jeg synes, vi skal have noget mere. Og Carina kan jeg rigtig, rigtig godt sammen med.

Kvinden fortæller, at hun før i tiden har været sammen med en mand, men har fundet ud af, at det fungerer bedre med et platonisk forhold til en anden kvinde. En anden kvinde fortæller om sit forhold til en 20 år ældre mand.

> Nu hænger jeg meget ud med ham, du lige har siddet og snakket med. Vi har snakket om, at vi vil flytte sammen. Jeg har sovet hos ham i over en måned. Altså, vi er ikke kærester eller noget. Men han er også 20 år ældre end mig.

Kvinden fortæller, at hun har valgt at have et platonisk forhold til en ældre mand for at få beskyttelse. Men sikkerhed er ikke den eneste grund til at indgå i et parforhold, hvad enten det er platonisk eller ej. En anden årsag er ønsket om at undgå ensomhed. Vi talte for eksempel med et par, der bor uden for København, men som var i byen for at købe kokain. De blev spurgt, om de oplever ensomhed. Kvinden siger, at hun ikke har oplevet ensomhed, men manden svarer derimod: ”Ensomhed det har jeg, hvis jeg ikke er sammen med hende. Jeg er slet ikke god til at være alene. Hvis jeg er alene, så bliver jeg rodet ud i noget lort. Jeg bliver tosset i hovedet.”

En mand i 50’erne, som bor på et herberg, fortæller, at han også føler ensomhed, selvom han bor blandt mange andre menneske, men for tre uger siden mødte han en kvinde, som han er rigtig glad for.

> Ja, selvfølgelig frygter jeg ensomhed. Hvis min kæreste går fra mig, så vil jeg være rigtig ked af det… Før hun kom, så har jeg følt mig meget ensom. Altid. Jeg har ikke rigtig haft nogle venner, og hvis hun skred og ikke kom tilbage igen, så vil jeg være lige så alene og ensom igen. Det er jeg selvfølgelig bekymret for.

Manden fortsætter med at fortælle, hvordan de er gået fra hinanden og har fundet sammen igen flere gange i den korte tid, de har kendt hinanden. Men så fortsætter han med at fortælle om alt det, de får ud af at være sammen.

> Vi kan simpelthen ikke undvære hinanden. Vi har brug for hinanden. Vi har begge haft et liv med ensomhed, smerte og modgang. Og når vi er sammen, så har vi kærlighed, samvær og medgang... Det er jo god motivation for at blive sammen.

Manden beskriver, hvordan et parforhold kan vende modgang til medgang, det vil sige generere affektive og emotionelle ressourcer, som kan gøre det lettere at mestre hverdagen.

Venner og bekendte som ikke bruger stoffer

Sociale relationer uden for stofmiljøet fremstår ofte som positive alternativer til sociale relationer i stofmiljøet. Disse relationer giver adgang til andre måder at være sammen på og udfolde sig på, end når man er en del af stofmiljøerne. Gennem vores interviews har vi fået indblik i, hvordan sociale relationer med mennesker, der ikke bruger stoffer, kan give adgang til sociale, materielle og affektive

ressourcer, som kan forbedre stofbrugernes evner og muligheder for at håndtere belastninger i hverdagen.

De sociale relationer med mennesker, der ikke bruger stoffer, kan være tætte venskaber eller mere eller mindre tilfældige bekendtskaber. De kan være sociale relationer, som indeholder omsorg og praktisk hjælp, og de kan være mere overfladiske kontakter, som er med til at bryde ensomheden og give en følelse af at være en del af samfundet.

En mand i slutningen af 30'erne, som vi interviewede, indledte med at skelne mellem relationer med folk, der bruger stoffer, og folk, der ikke bruger stoffer, hvor han kom frem med den hyppigt forekommende opfattelse af, at man ikke kan være venner med stofbrugere.

> For dem, som jeg kender i stofmiljøet, betegner jeg ikke som mine venner. Dem vil jeg ikke låne min nøgle til. Jamen, det er jo, at man har jo nogle erfaringer, kan man sige. Misbrug fører jo nogle ting med sig som tyveri og… Nogle kedelige ting. Det kan det i hvert fald gøre. Så det er jo igen et spørgsmål omkring, hvor tæt du tager folk.

Men derefter går manden videre til at fortælle om betydningen af en ven, som befandt sig uden for stofmiljøet: "Helle har jeg kendt i… Siden før jeg flyttede hertil, nok i 16-17 år." Han fortæller om, hvor vigtigt det er for ham at have en, som han har en fælles historie sammen med, om hyggeligt samvær og om den omsorg og andre ressourcer, som venskabet skaber.

> Jamen, vi drikker kaffe og spiser. Tøsesladder eller hvad man vil sige. Altså, vi hygger os. Det betyder rigtig meget for mig, at jeg har én, som jeg har kendt i mange år. Vi har ligesom en historie sammen. Jo, Helle betyder rigtig meget for mig. Det gør hun. Det er vel nemlig det almene menneskelige, noget stimuli og uformel omsorg. Og give noget uformel omsorg?

Hvor det hos denne stofbruger især er sociale og affektive ressourcer, som et venskab med en ikke-stofbruger medfører, så er der andre stofbrugere, som fortæller om lignende gode venskaber med mennesker, der ikke bruger stoffer, som giver adgang til forskellige materielle ressourcer. Det gælder for eksempel en mand, som har problemer med sine ben, hvilket begrænser hans mobilitet. Han fortæller, at han ved et tilfælde mødte en mand, som hjalp ham med at få adgang til hjælpemidler. Denne mand udviklede han efterfølgende et venskab med. Et venskab som manden beskriver som så tillidsfuldt, at han har givet vennen koden til sin bankbog, så han kan hjælpe ham med økonomien. Manden bliver spurgt, om han har nogen venner.

> Ja ja, jeg har kun en, og han kender min kode til min bankbog, han er også den eneste, jeg tror på. [Interviewer: Hvad er det, der gør, at han er en sød ven?] Jamen det er hele hans hjerte, hans måde at være på, tænkning, alt muligt.

Manden fortæller videre om det første møde og om, hvordan den mand, som blev hans ven, hjalp ham med at få hjælp.

Jamen vi kom til at snakke sammen oppe ved biblioteket. Han spurgte, hvorfor jeg altid sad her. ”Det er da, fordi jeg ikke kan gå længere.” Så snakkede vi om det, så siger han noget med, ”det må vi da kunne finde ud af.” Så tænkte han sig lidt om, så sagde han: ”Jeg kender *en* inden for hjemmeplejen.” Så ringede han til ham, og jeg kunne høre de snakkede sammen.

Omsorg og adgang til materielle ressourcer formidles ikke kun gennem tætte venskabelige relationer, men kan også formidles gennem relationer, som snarere kan betegnes som bekendtskaber. Det vil sige relationer, hvor man ikke kender hinanden så godt, som når man har et personligt venskab med hinanden. En mand fortæller, hvordan han har fået kontakt med et par, som driver en lille virksomhed, og som selv har været ’skæve eksistenser’, som han kalder det. Han kommer forbi deres virksomhed regelmæssigt, hvor han får noget at spise og drikke, og hvor parret møder ham uden stigmatisering og giver ham opmærksomhed på en omsorgsfuld måde.

> De kan godt forstå, at livet er hårdt, fordi de har selv været der. Så der bliver ikke set ned på mig, fordi jeg kommer ind og ikke har noget… Altså, ”Vil du ikke have en kop te, Peter?” og jo, selvfølgelig vil jeg det. Det vil jeg meget gerne. ”Jeg har vist også et stykke smørrebrød, men altså det er fra i formiddags.”… Det er jo altså, det er bare omsorg, som der bliver videregivet.

Omsorg handler om at rette sin opmærksomhed mod andre mennesker med et ønske om at hjælpe og lindre, men også om en interesse i, hvordan andre mennesker har det. Omsorg kan formidles gennem den måde, man er sammen på, og den måde, man taler sammen på. Men omsorg kan også udvises gennem praksisser og handlinger, såsom at tilbyde mad og drikke som i eksemplet ovenfor (Duncan et al. 2019; Mol 2006).

Manden fortæller videre, at han godt kan blive flov, når parret tager sig af ham. Samtidig med at han sætter pris på den omsorg, han bliver mødt med, fordi det giver ham håb og kræfter til at leve videre. Det er især de begrundelser, som parret kommer med, og den praksis de har, der er afgørende for, at han kan være i relationen. Han fortæller, at de siger:

> ”Jamen det skal du ikke, hvad har du af muligheder, menneske? Vi ser ikke ned på dig,” og bare alene det, at jeg får en kram, når jeg går derfra. Og at jeg har fået lidt i maven og

> en kop varm te, prøv at høre, det er guld værd. Og som de siger: ”Jamen det er jo ingenting”… Er I klar over, hvad I gør i det hele taget. I giver mig lige det sidste skub til, at det er okay, det skal nok gå. Fordi der er altså mange gange, hvor jeg har lyst til…. nu træder jeg af, nu gider jeg ikke mere…. Det er respekten fra andre mennesker.

Det er ikke kun manden i eksemplet ovenfor, der oplever positive ”affekter” (Duff 2016) eller forhøjet ”emotionel energi” (Collins 2014), som giver håb og et større mod på at klare sig igennem hverdagen, ved at interagere med andre mennesker, der udviser interesse og omsorg for dem. Der er flere af deltagerne i vores undersøgelse, som fortæller om, hvordan *bestemte mennesker* gør en forskel i deres liv. Det er for det meste beretninger om små hverdagsting, som dem beskrevet af manden ovenfor, såsom at drikke kaffe sammen, gå eller cykle ture sammen eller forskellige former for praktisk hjælp.

Det er dog ikke sådan, at det kun er stofbrugerne, som modtager omsorg fra andre. Som vi nævnte i indledningen til dette kapitel, er der også mange stofbrugere, som føler, at de har et ansvar for andre mennesker. Vi har nævnt børn, partnere og andre familiemedlemmer, men der kan også være tale om venner, som man tager sig af. En kvinde i 40’erne, som vi møder på et behandlingscenter, fortæller:

> Jeg bruger en del af min tid til at passe en meget god ven. Han er ikke så gammel, men han har fået kræft og er derfor flyttet på plejehjem. Han kan ikke lide at være der alene. Han kan ikke lide at sove alene. Han er bange, så lige nu er det primært mig, der er hos ham. Og han har faktisk været ansat et sted, jeg var tilknyttet gennem 17 år.

Det er tydeligt i fortællingen, at kvinden er glad for at kunne hjælpe en ven, som tidligere har været hendes hjælper. Hun beskriver, at det er meget livgivende at kunne hjælpe andre, selvom man selv har det svært.

Der er flere af deltagerne i undersøgelsen, som fortæller om, hvordan de kan få noget ud af tilfældige møder med mennesker, de ikke kender i forvejen eller blot har en overfladisk relation til. Det kan være den lokale købmand, personalet i et supermarked, mennesker, man regelmæssigt møder, hvis man står et bestemt sted og for eksempel sælger Hus Forbi, eller helt tilfældige mennesker, man falder i snak med. Denne form for interaktion med andre mennesker kan være med til at bryde en følelse af isolation og ensomhed. En mand fortæller, hvordan det at sælge Hus Forbi ikke bare er en indtægtskilde, men også en måde at få kontakt med andre mennesker på.

> Ja, jeg kan slet ikke undvære det. Så er der nogen at snakke med. Hvis folk først stopper for at købe avisen, så har de tid. Så kan man tage en sludder for en sladder om vind og vejr. Og nogle vil gerne snakke om verdenssituationen og store spørgsmål og sådan noget.

Nogle af stofbrugerne fortæller, at de har en hobby, som gør, at de kommer ud blandt mennesker, som ikke bruger rusmidler. Andre beskriver, at de går i butikker, hvor de taler med personalet. En mand omkring de 50 år fra Nordvest fortæller, at han er meget interesseret i musik og vinylplader.

> Jeg samler på vinylplader. Så nogle gange for at underholde mig selv så gik jeg ud i byen, og jeg kender alle musikbutikker, og alle kender mig der. Det har været mit andet liv, hvor jeg kommer ud i byen. Når jeg kommer ind i butikken, så er jeg der i en time mindst, snakker med ejeren og snakker med de mennesker, der kommer og går.

I foregående kapitel var vi inde på, at det at deltage i drikkefællesskaber kan være en måde at møde andre mennesker på. Det kan både være drikkelag i det offentlige rum eller stamværtshuse, som man besøger. Et eksempel er en mand i 20'erne, som intervieweren møder på Halmtorvet på Vesterbro. Han bruger sine dage på at sælge Hus Forbi. Når dagens arbejde er klaret, går han på værtshus. Han fortæller: "Det er jeg glad for [værtshuset] …. Ja. Og der snakker jeg rigtigt godt med dem, der arbejder. Og også ejeren. Hun er der kun 1 gang om ugen, men hun er også en rigtig, rigtig sød, stille kvinde."

En anden mand i 40'erne fortæller, at han ikke er glad for at være alene, og derfor søger ud i gaderne for at møde nogen, han kan drikke med: "Ja, jeg skal helst ud og så hjem om aftenen. Jeg drikker en helvedes masse øl i øjeblikket." Han fortæller, at han opsøger mennesker på pladser eller i eksempelvis Nørrebroparken. Her havde han dagen før spillet fodbold med en flok unge mænd og festede med dem. Han fortæller, at han er bevidst om, at han bruger alkohol som en adgangsbillet til sociale fællesskaber.

I vores datamateriale har vi også flere eksempler på, hvordan stofbrugere får en relation til forskellige slags professionelle, hvor der ikke nødvendigvis formidles en ydelse eller service, men hvor det i højere grad handler om uformelt samvær.

Et lidt usædvanligt eksempel er en bruger, som fortæller, at han har fået en god relation til den lokale præst blandet andet foranlediget af, at stofbrugeren deltager i forskellige aktiviteter i den lokale menighed. Manden fortæller:

> Ja, altså præsten er nok en af dem, jeg har en relation til. Vi har en meget god præst her. En meget åben kirke, kirken har mange arrangementer, eller hvad man skal sige. Så dem bruger jeg også meget, altså hvor det er fællesspisning eller meditationsaften eller en eller anden koncert eller noget. … Jeg har talt meget med præsten i mangel af psykolog, fordi det er lidt billigere. Og der er mange, der ikke ved, at det er en mulighed. Og jeg er meget spirituel, eller hvad man skal sige. Og vi har snakket meget om det eksistentielle, og mange

> misbrugere har dårlig samvittighed, så der har også være noget om tilgivelse, selvtilgivelse og selvtillid.

Det er meget få af deltagerne i undersøgelsen, som fortæller om, at de er medlem af foreninger eller deltager regelmæssigt i sociale aktiviteter, sport eller lignende, som ikke er en del af et behandlingstilbud. Men der er nogle få eksempler. Et af dem er en kvinde, som er begyndt at komme regelmæssigt i Ældresagen, hvor hun mødes med andre og broderer. Det fremgår af kvindens fortælling, at det ikke er broderiet, men det sociale samvær, som har betydning for hende.

> Jeg er medlem af Ældresagen, og hver 14. dag er vi nogle ældre damer, der mødes og sidder og syer sammen. Vi giver hinanden gode tips og hjælper hinanden, hvis vi har problemer, ikke, fordi nogle har forstand på noget, og nogle har forstand på noget andet. Jeg syer ikke derhjemme, men jeg syer hver 14. dag.

Nogle få af stofbrugerne har arbejde på det ordinære arbejdsmarked. Dette beskriver vi nærmere i kapitel 14. Det at have social omgang med mennesker uden for stofmiljøet oplever disse stofbrugere som meget betydningsfuldt. En mand i 50'erne, som er i fast arbejde, fortæller, at han foretrækker at være sammen med mennesker uden for stofmiljøet. Og at han i perioder, hvor han ikke har noget arbejde, kan opleve ensomhed. "Det skal så lige siges, at i de perioder hvor jeg ikke har haft noget arbejde, har jeg været meget ensom. Det har jeg trods alt."Arbejdet kommer på denne måde til at være et konstruktivt fællesskab, som modvirker marginalisering.

En mand omkring de 60, som vi møder i Nordvest, fortæller om, at han gennem hele sit liv både har brugt heroin og hash og samtidig haft fast arbejde. Han har en uddannelse som håndværker og har været tilknyttet arbejdsmarkedet i hele sit voksenliv. Da vi møder ham, er han lige kommet fra arbejde, som er på en byggeplads. "Jo, jeg kan godt lide, at der er nogle gode kollegaer. Jeg kan godt lide at arbejde sammen med andre mennesker. Det kan jeg godt lide, at være en del af et team, hvor vi løfter sammen."

Han fortæller dog ikke sine kollegaer, at han tager heroin. Dette gør han ikke, fordi han gennem livet har oplevet, at mennesker stigmatiserer ham, hvis han fortæller dette. Så han er meget opmærksom på at holde det skjult og lever på den måde et dobbeltliv.

Venner og bekendte der bruger stoffer

I det foregående kapitel beskrev vi stofbrugernes relationer med andre stofbrugere, hvor vi fokuserede på 'stofmiljøets logik', det vil sige, hvordan man sikrer sig stoffer, og hvordan man klarer sig i et

miljø, hvor stoffer er omdrejningspunktet. Vi konstaterede, at når stofbrugere mødes, er der en vis sandsynlighed for, at samværet på en eller anden måde kommer til at handle om stoffer. Men vi berørte også, at relationer mellem stofbrugere ikke kun er styret af stofmiljøets logik, og at samvær mellem stofbrugere ikke altid handler om stoffer. Dette uddyber vi her.

Rammerne for at mødes med andre stofbrugere kan variere. Det kan ske i stofmiljøet på Vesterbro, i det offentlige rum andre steder i byen, i forbindelse med stofbehandlingstilbud, væresteder og herberger og i private hjem. I foregående kapitel fortalte flere stofbrugere om, hvordan de mødtes på Vesterbro eller i Nordvest og 'hyggede' med andre stofbrugere, og hvor der var stoffer involveret. Men andre stofbrugere fortæller om, hvordan de mødes med andre stofbrugere sådanne steder, uden at der er stoffer involveret, fordi deres primære sociale netværk er andre stofbrugere.

Oplevelse af ensomhed er et gennemgående tema i stofbrugernes fortællinger om deres dagligdag. For nogle handler det om, at de har meget få og svage sociale relationer, og at de måske ser meget få mennesker i hverdagen. For andre handler det om, at de ikke oplever, at deres relationer med andre mennesker har et indhold og en kvalitet, de godt kunne ønske sig.

Ensomhed ser især ud til at være et problem for dem, der forlader stofmiljøet. Det vil sige, dem der opgiver at omgås andre stofbrugere mere end allerhøjest nødvendigt. Det er eksempelvis svært at undgå kontakten med andre stofbrugere, hvis man benytter et behandlingstilbud. Nogle af de stofbrugere, der har opgivet at være en del af stofmiljøet, enten fordi de helt er holdt op med at bruge stoffer, eller fordi de prøver at styre deres forbrug ved at undgå stofmiljøet, har svært ved at skabe nye sociale relationer og finde nye sociale fællesskaber at være en del af.

En mand i 60'erne, som vi interviewer i hans hjem i Nordvest, fortæller, at han i sit privatliv kun har kontakt med andre stofbrugere. Han siger:

> Jeg har ikke sådan en kreds af ikke-brugende venner. Det er der ikke noget af. Også fordi jeg ikke drikker alkohol. Altså jeg hænger heller ikke ud på hjørnet ved købmanden og drikker dåseøl. De står tit dernede og hænger, hvor de har deres sammenhold. Men det gør de. Men det dyrker jeg ikke.

Stofbrugere, som bor i Nordvest og på Sundholm, nævner ofte at indtagelse af alkohol kan give mulighed for at indgå i sociale fællesskaber. Men det er ikke alle, der er interesseret i at deltage i sådanne fællesskaber, som det fremgår af det ovenstående citat.

En anden mand fra Nordvest fortalte om, at han havde været en del af en gruppe sælgere af Hus Forbi, som holdt til i hjemløsehuset på Falkevej i Nordvest, da det fandtes. Han oplevede gruppen som et socialt fællesskab, hvor man blandt andet var opmærksom på hinandens problemer.

> Ja, jeg føler mig faktisk altid sikker, jeg føler, vi er en stor familie, det er, som om det er brødre og søstre. Vi kender hinandens problemer, der er så bare lige det der med alkohol. De har det med at se ned på, men de er jo ikke et hak bedre.

Der er også stofbrugere, som har kontakt med andre stofbrugere under private former, enten ved at de besøger hinanden eller laver forskellige aktiviteter sammen. I beretningerne fra deltagerne i undersøgelsen er der således flere eksempler på stofbrugere, som har opbygget venskaber med andre stofbrugere, hvor de gennem venskabet støtter hinanden.

En anden stofbruger fortæller, at han er gode venner med en enkelt af de brugere, som kommer på hans behandlingssted. De bor tæt på hinanden og ser hinanden regelmæssigt. De taler om deres situation, hygger sig og tager på cykelture, og så hjælper vores informant sin ven med at renovere sin lejlighed, fordi han har erfaring med håndværksarbejde.

> Jeg prøver så vidt muligt at holde mig der hos Bent, ikke. Det er den eneste, jeg kommer hos sådan set… Nå, men vi drikker noget te, og så har han en andelslejlighed, og den skal der gøres lidt ved. Og jeg har bygget mit eget hus engang. Så jeg har hjulpet ham med at tage nogle mål, og vi skal have lagt noget gulvtæppe og male og sat nogle nye lamper op. Ganske almindelig renovering, ikke. Og så snakkede vi omkring pension, fordi vi begge to har søgt pension.

Et andet eksempel er en kvinde, som er i substitutionsbehandling, og hvis bedste ven er en anden kvinde, som også er i substitutionsbehandling.

> Hver søndag morgen cykler jeg over til min veninde, det er et ritual. Det er en, der går her, hvis [min kæreste] er her, sover han bare, så skriver jeg bare en lille seddel. Så sidder vi i to-tre timer og drikker morgenkaffe. Jeg tager et stykke wienerbrød med, og så ryger vi et par joints, og så kører jeg igen.

Når vi nu ser på sociale relationer mellem stofbrugere, hvor stofferne ikke spiller hovedrollen, så skal det bemærkes, at det er os som forfattere, der har defineret en forskel mellem stofrelateret og ikke-stofrelateret samvær. I virkeligheden er der selvfølgelig for en del stofbrugere glidende overgange på den måde, at nogle har relationer med andre stofbrugere, hvor de både tager stoffer og laver andre ting. Som vi var inde på i det foregående kapitel, kan man godt have et rekreativt forbrug af stoffer, selvom man har en lang stofkarriere bag sig, også selvom man er i substitutionsbehandling.

Opsamling

I dette kapitel har vi fokuseret på materielle, sociale og affektive dimensioner af stofbrugernes hverdagsliv uden for eller på kanten af stofmiljøerne. Vi har vist, hvordan forskellige ressourcer og belastninger i deres hverdagsliv optræder. Herunder hvordan forskellige forhold kan medvirke til at forbedre mulighederne for at mestre sin hverdag. På flere måder kan dette kapitel ses som et modstykke til det foregående kapitel, hvor mange af skyggesiderne og belastningerne i stofmiljøerne blev beskrevet.

Som vi nævnte i dette kapitels indledning, og som det fremgår af kapitel 3, har mange af de marginaliserede stofbrugere forskellige slags sociale relationer, herunder nogle til mennesker, som ikke bruger stoffer.

Kapitlet viser, at børn og andre familiemedlemmer har stor betydning for mange af stofbrugerne, også selvom relationerne kan være komplicerede og smertefulde. For de som har børn, er relationerne til børnene uanset alder ofte vigtige følelsesmæssige relationer. Også de, som ikke har boet sammen med deres børn, mens børnene var små, beskriver, at de er stærkt følelsesmæssigt knyttet til deres børn.

En del af de marginaliserede stofbrugere har kun relationer til andre stofbrugere. For nogle af dem er deres sociale liv i stort omfang bundet op omkring brugen af stoffer. En del oplever de sociale relationer til andre stofbrugere som belastende, og nogle foretrækker derfor at være ensomme fremfor at omgås andre stofbrugere. Men samtidig fortæller en del også om konstruktive relationer med andre stofbrugere. Cirka en tredjedel af dem, vi har talt med, er i et parforhold. Derudover har flere en fast relation til en anden stofbruger, som ikke altid er af romantisk karakter. Kapitlet beskriver, at det at danne par kan være med til at minimere risikoen for vold og overgreb. Det er få, der er i et parforhold med en, som ikke selv bruger stoffer.

Vi har beskrevet, hvordan relationer med mennesker, der ikke bruger stoffer, både kan give adgang til omsorg og samtidig være en måde at bryde en følelse af ensomhed på. Mange af stofbrugerne har positive og betydningsfulde fortællinger om relationer til mennesker, der ikke tager rusmidler. Dog fortæller nogle stofbrugere, at de ikke ønsker sociale relationer uden for stofmiljøet, da de føler sig utilstrækkelige i sådanne relationer eller ikke ønsker at blive set skævt til, men også fordi de ønsker at være sammen med mennesker, som forstår dem og deres erfaringer.

Selvom vi i kapitlet har givet eksempler på sådanne konstruktive relationer mellem stofbrugere, så viser vores spørgeskemaundersøgelse og de kvalitative interviews, at en stor del af stofbrugerne oplever ensomhed. Denne oplevelse af ensomhed hænger blandt andet sammen med, at det kan være

svært at blive en del af konstruktive fællesskaber, som ikke involverer rusmidler. Vi har kun mødt få i vores undersøgelse, som deltager i foreningsliv eller lignende. Oplevelsen af ensomhed betyder for nogle, at de opsøger drikkelag eller stofmiljøer for at have nogen at være sammen med.

Case 4 At klare livet uden rettigheder og hjælp – en udvist asylansøger i stofmiljøet

Khalid lever på gaden på Vesterbro, selvom han egentlig har bopæl på Asylcenter Avnstrup i Hvalsø, vest for Roskilde. Han er i midten af 30'erne og har været i Danmark i de sidste 8 år. Som flygtning fra Irak har han søgt asyl i Danmark, men sagen er blevet afvist, og han er nu blevet udvist af landet. Dog kan han ikke sendes tilbage til sit hjemland.

Khalid har under sin flugt fra Irak opholdt sig i andre lande, inden han kom til Danmark. I Danmark blev han placeret på et asylcenter, hvor han ikke brød sig om at være. Han tog derfor til København, hvor han havde en libysk ven, han kunne opholde sig hos. Khalid tog stoffer sporadisk, før han kom til Danmark, men sammen med sin ven begyndte han at ryge heroin. Det udviklede sig hurtigt til afhængighed af både heroin og kokain.

Den åbne stofscene på Vesterbro blev Khalids nye hjem. Det er det eneste sted i Danmark, han nogensinde har følt tilknytning til. Det er også det eneste sted, hvor han har socialt samvær med andre mennesker. Khalid kender ingen uden for den åbne stofscene, og derfor lever han hele sit liv der. Han opsummerer sit hverdagsliv til at bestå af at sove i toget, bruge stoffer, gå rundt her og der og stjæle en gang imellem. Fordi han ikke har opholdstilladelse, må han ikke sove på herberger, og han må derfor finde steder, hvor man ikke skal oplyse, hvem man er. Mulighederne er natcaféerne eller et sted ude i byen.

En gang imellem forlader Khalid den åbne stofscene for at finde et sted at få ro til at sove. Ofte vælger han at tage S-toget, for selvom han både bliver vækket og får bøder, er det det eneste sted, hvor han kan få mulighed for at sove en lille smule i ro og fred:

> Nogle gange bliver jeg vækket, og nogle gange får jeg en bøde. For eksempel kan jeg tage toget fra København til Høje Tåstrup, uden at nogen kommer og vækker mig. Måske kommer de for at bede om billet eller give mig en bøde. Når toget når den sidste station, stopper det i 9-10 minutter og vender tilbage til København. Sådan sover jeg i toget (oversat fra engelsk).

Som afvist og udvist asylansøger har Khalid ikke ret til socialhjælp i Danmark. Han har aldrig haft et arbejde i Danmark og modtager ikke penge fra det offentlige. Han er derfor nødt til selv at skaffe penge til mad og rusmidler. Nogle gange sælger han stoffer som en slags mellemmand, men han har også andre metoder til at skaffe penge:

> Der er 1000 måder at tjene penge på. Jeg tjener penge ved prostitution, ved at stjæle og ved bedrageri. Min tilgang er, at hvis jeg møder en person, som har et behov, så imødekommer jeg det og får betaling (oversat fra engelsk).

Khalid er ikke glad for sin livssituation og skammer sig over den. Han er træt af at være hjemløs og sove på gaden, og han ønsker, at hans liv var helt anderledes. Hans største drøm er at få opholdstilladelse og et sted at bo, men han har opgivet håbet. Khalid fortæller, at han føler sig som en mand, der har fejlet i livet: ”Jeg har endnu ikke haft succes i livet, jeg har ingen kone, ingen børn og intet hjem eller sted, jeg hører til. Jeg har 1000 ønsker.” (oversat fra engelsk).

REDEN
KFUK's Sociale Arbejde

Kapitel 6 De overordnede rammer for social- og sundhedsindsatserne

Katrine Schepelern Johansen & Siri Mørch Pedersen

De foregående kapitler har omhandlet stofbrugernes hverdagsliv set fra deres eget perspektiv. Nu vender vi os mod de praktikere, der arbejder med marginaliserede stofbrugere. I de følgende kapitler beskæftiger vi os med de muligheder og begrænsninger, som praktikerne oplever i deres arbejde med at forvalte forskellige tilbud til marginaliserede stofbrugere. Vi belyser også det, de ser som udviklingsmuligheder med hensyn til at bygge bro mellem hverdagsliv og tilbud.

Vi undersøger, hvordan politiske og organisatoriske forhold påvirker praktikernes arbejde. Vi undersøger også, hvilke belastninger og ressourcer blandt stofbrugerne, som praktikerne arbejder med. Og vi er interesserede i at se på samarbejdet mellem praktikere fra forskellige tilbud og forskellige sektorer. Når vi er færdige med at skrive om praktikerne i hjælpesystemet, vender vi os i kapitel 11 igen mod stofbrugerne og beskriver, hvordan de oplever hjælpesystemet.

Denne del af bogen omfatter fem kapitler. Efter dette indledende kapitel følger kapitel 7, hvor vi fokuserer på substitutionsbehandling. I kapitel 8 handler det om bolig, økonomi og andre sociale tilbud, og i kapitel 9 er fokus på sundhedssystemets tilbud til de marginaliserede stofbrugere. Kapitel 10 handler om social inklusion og meningsfulde fællesskaber. Disse fire kapitler afdækker de muligheder og begrænsninger, som praktikerne oplever med hensyn til at give stofbrugerne adgang til ressourcer og med hensyn til at gøre det muligt for stofbrugerne at udnytte ressourcerne. På den måde handler de fire kapitler om arbejdet med at realisere de forskellige dimensioner af det sociale medborgerskab, som vi beskrev i kapitel 1. Altså hvordan stofbrugerne kan udnytte deres rettigheder og få adgang til materielle ressourcer, samt hvordan stofbrugerne kan blive inkluderede i andre sociale fællesskaber end dem, der findes i stofmiljøerne.

Resten af dette kapitel omhandler tværgående og overordnede tematikker i arbejdet med marginaliserede stofbrugere set ud fra praktikernes perspektiv. Først beskriver vi det ’landskab’ af tilbud, som marginaliserede stofbrugere ofte kommer i kontakt med. Bagefter ser vi kort på nogle af de tendenser, der karakteriserer den moderne velfærdsstat i dens tilgang til borgere, der har brug for hjælp: specialisering og behovet for styring, som i vores materiale viser sig at have betydning for praktikernes arbejde. Efter dette afsnit kommer et kort afsnit om forskellen mellem høj- og

lavtærskeltilbud, som også udgør en vigtig forskel i vores materiale. Med høj- og lavtærskeltilbud mener vi henholdsvis tilbud, som borgere skal visiteres til, og tilbud, som ikke kræver visitation.

Endelig ser vi på relationsarbejdet med marginaliserede stofbrugere og praktikernes opfattelse af dets betydning. Vi kommer også ind på, hvordan tid, kendskab til stofbrugerne og fleksibilitet har betydning for relationsarbejdet, og hvilke udfordringer der kan være i relationsarbejdet.

De mange tilbud i København

Vores undersøgelse af praktikernes arbejde tager udgangspunkt i de tilbud, som marginaliserede stofbrugere benytter. Nogle af disse tilbud er offentlige tilbud i kommunalt eller regionalt regi. Andre er drevet af private aktører. De største private aktører omfatter Mændenes Hjem, KFUK og Kirkens Korshær. Mændenes Hjem driver en række af tilbuddene på Vesterbro, bl.a. kontaktsted, herberg, natcafé for kvinder, botilbud, sundhedstilbud og stofindtagelsesrum. Reden er en del af KFUKs Sociale Arbejde. Kirkens Korshær driver bl.a. herberget i Hillerødgade.

Nogle af de private tilbud har driftsoverenskomst med Københavns Kommune, andre finansieres ved takstordninger, hvor de får midler fra det offentlige afhængigt af antallet af borgere, der benytter deres tilbud. Andre igen er finansieret af forskellige offentlige puljemidler og/eller private fonde. For marginaliserede stofbrugere på gaden virker det dog ikke til, at der skelnes mellem, om der er tale om offentlige eller private tilbud.

Hovedparten af medarbejderne på de fleste af tilbuddene er professionelle. De er altså ansat og får løn. Langt de fleste har også en relevant uddannelse. En del af tilbuddene trækker dog også på et korps af frivillige, der på forskellig vis hjælper til med driften. Det er bl.a. tilfældet på Reden, hvor frivillige hjælper til med at lave mad, taler med kvinderne og følger dem forskellige steder hen, fx til behandling i sundhedsvæsenet.

Der er ingen tvivl om, at København adskiller sig fra andre danske byer i forhold til antallet af marginaliserede stofbrugere og antallet af hjælpetilbud. Det betyder, at der i København findes flere tilbud end andre steder. Hvor de mange tilbud er en fordel i forhold til at få adgang til hjælp og i forhold til specialiserede indsatser, så kan de mange forskellige tilbud til gengæld betyde, at det kan være svært for den enkelte stofbruger eller den enkelte professionelle at have et overblik over indsatserne. Det personlige kendskab forskellige professionelle imellem, som nogle gange kan medvirke til en mere smidig indsats, kan have vanskeligere kår under disse forhold.

Der er også store forskelle i antallet af tilbud til marginaliserede stofbrugere i de forskellige bydele i København. Som det fremgår af kvarterbeskrivelserne i kapitel 2, er mængden af tilbud rettet mod de marginaliserede stofbrugere på Vesterbro og Sundholm betydeligt større end i Nordvest.

Specialisering og styring

En af de tendenser, der har kendetegnet det danske velfærdssamfunds udvikling, er en bevægelse hen imod en stadig stigende grad af specialisering. De forskellige hjælpetilbud får en stadig mere præcist defineret målgruppe og bliver typisk også mere målrettede. I dag skelnes der generelt mellem tilbud til børn og unge og til voksne.

På rusmiddelområdet skelnes der mellem de forskellige rusmidler, hvor der er forskellige tilbud. Der skelnes også mellem, om stofbrugerne har yderligere sociale problemer eller kun har afgrænsede problemer med rusmidlerne.

Specialisering kan dog skabe en række udfordringer for borgere, som har komplekse problemer, da de ofte vil skulle modtage forskellige indsatser fra flere forskellige aktører. Sundhedsvæsenet taler om 'multisyge' (Frølich et al. 2017) og diskuterer, hvem der skal være tovholder/koordinator på de forskellige indsatser. I en analyse af udsatte borgeres brug af velfærdssystemet konkluderer forfatterne: "Resultaterne … tegner således samlet set et billede af, at de udsatte borgere ofte benytter indsatser og ydelser i mange forskellige dele af velfærdssystemet, samtidig med at indsatsen ofte opleves som fragmenteret og usammenhængende" (Benjaminsen et al. 2018: s. 20).

Ud over at være et resultat af en øget faglig viden om virksomme indsatser for specifikke målgrupper er specialiseringen også knyttet til det styringsrationale, som er blevet stadig mere udbredt i den offentlige sektor gennem de seneste år. Styringsrationalet er, at en ordentlig udredning – fx baseret på Voksenudredningsmetoden (VUM) – kan afdække, hvilke specifikke problemer eller udfordringer en borger har brug for hjælp til at håndtere. Når borgernes konkrete problemer er blevet beskrevet gennem VUM-udredningen, bestilles de konkrete indsatser og metoder ud fra udredningen. Når problemer og indsatser således sættes sammen, bliver det i princippet også muligt at styre, hvor mange ressourcer der skal allokeres til de enkelte indsatser.

På det mere overordnede plan bruger kommunerne så BUM-modellen – Bestiller-Udfører-Modtager – til at styre indsatserne. Dermed er der sket en ændring fra ressource til resultatstyring, hvilket betyder, at det sociale arbejde med indførelsen af BUM-modellen styres gennem kravsspecifikationer og kontrakter mellem udbydere og bestillere. Dette giver en forståelse af kvalitet, som har fokus på opfyldelse af kontraktens mål og krav. Her kan de borgere, der har svært ved at leve

op til kontraktens mål og krav, komme i klemme. Eksempelvis hvis borgernes problematikker ændrer sig, efter kontrakten er indgået, og behandlingsforløbet er tilrettelagt på en måde, som borgeren måske ikke kan honorere.

Sundhedsvæsenet er også i stort omfang karakteriseret af specialisering og styring. Også her foregår det ved, at patienten bliver udredt for, hvilket problem vedkommende har – i sundhedsvæsenet kaldet *diagnosticering* – og på baggrund af denne udredning fastlægges, hvilke ydelser patienten skal have. Indholdet af disse ydelser er i vid udstrækning foruddefineret. I det sekundære/specialiserede sundhedsvæsen er der en del sygdomstilstande, hvor man opererer med såkaldte *pakkeforløb* og *patientforløb*, der er en forudbestemt række af konkrete ydelser, som den enkelte patient med en given sygdom skal igennem.

Samarbejde på tværs af enheder, fagligheder og sektorer

Mange af borgerne i vores undersøgelser har brug for hjælp fra flere forskellige aktører og fra professionelle med forskellig faglig baggrund. For eksempel kan borgere i rusmiddelbehandling have brug for både substitutionsbehandling, der er et sundhedsfagligt tilbud, og støttende samtaler, der er et pædagogisk tilbud. Eller en hjemløs borger kan have brug for hjælp til både at få en herbergsplads og samtidig få hjælp til at pleje et sår på den ene fod. Eller borgere, der på én gang har en psykisk lidelse og et stofbrug, kan have behov for hjælp fra både psykiatrien og rusmiddelbehandlingstilbud.

Samarbejdet mellem de forskellige aktører er ofte nødvendigt, for at borgerne kan få et helhedsorienteret tilbud, som de har ret til ifølge Serviceloven. Samtidig kan samarbejdet give en række udfordringer, fordi de forskellige aktører har forskellig faglig baggrund, forskellige forståelser af problemer og løsninger og forskellige lovgivningsmæssige, organisatoriske og ressourcemæssige vilkår for deres arbejde (se også Johansen 2018).

Høj- og lavtærskeltilbud

De marginaliserede stofbrugere i vores undersøgelse benytter både høj- og lavtærskeltilbud. Lavtærskeltilbud er kendetegnet ved, at det formelt set er nemt at få adgang til tilbuddene. Højtærskeltilbud er modsat kendetegnet ved, at det kan være vanskeligt at få adgang til tilbuddene. Formelt handler skellet om, hvorvidt der er tale om et tilbud, som man kan modtage uden visitation eller henvisning (lavtærskel), eller om man netop skal henvises eller visiteres til tilbuddet (højtærskel), det vil sige tilbud, hvor praktikere skal vurdere, om en borger er i det konkrete tilbuds målgruppe eller ej. Substitutionsbehandling eller psykiatrisk behandling er eksempler på

højtærskeltilbud, hvor praktikere skal vurdere, om borgeren er i tilbuddets målgruppe. Sundhedsrummet og Reden er lavtærskeltilbud, hvor man kan komme ind, som man er og få adgang til de ressourcer, stedet tilbyder. Reden dog med den begrænsning, at det kun er et tilbud til kvinder.

Ved siden af de formelle regler eksisterer der mange steder også uformelle regler eller vilkår, der i praksis kan fungere som begrænsninger i forhold til adgangen til tilbuddet. En del af de kvinder, vi har interviewet, fortæller, at de ikke gør brug af H17 (stofindtagelsesrummet på Halmtorvet), fordi de oplever det som utrygt, og fordi de er bange for at blive overfaldet. Her bliver køn en uformel begrænsning for adgangen til et ellers udpræget lavtærskeltilbud. I forhold til fx substitutionsbehandling er der også stofbrugere, som ikke ønsker at benytte sig af dette tilbud, fordi de ikke orker den stofhandel, der ofte foregår i forbindelse med behandlingstilbuddet. Selv om man egentlig er målgruppe og formelt set kan modtage hjælpen, kan andre forhold altså spille ind og i praksis gøre dette vanskeligere.

For at forstå hvilke ressourcer og hjælpetilbud, som de marginaliserede stofbrugere reelt har adgang til i deres miljø, er det altså vigtigt at have blik for både de formelle og uformelle begrænsninger.

Relationsarbejde

Hvor ovenstående afsnit beskrev dele af det, som rammesætter praktikernes arbejde, fokuserer dette afsnit på, hvordan praktikerne meningsudfylder de opgaver, de har med de marginaliserede stofbrugere.

En stor del af praktikerne anser relationen til borgeren for at være af afgørende betydning for deres handlemuligheder, når borgeren skal hjælpes. Når vi taler om betydningen af relationen med stofbrugerne, tager vi afsæt i praktikernes beskrivelser. Det indebærer, at relationen i denne sammenhæng kendetegnes ved dels, hvor meget kontakt der er mellem praktikere og stofbrugere (kvantitet), og dels ved indholdet i og karakteren af kontakten (kvalitet). En kvalitativ god kontakt er en, der kan involvere stofbrugeren i at øge hans eller hendes ressourcer og minimere belastningerne.

Praktikerne omtaler ofte relationen til borgeren som en slags adgangsbillet til at arbejde med borgeren. Mange praktikere fortæller, at ’den, der har relationen,’ har bedre mulighed for at arbejde med borgeren; eksempelvis at motivere til rusmiddelbehandling, tage en konflikt, overtale til at søge behandling, fortælle om vanskelige erfaringer eller få lov til at komme ind i en borgers lejlighed. At have en god relation til en borger kan også fungere som en blåstempling af samarbejdspartnere, hvor

den praktiker, der har en god relation til borgeren, kan sige god for andre praktikere, eksempelvis hvis der er behov for, at borgeren kommer i kontakt med psykiatrien eller et andet tilbud.

Arbejdet med at danne og vedligeholde relationer med borgerne er altså en vigtig del af systemets (i form af praktikernes konkrete arbejde med borgerne) medvirken til, at socialt marginaliserede stofbrugere får den hjælp, de har ret til og brug for. Der er dog vidt forskellige betingelser for relationsarbejdet for de forskellige praktikere, alt efter hvor de er ansat. Det har eksempelvis betydning, om de arbejder udgående og opsøgende eller i stationære tilbud, er en del af en kommunal behandlingsinstitution, et privat værested eller et behandlingstilbud i sundhedsvæsenet, antallet af borgersager eller patienter, som de har ansvaret for, og for de kommunalt ansatte, om de har myndighedsansvar eller arbejder på udførerniveau. I det følgende afsnit kigger vi nærmere på nogle af de forhold, der har indvirkning på, hvordan relationsarbejdet kan udfolde sig.

Begrænsninger i tid

En faktor, som er central i forhold til relationsarbejdet, er tid. Helt konkret er nogle indsatser udmålt i tid, for eksempel er døgnbehandling ofte tidsbegrænset til tre måneder, herberget er et midlertidigt botilbud (om end ophold i praksis kan vare i årevis). Medarbejdernes arbejdsdag er også afgrænset, ligesom tilbuddenes åbningstider er det. Dermed er der en konkret tidsmæssig ramme for relationsarbejdets omfang.

Tid spiller også ind i relationsarbejdet i forhold til: hvor lang tid praktikeren har kendt en borger, hvor god tid praktikeren har i sin arbejdsdag til at være sammen med borgeren, og hvor lang tid praktikeren fremadrettet forventer at have med borgeren at gøre.

I gadeplansarbejdet opleves tid også som en begrænset ressource. Praktikerne oplever det særligt i takt med, at der stilles flere krav til dokumentation af arbejdet, hvilket flytter medarbejderne væk fra gaden og ind bag computerskærmen. En gadeplansarbejder fortæller om at have bekymringer for ikke at kunne vedligeholde relationen til borgerne, fordi de tiltagende administrative opgaver gør, at hun ikke kan være nok til stede på gaden. Hun oplever også bebrejdelser fra borgerne omkring dette. Det medfører frustration over uoverensstemmelsen mellem ens faglige viden og ambitioner og den tidspressede virkelighed, som hun har skrevet om i sine dagbogsnoter:

> Jeg står foran Skyen og snakker i telefon. Susanne kommer hen og taler til mig om hendes kommende botilbud… Jeg nikker og siger (mens jeg vender telefonen væk fra munden), at det skal jeg nok sige til hendes sagsbehandler. Lidt senere – ca. 10 min. – kommer jeg ud fra Mændenes Hjem, mens jeg taler i telefon. Jeg går ud til Søren, som havde bedt om hjælp

til at ringe til sin kontaktperson. Jeg gestikulerer til Søren, at jeg ikke har glemt ham. Da jeg lægger på, siger jeg undskyld for ventetiden. Søren siger: ”Jeg gik bare væk.” Susanne står bagved og lytter til samtalen, hun siger: “Ja, sådan nogen som os går bare væk, når du ikke har tid.” Susanne går videre… Susannes reaktion gør mig ærgerlig, fordi den passer dårligt med det billede, jeg har af mig selv. Jeg prøver at være til stede mest muligt og få tid til ad hoc-samtaler eller andre opgaver, trods at jeg har en presset kalender. Susanne har jeg brugt meget tid sammen med og har ofte ledt efter hende, så jeg oplevede, det var uretfærdigt, til trods for at det er et vilkår, vi har forskellige oplevelser af de situationer, vi befinder os i.

Det langvarige kendskab

Flere af praktikerne i undersøgelsen har arbejdet med målgruppen i adskillige år og har ofte et langvarigt kendskab til enkelte borgere. Derved kan relationer mellem borger og professionel være opbygget over flere år. Det giver medarbejderen en viden om borgerens forløb, historik i forhold til systemet, relationer og hverdagsliv generelt. At den viden er en fordel i arbejdet med borgeren, kan bl.a. ses, når en myndighedssagsbehandler skal lave en indstilling omkring en borger til for eksempel førtidspension, bolig eller døgnbehandling.

Et eksempel herpå er en gadeplansmedarbejder, som har arbejdet med socialt marginaliserede stofbrugere i næsten 15 år. Hun bliver ringet op af en borger, som hun kender helt tilbage fra, da hun startede med at arbejde på det sociale område, og som hun har fulgt mere eller mindre tæt gennem alle årene. Han er blevet smidt ud af sin kærestes lejlighed og har brug for hjælp til at få en bolig. Adspurgt om hvorfor borgeren tog kontakt til pågældende gadeplansmedarbejder, svarer hun: ”Før var han for stolt til at bede om hjælp eller til at vise sin sårbarhed, men nu kan han godt ringe til mig og bede om hjælp”. Hun forklarer uddybende, at hun ikke formelt arbejder på borgerens sag længere, men at ”han har været så smart at beholde mit nummer.” Derfor har hun hjulpet ham med at få en forsamtale med en myndighedssagsbehandler, der kan udarbejde en VUM til brug i boligindstillingen. Hun tager også med til samtalen for at sikre, at borgeren får beskrevet sin situation og historik så grundigt som muligt. Til samtalen er stemningen jovial mellem dem, og det er tydeligt, at gadeplansmedarbejderen kender borgeren rigtig godt, på den måde hun kan referere til blandt andet hans rusmiddelhistorik, angstproblematik, bolighistorik og hendes viden om hans boevne. Hun støtter dermed borgeren i at få fortalt, hvad der er relevant for at leve op til kriterierne for en social boligindstilling.

I sådan et tilfælde er den langvarige relations betydning ikke til at overse, ligesom den fleksibilitet, der arbejdes med, heller ikke er det. Gadeplansmedarbejderen er i kraft af sin viden en konkret ressource for den pågældende borger, som han har kunnet bruge ved at ringe og spørge om hjælp. Gadeplansmedarbejderen har kunnet sætte ham i forbindelse med en sagsbehandler, og fordi hun kender så godt til ham, ved hun også, hvad der skal fremhæves til selve samtalen. Hun fungerer desuden som en oversætter mellem borger og myndighedssagsbehandler.

Relationsarbejde og det kendskab til borgeren, som følger med, er vigtigt for, at de marginaliserede stofbrugere kan blive hjulpet. Dette bliver meget tydeligt i situationer, hvor relationen ikke er god. Eksempelvis fortæller en medarbejder om en borger, hun havde kendt i mange år. Borgerens udadreagerende og truende adfærd gjorde, at der var en masse sikkerhedsforanstaltninger omkring ham, og at han reelt ikke modtog nogen støtte, indtil hun kom ind i billedet som hans bostøtte:

> Så fik jeg det her job, og jeg kender ham jo, og så aftalte vi egentlig, at han ikke skulle være passiv mere, jeg skulle prøve at være bostøtte på ham. Ret hurtigt smittede det også af på mine kollegaer, når de kunne se, hvordan man kunne have en relation til det her menneske, og de blødte også op, og jeg tror i virkeligheden, at det er det, som har gjort forskellen, fordi det har han jo kunnet mærke, at: ”Nå, okay, de vil mig også godt.” (…) Han var sådan, at han følte sig meget paranoid omkring kontoret, og de var efter ham og holdt øje med ham og overvågede ham, og sådan er det slet ikke mere, så jeg er ret sikker på, at det kan bære virkelig langt, hvis man har fået et tillidsforhold, og det kræver god tid. Sådan tror jeg, at vi alle sammen har det med ham.

Det kan altså være svært at få lov til at hjælpe borgeren eller at vide, hvad den rette hjælp er, hvis man ikke har noget kendskab til vedkommende og ikke har nogen relation.

For de borgere, der er ekstra udfordrende at støtte og hjælpe, fordi de eksempelvis har en særlig kaotisk livsførelse eller stofbrugsmønster, er meget udadreagerende eller nærer en dyb skepsis til ’systemet’, er det afgørende med god tid til relationsarbejdet. En indsats, der (udover at have en lille sagsmængde) ikke er tidsbegrænset, er ACT-indsatsen (Assertive Community Treatment)[20], og en bostøtte herfra reflekterer således over et borgerforløb i sine dagbogsnotater:

> I dette system [ACT-indsatsen] er det en luksus, at tid ikke er en faktor i relationen til disse mennesker. Ej heller et krav om progression eller udvikling. Jeg tænker derfor ofte, at mit

[20] Der er tale om en form for indsats, som retter sig mod hjemløse med svære psykosociale problemer, og som har svært ved at bruge de eksisterende tilbud, og derfor har brug for langvarig og intensiveret støtte i forbindelse med at komme i egen bolig og blive boende der (Benjaminsen n.d.).

> arbejde på daglig basis kan synes ligegyldigt, uvedkommende, banalt, men at jeg i det store perspektiv ”sætter penge i banken”. Både i forhold til at relationen kan bære konflikter, men også med henblik på at kunne få lov til at hjælpe i situationer, der rækker ud over dagligdags udfordringer/problemer.

Selvom det umiddelbart her og nu og måske særligt i et ’udviklingsperspektiv’ kan synes meningsløst at bruge tid med en borger uden et konkret mål med samværet, kan de små handlinger i relationsarbejdet være det, der skaber den velvilje og tillid hos borgeren, som gør det muligt på sigt at arbejde med borgeren. Relationsarbejdet fungerer dermed som ’en investering i fremtiden’ og en vigtig brik i realiseringen af borgerens rettigheder.

Fleksibilitet

I den daglige arbejdsdag er praktikernes tid betinget af, hvor skemalagt deres arbejdsdag er med opgaver eller samtaler, om de indgår fast i driften et sted, eller om de i vid udstrækning selv kan planlægge deres kalender og færden rundt med borgeren. For eksempel er hverdagen i substitutionsenhederne langt mere struktureret end i gadeplansarbejdet. Det skyldes bl.a., at kontaktpersonerne på substitutionsenhederne har myndighedsansvar for en del borgersager. Myndighedsarbejdet indebærer en række administrative opgaver eksempelvis registrering og dokumentationsarbejde samt opkald til og koordinering med relevante samarbejdspartnere. Alt sammen opgaver, der er vigtige for at få sagsarbejdet til at glide og *”for at få ting til at ske”*, som en kontaktperson udtrykker det. Men det er også opgaver, der tager tid fra én til én-kontakten med borgeren, hvor relationen kan opbygges og akutte problemstillinger kan håndteres. Det er også i forbindelse med én til én-kontakten, at medarbejdere oplever, at de bedst giver borgeren en oplevelse af at blive set og mødt.

Balancen mellem den strukturerede del af arbejdet og håndteringen af borgerens akutte problemer udgør et vedvarende fagligt dilemma eller pres for medarbejderne, som også kan sætte sig følelsesmæssigt. Som en medarbejder udtrykker det: ”Der er altid et eller andet, som man svigter, når man gør noget andet.”

For eksempel ser medarbejdere på en substitutionsenhed som regel kun borgerne i forbindelse med afhentning af substitutionsmedicin, eller hvis borgeren har en konkret aftale på centeret såsom en lægeaftale, en behandlingssamtale eller en aftale med en kontaktperson. Tiden med borgeren er dermed som hovedregel planlagt, og den er på en måde både en del af og løsrevet fra borgerens hverdagsliv.

Substitutionsbehandlingen er planlagt således for netop ikke at gribe alt for meget ind i borgerens hverdagsliv og dermed efterlade tid til det almindelige liv. For de marginaliserede stofbrugere, hvis hverdagsliv ofte er kaotisk og med mange konflikter og problemer, fungerer denne opdeling mellem behandling og det almindelige liv dog ikke. Substitutionsbehandlingen er en del af deres kaotiske liv og er nogle gange med til at skabe kaos. I forhold til nogle af disse stofbrugere har medarbejderne i substitutionsbehandlingen bedre muligheder for at rette arbejdet til. Nogle medarbejdere nævner for eksempel, at de prioriterer at tage med borgeren på jobcenteret eller tage en sludder med borgeren under dokumentationsarbejdet som små tidsrum, de tager sig for at opbygge relationen.

Alligevel er der ifm. gadeplansarbejdet bedre vilkår for at *dele noget tid* med borgerne, ikke mindst fordi arbejdsdagen ikke er struktureret omkring en given institutions åbningstider, skemalagte samtaler og behandling, regler og arbejdsgange, og fordi borgeren i højere grad bliver mødt på sin hjemmebane. Samvær og samtidighed gør det muligt at følge med i og danne sig erfaringer om borgerens hverdagsliv. Dette kan give helt særlige indsigter i en borgers liv, fordi fleksibiliteten gør det muligt at forfølge det uventede. På et værested som eksempelvis Reden, der kun har lukket to timer i døgnet mellem kl. 13 og kl. 15, har kvinderne mulighed for at komme stort set døgnet rundt. Medarbejderne er således vidner i realtid (synkrone) til kvindernes op- og nedture, forandringerne i deres fortællinger og handlinger, og vidner til, hvordan de forholder sig til deres egen livssituation. Sådan en viden er unik og kan være afgørende for eksempel i forbindelse med ansøgning om døgnbehandling, hvor der lægges vægt på borgerens udviklingspotentiale. Det fortæller en fremskudt behandler, der har et tæt samarbejde med Reden, om:

> Den fremskudte behandler forklarer, at Reden ’har relationen’ til kvinderne og er gode til at observere deres hverdagsliv og til at se fremskridt og udviklingspotentiale. Den fremskudte behandler fortæller om et dilemma i en konkret sag, hvor der har været foretaget en psykiatrisk udredning på en kvinde, da hun var 16 år, som viste fejl i hukommelsen, og på baggrund heraf konkluderede man, at hun ikke kunne udvikle sig. Problemet er, at psykiateren, som foretog denne udredning, ikke kendte til, at kvinden allerede dengang var i misbrug og prostitution, hvilket kan have haft betydning for, hvordan hendes hukommelse har virket. I sådan en sag er det godt, hvis Reden kan give så konkrete oplysninger som muligt omkring kvindens små fremskridt, når der skal søges døgnbehandling.

Vidensproducerende praksisser

Ovenstående viser, at tid er en væsentlig ressource i arbejdet med at opbygge en relation til marginaliserede stofbrugere. Relationer øger muligheden for, at de får den hjælp, de har ret til og brug for. Tid har også betydning for, hvilken viden om borgeren det er muligt at opnå. At have kendt borgeren over flere år giver en særlig 'diakron' viden, det vil sige en viden, som bliver større med tiden, mens det at have tid nok i dagligdagen til at følge borgeren i dennes hverdagsliv og dele tid sammen giver en 'synkron' viden; en viden om det uventede og hvad der fylder her og nu. Synkron viden gør det muligt at handle på borgerens presserende behov. Relationsarbejdet er på den måde som en vidensproducerende praksis, der også er en vigtig del af det sociale arbejdes praksis og af mulighederne for at sikre, at borgernes rettigheder bliver opfyldt.

Produktion af viden om borgeren er betinget af det fysiske og sociale rum, arbejdet foregår i. Disse rum påvirker nemlig omfanget og karakteren af møderne mellem borgere og praktikere (vi skriver mere om de sociale og fysiske rammers betydning for det sociale arbejde i kapitel 9). Det betyder også, at der er stor forskel på, hvilken viden det er muligt at opnå om borgeren afhængigt af arbejdsfunktion og placering i det institutionelle landskab og placering inden for en konkret institution (for eksempel i medicinudleveringen eller som behandler på substitutionsenhed).

Medarbejderne benytter forskellige praksisser for at opnå viden om borgerne. "Vi ved kun det, vi ser," fortæller en læge på en substitutionsenhed i forbindelse med en borger, hvis medicindosis hun justerer:

> Teknisk set ved jeg ikke, om han tager det hele derhjemme, så jeg er nødt til at se, om han kan tåle det, vi giver ham (…) Vi kan ikke vide, hvad borgerne gør på toilettet, eller når de er ude herfra, hvordan de tager deres medicin, og vi kan ikke give dem mere, end de kan tåle.

En begrænset viden om, hvad borgeren har indtaget af stoffer og medicin, kan medføre tilbageholdenhed i forbindelse med udskrivelse og fastsættelse af metadondosis. For borgeren, der ved, at han eller hun kan tåle mere end 100 mg metadon, kan dette opleves som, at hans eller hendes behandlingsønske ikke indgår i overvejelserne. Dette kan føre til konfliktfyldte forhandlinger mellem læge og borger. En måde, lægerne forsøger at skabe viden, er gennem screeningsredskaberne *opioid scoreskema* og *abstinensskema,* der kan give en indikation på, hvor påvirkede brugerne bliver af at indtage en given mængde opioid, og hvor voldsomme abstinenser som de oplever. Er der et godt samarbejde med borgerens kontaktperson, som typisk har et bredere kendskab til borgeren, kan lægen

også indkalde kontaktpersonen og borgeren til et samarbejdsmøde for at danne et tilstrækkeligt vidensgrundlag for udarbejdelsen af en behandlingsplan.

Muligheden for at opnå et brugbart vidensgrundlag er yderligere begrænset, hvis praktikere kun ser borgeren i en særlig institutionel kontekst, fx rusmiddelcentrene. Nogle praktikere fortæller, at en stor del af borgerne har en negativ indstilling til deres behandlingsenhed og ser sig som i opposition dertil, og når det primært er denne kontekst, som relationsarbejdet foregår i, kan det være vanskeligt at få et ordentligt indblik i borgerens tilværelse og situation.

Opsøgende gadeplansmedarbejdere kan have en anden adgang til viden. Det skyldes, at de færdes i det lokalmiljø, hvor borgeren så at sige er på hjemmebane. På den måde får gadeplansarbejdere del i samme rumlige erfaring som borgerne. De får en anden kropsliggjort viden om for eksempel, hvor langt det føles at komme hen til den nærliggende substitutionsenhed, også selvom afstanden kan synes lille på et kort. Eller hvor lang tid det kan tage at flytte sig 200 meter i stofmiljøet, fordi man støder på mennesker, der vil noget med en hele tiden. Gadeplansarbejdere kan opnå en dybdegående viden om miljøets rytme, stemningsskift, udvikling, muligheder og begrænsninger, men også om borgerens hverdagsliv, fordi de ser, hvordan borgerne bruger et område, og hvilke relationer de indgår i. Samtidig får man, hvis man færdes ofte på Vesterbro, også særlige indtryk af stofbrugerne, hvor de måske fremstår mere kaotiske, utrygge eller dominerende, end de gør, når de er på rusmiddelcenteret, hvor de eksempelvis godt kan mobilisere ressourcer til at møde op til en aftale.

Det at bevæge sig gennem forskellige fysiske rum med borgeren kan også give praktikeren ny viden, fordi forskellige holdepunkter i byen kan sætte gang i erindringen hos borgeren. Et eksempel herpå er en borger, der bliver fulgt til jobcenteret af en gadeplansmedarbejder (og en af forskerne):

> På vej mod bussen passerer vi en slagter, og Karim siger, at han gerne ville have købt pølser til sine børn her, fordi det elsker de. Den Karim, som inde på Vesterbro virker så høj i hatten og ukuelig, er nu stille og berørt. Han fortæller, at han savner sine børn, men han vil ikke ringe til dem, for de vil ikke snakke med ham, og der er noget, som Karim synes, at de skal sige undskyld for først, før han ringer.

En sådan uplanlagt hændelse kan give medarbejderen indblik i dele af borgerens liv, og hvad der er meningsfuldt for borgeren, og hvilke behov han/hun har, som man ikke nødvendigvis ville kunne få andre steder. Et par dage efter møder vi Karim, hvor gadeplansmedarbejderen spørger ham, om han vil låne hendes telefon til at ringe til sin søn.

De forskellige betingelser for vidensproduktionen i arbejdet med de marginaliserede stofbrugere har selvfølgelig betydning for medarbejdernes muligheder for at forstå og handle på borgernes

livssituation. At medarbejderne har mulighed for at få en strækkelig god viden, har dermed også betydning for, at de kan hjælpe borgerne med at få adgang til relevante ressourcer og få udnyttet deres rettigheder.

Opsamling

Dette kapitel har beskrevet nogle overordnede rammer for de professionelles arbejde med de marginaliserede stofbrugere. En af de vigtigste pointer, vi skal tage med til de følgende kapitler, er, at de forskellige praktikere, hvis arbejde vi beskriver, arbejder under meget forskellige sociale, fysiske og organisatoriske rammer, og det har stor betydning for, hvordan man kan møde stofbrugerne, og hvordan man kan arbejde med dem.

Case 5 Det næsten helt almindelige liv

Jenny er i slutningen af 40'erne, og hun bor i egen lejlighed på Amager. Selvom hun er gift, bor hun alene. Jenny og hendes mand har nemlig ikke råd til at bo sammen på grund af reglen om gensidig forsørgelsespligt. Men Jennys mand kommer ofte og besøger hende. Både Jenny og hendes mand er tilknyttet et rusmiddelcenter på Amager, hvor de kommer flere gange om ugen.

Jenny beskriver sit liv som et roligt og tilbagetrukket liv. Dagen begynder for hende med, at hun henter sin metadon på behandlingsstedet og derefter sætter sig ned og venter på, at det virker. Efterfølgende styrketræner hun med nogle af sine veninder i et idrætsprojekt på behandlingsstedet, der hedder "Move On". Hun ville egentlig gerne træne i det lokale fitnesscenter, men er utryg ved, om de andre vil kigge skævt til hende. Når hun kommer hjem fra behandlingsstedet ved 12-tiden, begynder hun at rydde op. Det gør hun hver dag:

> Jeg har to katte. Så der bliver lige støvsuget hver dag, vasket op hver dag, vandet blomster og alt det der. Det sørger jeg for at gøre først, så lægger jeg mig på [min sofa] (…) Jeg har mine to favoritserier. Det er Kardashians og Beverly Housewives, og det skal jeg se hver dag. Når klokken er fem, hedder det aftensmad. Min mand kommer tit på besøg og spiser med, fordi jeg gider sgu heller ikke at stå og lave mad til mig selv. Det er røvkedeligt. (…) Hvis han sover her, så hygger vi os med snacks. Vi går meget op i, at vi ikke skal mangle noget i hverdagen af mad, og vi skal have det godt, og vi skal hygge os. Og det skal ikke være stofpræget, det er det, mig og min mand går op i, i dag.

Jenny og hendes mand har et barn sammen, som har været fjernet siden fødslen, og de kæmper sammen for at få barnet hjem. Jenny fortæller, at det er forbundet med både sorg og skam ikke at have sit barn hos sig, og hendes største ønske er at få ham hjem. Allerede som stor pige startede Jenny med at spise piller, som hun fik af sin mor. Jenny har altid været glad for piller, men hun blev i sin ungdom introduceret til kokain, som hun hurtigt blev afhængig af.

Jenny er glad for det rolige liv, hun har i dag. Da hun var yngre, levede hun i et voldeligt forhold, og det gjorde, at hun tog ekstra mange piller for at holde livet ud. I dag har hun en god hverdag sammen med sin mand. Han behandler hende godt og forkæler hende, fortæller hun. Også selvom hun nogle gange bliver urimelig og råber og skriger.

Ophold
forbudt

Kapitel 7 Rusmiddelbehandling

Esben Houborg

Rusmiddelbehandling i Danmark er reguleret gennem Lov om social service og Sundhedsloven. Socialstyrelsen har udarbejdet et sæt retningslinjer for den sociale behandling, mens Sundhedsstyrelsen har lavet en vejledning om den medicinske stofbehandling. Den sociale behandling omfatter alle ikke-medicinske indsatser, der kan medvirke til at reducere forbruget af illegale stoffer, forebygge en forværring eller reducere skader forbundet med brug af illegale stoffer. Behandlingen sigter på at reducere forskellige sociale, psykiske og fysiske barrierer og styrke den enkeltes ressourcer med henblik på at opnå disse mål. Den medicinske stofbehandling retter sig mod at forebygge og behandle skader og sygdom som følge af rusmiddelbruget og for dem, der bruger opioider, er der mulighed for at tilbyde substitutionsbehandling.

Det, vi især beskæftiger os med her, er substitutionsbehandling i form af en kombineret social og medicinsk behandling, da det er denne behandlingsform, som 67 % af undersøgelsens population deltager i (se kapitel 3), og det sted i behandlingssystemet, hvor socialt udsatte stofbrugere især er indskrevet.

Kombination af medicinsk og social behandling er som regel nødvendigt, fordi det sjældent er nok blot at fjerne de fysiske abstinenser og trangen til at indtage stoffer med medicinsk behandling. Ofte vil det være nødvendigt også at arbejde med den psykiske afhængighed og med forskellige sociale, psykiske og fysiske problemer, hvis det skal lykkes at reducere forbruget, forebygge en forværring eller forebygge skader. Hvilke sociale, psykiske og/eller sundhedsmæssige indsatser, der er nødvendige, afhænger naturligvis af den enkelte stofbruger. For de brugere, som indgår i denne undersøgelse, gælder det dog, at de fleste af dem har komplekse problemer med rusmidler, sociale problemer, psykiske problemer og fysiske problemer (Socialstyrelsen 2020).

Substitutionsbehandling i Københavns Kommune

I undersøgelsen har vi fulgt behandlingen på fire forskellige behandlingsenheder, som tilbyder substitutionsbehandling i Københavns Kommune: Vigerslev Allé, Ørnevej, Prags Boulevard og Dagcenter Stæren. Den behandling, som foregår i disse institutioner, falder ind under Sundhedslovens § 142 og Servicelovens § 101. Serviceloven forpligter kommunerne til at tilbyde borgere behandling for stofmisbrug og sætte behandlingen i gang senest 14 dage efter, borgerne har henvendt sig for at

komme i behandling. Loven giver desuden borgerne ret til frit valg af behandlingstilbud. Sundhedslovens § 142 giver alle, der henvender sig til kommuner med et ønske om stofbehandling, ret til en lægesamtale. Hvis borgeren er afhængig af opioider og er over 18 år, har han eller hun ret til substitutionsbehandlingen, som skal starte senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen om at komme i behandling.

Socialstyrelsen har udarbejdet et sæt retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling, som indeholder anbefalinger om, hvordan kommunerne skal organisere og gennemføre behandlingen (Socialstyrelsen 2020). Københavns Kommune har selv udarbejdet en kvalitetsstandard for den sociale stofmisbrugsbehandling. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et sæt retningslinjer for den medicinske stofmisbrugsbehandling, og med udgangspunkt i dem har Københavns Kommune udarbejdet sin egen instruks om den medicinske behandling (Københavns Kommune 2017).

Når en borger kommer i behandling, får han eller hun en kontaktperson, og sammen med kontaktpersonen skal der laves en behandlingsplan. Planen skal beskrive målene for behandlingen, hvad behandlingen består af, og hvordan der vil blive fulgt op på behandlingen. Hvis der påbegyndes medicinsk behandling, skal der laves en separat medicinsk behandlingsplan, som lægen er ansvarlig for. Den medicinske behandlingsplan indgår som en del af den overordnede behandlingsplan, og der kan ske en koordinering af den medicinske og den sociale behandling. I sjældne tilfælde kan der ske medicinsk behandling uden social behandling. En del af den sociale behandling kan bestå i, at borgeren deltager i et behandlingsforløb med en af de behandlere, der er ansat i behandlingsenhederne. Denne behandling kan bestå af individuelle samtaler eller gruppebehandling og baseres på socialpædagogiske og terapeutiske indsatser, som kan hjælpe borgeren med at skabe forandring i sit liv.

Vi har kunnet se, at det langt fra er alle indskrevne stofbrugere, der deltager i denne del af behandlingen, og det vender vi tilbage til. Behandlingsenhederne kan selv tilrettelægge behandlingsarbejdet, så det passer til den brugergruppe, som er indskrevet på enhederne. Således havde en af behandlingsenhederne i en periode en praksis med at tilbyde alle nye stofbrugere, der blev indskrevet i behandling, fire behandlingssamtaler, som efterfølgende kunne blive til flere. Det skete som en særlig indsats i forhold til en ny gruppe af unge, som brugte oxycontin, og som var begyndt at søge behandling. Formålet var, gennem en kombineret social og medicinsk behandling, at få disse unge videre, så de ikke kom til at ’hænge fast’ på substitutionsbehandlingsenhederne.

Københavns Kommune tilbyder borgerne det, de kalder ”straksbehandling”. Det betyder, at når man henvender sig for at komme i behandling, kan man få en samtale allerede samme dag, man har henvendt sig, eller senest den følgende hverdag.

Så vidt de formelle rammer for rusmiddelbehandling i Københavns Kommune. Nu går vi videre med at undersøge, hvordan ansatte på behandlingstilbud, lavtærskeltilbud og herberger ser på behandlingen i praksis. Vi starter med selve det at komme i behandling, og derefter går vi videre til at se nærmere på den medicinske behandling, den sociale behandling og det tværfaglige samarbejde internt på behandlingstilbuddene. I forbindelse med den sociale behandling vil vi også komme ind på samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere som jobcenter og psykiatri.

Medicinsk behandling

Det har længe været politikken i Københavns Kommune, at det skal være let at komme i behandling, hvis man har problemer med rusmidler, hvilket blev understreget, da man indførte ”straksbehandling”. Processen, når man skal i behandling, er, at man som borger først har en samtale med en socialfaglig medarbejder om sit behov for behandling. Derefter har man en samtale med en læge. Her vurderer lægen, om der er tale om opioidafhængighed. En urinprøve kan dokumentere om personen har indtaget opioider. Lægen kan undersøge graden af personens afhængighed gennem et scoreskema (Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)) og ved at observere og udspørge stofbrugeren. Hvis lægen observerer moderate til svære abstinenssymptomer, kan behandling med substitutionsmedicin iværksættes. Nogle af de læger, vi har talt med, har fortalt os, at de godt er klar over, at erfarne stofbrugere godt ved, hvad de skal sige for at score højt på skalaen. På den måde kan det blive lidt som et spil, hvor begge parter spiller de roller, der skal til for at behandlingen kan komme i gang. Når behandlingen starter, hvad enten det er samme dag eller dagen efter, skal brugeren opholde sig på behandlingsenheden en time for at blive observeret, så man kan se, om vedkommende kan tåle stoffet. Her bruges et opioid scoreskema, ud fra hvilket man kan vurdere, hvor påvirket brugeren bliver efter indtag af substitutionsmedicinen. Målet er at nå en opioid score på 1, hvor brugerne hverken oplever abstinenssymptomer eller er påvirkede.

Vi vil nu gengive indskrivningen af en borger med udgangspunkt i vores feltnoter fra en behandlingsenhed. Vi har aftalt med en kontaktperson, at vi skal være med til en indskrivningssamtale og venter på at få besked om, hvornår den starter.

> Flemming [praktiker] kommer hen og fortæller mig, at jeg skal holde øje, om der kommer en gående med en tisseprøve. For så skal jeg komme ind til visitationssamtalen. Der går et

> stykke tid, og jeg bliver i tvivl, om jeg har misset det. Men så kommer Flemming og fortæller, at borgeren sidder og drikker en masse vand, fordi hun ikke kan tisse. Da hun endelig kommer gående med koppen, så går jeg ud og finder Flemming. Så kan visitationssamtalen gå i gang.

Vi går ind på kontaktpersonens kontor, hvor borgeren, som gerne vil i behandling, sidder. Hun skal svare på nogle spørgsmål og give samtykke til at videregive personlige oplysninger.

> Flemming gennemgår samtykkeerklæringen meget hurtigt og fortæller, at det her bliver hun nødt til at sige ja til, for at de overhovedet kan lave deres arbejde. Inge [borgeren] virker lidt forvirret, og jeg tror ikke helt, at hun er med på, hvad Flemming mener. Flemming virker generelt træt af bureaukrati. Og han prøver at gennemgå spørgsmålene hurtigt, for at Inge ikke bliver utålmodig.

Flemming gennemgår en række spørgsmål om alkohol og stoffer, HIV med mere. Så kommer lægen ind i rummet, og lægesamtalen kan begynde. Lægen spørger om nogle af de samme ting, som Flemming netop har spurgt om. Flemming optræder til tider i en medierende rolle mellem lægen og Inge. Han forklarer tingene og fortæller, at flere af de ting, som lægen spørger om, har Inge lige svaret på. Lægen forsøger at overtale Inge til at komme i behandling med buprenorfin i stedet for metadon, men Inge afviser og ender med at komme i behandling med metadon ved Flemmings mellemkomst.

> Inge skal starte på 30 mg, selvom hun har fortalt, at hun i det sidste halve år har trappet sig selv op på 60 mg. Lægen fortæller, at hun allerede dagen efter kan trappe lidt op. Efter lægesamtalen får Inge sin medicin, og hun tror, at hun er færdig. Men Flemming fortæller, at hun skal blive en time på behandlingsenheden efter indtagelse af substitutionsmedicinen, så personalet kan observere virkningen.

Flemming og Inge går ind på Flemmings kontor igen og begynder at udfylde resten af spørgeskemaet, men Inge begynder at miste koncentrationen, og Flemming siger, at de stopper for i dag og kan udfylde resten en af de følgende dage.

Det er ikke alle borgere, som har lige let indgang til at komme i behandling. De forskellige procedurer, de skal igennem, og de krav, der stilles til dem, kan gøre det svært for dem at møde op og starte behandlingen. Det gælder især de stofbrugere, som lever et meget marginaliseret og kaotisk

liv. Den måde, systemet er indrettet og fungerer på, kommer dermed til at udgøre en barriere for nogle af de mest marginaliserede stofbrugere.[21]

Nogle gange kan en medarbejder på et lavtærskeltilbud eller en af kommunens fremskudte behandlere hjælpe marginaliserede stofbrugere med at komme i behandling. De laver aftaler med brugerne, forbereder dem og tager med dem hen til behandlingsenheden for at støtte og fastholde dem under indskrivningsprocessen.

I det nedenstående eksempel har en medarbejder på et herberg gennem længere tid arbejdet på at hjælpe en beboer til at komme i substitutionsbehandling. I uddraget fra medarbejderens dagbog nedenfor beskriver han alle de ting, der skal falde på plads, hvis det skal lade sig gøre.

> Der skal aftales lægesamtale, som helst skal passe med beboerens døgnrytme og rusmiddelindtagsmønster. Der skal så planlægges optrapning i et forløb på op til 3 uger med dagligt fremmøde, abstinensscoring og ventetid med overvågning, før endelig dosis er opnået. Det kan være vanskeligt at få alt til at passe. Kontaktpersoner [fra herberget] følger gerne beboeren den første uge og sidder og venter i en time med beboeren. Det kan være svært for beboerne at få egen vilje igennem over for lægen, med hensyn til substitutionspræparat. Derfor tilbyder vi at gå med, vi forbereder samtalen på forhånd og sikrer, at alle argumenter nævnes for lægen. Det kræves, at borgere møder op i abstinent tilstand, og de må ikke bruge opioider efter kl. 24 aftenen før for at få substitutionspræparat lige efter lægesamtalen. Det kan være uoverskueligt for beboerne at gå alene og sidde alene overvåget i abstinent tilstand. Det kræver, at man sidder med og holder gejsten oppe og motiverer undervejs.

I uddraget ovenfor skriver kontaktpersonen, at det kan være svært for beboerne at få deres vilje igennem med hensyn til valg af substitutionspræparat. Det er ikke kun noget, som gælder beboere på herberger, men er et generelt tema, som vi er stødt på i forbindelse med vores undersøgelse.

Buprenorfin er ifølge Sundhedsstyrelsens og Københavns Kommunes vejledninger om substitutionsbehandling ”førstevalgspræparat”, fordi det er sikrere med hensyn til at undgå overdoser, og fordi det har færre bivirkninger end metadon. Derfor prøver lægerne at få brugerne i behandling med buprenorfin i stedet for metadon. Nedenfor beskriver en læge, hvordan en borger bliver søgt motiveret til at starte med buprenorfin, men hvor det alligevel ender med metadonbehandling.

[21] I 2020 efter dataindsamlingen til denne undersøgelse blev der i forbindelse med COVID-19 etableret fremskudt substitutionsbehandling på lavtærskeltilbud for netop at nå de mest marginaliserede stofbrugere (Houborg, Schrøder & Kammersgaard 2021). I 2021 blev ordningen udvidet og gjort permanent.

> Kl. 11 Indskrivning af patient, der er velkendt på enheden fra tidligere. Hun møder med medarbejder fra Hjemløseenheden. Hun har et heroin, metadon, kokain samt cannabismisbrug. Hun forsøges motiveret for substitutionsbehandling med buprenorfin, der har en bedre sikkerhedsprofil end metadon, men er fuldstændig afvisende. Genopstartes i metadonbehandling.

I kapitel 10 giver vi et eksempel på en borger, som ikke lykkes med at overbevise lægen om at komme i behandling med metadon, og hvor borgeren derfor tager sagen i sin egen hånd. Han trapper ud af buprenorfin og starter i stedet på illegal metadon, hvorefter han møder op hos lægen, som tidligere har modsat sig metadon, og får ordineret metadon.

Et andet gennemgående tema angående medicin handler om den dosis, som stofbrugeren skal starte på i forbindelse med indledning af behandling. Som beskrevet vælger lægerne at starte med at give stofbrugerne en dosis på 30 mg metadon for at sikre sig, at der ikke sker en forgiftning. Dosis kan derefter sættes op med 10 mg hver anden dag. Det betyder, at nogle af de brugerne, som har høj tolerance, og derfor skal have en høj dosis substitutionsmedicin, skal komme på behandlingsenhederne mange dage i træk for at indtage deres medicin og blive observeret. Det kan opleves som frustrerende for nogle af brugerne og medvirke til, at de undlader at søge behandling eller supplerer med illegal metadon for at blive abstinensdækket. Det vender vi også tilbage til i kapitel 10.

Et tredje vigtigt tema er ’3-dagesreglen’. Det er en regel, som siger, at hvis en stofbruger er udeblevet fra medicinudleveringen i mere end tre dage i træk, skal vedkommende begynde forfra med startdosis.[22] Reglen er en foranstaltning, som skal sikre brugerne mod overdoser. Tanken er, at efter 3 dage vil den seneste dosis være omsat i kroppen, og brugeren risikerer derfor at have en lav tolerance for metadon. Det vil sige, at der skal en mindre dosis til for at give dem en overdosis, end hvis de havde en høj tolerance. Fordi brugerne har været væk fra behandlingssystemet, kan lægerne ikke vide, hvor tolerante brugerne er for den substitutionsmedicin, de udskriver. Derfor starter lægen dem op på en lav begyndelsesdosis, så de er på den sikre side i forhold til overdosis. Denne regel er også en af de ting, som kan give anledning til frustration blandt borgerne og uenighed blandt personalet. Specielt mellem lægerne og det socialfaglige personale. Det socialfaglige personale mener nogle gange, at man godt kan være mere lempelig, hvis borgeren er velkendt af personalet, og borgeren selv fortæller, hvilke stoffer og i hvilke mængder de har taget dem, mens de var væk.

[22] ’3-dagsreglen’ gælder for metadon, mens der er en ’7-dagsregel for buprenorphin (Københavns Kommune 2017, 17)

Samtidig ved nogle af stofbrugerne godt, hvad de skal sige for at få lidt mere metadon. Rusmiddelforskeren Helle Dahl beskrev engang spillet mellem brugere og personale i forhold til substitutionsmedicin, som ”the methadone game” (Dahl 2006). Det spil har vi også observeret i forbindelse med vores undersøgelse. Nogle gange er både personale og brugere klar over, at de spiller et spil, men så længe de vurderer, at spillet ikke bliver farligt, lader nogle af de professionelle spillet foregå. Det indeholder nedenstående uddrag fra en feltnote et eksempel på.

> Lægen siger, at borgerne på samme måde ’ved, hvad de skal sige’, når COWS-scoreskemaet skal udfyldes, så det lyder som om, at de er meget abstinente og skal starte på en høj dosis. Ifølge lægen er de færreste abstinente, når de kommer tilbage efter at være faldet for 3- dagsreglen, fordi de har forsynet sig i byen. Hun er dog ikke i tvivl, hvis hun ser en meget abstinent person. Når personalet i medicinudleveringen har udfyldt abstinens-skemaet (COWS), diskuterer de det med lægen. De tager både udgangspunkt i borgerens score og deres egen vurdering.

I forbindelse med vores feltarbejde har vi observeret, hvordan praktikerne har stor opmærksomhed på at forebygge, at stofbrugerne ikke bliver ramt af 3-dagesreglen. For eksempel er det fast rutine på nogle af substitutionsenhederne, at de starter dagen med at gennemgå, hvilke borgere der risikerer at komme ind under 3-dagesreglen den dag. I et interview fortæller en socialfaglig medarbejder på en behandlingsenhed om, hvordan de forsøger at undgå, at borgerne falder for 3-dagesreglen.

> Vi ringer til folk, vi kimer dem ned og hører: kommer du eller kommer du ikke? Eller vi kører også gerne ud med medicinen, for at de ikke skal falde for den her 3-dagesregel. Så nogle gange, og det er altså sjældent, så går det galt. Det var for eksempel i fredags, hvor Henry ikke var dukket op, og vi vidste bare, hvis ikke han kommer fredag, så falder han jo. Så vi ringede til hans opholdssteder, det er Skyen og det er Mændenes Hjem. Og de havde set ham, og så vi kunne hvert fald konstatere, han var ikke syg… Vi kører hjem til ham, og der er han heller ikke. Vi kører rundt inde i ’Gaden’ for at finde ham, og han er der heller ikke. Så kan vi jo ikke gøre mere, så må han falde, og det har han også erkendt, at sådan er det jo bare. Men vi gør faktisk rigtig meget, for at det ikke skal ske. Altså fredag kl. 12, så hvem mangler vi, hvem skal vi passe på, og hvem kommer ikke, eller hvem skal vi hen til.

Det er ikke kun på behandlingscentrene, at der er opmærksomhed omkring 3-dagesreglen, det er der også blandt de social- og sundhedsarbejdere, der arbejder med stofbrugere på gadeplan og lavtærskeltilbud. I uddraget fra en forskerfeltnote nedenfor forsøger en gadeplansarbejder energisk at

sikre, at en stofbruger, hun har kontakt til, når at komme hen til rusmiddelbehandlingscenteret og afhente sin medicin, inden det lukker, og han dermed kommer ind under 3-dagesreglen.

> Sara bliver pludselig bekymret for, om Frits er faldet [for 3-dagesreglen] og ringer til Vigerslev Allé. Frits er en yngre bruger, som Sara kender fra [sit arbejde]. Det tog meget lang tid at få ham op på den rette dosis metadon, fordi han skulle komme hver dag på Vigerslev Allé. Hun får at vide, at han ikke er faldet endnu, men han skal nå derop inden kl. 13.30, hvor de lukker. På det tidspunkt er kl. 13.10.

Gadeplansmedarbejderen Sara går rundt til Frits' kendte tilholdssteder på Vesterbro, spørger personalet på de forskellige tilbud, om de har set ham, ringer rundt og tror, hun endelig har fået ham lokaliseret, men så forsvinder han. Til sidst må hun give op, men modtager så en sms.

> Sara modtager en sms, læser den, griner og rækker telefonen til Martin. "Der er sgu nogen, der er hurtige," siger Martin. Sms'en var fra kontaktpersonen fra Vigerslev Allé, som skrev, at Frits var kommet, lige inden de lukkede.

Social behandling

I vores gennemgang af den sociale behandling vil vi skelne mellem to dele. For det første den del, som især kontaktpersonerne tager sig af, som er at sørge for de indsatser, som kan "… reducere sociale, psykiske og fysiske barrierer og forstærke borgernes ressourcer for at muliggøre ophør, reduktion eller forebygge forværring af stofmisbruget eller reducere skader" (Socialstyrelsen 2020, s. 12) i bred forstand. For det andet den del, behandlerne tager sig af, som er den mere målrettede psykosociale og terapeutiske behandling, der retter sig mod brugernes personlige udvikling og forandring.

I indledningen til dette kapitel beskrev vi, at borgere, der bliver indskrevet i behandling, skal have en behandlingsplan, der indeholder de mål og indsatser, som bliver sat i værk i forhold til den enkelte borger. Det kan være medicinsk behandling, psykosocial behandling og indsatser, som skal forbedre eller stabilisere borgerens situation, for eksempel somatisk eller psykiatrisk behandling, boligforhold, økonomi. Behandlingsplanen er det redskab, der skal koordinere de forskellige indsatser og sikre fremdrift i behandlingen. Kontaktpersonen, som vi citerer nedenfor, taler ligefrem om behandlingsplanen som det, der giver borgeren en garanti for det "livsforandrende" i behandlingen.

> Ja. Der skulle gerne fremgå af det, hvad det er, som borgeren ønsker hjælp med, når de er her – ud over den medicinske behandling. Det er ligesom vores arbejdsredskab og borgerens garanti for, at vi har fokus på noget livsforandrende.

Når de ansatte på behandlingscentrene bruger ord som ”livsforandring”, sker det for det meste ud fra en tanke om ’graduerede målsætninger’. Det vil sige, at målet med behandling nogle gange kan være at skabe nogle små forandringer af borgernes situation og måske endda bare forhindre, at den forværres, altså at arbejde med et mål om skadesreduktion, og andre gange kan målet være at skabe mere omfattende forandringer (jf. beskrivelse af social behandling i Socialstyrelsen retningslinjer).

Hvad indholdet i behandlingen er, og om det er muligt at arbejde systematisk med en behandlingsplan, varierer fra borger til borger. En del af de kontaktpersoner og behandlere, som vi har talt med, skelner mellem forskellige typer af borgere, samtidig med at de pointerer, at ingen borgere er ens.

Den første og største kategori er ældre brugere, som har en lang stofkarriere bag sig og har været i kontakt med stofbehandlingssystemet i mange år. Nogle af de ansatte på et behandlingscenter vurderede, at denne gruppe udgjorde omkring 40 % af deres brugere. Dernæst er der en gruppe af yngre stofbrugere, som er mere aktive i deres forbrug af illegale stoffer end de ældre. Og endelig er der en gruppe stofbrugere, som nogle praktikere kalder for ’kaotiske’, som lever en ustabil tilværelse med et stort forbrug af illegale stoffer, store sociale problemer som hjemløshed og ofte også psykiatriske lidelser. Praktikerne vurderede, at denne gruppe udgør 10 % af brugerne, men at det samtidig er en gruppe, som i perioder fylder meget i hverdagen på behandlingsenhederne.

I forhold til de ældre stofbrugere fortæller de ansatte, at de ofte har været i behandlingssystemet i mange år, og at fokus i arbejdet med dem ikke så meget er forbruget af stoffer, men derimod at få hjælp til at få styr på hverdagen. Det kan være at få et køleskab eller en ny telefon eller få ordnet sine tænder eller få behandling for forskellige somatiske lidelser og skavanker. For andre kan forbruget af stoffer og alkohol dog være et vigtigt problemområde. Det kan være et generelt problem i deres liv, eller de kan have stabile perioder, der veksler med perioder, hvor de tager mange stoffer eller drikker meget. Herunder beskriver en ansat i en behandlingsenhed variationen blandt de ’ældre’ brugere.

> Det er vidt forskelligt. For nogle handler det hele om det [stoffer], og for andre fylder det ikke. Det er også, fordi der er nogle, hvis de har været indskrevet i 20 år og kommer og får deres substitutionsmedicin, men ikke tager stoffer eller drikker alkohol […] De er jo på vedligehold, hvis man kan sige det sådan. Så er det jo nogle andre måske mere

> hverdagsagtige problematikker, der fylder for dem, men det hjælper vi dem selvfølgelig også med.

Nogle kan godt have et forbrug af illegale stoffer, men det er ikke sikkert, at de selv synes, det er et problem. I citatet nedenfor taler vi med en gruppe ansatte om, hvor meget stofferne fylder i deres arbejde med borgerne.

> … jeg ved ikke, hvad man skal kalde det. Det er vel ikke et problematisk forbrug på den måde. Det kommer også an på, hvem du spørger, fordi det er ikke dem alle, som ser det som et problematisk forbrug at ryge to joints om dagen. Det er jo helt normalt for dem, fordi hvad fanden skulle de ellers lave.
>
> Interviewer: Eller bruge penge på kokain, når de har fået deres-?
>
> Lige præcis, en gang imellem i weekenderne eller i hverdagene, eller når det har været den første. Det er jo heller ikke, fordi at det som sådan behøver at være et problem for dem.

De ansatte beskriver, at de ikke mærker meget til disse borgere. De kommer og henter deres medicin og forlader behandlingsenhederne igen uden at gøre meget væsen af sig. En behandler kalder dem for ”panelborgere”, fordi de netop ubemærket kommer og går. Vi kommer senere ind på, at nogle af behandlerne godt kunne ønske, at behandlingsenhederne havde bedre rammer for at møde borgerne og komme i dialog med dem. De mener, at nogle af borgerne ville kunne motiveres til forandring af deres tilværelse, men at borgerne ikke selv opsøger den hjælp, de har brug for, for at få det til at ske.

Mens forbruget af illegale stoffer ikke fylder så meget blandt de ældre brugere, beskriver især kontaktpersonerne, at disse brugere ofte kommer med praktiske problemer, som de ønsker hjælp til. Det kan være forskellige ydelser og services, de ønsker, men noget, der går igen hos de fleste kontaktpersoner, vi har interviewet, er brugernes problemer med at begå sig i forhold til det danske velfærds- og sundhedssystem. Problemer med at leve op til de pligter, der er forbundet med at modtage kontanthjælp, er noget, som ofte nævnes. Kontaktpersonerne beskriver, hvordan nogle af deres borgere glemmer at møde op til samtaler på jobcenteret og derefter bliver trukket i deres kontanthjælp. Dette får borgerne til at henvende sig til deres kontaktpersoner, som må hjælpe dem med at få afklaret situationen i forhold til jobcenteret. Nogle kontaktpersoner beskriver det som nærmest månedligt tilbagevendende, at de må hjælpe borgerne i forhold til jobcenteret, som kontaktpersonen herunder fortæller.

> Så kan man sige, at så har vi også nogle gange først på måneden, fordi der kan være gået kludder i kontanthjælpen. Det er jo også sådan noget, der er noget tilbagevendende. Der er

> nærmest altid nogle, der har misset en samtale i jobcenteret og er blevet sanktioneret, så det ved man altid her først på måneden. Det er sådan noget, der fylder rigtig meget.

I kapitel 8 vil vi komme nærmere ind på, hvordan praktikerne søger for at sikre borgernes forsørgelsesgrundlag i en situation, hvor mange af borgerne har svært ved selv at klare situationen.

Men det er ikke kun i forhold til jobcenteret, at kontaktpersonerne kan blive involverede. De bliver også involverede i borgernes forhold til andre social- og sundhedsfaglige instanser, myndigheder, private virksomheder, organisationer, boligforeninger osv. En af årsagerne til dette er, at nogle af borgerne har svært ved at navigere i forhold til de forskellige instanser og systemer, hvis det involverer brug af NemID.

Netop det at skærme og hjælpe brugerne i relation til andre dele af velfærdssystemet, og hvordan det skaber mange akutte opgaver, som sluger tid fra planlagte opgaver, er noget, vi har talt en del med kontaktpersonerne om. Fordi kontaktpersonerne ofte er de eneste 'systemrepræsentanter', som er direkte tilgængelige for borgerne, og fordi det er nogen, de kender og har en relation til, bliver kontaktpersonerne derfor ofte involveret i mange forskellige ting i borgernes liv. Ofte på en akut måde. I kapitel 3 så vi således også, at 40 % af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen nævnte behandlere og kontaktpersoner som en støtte i deres liv (se kapitel 3, tabel 22). En af de overvejelser, som nogle af de kontaktpersoner, vi har interviewet, derfor gør sig, er, hvordan de kan sortere i det akutte og skabe tid til det mere planmæssige arbejde som at udforme behandlingsplaner, voksenudredninger, tage med borgerne på jobcenteret eller ud at besøge botilbud osv.

> Man arbejder ligesom hele tiden på to planer, fordi der er jo nogle mål på den lange bane, som jo er den styrede behandlingstilgang. Det kan være tænder, at vi er ved at søge bolig. Det kan være, at vi er ved at udrede med VUM, men borgerne er jo hele tiden styret af et indre og ydre kaos og manglende evne til behovsudsætning, og det kiler sig jo hele tiden ind i det.

Nogle af praktikerne beskriver, at det er vigtigt ikke at lade sig styre af borgernes kaos, hvis det skal være muligt at arbejde mod langsigtede behandlingsmål, fordi, som en praktiker siger, det er noget "der kan skabe en forandring af deres livsbane". Praktikerne fortæller, at man er nødt til at være fleksibel og have tid til at tage snakke med borgerne, når de ringer eller møder op, men på den anden side må man også sortere i problemerne og prøve at overbevise borgerne om, at nogle ting godt kan vente.

Ud over kontaktpersonerne varetager også behandlerne det sociale behandlingsarbejde på substitutionsbehandlingsenhederne. De står for individuel behandling og gruppebehandling med

borgere, som ønsker en forandring af deres liv. Det kan handle specifikt om forholdet til rusmidler, men det kan også handle om psykiske problemer eller andre ting. Behandlingen består i, at borgeren deltager i et forløb med samtaler eller i en gruppe, hvor man arbejder med bestemte temaer og får opgaver, som man skal arbejde med mellem samtalerne eller møderne i gruppen. I uddraget fra en dagbog fra en behandler nedenfor fortæller han om en individuel samtale med en borger, som arbejder med sig selv og oplever en forandring.

> Jeg lægger mærke til, at Lise er blevet klippet, hun smiler og virker mere 'oprejst' end sidste uge, vi talte sammen. Vores første samtale handlede om, hvad hun gerne vil ændre på, og nogle små skridt hun kunne begynde at tage. Hun gik derfra med plan om at ringe til sin tandlæge og hver dag at have "et møde med sig selv", hvor hun skulle tænke over to små ting, som er vigtige og realistiske for hende at få handlet på. Hun fortæller stolt, at hun fik ringet til tandlægen. Beskrev, hvordan hun tastede nummeret ind flere gange og holdt fast i, at hun bare ville have det gjort. Vi taler om, hvordan det var, lige inden hun ringede, og om lettelsen over at få det gjort. Hun fortæller, hun har planlagt noget, men ikke hver dag. Men hun har haft et møde med sig selv hver dag, og det er godt at gøre.

Tværfagligt samarbejde på rusmiddelcentrene

Gennem vores interviews med ansatte og vores observationer på rusmiddelbehandlingscentrene har vi set mange eksempler på, hvordan sundhedsfagligt og socialfagligt personale samarbejder om stofbrugerne. Det er typisk i forhold til den medicinske rusmiddelbehandling, hvor vi i mange tilfælde har observeret samtaler mellem socialfagligt personale, læger og borgere. Det socialfaglige personale bidrager med deres kendskab til borgerne og deres hverdag og kan bidrage til at tilrettelægge en behandling, som dog i sidste ende er lægens ansvar. Der er ofte tale om, at læge og en kontaktperson eller behandler forudgående har talt om, hvad der vil være bedst for brugeren. Gennem dette samarbejde søger læger og det socialfaglige personale at skabe løsninger, som giver brugerne adgang til medicinsk behandling på en måde, som så vidt muligt er tilpasset dem.

Dog er et af de gennemgående og styrende træk i den medicinske behandling hensynet til at sikre stofbrugerne mod overdoser ved at følge Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Samtidig med at vi har set, hvordan det socialfaglige og det sundhedsfaglige personale samarbejder, har vi også set eksempler på uenigheder. Den følgende forskerfeltnote er fra et møde mellem en læge og nogle behandlere på et rusmiddelcenter, hvor de gennemgår en gruppe borgere. I noten optræder en faglig

uenighed mellem lægen og behandlerne, hvor lægen mener, at borgeren er 'faldet', dvs. ikke har overholdt sin medicinske behandling, mens behandlerne ikke mener, at det er tilfældet.

> Emnet drejer over på en borger, som har været i ambulant behandling, men ifølge lægen faldt fra, fordi han ikke overholdt sin medicinske behandling. "Han faldt fra i mine øjne" siger lægen. Louise og Pia kender borgeren, fordi han har været i gruppe, og de mener ikke, at han er faldet. Pia fortæller senere, at hun ikke synes, pågældende borger er faldet, fordi hans fravær skyldtes, at han havde en virkelig travl periode på sit job, hvilket han havde forberedt både behandlere og læge på. Lægen siger, at der taler de to sprog …

Uenigheden ser ud til at handle om, at lægen tager udgangspunkt i borgerens adfærd, det vil sige, om borgeren er mødt op eller ej, mens behandlerne tager udgangspunkt i årsagerne til, at borgeren ikke er mødt op. Dette eksempel udtrykker en ofte forekommende forskel – og til tider uenighed – mellem sundhedsfagligt og socialfagligt personale. Nemlig at det sundhedsfaglige personale med udgangspunkt i en medicinsk risikovurdering og hensynet til eget ansvar for borgernes ve og vel holder sig til reglerne, mens det socialfaglige personale forsøger at individualisere og kontekstualisere den medicinske behandling med udgangspunkt i kendskabet til den enkelte borger.

Rammer for den sociale behandling

I vores undersøgelse har vi haft fokus på to forskellige typer af institutioner, som varetager substitutionsbehandling: de tre substitutionsbehandlingsenheder og Dagcenteret Stæren. Forskellen på disse tilbud er, at substitutionsbehandlingsenhederne er indrettet med henblik på, at brugerne kommer for at få deres medicin og deltage i samtaler med kontaktpersoner eller behandlere efter aftale. Substitutionsbehandlingsenhederne var på tidspunktet for dataindsamlingen ikke indrettet som steder, hvor man kan opholde sig i længere tid, hvis man ikke har en aftale.[23]

Dagcenteret Stæren og Specialenheden Forchhammersvej er derimod indrettet som steder, hvor de indskrevne brugere kan opholde sig i længere tid og uden at have aftaler med personalet. Her kan de omgås med de øvrige brugere, som er indskrevet på stedet, og det pædagogiske personale samt deltage i forskellige aktiviteter. Tilbuddene har således også karakter af et værested for de indskrevne brugere. For at komme på dagcentrene skal man være visiteret til dem, og de er tilbud til borgere, som kan være svære at rumme på substitutionsbehandlingsenhederne. Gennem deres indretning og

[23] Efter dataindsamlingen til dette projekt er behandlingsenhederne blevet ændret, så det i højere grad er muligt at opholde sig der.

muligheden for at opholde sig der i hele åbningstiden og deltage i aktiviteter udgør dagcentrene en anden ramme for den sociale behandling end substitutionsbehandlingsenhederne.

Substitutionsbehandlingsenhederne har et venterum for brugerne. Hvis de skal have adgang til andre dele af huset, skal de lukkes ind af låste døre af personalet. På Dagcenteret Stæren er der forskellige aktivitetsrum og et køkken, som er åbent for brugerne, men dog også aflåste personalekontorer, hvor brugerne kun har adgang med personalet. Dette skaber rammerne for to forskellige former for interaktion mellem brugere og personale, hvilket også medvirker til at skabe en ret forskellig stemning. Uddraget nedenfor er fra en forskerfeltnote fra dagcenteret Stæren på en stille dag, hvor der ikke er så mange brugere, der henter medicin.

> Anne [personale] kommer ned med sit nybagte brød, og nogle af os tager en skive med ost eller syltetøj. Vi er ikke så mange, 5-6 brugere (jeg kan ikke se, hvor mange der er i rygeren). Jonas og Bent er der som sædvanlig. Finn er der. Hanne er der. Der er en kraftig bruger, som sidder for sig selv ved bordet ved akvariet. Han læser avis, taler ikke/sjældent med andre. I fredags spiste han varm mad ved et bord for sig selv. Der er en rolig og afdæmpet stemning. Sofie [personale] er ved at give Hanne manicure, og hun fortæller lidt efter, at hun også har lovet at give Otto det. Denne stemning er karakteristisk for Stæren på de dage, hvor der ikke er så mange, der henter[medicin]. Det vil sige på tirsdage og torsdage.

På andre dage er der flere brugere og mere trafik ud og ind af dagcenteret, men også en god håndfuld, som slår sig ned i længere tid. Dette fysiske og sociale rum skaber rammen for, at personalet hjælper brugerne med konkrete ting såsom at få betalt regninger eller kontakte familie. Men det skaber også en ramme for socialpædagogisk arbejde i forhold til den enkelte og fællesskabet og sidst, men ikke mindst en ramme i forhold til omsorg for den enkelte.

Substitutionsbehandlingsenhedernes sparsomt møblerede venterum og det forhold, at borgerne ikke forventes at opholde sig der gennem længere tid, skaber en anden ramme for behandlingsarbejdet. En behandler på en substitutionsbehandlingsenhed reflekterer under overskriften ”det hemmelige værested” over rammerne for det socialpædagogiske og terapeutiske arbejde på enheden i den dagbog, han skrev i forbindelse med undersøgelsen. Han beskriver, hvordan han rekrutterer borgere til behandling i modtagelsen, når de kommer for at få den medicinske behandling, og han ville ønske, at han havde en bedre ramme for at møde borgerne.

> Mange vigtige og tilfældige samtaler i modtagelsen. Jeg bliver altid overrasket over, at jeg ofte får en respons og gode samtaler, når jeg ”prikker” til folk. Der skal så lidt til. Igen

> tanker om, hvordan vi kunne forbedre den pædagogiske ramme. Uanset hvad der bliver sagt fra politisk side om, hvad vi skal tilbyde, så har vi et ”hemmeligt værested,” som det er nu. Jeg har mange overvejelser bag de snakke, som opstår, og det er her på gulvet, jeg har rekrutteret en del til grupper eller individuelle samtaleforløb. Men som det er nu, kan jeg ikke holde styr på, hvem jeg får snakket med, og jeg véd helt sikkert, at det ikke er alle, jeg får snakket med. Jeg tænker, det i høj grad er her, vi kan få fat i folk, når de er forandringsparate. Det er her, vi kan ”prikke og skubbe” blikket mod dét, som er vigtigt for folk, det, de håber på og drømmer om, men måske sjældent får sat ord på, fordi de ikke har nogen at snakke med om det.

Behandleren beskriver her, at selvom rammerne ikke lægger op til det, sker der alligevel et socialpædagogisk behandlingsarbejde på substitutionsbehandlingsenhederne, også ud over de planlagte grupper og samtaler. I forbindelse med vores feltarbejde på enhederne og igennem vores interviews har vi derfor også indtryk af, at der i det daglige er megen interaktion mellem personale og borgere. Der er selvfølgelig også interaktion med det sundhedsfaglige personale i forbindelse med medicinudleveringen. Det er den del af personalet, som ser borgerne mest, og deres observationer bliver ind imellem bragt videre til kontaktpersonerne, for eksempel i tilfælde hvor det sygeplejefaglige personale observerer en forværring i borgernes fremtoning.

Ud over det, er der også løbende interaktion mellem personalet og borgerne, for eksempel når personalet bemander receptionen på enhederne, hvilket de gør på skift, men også fordi borgerne løbende henvender sig med ting, de ønsker hjælp til. I uddraget fra en kontaktpersons dagbog nedenfor, beskrives en morgen på behandlingsenheden, hvor personen taler med tre borgere.

> Aftale med borger – ender med at blive samtale med tre borgere.
>
> Jeg har en aftale kl. 9 med en borger om at følge op på, om han har fået købt telefon og rengøringsremedier, som hjemmehjælpen kræver, førend de vil iværksætte hjemmehjælp. Jeg går derfor ned i modtagelsen.
>
> Da jeg går ned ad trappen, møder jeg en anden af mine borgere, som netop er tilbudt lejlighed. Han har nogle spørgsmål vedrørende procedurer og spørger, om jeg har hørt fra viceværten (jeg er i gang med at aftale tid til at se lejligheden). Dette har jeg ikke, og jeg siger, at jeg ringer til borgeren, når jeg har hørt fra viceværten. Han spørger desuden, om han kan få medicin med til flere dage end normalt, da han skal på tur med sin datter. Dette går vi sammen ind i medicinudleveringen og hører om.

> Da vi går videre ind i modtagelsen, møder jeg en anden, som spørger, om jeg har tid til at tale med ham. Da jeg har været i medicinudleveringen med den anden borger, sætter vi os til side i fem minutter. Samtalen drejer sig om en høj regning, som han gerne vil klage over, og han fortæller samtidig, at han ikke går i angstbehandling, som han ellers er henvist til. Vi aftaler en tid til samtale om en uge.
>
> Jeg kommer nu ud til den borger, jeg har en aftale med. Han sidder og drikker kaffe i modtagelsen sammen med nogle andre. Hans hukommelse er væsentligt nedsat, og han har glemt, at vi havde en aftale. Han vil altid gerne holde samtalerne i modtagelsen, så vi taler sammen der. Han har ikke fået fulgt op på at købe telefon og rengøringsremedier. Fordi vi sidder blandt andre personer, bliver det en større samtale.

Senere reflekterer kontaktpersonen over betydningen af at være tilgængelig for borgerne. Når man er tilgængelig, henvender borgerne sig. Men samtidig er der nogle borgere, som ikke er så gode til at bestille tid til en samtale, og det kan betyde, at kontaktpersonen ikke får fulgt op på dem. Det er altså både en fordel for kontaktpersonen og for borgerne, at de har mulighed for at mødes 'tilfældigt'.

> Morgenen har båret præg af, at borgerne er gode til at henvende sig, når man er tilgængelig for dem. Når man støder ind i borgerne, er det ofte, at de har ting på hjerte. Det er dog langt fra alle, der selv bestiller en tid til samtale, hvorfor det nogle gange bliver tilfældigt, at man får fulgt op på deres behandling, da det afhænger af, om man støder ind i dem.

Visitation til døgnbehandling

Indenfor døgnbehandling kan der overordnet skelnes mellem en behandling, der har som formål at gøre brugeren stoffri, og såkaldt 'omsorgsbehandling', hvor det drejer sig om at stabilisere brugernes forbrug af illegale stoffer og forbedre deres fysiske og psykiske tilstand. I Københavns Kommune sker visitation til døgnbehandling via et visitationsudvalg. Hvis en borger ønsker at komme i døgnbehandling, skal vedkommende indstilles af en medarbejder på et af rusmiddelcentrene. Disse medarbejdere skal beskrive borgeren og redegøre for, hvorfor borgeren har brug for døgnbehandling. Da vi indsamlede data på rusmiddelcentrene, var et af de tilbagevendende temaer, når vi talte med de ansatte, hvordan en borger kommer i døgnbehandling, og hvor svært det kan være at få en bevilling til behandling fra visitationsudvalget. Vi var også med til visitationssamtaler, og når vi efterfølgende talte med de ansatte, udtrykte de flere gange frustration over ikke at kunne komme igennem med en behandling.

Nogle af medarbejderne fortalte, at de oplevede, at der var sket et skifte i kriterierne for at komme i døgnbehandling. Tidligere havde man skullet stabilisere borgerne socialt og i forhold til indtagelse af stoffer som forberedelse til en behandling. Nu var det imidlertid ifølge flere af behandlerne sådan, at hvis man er 'stabil', så defineres man ikke længere som 'misbruger' og er dermed heller ikke kvalificeret til døgnbehandling. På den måde kunne borgerne blive 'for gode' til døgnbehandling. I uddraget fra et interview med en kontaktperson fra en substitutionsbehandlingsenhed fortæller personen om, hvordan hun oplever den politik set i forhold til døgnbehandling.

> … vi kan risikere, at vi har stået med en borger, som vi egentlig vurderer… opfylder de umiddelbare betingelser, der er for at komme i døgn. Vi laver et stykke forarbejde, vi gør dem klar… og så står vi jo i den situation til sidst, så bliver der sagt, nu er de blevet så gode, så nu er det ikke et aktuelt behov mere. Øh, og de har faktisk arbejdet henimod det, fordi de har haft den gulerod der. Så der er der en interessekonflikt… Jeg har da hvert fald haft 2 borgere, der er blevet tabt på gulvet på den måde.

Helhedsorientering og samarbejde med eksterne aktører

Behandlingsarbejdet involverer både tværfagligt samarbejde internt på behandlingstilbuddene og på tværs af forskellige institutioner og sektorer. Gennem dette samarbejde skulle borgerne gerne modtage en helhedsorienteret behandling. Socialstyrelsen definerer helhedsorientering som:

> … en tilgang, der retter sig mod at skabe social, psykisk og fysisk trivsel for borgeren. En helhedsorienteret tilgang understøtter, at borgeren får de indsatser, som vedkommende har behov for, ved at inddrage relevante aktører rundt om borgeren og sikre tæt koordination på tværs. Helhedsorientering tager udgangspunkt i borgerens samlede situation og afsæt i borgerens ønsker, håb samt ressourcer – og ikke kun udfordringer (Socialstyrelsen 2020: s. 15).

Gennem vores undersøgelse har vi set eksempler på, hvordan det lykkes for relevante aktører at samarbejde, og eksempler på det modsatte. Vi har også kunnet identificere mønstre i praktikernes fortællinger om, hvornår det er svært. I den forbindelse er det tydeligt, at især samarbejdet med beskæftigelsessystemet og psykiatrien kan være udfordrende.

En del af udfordringen består i, set fra stofbehandlingssystemets side, at både psykiatrien og beskæftigelsessystemet fagligt set fokuserer på bestemte afgrænsede dele af borgernes tilværelse. Og at det kan være svært for de ansatte i stofbehandlingen at formidle deres viden om borgernes liv videre til de andre systemer og/eller få dem til at inddrage denne viden i deres arbejde. Som eksempel på,

hvordan det kan opleves af en ansat på en behandlingsenhed, bringer vi neden for et uddrag af et interview med en ansat. Det handler om de tilfælde, hvor jobcenteret sanktionerer borgere for ikke at møde op til samtaler. På behandlingscenteret bliver konsekvenserne af en sanktion fra jobcenteret synlige.

> Med mine briller kan jeg jo godt se det roderi, der sker, når de ikke får nogen penge. For så skal de ud og lave noget kriminelt, fordi de skal have penge på en eller anden måde til at finansiere enten deres stofforbrug eller betale deres regninger, eller hvad det nu kan være. Der kan jeg allerede se, at så kommer der til at ske noget kriminelt, og det er vi jo heller ikke interesserede i.

Set fra de ansatte i behandlingssystemets side fokuserer de ansatte i beskæftigelsessystemet snævert på beskæftigelseslovgivningen, mens det er de ansatte på behandlingscenteret, som står med de frustrerede borgere.

> Når jeg så ringer ind til jobcenteret, så siger de: ”Jamen i lovgivningen står der, og du har ret og pligt” osv., osv. De kigger jo på loven på en eller anden måde, og jeg kigger måske mere på mennesket, fordi det er mig, der står med borgeren, der er helt ulykkelig og hysterisk og måske er ved at vælte hele hytten, fordi her kan du komme ind og tale med et menneske.

Problemerne og de frustrerede borgere ender på behandlingscenteret, og handlingerne fra jobcenterets eller andre myndigheder og institutioners side kan modarbejde det arbejde, som bliver udført på behandlingscenteret. En sanktionering af kontanthjælpen kan lede til kriminalitet, der kan lede til øget forbrug af stoffer, som så igen kan modvirke stabilitet og medvirke til kaos i borgernes liv.

> Så det er os, det vælter ned på, kan man sige. Så bliver man også bare irriteret, fordi de ødelægger alt det arbejde, som jeg lige har lavet. Fordi nu har jeg måske fået en borger boligindstillet, og vi er lige ved at have en bolig. Hvis der så går en hel måned uden kontanthjælp, så skal vi til at starte forfra igen. Så ryger de ud i kaos, fordi de skal ind i gaden og skaffe penge. Og det er højst sandsynligt ensbetydende med, at de kommer til at tage flere stoffer.

En anden kontaktperson fortæller om, at et af problemerne i forhold til psykiatrien er, at mange af borgerne nok udviser symptomer på psykiske lidelser, men få af dem er blevet udredt og har fået stillet en diagnose. Det betyder ifølge hende, at disse borgere bliver mødt af psykiatrien primært som ’misbrugere’ og ikke som borgere med psykiske lidelser.

> Det er et kæmpe svært samarbejde. Det er det jo, fordi en rigtig stor del af vores målgruppe ikke er diagnosticeret. Man kan sige, at 80 % af vores målgruppe har højst sandsynligt en dobbeltproblematik. Men qua at de ikke er udredte som reelle diagnoser, gør det samarbejdet mega udfordret. Fordi så mødes vores borgere i deres system på primærdiagnosen set med deres øjne, som er misbrug, og det er noget, der skal løses i vores system.

Kontaktpersonen uddyber efterfølgende ved at fortælle om de faglige forskelle, der er mellem psykiatriens måde at se borgerne og deres problemer på og behandlingssystemets måde at se dem på. Hvor psykiatrien ifølge hende har en medicinsk tilgang har behandlingssystemet en mere sociologisk tilgang.

> De er jo styret af at kigge på diagnosen og ud fra at stille en behandling. Altså, du går til lægen, du får at vide, at du har halsbetændelse, og du får medicin. Hvor vi arbejder mere sociologisk ved at kigge på det hele menneske og årsagssammenhænge til kaos eller sygdom eller misbrug. Eller hvad er det, der gør, at man gang på gang får lungebetændelse? Ja, det er måske, fordi man er hjemløs for eksempel, ikke? Eller hvorfor er det, at man i perioder bliver mega psykisk dårlig? Det er selvfølgelig, fordi man tager noget ekstra stof. Men det er måske også, fordi man faktisk ikke har fået næring i lang tid, fordi man faktisk ikke kan mærke sig selv. Så det kan give rigtig god mening at blive indlagt, få noget ro på og noget medicin til lige at slappe af nogle dage. For så at komme tilbage, så hele vores måde at forstå os ind i den samme gruppe er meget, meget forskellig.

Kontaktpersonen supplerer dog også med at sige, at en del af problemerne med at håndtere psykisk syge stofbrugere er skabt af stofbehandlingssystemet selv, fordi den mulighed for døgnindlæggelse som Københavns Kommune havde med tilbuddet Netværket, nu er lukket. Samtidig fortæller kontaktpersonen også om at have deltaget i et projekt, som skulle styrke det tværsektorielle samarbejde. Hendes oplevelse af projektet er positivt, men det er nu et projekt som er stoppet.

Det er ikke kun faglige forskelle, som går igen i de ansattes beskrivelser af problemerne med at arbejde helhedsorienteret. Et andet emne, som går igen, handler om, hvordan systemernes organisering og arbejdsformer kan fungere som strukturelle barrierer for nogle borgere. De er ikke i stand til at bruge tilbud og services på en måde, der er til gavn for dem, hvis de overhovedet når frem til dem. Derfor oplever personalet på behandlingsenhederne, og nok især kontaktpersonerne, at en væsentlig del af deres arbejde handler om at skærme og hjælpe deres brugere i forhold til andre dele af det danske velfærdssystem.

Opsamling

Når vi har fulgt stofbehandlingen og talt med de ansatte ved behandlingstilbuddene, er der flere indtryk, der træder frem. For det første at ’medicin’ fylder meget i arbejdet hos både det sundhedsfaglige og det socialfaglige personale. I hvert fald når vi taler om de mest marginaliserede stofbrugere. For det andet at de ansatte hele tiden arbejder med at balancere det akutte og det planlagte. På den ene side har de ansvar for, at brugerne får en helhedsorienteret og målrettet behandling, som er tilpasset den enkelte bruger. På den anden side opstår der hele tiden situationer, hvor praktikerne er nødt til at tage sig af akutte ting, som brugerne kommer med, hvilket kan tage tid fra de planlagte opgaver. Imidlertid fortæller flere af praktikerne også, at løsning af akutte problemer kan være en forudsætning for at komme videre med behandlingsplanerne. Derfor handler det om at finde ud af, hvad der er akut, og hvad der kan vente.

Vi har altså hørt fortællinger om faglige og systemiske udfordringer, der skal løses, hvis det skal lykkes bedre med at tilbyde marginaliserede stofbrugere en helhedsorienteret behandling. Her fylder især fortællingerne om at måtte skærme og hjælpe brugerne i forhold til andre dele af velfærdssystemet meget.

Noget af det, som nogle af de ansatte i behandlingssystemet fortæller om, kan fortolkes som et ønske om en større erkendelse af stofbrugernes ’strukturelle sårbarhed’ i velfærdssystemet. Det vil sige en forståelse af, at de risici og de sociale og sundhedsmæssige problemer, som stofbrugerne oplever, i høj grad hænger sammen med deres socioøkonomiske og statusmæssige placering i samfundet, en placering og status, som social- og sundhedssystemet kan være med til at reproducere frem for at afhjælpe.

Case 6 Dobbeltlivet mellem arbejde og stofmiljø

Johan er i midten af 50'erne og bor i sin egen lejlighed i Københavns Nordvestkvarter. Han foretrækker at holde sig meget for sig selv og fortæller, hvad han fordriver tiden med:

> Ikke så forfærdeligt meget. Jeg ser meget fjernsyn, og jeg læser rigtig meget. Jeg har meget få venner. De få venner, jeg har, er gode venner, og så ellers holder jeg mig væk fra stofmiljøet og passer mig selv. Jeg synes, hverken jeg har kræfter eller overskud eller råd til at rende rundt på gader og stræder og lave ulykker. (…) Jeg har denne her uddannelse, og den synes jeg lige så godt, jeg kan benytte mig af og tjene nogle rigtige penge i stedet for at rende rundt.

Johan er uddannet håndværker og arbejder fuldtid. Han er glad for sit arbejde, hvor man arbejder meget i teams, og særligt er han glad for det sociale fællesskab med kollegerne. At have fast arbejde og noget at stå op til hver dag er af stor betydning for Johan, og han er overbevist om, at det er det, der gør ham i stand til at leve et liv uden misbrug. Hans kollegaer ved ikke, at han har haft problemer med rusmidler, og de ved heller ikke, at han får metadon. Johan er bange for, hvad de ville tænke, hvis de fik det at vide og er ikke sikker på, at deres forhold ville være det samme, hvis de vidste, at han var stofbruger.

I lange perioder har Johan ikke brugt rusmidler, men i dag er han i substitutionsbehandling med metadon, og han henter sin medicin en gang ugentligt på et rusmiddelcenter. Han er tilfreds med den minimale tilknytning, han har til behandlingscenteret, hvor han bare kan nøjes med at hente sin metadon og ellers være i fred for systemet. Johan synes ikke selv, at han har problemer med rusmidler længere:

> Jeg tager stadig lidt en gang imellem… Havde jeg ikke haft min metadon, havde jeg været på den. Det gør, at jeg er i stand til at passe mit arbejde, at have et hjem og betale mine regninger. Alt det der, som normale mennesker gør. Uden metadon var den aldrig gået… Bare det, at jeg ved, at jeg ikke skal ud og jage [stoffer], jeg skal ikke ud og hustle. Jeg skal ikke ud at lave ulykker og numre og skidt og møg for at blive rask. Metadonen redder mig, det er sgu det bedste Københavns Kommune nogensinde har fundet på, det der metadon.

Da Johan var omkring 18 år, startede han med at tage stoffer. Til at begynde med var det et eksperimenterende stofbrug, og han fik prøvet de fleste rusmidler. Men han blev lidt for glad for heroinen, som han på længere sigt begyndte at misbruge. På et tidspunkt tog Johan til USA, hvor han arbejdede i en årrække. Her blev han præsenteret for metamfetamin, og det gjorde ham voldsomt

afhængig. Opholdet i USA blev en social deroute for Johan som kulminerede med, at han blev fængslet og sendt retur til Danmark.

Tilbage i Danmark fik han værelse på Mændenes Hjem. Han var psykisk påvirket af sin fængsling i USA og havde det virkelig skidt efterfølgende. Han begyndte at sælge stoffer på Mændenes Hjem og lærte stofmiljøet at kende indefra. I dag har Johan selv en fast pusher, som han kan ringe til, hvis han har brug for stoffer, og han holder sig så vidt muligt lang væk fra stofmiljøet på Vesterbro:

> Jeg kommer kun i Istedgade med ét formål. Hvis jeg ikke kan skaffe mine stoffer her [i Nordvest], tager jeg derind. Ellers kommer jeg der ikke, fordi jeg bryder mig slet ikke om miljøet. Det gør jeg ikke.

Egentlig er Johan ret godt tilfreds med det liv, han har. Dog er der to punkter, som han ville ønske, var anderledes. Han vil gerne "få gravet stridsøksen ned" i forhold til sin datter, som han ikke ser på grund af en arvestrid, og derfor kan han heller ikke få lov at se sit barnebarn. Derudover drømmer han om at finde en kæreste at nyde resten af livet med: "[Det er] med i mine drømme at finde en livsledsagerske, det kunne jeg godt tænke mig. Og så nyde finalen. Og lidt ud at rejse. Jeg elsker at rejse."

Kapitel 8 Økonomi og bolig

Siri Mørch Pedersen

En stor del af det sociale arbejde med marginaliserede stofbrugere handler om at sikre dem materielle ressourcer som penge og bolig. I dette kapitel beskriver vi praktikernes arbejde med at støtte op om marginaliserede stofbrugeres økonomiske forhold og boligsituation. Vi kommer også ind på nogle af de strukturelle og individuelle barrierer og muligheder, der er forbundet hermed. Med økonomiske forhold henviser vi her til formelle indtægter, selvom den uformelle økonomi, herunder den uformelle stoføkonomi, også er en væsentlig ressource for mange stofbrugere (mere herom i kapitel 4 og 12). 80 % af stofbrugerne i vores undersøgelse har en formel indtægt i form af overførselsindkomsterne kontanthjælp eller førtidspension (jf. kapitel 3).

Første del af kapitlet præsenterer praktikernes syn på de udfordringer, som socialt marginaliserede stofbrugere støder på i relation til beskæftigelsessystemet. Vi beskriver, hvordan strukturelle og organisatoriske forhold i kontanthjælpssystemet og jobcentret kolliderer med stofbrugernes hverdagsliv. Praktikere både på gadeplan, herberger og rusmiddelcentre fortæller, at dette indebærer, at de ofte må støtte stofbrugerne betydeligt i deres kontakt til jobcentret.

I kapitlets anden del undersøger vi praktikernes muligheder og praksisser i forhold til deres indsats med at hjælpe marginaliserede stofbrugere med deres boligsituation. Vi beskriver, hvordan hjemløse stofbrugere bliver hjulpet til at få tag over hovedet på eksempelvis et herberg. Derudover undersøger vi, hvordan socialarbejdere gennem forskellige praksisser arbejder på at fastholde stofbrugerne i deres bolig, hvis de har sådan en.

At søge kontanthjælp – det er svært at leve op til dokumentationskrav

Når praktikerne hjælper socialt marginaliserede stofbrugere med at få kontanthjælp, kan det ses som et udtryk for et forsøg på at modvirke, at disse stofbrugere lever en marginaliseret tilværelse, og i stedet give dem mulighed for at deltage i samfundslivet. Ved at sikre, at disse borgere får et forsørgelsesgrundlag, bliver risikoen for social deroute og for acceleration af de processer, der fører til marginalisering, mindsket. Med andre ord skal overførselsindkomster give stofbrugerne adgang til et socialt medborgerskab. Imidlertid er der en masse barrierer forbundet med at søge kontanthjælp. Mange praktikere beretter om borgernes vanskeligheder ved at leve op til systemets krav i forbindelse

med at søge kontanthjælp. En kvinde, der har arbejdet som kontaktperson på et rusmiddelcenter gennem mange år, fortæller i et gruppeinterview om de udfordringer, hun oplever:

> Hvis du ikke har nået at indsende al den dokumentation, som de beder om, inden for en vis tid, starter du også forfra igen… Og når du endelig har ansøgt om alt det her på nettet, skal du også møde op til en personlig samtale derinde [på jobcenteret], inden du overhovedet har fået svar fra Ydelsesservice, om de mener, at du er berettiget til kontanthjælp eller ej. Det er virkelig op ad bakke. Jeg hjalp en borger, som skulle starte op, og jeg brugte næsten en hel dag inde på jobcenteret. Fordi hun ikke har fået indsendt et enkelt stykke papir om, at hun ikke længere er i skole, har de lukket sagen. Så skal vi til at starte forfra.

Det omfattende dokumentationskrav i forbindelse med en ansøgning om kontanthjælp (og økonomiske enkeltydelser) er ifølge medarbejderen her en vanskelig udfordring. Den betragtning står hun ikke alene med. En stor del af de praktikere, vi har talt med, fortæller om lignende oplevelser, for eksempel om hvor vanskeligt det kan være at indhente ID-papirer for nogle af de mest marginaliserede stofbrugere, som sjældent har hverken pas, kørekort eller dåbsattest. Derudover skal der indhentes kontoudskrift fra banken. Mange stofbrugere har ikke NemID. Dette gør, at deres bank kræver, at de møder fysisk op i banken for at få et kontoudskrift, og nogle gange skal de betale et gebyr for at få dette. Desuden skal der foreligge dokumentation for boligforhold samt for hvilke sociale forhold, der er årsag til deres ansøgning om kontanthjælp.

Citatet ovenfor illustrerer frustrationer over procedurerne omkring at søge kontanthjælp og særligt over, hvor tidskrævende det er. Hverdagen for praktikerne er ofte travl, og en hel dag på et jobcenter med en borger kan ikke undgå at tage tid fra andre borgere eller arbejdsopgaver, som praktikerne også oplever som vigtige, for eksempel opgaver relateret til rusmiddelbehandlingen.

At det kan være en langstrakt proces at indhente den nødvendige dokumentation til jobcentret, fremgår tydeligt i følgende eksempel, hvor vi møder en svensk kvinde, Malin, der har boet på gaden i København i over 10 år. Selvom eksemplet omhandler en svensk borger, kaster det lys over flere generelle udfordringer med *hjemløse* stofbrugere, der ofte ikke kan dokumentere, at de hører til i Københavns kommune. Der er flere svenske stofbrugere i stofmiljøerne og særligt på Vesterbro, som praktikerne er nødt til at forholde sig til.

Vi følger Malin og en gadeplansmedarbejder, Sara, på den svenske ambassade for at hente Malins nye pas. Gadeplansmedarbejderen forklarer i følgende feltnoteuddrag, hvorfor passet er nødvendigt i forbindelse med at søge kontanthjælp:

> Grunden til, at de har skullet skaffe et pas til Malin, var for at få billedlegitimation til hende, når de skal søge kontanthjælp til hende. Sara har været med Malin hos en NGO og får rådgivning om, at et pas var en billigere og nemmere løsning end at skaffe et svensk ID-kort. NGO'en har betalt udgiften til passet på 500 kroner, hvilket Sara fortæller, at hun er virkelig glad for, at de kunne, for i den her sag giver det bare så god mening. Malin har været i København så længe og har rettigheder som en københavner… Næste skridt er, at Malin skal have et værelse på et herberg, så hun kan få en folkeregisteradresse og derefter CPR-nummer og sygesikring. Og så kan de gå i gang med at søge kontanthjælp.

Selvom der ikke engang er påbegyndt ansøgning om kontanthjælp endnu, giver uddraget et indblik i, hvor mange indledende trin, der kan være. Mest afgørende er det, at borgerne kan godtgøre, at de hører til den kommune, hvori der ansøges om kontanthjælp. Sagsbehandlerne, der håndterer ansøgningerne om kontanthjælp, kigger typisk på, hvor borgeren sidst har haft folkeregisteradresse, men hjemløse stofbrugere kan sagtens have boet mange år i København uden sådan en adresse.

Ikke sjældent sker det, at stofbrugerne får brev fra Ydelsesservice om, at dokumentationen i forbindelse med deres ansøgning om kontanthjælp ikke er fyldestgørende. Det kan eksempelvis være svært at dokumentere for en hjemløs stofbruger, at han eller hun har opholdt sig længe nok i København til at kunne betragtes som københavner. Dette er en problematik, praktikerne ofte løber ind i. Her er det afgørende at kende til stofbrugernes historik på forskellige lavtærskeltilbud, fordi medarbejdere på disse tilbud ved at se igennem deres journaler nogle gange kan dokumentere, at stofbrugeren er kommet der i en årrække. S-togsbøder og dokumentation fra hospitalsindlæggelser eller varetægtsfængslinger kan også være typer af dokumenter, der kan understøtte dette.

I forbindelse med indhentning af dokumentation påpeger nogle praktikere, at der er en skæv fordeling mellem, hvem der har ansvar for at indhente hvilken dokumentation, som to kontaktpersoner fra et rusmiddelcenter her fortæller:

> Når man siger, at der skal være den ene og den anden og den tredje dokumentation i forbindelse med den her ansøgning, hvis ansvar er det så at indhente den dokumentation? Fordi det kunne jo også være, at man som jobcenter over for de allersvageste selv kunne tage ansvar for at indhente noget dokumentation. For eksempel selv ringe til boligselskabet i stedet for, at det er borgeren, der med hiv og sving skal indhente det hele.

Medarbejderen peger her på, at det kan være belastende for borgeren, hvis denne står alene med ansvaret for at indhente dokumentation. Dette synspunkt bakker kollegaen op om med den

begrundelse, at det rent logisk giver bedre mening at placere ansvaret i den forvaltning, hvor dokumentationen skal bruges:

> Når vi som rusmiddelbehandling i virkeligheden skal støtte borgerne til at indhente noget dokumentation, som egentlig er til jobcenteret. Det er dem, der ved, hvad det er for noget dokumentation, de skal have. Der ville det være fedt for os, for borgeren og sikkert også for dem, hvis de selv havde mulighed for at hjælpe. Fordi så er det de systemer, hvor det hører hjemme, som tager sig af det i stedet for, at vi famler. Det er ikke, fordi vi ikke vil være behjælpelige. Men nogle gange rammer vi forkert med det, vi gør, eller også bliver det ikke taget for gode varer.

Der er altså en oplevelse af, at hvis ansvaret skiftede fra den enkelte borger til jobcentret, ville det afhjælpe nogle af de barrierer, som stofbrugerne løber ind i på grund af de omfattende dokumentationskrav. Mange praktikere oplever, at så længe beskæftigelsessystemet er organiseret på en måde, der stiller krav, som stofbrugerne ikke selv kan leve op til, bliver det oftest praktikerne, der varetager opgaven med at indhente dokumentation. Dette risikerer at underminere stofbrugernes retssikkerhed. Det skyldes, at de bliver afhængige af den enkelte praktikers tid, viden og velvilje, hvis de eksempelvis skal ansøge om kontanthjælp.

Førtidspension – et ønske for mange stofbrugere

Marginaliserede stofbrugere, som er kategoriseret som aktivitetsparate[24] Kontanthjælpsmodtagere, har ofte været i beskæftigelsessystemet i årevis uden at være kommet nærmere arbejdsmarkedet. Nogle af dem får tilkendt førtidspension, mens flere har et stort ønske om førtidspension. Af de stofbrugere, der har deltaget i vores undersøgelse, modtager 21 % førtidspension.

Mange af de praktikere, vi har talt med, anser førtidspension for den bedste løsning. Særligt for de ældre stofbrugere, der ofte har meget begrænset eller forældet erfaring med arbejdsmarkedet. Samtidig er mange af dem så fysisk eller psykisk dårlige, at det vil være svært for dem at varetage et job på ordinære vilkår. Dette skal ses i sammenhæng med, at de ofte har været mange år i beskæftigelsessystemet, måske med gentagne aktiveringer uden at deres beskæftigelsesevne er forbedret. Men vejen til at søge førtidspension kan være lang, hvilket en kontaktperson fra et rusmiddelcenter fortæller:

[24] Aktivitetsparat er en kategorisering i kontanthjælpssystemet, der bruges, når folk er over 30 år gamle, og hvor jobcenteret vurderer, at man ikke kan påtage sig almindeligt arbejde, fordi man har sammensatte eller komplekse problemer af faglig, social eller helbredsmæssig karakter (www.borger.dk).

> Velvidende at det er sådan nogle formaliteter, så skal vi altså have en ny lægeerklæring, vi skal have en ny arbejdsprøvning, og vi skal have en ny beskrivelse fra et eller andet aktiveringssted, som har observeret på borgeren om, at det stadigvæk er, som det var for 10 år siden [med borgerens arbejdsevne]… Selvom alle kan se på borgerne, ved at kigge på de gamle papirer, at dem her de kommer aldrig i arbejde, så bliver de nødt til ud fra lovgivningen at have noget dugfrisk, så derfor skal de alt det igennem.

Flere praktikere fortæller om oplevelser af, at det at søge førtidspension kræver et langt forudgående udrednings- og afklaringsforløb samt indhentning af dokumentation, hvor det skal godtgøres, at den pågældende borgers arbejdsevne ikke kan udvikles. Som kontaktpersonen ovenfor påpeger, kræver jobcentret, at denne dokumentation er opdateret, selvom der ofte ikke er sket en ændring i vedkommendes situation gennem mange år. Desuden er det et krav, at informationerne er på de rigtige erklæringer.

Flere praktikere giver udtryk for, at processen er for langsommelig, men nogle ser samtidig en værdi i, at de marginaliserede stofbrugeres livssituation beskrives grundigt og samlet et sted i systemet med sådan en ansøgning. En anden kontaktperson fra et rusmiddelbehandlingscenter fortæller:

> Der er egentlig mange år, hvor borgerne ikke er blevet ordentligt udredte. Men her på det sidste har vi oplevet, at en stor håndfuld har fået pension, efter at deres sag har ligget stille i 10 år eller mere.

Kontaktpersonen fortæller, at hun har oplevet, at der er sket en ændring i, hvem og hvor mange der får tilkendt førtidspension. Mange praktikere deler denne oplevelse af, at kommunen har ændret sin praksis omkring tilkendelsen af førtidspensioner. Ændringen skete i 2018 efter Københavns Kommune fik massiv kritik for deres praksis på området. I dag får flere tilkendt førtidspension sammenlignet med perioden før 2018.

Vurderingen af førtidspensionssagerne bliver foretaget af et rehabiliteringsteam bestående af repræsentanter fra forskellige forvaltninger. Vurderingen sker på et møde, hvor også stofbrugeren og eventuelle bisiddere er til stede. Får en stofbruger afslag på førtidspension, tildeles vedkommende typisk et ressourceforløb i stedet, fortæller nogle praktikere.

Et ressourceforløb er en 1- til 5-årig sammenhængende og tværfaglig indsats mellem sundheds-, social- og beskæftigelsesforvaltningen koordineret af en koordinerende sagsbehandler. Formålet er at få borgeren tættere på beskæftigelse såsom job eller uddannelse. For de allermest marginaliserede stofbrugere består et ressourceforløb i praksis typisk i et længerevarende socialt-, psykiatrisk- og

sundhedsmæssigt udredningsforløb. Dokumentationen herfra vil så kunne blive brugt i en ny vurdering hos rehabiliteringsteamet ved en ansøgning om førtidspension.

For stofbrugerne er det som regel frustrerende at få tildelt et ressourceforløb frem for førtidspension. I de situationer får praktikerne nogle gange en omsorgsgivende rolle. Dette får vi indtryk af i de følgende dagbogsnotater fra en bostøtte, der er på besøg hos en stofbruger, som hun lige har været til samtale i rehabiliteringsteamet med:

> Irene er stadig oprevet efter samtale i Rehabiliteringsteam dagen før. Her blev hun indstillet til ressourceforløb og ikke til førtidspension, som hun havde håbet på. Hun er vred, føler sig dårligt behandlet og talt ned til. Gentager flere gange, at kommunen bare skal holde deres egne medarbejdere i gang. ”Om-og-om-igen” får hun sagt mange gange. Jeg lader hende egentlig bare tale og medgiver hende, at håndteringen af mødet var kritisabelt, og at jeg godt kan forstå hendes følelser.

Når man er førtidspensionist, skal man ikke møde til samtaler i jobcenteret, og man har ikke længere ret eller pligt til aktivering. Ifølge praktikerne er førtidspension attraktivt for de fleste marginaliserede stofbrugere, der ofte har svært ved at honorere kravene fra beskæftigelsessystemet. Men som førtidspensionist kan man også lettere blive overset af de sociale tilbud, selvom man stadig kan have brug for social eller sundhedsmæssig hjælp.

Sanktioner fra jobcenteret – brandslukning og risiko for social deroute

> Da det er vores fornemmeste opgave at hjælpe dem med at navigere i det og hjælpe dem med at overholde aftaler i forhold til beskæftigelse, så handler det jo om at støtte dem i at nå de her jobsamtaler, så de ikke bliver sanktioneret.

En del af de marginaliserede stofbrugere er som nævnt tilknyttet jobcentret som aktivitetsparate kontanthjælpsmodtagere. Derfor har de pligt til at møde til samtaler med en sagsbehandler fra jobcentret. Disse samtaler omtaler praktikerne som ‘jobsamtaler’. På tidspunktet for dataindsamlingen er der fire årlige obligatoriske samtaler, hvor fokus er på borgerens beskæftigelsessituation. Hvis en borger ikke møder op, bliver han eller hun sanktioneret, ved at kontanthjælpen tilbageholdes, og et beløb fratrækkes dagligt frem til borgeren har kontaktet jobcentret igen. Logikken bag sanktioner er, at de skal virke beskæftigelsesfremmende ved økonomisk at tvinge borgeren til at kontakte jobcentret igen, hvorefter borgeren igen betragtes som stående til rådighed for aktivering.

På det lovgivningsmæssige plan er der altså en indbygget logik om borgeren som et individ, der reagerer på økonomisk straf. Dette vidner om et særligt rationale, der ser stofbrugere (og alle andre) som 'økonomisk rationelle individer', men som ikke forholder sig til (eller har viden om) marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv. Synet på borgeren som et 'økonomisk rationelt individ' vækker imidlertid ikke genklang hos flertallet af de praktikere, vi har talt med om kontanthjælpssystemet. Flere fortæller om oplevelser med at skulle yde en slags brandslukning, hvis jobcentret sanktionerer en af de marginaliserede stofbrugere. En kontaktperson fra en substitutionsenhed fortæller, at en sanktion kan skabe betydelige ringe i vandet:

> Ofte opdager borgerne det først, når de ser, at der ikke kommer penge d. 1., hvilket skaber en del bøvl. Det kan betyde, at de ikke kan betale deres husleje, og derfor mister deres lejlighed. Det sender borgerne ud i en social deroute, og det er socialarbejdernes opgave at stoppe den.

Kontaktpersonen her peger på, at den første udfordring opstår ved, at borgerne ikke nødvendigvis er klar over, at de har misset en aftale med jobcentret. Derfor ved de heller ikke, at de er blevet sanktioneret, før det er udbetalingsdag, og de opdager, at de ikke har fået udbetalt kontanthjælp. Dette er ifølge flere praktikere problematisk, fordi beløbet, der fratrækkes kontanthjælpsydelsen, vil være mindre, hvis borgeren kontaktede jobcentret hurtigst muligt, efter sanktionen trådte i kraft.

Men selve sanktionen er et problem, fordi borgeren risikerer ikke at have råd til at betale faste udgifter såsom husleje. Sanktioneringen kan derfor potentielt betyde, at borgeren bliver smidt ud af sin lejlighed. Det kan også være, at borgeren ikke kan betale livsvigtig medicin. Det er altså ofte en opgave for socialarbejderne at gribe ind. En sygeplejerske fra et sundhedstilbud for marginaliserede stofbrugere beskriver dette som helt håbløst i et interview:

> … Det er så bureaukratisk, og der er så mange regler for, hvad man må og ikke må, og patienterne falder jo ud af systemerne. De kan ikke finde ud af det. Og lige pludselig er de blevet sanktioneret og kan ikke få nogle penge, og så går der, jeg ved ikke hvor lang tid, før de kan få penge igen, og så er der blevet sat en socialmedarbejder til at løse problemet, som bruger flere dage på at få løst sådan et problem. Altså det er helt håbløst, det synes jeg virkelig.

At jobcenterets regler ofte er mange og rigide, øger i mange praktikeres øjne risikoen for, at de mest marginaliserede stofbrugere sanktioneres og dermed mister adgang til økonomiske ressourcer. Dette skaber potentielt en række negative konsekvenser, som praktikere andetsteds i velfærdssystemet må afbøde. Flere af praktikerne giver udtryk for ikke at kunne forstå, hvorfor jobcenteret er organiseret

på den måde. Dette illustreres i følgende interviewuddrag med en kontaktperson fra en substitutionsenhed. Vi spørger vedkommende, om stofbrugerne tilknyttet enheden ofte bliver sanktionerede, fordi de ikke kan opfylde de krav, jobcentret stiller:

> Ja. Altså, sådan set fra vores side af, hvis borgerne har svært ved at ramme døren mellem 9 og 15 hos os for at få den livsvigtige medicin, som de får det rigtig skidt af, hvis ikke de får, tænker vi, at det er rimelig svært for dem så at ramme jobcentret lige i et åbningsvindue, der hedder en halv time.

Medarbejderen beskriver stofbrugerne som nogle, der har vanskeligt ved at møde op, selv når det gælder livsvigtig substitutionsmedicin. I det perspektiv synes det nærmest selvfølgeligt, at stofbrugerne ikke kan møde op på jobcentret til en stramt planlagt aftale. Praktikerne i denne undersøgelse besidder ofte en mere kontekstualiseret hverdagsviden om stofbrugernes mødestabilitet, end hvad jobcentrets organisering afspejler, hvilket skaber både undren og frustration hos praktikerne. Som en socialrådgiver fra et herberg siger i et interview, tager det tid fra det borgernære arbejde, når praktikerne skal være i kontakt med jobcenteret på brugernes vegne:

> Der er alle de 100 gange, hvor vi har måttet ringe, komme med en eller anden undskyldning, sidde i kø i 3 kvarter, en time og sige, at nu kom vi altså ikke lige, fordi nu er der igen kaos på tråden. Det er sådan noget, der er meget frustrerende i forhold til tid og i forhold til, at man kunne lave noget fedt relationsarbejde og motivationsarbejde. I stedet for at skulle sidde og vente på at forklare hvorfor og undskylde nogle brugere, som i virkeligheden er i en situation, hvor de ikke kan honorere de krav, der bliver stillet.

Mange praktikere oplever, at det er krævende for dem at skulle forholde sig til jobcenteret, og at det tager tid fra andre opgaver, for eksempel socialpædagogisk arbejde eller motivationsarbejde. På den måde er det også et eksempel på, hvordan beskæftigelsessystemet og det sociale system kan komme til at modarbejde hinanden.

Som nævnt har praktikerne viden om de barrierer, som gør, at mange stofbrugere ikke kan leve op til jobcenterets regler samt viden om, at sanktioner kan medføre yderligere marginalisering af stofbrugerne. Det kan derfor være nødvendigt at være proaktive og at gribe ind, *inden* en borger sanktioneres. I vores materiale er der flere eksempler på, hvordan sanktioner forsøges undgået både på et formelt og uformelt plan, hvilket følgende afsnit beskriver.

At undgå sanktioner

Der er både formelle og uformelle strategier til at undgå sanktioner. En af de formelle strategier er en ordning i Københavns Kommunes jobcenter, som går under navnet ’yy-markering’ (Københavns kommune 2020). Borgere kan yy-markeres, hvis en medarbejder i jobcentret vurderer, at en borger har særlige udfordringer eller er i en særlig situation, der gør, at en sanktion ikke vil fremme vedkommendes mulighed for at komme i beskæftigelse, men tværtimod øge risikoen for en yderligere social deroute. En ’yy-markering’ er ikke en afgørelse og heller ikke en automatisk fritagelse fra at blive sanktioneret. Den fungerer i stedet som en påmindelsesnote til de sagsbehandlere i Ydelsesservice, der afgør sanktioner, om at være særligt opmærksomme på borgerens samlede situation, når de skal træffe afgørelse.

Socialt marginaliserede borgere, der er hjemløse, udfordrede af psykisk sygdom eller stofafhængighed, kan i princippet blive yy-markeret. Dog oplever flere praktikere, at flere stofbrugere, end det er tilfældet, sagtens kunne yy-markeres. En kontaktperson på et rusmiddelcenter fortæller om organisatoriske udfordringer forbundet med at få lavet yy-markeringer. Det sker, da vi i et gruppeinterview spørger til, om kontaktpersonerne på rusmiddelcentret opfordrer jobcentermedarbejderne til at yy-markere deres fællesborgere:

> Ja, jeg har da tit talt med sagsbehandlere, og så får man at vide, at det er et eller andet papir, som man skal udfylde, men de skal først lige tale med deres koordinator, og koordinator siger, at det kan man ikke, og så næste gang man kommer ind og tænker: ”Nu sidder den lige i skabet”, så har de fået ny sagsbehandler, og så starter man forfra.

Som det fremgår, er det i nogle situationer ikke den jobcentersagsbehandler, der har kontakt med borgeren, der tager stilling til, om denne skal yy-markeres. Det er derimod en koordinator, hvilket skaber en systemisk indbygget distance mellem borgeren og den, der tager beslutningen om yy-markeringen. Oplevelsen, som kontaktpersonen ovenfor fortæller om, er også en oplevelse af, at den sanktionsforebyggende løsning, som yy-markeringer er, ikke bliver anvendt fuldt ud. Derudover peger kontaktpersonen på et problem, som flere andre praktikere nævner, nemlig at hyppig udskiftning af sagsbehandlere er en barriere for fremdrift i borgernes sager.

I vores materiale fremgår forskellige praksisser omkring yy-markeringer. Det illustrerer følgende uddrag fra et interview med en fremskudt jobcentersagsbehandler, som gennemfører jobsamtaler på blandt andet et herberg, og som reflekterer over, hvornår hun yy-markerer borgerne:

> Det er en kombination af alle de informationer, som jeg har fra kontaktpersonerne og fra vedkommende selv, hvad jeg fornemmer, mine erfaringer med folk og deres kognitive niveauer, hvad aktivitetscenteret eller lægen siger. Alle de kilder til information, som jeg har, er med til at danne grundlag for den vurdering… Det er lidt forskelligt, hvordan man gør det. Jeg yy-markerer for at være sikker, fordi jeg har oplevet nogle katastrofale konsekvenser [ved sanktioner]… Sanktion er jo ment som et redskab til at skabe en hensigtsmæssig adfærd, og det kan folk typisk ikke, når de bor her [på herberget], fordi de ikke tænker i konsekvenser.

Den fremskudte jobcentermedarbejder forsøger altså at stykke viden sammen om borgerens situation både ved at tale med borgeren selv, med de praktikere, der kender borgeren, og ved at inkorporere sine egne erfaringer med målgruppen. Denne medarbejder har en forståelse for, at nogle marginaliserede borgere ikke er i stand til at reagere på sanktioner, sådan som rationalet bag forudsætter. Hun yy-markerer derfor hellere for en sikkerheds skyld. Her ser vi altså et eksempel på, at en mere omsorgspræget logik er styrende for medarbejderens praksis frem for 'systemets logik' om borgeren som et økonomisk rationelt individ, der reagerer positivt på straf.

Ovenstående er samtidig et eksempel på fordelene ved en fremskudt beskæftigelsesindsats, som kan ses som et andet forsøg på at tilpasse beskæftigelsesindsatsen til de marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv på organisatorisk plan. Når sagsbehandlere fra jobcenteret tager ud af huset og foretager de obligatoriske jobsamtaler der, hvor de marginaliserede stofbrugere befinder sig, for eksempel på Mændenes Hjem, Sundholm eller Stæren, har de mulighed for at få en dybere forståelse for stofbrugernes dagligdag. Samtidig er det nemmere at opsøge stofbrugerne og sikre fremmøde til samtalen. Derved er den fremskudte beskæftigelsesindsats også med til at mindske antallet af sanktioner.

To fremskudte jobcentermedarbejdere på Mændenes Hjem fortæller os, at denne indsats netop blev indført, fordi man havde set et stort fald i fremmøde fra borgere tilknyttet dette herberg. Nu hvor jobcentermedarbejderne afholder deres samtaler på herberget, er antallet af udeblivelser faldet. Jobcentermedarbejderne kommer dog ikke på alle de sociale tilbud, så den fremskudte ordning hjælper kun de borgere, der bruger en af de institutioner, hvor de fremskudte jobcentersagsbehandlere kommer.

En tredje måde man organisatorisk forsøger at reducere antallet af sanktioner, er et samarbejde på tværs af Socialforvaltningen og Beskæftigelsesforvaltningen. Her er hele jobcenterindsatsen for 75 borgere i substitutionsbehandling rykket over i Socialforvaltningens Bolig- og Beskæftigelsesenhed (BBE) og varetages på de enkelte substitutionsenheder. En kontaktperson på substitutionsenheden

har ansvaret for at afholde de fire obligatoriske jobsamtaler. Det betyder, at stofbrugeren er fritaget fra at møde op i jobcenteret. Ordningen har gjort, at ingen af de 75 borgere er blevet sanktioneret, fordi jobsamtalen bliver afholdt et sted, hvor de alligevel kommer for at hente medicin.

Samtidig får borgerne tildelt en mentor, som har særligt kendskab til rusmiddelområdet og derfor bedre forudsætninger for at støtte op om borgerens særlige behov. En kontaktperson fra en substitutionsenhed fortæller om udvælgelsen af borgere til denne særindsats:

> Der har man taget dem, som har haft rigtig svært ved at møde op. Altså, det kan være angst, der gør det svært at møde op, og det kan være alle mulige andre ting. Men i forhold til, at de ikke bliver sanktioneret, så har man tænkt på, hvilke borgere det var bedst for. Og der har vi også vores egne mentorer, som vi tilknytter borgerne … Det er jo den mindste indgriben, man gør i beskæftigelsesforvaltningen, hvis man ikke skal i aktivering eller ikke må sendes ud i noget andet. Så skal man have en mentor.

En af mentorerne fortæller, at indsatsen handler om at arbejde med barriererne for, at stofbrugerne kan blive afklaret i forhold til beskæftigelse. Det kan for eksempel være hjælp til at få ordnet tænder eller støtte til at få udredt smerteproblemer. Igen er det forbeholdt relativt få stofbrugere at være en del af denne særlige beskæftigelsesindsats, og en del stofbrugere har stadig behov for en håndholdt indsats i forbindelse med kontakten til jobcenteret.

På uformelt plan anvender praktikerne forskellige strategier for at undgå, at stofbrugere sanktioneres. En strategi består i, at praktikerne involverer flere medarbejdere i at minde en stofbruger om, at han eller hun har en aftale med jobcenteret. Mange praktikere prioriterer også at følge stofbrugerne frem og tilbage fra jobcenteret for at sikre sig, at de møder op, og de forsøger at planlægge mødet til om formiddagen, så stofbrugeren er mindst muligt stofpåvirket. Det skal dog ikke være for tidligt, da stofbrugerne også skal have en chance for at stå op, og ellers "kimer de dem ned".

En tredje strategi er, at praktikerne (med samtykke fra stofbrugeren) laver en aftale med jobcentersagsbehandleren om, at indkaldelser bliver sendt til for eksempel stofbrugerens kontaktperson på et rusmiddelcenter eller til en socialrådgiver på et herberg. Det sker heller ikke sjældent, at praktikere deltager ved selve jobsamtalerne som en slags oversættere, hvilket nedenstående feltnote fra Reden viser:

> Medarbejderen beskriver, hvordan hun må tale systemsprog, når hun er på jobcenteret med en kvinde, og altid lige forbereder kvinden på det inden, fordi systemsprog betyder at tale

> om kvinderne, lidt som om de er svage, for at medarbejderen kan skaffe dem det, de fortjener.

Der sættes altså forskellige tiltag og strategier i spil for at undgå, at stofbrugerne sanktioneres. Det foregår både på et formelt organisatorisk plan og på et uformelt relationelt plan.

Socialarbejdere som økonomiske støttepædagoger

En stor del af det sociale arbejde vedrørende stofbrugernes økonomi handler om at støtte dem i at få overblik over deres gæld og prioritere, hvad der er vigtigst at få betalt. Det skyldes, at de ofte ikke har råd til at betale for alt. Det gælder særligt de stofbrugere, der har egen bolig. Konkret består arbejdet i at åbne post sammen med dem og sortere i regninger. Det følgende feltnoteuddrag fra januar 2019 fra Dagcenter Stæren illustrerer dette:

> En kvinde, Jonna, i sort hoodie kommer ind med en indkøbstrolley. Medarbejderen Sanne spørger, om hun er ved at flytte. Kvinden siger, at det er regninger. Hun åbner trolleyen og viser, at den er fyldt med papirer… De begynder at gennemgå papirerne, og snart er der papir ud over hele bordet, krøllede papirer og uåbnede kuverter. En anden medarbejder siger, at det er et stort arbejde, og Sanne fortæller, at der er regninger tilbage fra januar 2017. De går ind på kontoret, og Sanne har Jonnas papirer i nogle poser. De skal ringe til YouSee. Sanne ringer op og står i kø i lang tid. Mens de venter, har de en samtale om Jonnas relation til sin datter… Endelig kommer de igennem til YouSee. Sanne præsenterer sig: Sanne fra Københavns Kommunes socialforvaltning, Dagcenter Stæren, ringer på vegne af Jonna. Vil YouSee-medarbejderen tale med Jonna, så hun kan bekræfte, at hun lytter med og er indforstået med, at Sanne ringer? Jonna får telefonen og præsenterer sig med navn og CPR-nummer. Sanne får telefonen og begynder at udrede, hvordan Jonnas situation er i forhold til gæld til YouSee. De finder ud af, hvordan hun kan afdrage en eventuel gæld og få et abonnement, der passer hende.

Nogle stofbrugere har som Jonna så svært ved at overskue deres regninger, at de hober sig op gennem flere år. Som eksemplet illustrerer, kan det tage lang tid for praktikerne at hjælpe stofbrugerne med deres post. Udgifter i forbindelse med bolig (husleje, el) og medicinudgifter beskrives af flere praktikere som de vigtigste at betale. Flere nævner i den forbindelse, at det kan være yderligere besværliggjort af digitaliseringen, fordi mange af de marginaliserede stofbrugere ikke har NemID. De kan derfor ikke tilgå e-Boks eller netbank.

Praktikerne hjælper stofbrugerne til at undgå store regninger ved at få dem med på at oprette betalingsservice-aftaler på det, der er muligt. Nogle gange hjælper praktikerne stofbrugerne med at opsige abonnementer, som de hverken har råd til eller brug for, men som de er blevet overtalt af en sælger til at købe. Det kan for eksempel være abonnementer hos teleselskaber. Andre gange hjælper praktikerne, hvis en stofbruger har fået en bøde. Dette illustreres af det følgende eksempel fra en relationsarbejders dagbogsnotater fra et besøg hos en stofbruger:

> Der er en bøde fra Københavns Biblioteker for bøger, der blev afleveret for sent for over et år siden. Liselotte insisterer på, at det er hendes ekskæreste, der har lånt bøger i hendes CPR-nummer og vil meget gerne have mig til at ringe op til biblioteket. Det gør jeg så. ”Vi” får en mand i røret, der læser bøgernes titler op, og langsomt dæmrer det for Liselotte. Nu bliver forklaringen så, at hun var indlagt på pågældende tidspunkt, og at hun havde fået lov til at aflevere bøgerne senere. Manden i røret beder Liselotte skrive en mail, hvilket jeg så lover at hjælpe Liselotte med. Liselotte er tydeligvis helt presset over dette, mister koncentrationen, gentager sig selv og siger flere gange, at hun ikke kan klare det.

En formel måde at støtte de marginaliserede stofbrugere i håndteringen af deres økonomi er ved at sætte deres kontanthjælp under administration. Det vil sige, at myndighedssagsbehandleren fra Ydelsesservice reserverer et beløb af stofbrugerens overførselsindkomst til betaling af husleje, *inden* stofbrugeren får udbetalt sin kontanthjælp eller førtidspension. Derved kan stofbrugeren undgå at bruge alle sine penge på fx stoffer, at få dem opkrævet i forbindelse med gæld eller blive frastjålet dem og ikke have råd til boligudgifter. Denne administrative ordning mindsker risikoen for boligudsættelse på grund af manglende huslejebetaling. Det er også muligt at få lavet rateudbetaling af sin kontanthjælp.

Stofbrugeren, der selvfølgelig skal give samtykke til at få sin overførselsindkomst administreret, kan have gode grunde til selv at ville styre sin økonomi. Derfor er det ikke altid lige let for praktikere at indhente samtykke. Der er også eksempler i vores materiale på, at borgere trækker samtykke tilbage, som de lige har givet. Dette er et af de mange steder, hvor der kan opstå et dilemma for praktikerne i afvejningen mellem omsorg og respekt for borgerens selvbestemmelse på den ene side og formynderi på den anden. Sådanne dilemmaer stiller høje krav til socialarbejdernes faglighed med hensyn til at foretage den rigtige afvejning uden at underminere borgerens selvbestemmelsesret.

Som beskrevet i den første del af dette kapitel møder de marginaliserede stofbrugere en lang række strukturelle barrierer i forhold til at modtage overførselsindkomster. I nogle tilfælde er der også relationelle barrierer, når de endelig møder op på for eksempel jobcentret. Som vi har skitseret, er der

tiltag, der skal overkomme barriererne, men ifølge de praktikere, vi har talt med, er der behov for, at mange flere af de mest marginaliserede stofbrugere bliver inkluderet i disse tiltag. Praktikerne, der er tæt på stofbrugerne i deres hverdag og har viden om stofbrugernes livsbetingelser og adfærdsmønstre, kan se problemerne i samspillet mellem beskæftigelsesindsatserne og de sociale indsatser. Det er vigtigt at have øje for, at praktikernes helhedsorienterede viden gør dem i stand til at hjælpe stofbrugerne til at få deres forsørgelse, møde op i jobcentret og støtte dem i at håndtere deres økonomi.

Hjemløshed og ustabile boligforhold

Stofbrugernes boligforhold hænger tæt sammen med, hvor risikofyldt deres hverdag er. Der er stor forskel på de risici, en stofbruger oplever, afhængigt af om han eller hun lever på gaden i hjemløshed eller har egen bolig, som vedkommende er i stand til at bruge (Coumans et al. 2003). I vores undersøgelse har 52 % af de marginaliserede stofbrugere egen bolig, 25 % bor i en institutionel bolig (eksempelvis herberg, botilbud eller asylcenter) og 23 % har en ustabil boligsituation (sover på gaden, væresteder, natcafé eller hos venner og bekendte).

Der findes en lang række sociale indsatser for at hjælpe stofbrugerne med at komme i egen bolig og fastholde deres bolig, herunder at undgå en tvangsudsættelse. Dette er en vigtig prioritering, netop fordi boligforhold spiller en stor rolle i den sociale eksklusion af stofbrugere, og fordi hjemløshed ofte er en faktor, der accelererer skadeligt stofbrug (Coumans et al. 2003; Johnson & Chamberlain 2008).

Der er en klar strukturel udfordring forbundet med at hjælpe marginaliserede stofbrugere i København i bolig, fordi der ikke er nok billige boliger og alternative boformer som eksempelvis skæve boliger. Desuden er der mangel på pladser på byens herberger og botilbud.

Boligmangel er en strukturel faktor, der gør det vanskeligt at efterleve 'Housing First'[25]-princippet om, at en bolig er første skridt på vejen ud af sociale problemer som hjemløshed, psykiske problemer eller problematisk rusmiddelbrug. Housing First er ellers udgangspunktet for Københavns Kommunes seneste handleplan på hjemløseområdet fra 2018 (Københavns kommune 2018a). At hjælpe marginaliserede stofbrugere i forbindelse med deres boligsituation, hvad enten de har egen bolig, bor på herberg eller botilbud eller på gaden, fremtræder i vores materiale som en central del af det sociale arbejde med denne målgruppe.

[25] I Housing First-tilgangen anses en stabil boligsituation i egen bolig som en forudsætning for at kunne opnå stabilitet og forbedring omkring fx stofmisbrug, psykisk sygdom og socialt netværk. Udgangspunktet er derfor, at borgeren får en bolig som det første. Dette står i modsætning til en trappetrinsmodel, hvor borgeren først skal gøres boligparat, før han eller hun kan få en bolig. Læs mere på Socialstyrelsens hjemmeside: Housing First — Socialstyrelsen - Viden til gavn

De praktikere, vi har fulgt, er på forskellig (og nogle gange overlappende) vis engagerede i stofbrugernes boligsituation: fra gadeplansmedarbejdere, der forsøger at få hjemløse hjulpet ind på herbergpladser, til bostøtter og støttekontaktpersoner, der støtter stofbrugerne i at fastholde deres bolig, og til sagsbehandlere, der udfærdiger voksenudredningsmetoden (VUM), der kan bruges til indstillinger til botilbud.

I denne del af kapitlet gennemgår vi nogle af de udfordringer og muligheder, praktikerne oplever i forbindelse med at støtte op om marginaliserede stofbrugeres boligsituation.

Herberger – ventetid, moralske dilemmaer og fordeling af værelser

På grund af mangel på billige boliger i København er der som regel lang ventetid på egen bolig gennem den boligsociale anvisning for hjemløse borgere. Flere praktikere fortæller, at dette er med til at lægge pres på herbergerne, fordi udskiftningen af herbergbeboere er for langsom i forhold til at kunne følge med efterspørgslen på herbergpladser. Nogle medarbejdere på herberger fortæller desuden, at nogle værelser også er optaget af borgere, der allerede er udredt til § 107- eller § 108-botilbud[26], men at der også er pladsmangel på sådanne tilbud. På grund af disse forhold kan der også være ventetid på herbergernes værelser. Herbergerne burde ellers være en midlertidig løsning på et akut boligproblem.

I følgende uddrag fra dagbogen fra en kontaktperson på en substitutionsenhed forsøger kontaktpersonen at hjælpe en ung kvinde, som har forladt sin døgnbehandling, med at finde et sted at overnatte i weekenden:

> [Vi] bruger omkring 2 timer sammen. Vi ringer rundt til samtlige herberger i København, da Laura intet sted har at være. Laura vil derfor tage på Reden, da det synes som eneste mulighed. Det er i denne situation rigtig svært for mig ikke bare at tilbyde min sofa til Laura hen over weekenden. Jeg sidder over for en ung kvinde, dybt misbrugende fra tidlig alder og en opvækst med en mor, som oplærte hende i at injicere. Jeg ved Laura har viljen, men ikke evnen til at interagere i et liv uden misbrug. Jeg ved, at risiko for tilbagefald øges, hvis hun sover på Reden. Jeg ved, at der er forøget risiko for, at hun får en overdosis, da hun netop har været på afgiftning på døgnbehandling. Jeg ved, at Laura har brug for tryghed, ro, ordentlig mad og sociale fællesskaber, som ikke inkluderer misbrug. Jeg ved,

[26] Lov om social service (Serviceloven): § 107 er længerevarende *midlertidigt* botilbud til personer, der pga. betydeligt nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har brug for omfattende støtte til at håndtere almindelige dagligdagsfunktioner. § 108 er længerevarende botilbud til personer med nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne eller sociale problemer, der har brug for omfattende støtte til almindelige dagligdags funktioner, omsorg, pleje, behandling o.l., og som ikke kan få disse behov dækket andetsteds i serviceloven (retsinformation.dk).

> at jeg kan tilbyde Laura dette i en weekend, hos mig selv. Privat. Jeg ved også, at dette er umoralsk, uetisk, dumt osv. osv. Men det er fandeme svært ikke at tilbyde sin hjælp, når man selv føler, den er nem at give.

Uddraget illustrerer problematikken omkring mangel på herbergpladser og de faglige, etiske og følelsesmæssige dilemmaer, som manglen på relevante tilbud kan afføde hos praktikere. Det bekymrer kontaktpersonen, at den unge kvindes eneste mulighed umiddelbart er at overnatte på Reden, et lavtærskeltilbud midt i Vesterbros stofmiljø. Bekymringen skyldes kontaktpersonens viden om de risici, der er forbundet med at være blevet stoffri og vende tilbage til miljøet. Kontaktpersonen opfatter den unge kvinde som en, der ikke er i stand til at klare sig uden stoffer. De faglige refleksioner omkring, hvad kvindens behov er og risikoen for overdosis, får kontaktpersonen til at overveje muligheden for at tilbyde hende husly og mad hos sig selv. Kontaktpersonen oplever ikke, at de formelle kanaler til at hjælpe virker, og derfor fremstår den uformelle hjælp som den eneste handlemulighed i den akutte situation. Kontaktpersonen ved dog, at det også er problematisk, uetisk og umuligt for hende at gå ud over sine arbejdsopgaver på den måde og overskride grænsen mellem det private og professionelle.

Der bliver selvfølgelig løbende herbergpladser ledige. Det sker for eksempel, når en beboer flytter videre til en mere permanent bolig, bliver smidt ud på grund af manglende overholdelse af husregler eller ryger i fængsel.

Ifølge vores materiale ser det ud til, at det er nemmere at handle hurtigt i forhold til at få borgere ind på herbergpladser for de praktikere, der er tæt på herbergernes daglige drift, enten fordi de arbejder der eller i en tilhørende natcafé, eller fordi de er udgående medarbejdere og ofte kommer forbi. Disse praktikere har bedre mulighed end medarbejderne på en rusmiddelbehandlingsenhed for at have en opdateret viden om, hvornår der er ledige herbergpladser. Samtidig har de ofte et overblik over, hvilke hjemløse stofbrugere der har det mest akutte behov for et herbergværelse.

Uformelle møder mellem socialarbejdere er ofte med til at styrke samarbejdsrelationer og koordineringen af hjælp til bestemte borgere. Det er vi eksempelvis vidner til, da en gadeplansmedarbejder og en socialrådgiver på et herberg mødes uformelt og lidt tilfældigt. De to medarbejdere bruger mødet til at trække på hinanden for at hjælpe en ung mand ind på et herbergværelse. Den unge mand har netop været forbi kontoret for at vise, at han er blevet stukket i benet med en kniv. Gadeplansmedarbejderen, der i noget tid har været opmærksom på, hvor presset den unge mand har været, siger følgende til socialrådgiveren: “Sig til, hvis der er noget, vi kan gøre for at få den unge mand ind.” Socialrådgiveren fortæller, at der er et par værelser, men de mangler at

blive gjort rent, inden en ny kan flytte ind. Socialrådgiveren uddyber, at ”værelserne godt kan gro lidt til, fordi brugerne er så dårlige”. Derfor tager klargøring af værelser tid. Gadeplansmedarbejderen tilbyder sin hjælp til værelsesrengøringen, hvilket ikke er første gang. På den måde kan praktikerne nogle gange finde på at gribe til lidt mere uformelle metoder for hurtigere at kunne hjælpe hjemløse stofbrugere.

Som nævnt står manglen på værelser ofte i vejen for, at hjemløse stofbrugere kan blive indskrevet på en herbergplads. Men det kan også være individuelle forhold for stofbrugerne, der vanskeliggør denne hjælp, som vi skal se i det følgende.

På et af de herberger, hvor vi har lavet feltarbejde, har personalet spottet en ung mand, som har sovet i den tilstødende natcafé nogle gange, og som de oplever som meget udsat. De har prøvet at henvise ham til et værested for unge, som han tilsyneladende ikke selv har kunnet opsøge. Personalet har derefter skaffet den unge mand en samtale på et ungeherberg, men de har ikke selv mulighed for at følge ham. Derfor iværksætter de et samarbejde med den kommunale hjemløseenhed om dette. Dette fremgår af det følgende uddrag af forskerfeltnoter:

> Herbergmedarbejderen, Nanna, sætter medarbejderne fra Hjemløseenheden ind i sagen. Det virker til, at de har mødt den unge mand før. Nanna spørger, om de har mulighed for at hjælpe ham til dette møde på ungeherberget, hvortil en af medarbejderne fra Hjemløseenheden svarer, at de har forsøgt, og han ikke har villet tage derhen, og så må man respektere borgernes valg om, at han ikke vil. Nanna er sikker på, at han gerne vil, men at han simpelthen er for distræt og forvirret til, at han kan komme afsted… Et par dage senere havde Hjemløseenheden forsøgt at hente den unge mand kl. 5 om morgenen i natcaféen på Sundholm for at sikre sig, at han ikke var smuttet og for at følge ham til mødet i ungeherberget. Men da Hjemløseenheden havde fået fat i ham, fortalte han, at han ikke kunne overskue det.

Medarbejderne er blevet opmærksomme på en hjemløs stofbruger, der er særligt udsat, og de forsøger at hjælpe denne person til en passende herbergplads ved at koordinere med samarbejdspartnere. Men som eksemplet viser, kan individuelle forhold betyde, at forsøg på at få marginaliserede stofbrugere væk fra gaden og forsøge at bremse en marginaliseringsproces mislykkes. Eksemplet viser desuden, at der foregår en forhandling medarbejderne imellem om, hvor stort den unge mands behov for en herbergplads er. Forhandlingen beror på forskellige oplevelser af hans selvbestemmelse. Herbergmedarbejderen Nanna er ikke enig i Hjemløseenhedens vurdering af, at den unge mand har taget et valg om ikke at ville. Hun mener, at han gerne vil, men ikke er i stand til at handle på sit eget

ønske. Hun trækker her på en omsorgspræget logik, hvor hun ser det som nødvendigt at etablere et støttende netværk omkring ham for at stabilisere hans boligsituation.

Det er forskelligt, hvad medarbejdere lægger vægt på i vurderingen og forhandlingen om herbergpladser. I det følgende uddrag fra et personalemøde på et herberg fortæller en medarbejder, hvorfor hun mener, at en kvinde, hun er i kontakt med, skal have det værelse, der netop er blevet ledigt:

> Jeg har en i natcaféen, som jeg tror ville være rigtig god… Sagen er den, at hun har åbnet sig rigtig meget på det sidste. Og hun har lige fået et arbejde. Hun er i et kæresteforhold med en polak, der også er i natcaféen. Jeg vil så gerne kunne tilbyde hende muligheden for et værelse. For hun har fået det her rengøringsarbejde, men hun skal op kl. 4, og natcaféen åbner så sent, at hun først kan sove kl. 24. Og det er et problem. Plus at hendes kæreste er meget misbrugende… Hun er også ved at afslutte 9. klasse. Hun vil gerne i egen bolig og har haft kontakt til Hjemløseenheden. Der vil jo nok i en periode være et overlap med natcaféen, og parret skal jo også have mulighed for at se hinanden. Hun vil jo stadig kunne besøge ham, men han kan ikke besøge hende, og så ville hun have ro. Hun ville kunne trække sig.

Medarbejderen lægger vægt på, at kvinden har brug for søvn, ro og muligheden for at trække sig fra sin stofbrugende kæreste. Medarbejderen her mener, at et herbergværelse bedre ville kunne give dette end natcaféen. Hvor der i forrige eksempel blev lagt vægt på borgerens udsathed, lægger medarbejderen her vægt på kvindens positive udvikling med beskæftigelse og skole.

En anden praksis forbundet med tildelingen af værelser, som vi har observeret på et af de herberger, hvor vi har lavet feltarbejde, er at notere på en liste, hvem der henvender sig for at få et værelse samt hvornår. Nye beboere kan så udvælges fra listen. En socialrådgiver fra herberget fortæller i et interview om denne praksis:

> … Der er ikke noget, der hedder en venteliste her. Men vi bliver nødt til at notere, når folk gerne vil herind og bo. Det er jo sin sag at gå ned i gaden og råbe, at nu har vi et ledigt værelse. Vi er nødt til lige at have noteret os, hvem det er.

Medarbejderen påpeger, at det er nødvendigt med en henvendelsesliste, da de på herberget er nødt til at vide lidt om, hvem der potentielt skal bo på herberget. Henvendelseslisten bliver for eksempel brugt til at udrede målgruppen og gør det muligt at prioritere, hvilken borger der har det største behov for et værelse. Medarbejderen uddyber vigtigheden heraf, da vi spørger ind til, hvad der skal til for at komme på henvendelseslisten:

> Der skal man være en del af misbrugsmiljøet på Vesterbro. Det tror jeg i virkeligheden, er den mest præcise måde at sige det på. Det er meget sjældent, at der er nogen udefra, der kommer ind. Vi har et par stykker boende nu, men så har de også en vis alder i misbruget. Det har vi ligesom screenet først. Fordi uanset hvordan du vender og drejer det, så bliver folk bare mere misbrugende af at bo her, fordi man er tættere på stofferne.

Selvom det er en hjælp i forhold til at begrænse marginaliseringsprocesser at få stofbrugerne ind på et herbergværelse eller overnatning på en natcafé, er der altså ifølge nogle praktikere også en risiko for, at ens stofbrug eskalerer, hvis man bor på nogle af disse overnatningstilbud. Fordi disse overnatningstilbud på den måde kan betragtes som risikomiljøer, påpeger herbergmedarbejderen, at det er vigtigt, kun at få stofbrugere ind, der i forvejen er forankret i stofmiljøet.

Miljøerne på de tre herberger, hvor denne undersøgelse er foretaget, kan dog i lige så høj grad betragtes som ressourcemiljøer. Den institutionelle ramme om stofbrugernes hverdagsliv skaber et rum for omsorg og hjælp, som er sværere at skabe på gadeplan. Som tidligere beskrevet kan det være en fordel for nogle stofbrugere at bo på herberg, bl.a. fordi de har mulighed for at gøre brug af en fremskudt jobcenterindsats eller i hvert fald få hjælp til kontakten til jobcentret.

Udover at yde moralsk opbakning og omsorg er herbergmedarbejderne ofte involverede i at motivere eller støtte beboerne i forbindelse med at komme i rusmiddelbehandling eller i kontakten til det ordinære sundhedssystem at få ordnet tænder eller komme videre i en mere stabil bolig. Det kan også være nemmere for stofbrugerne at få mad, ro og søvn på et herbergværelse end på gaden, om end der ofte også er larm og uro på herbergerne. Selvom der er belastninger forbundet med at bo på herberg, er der altså også muligheder, der kan reducere graden og konsekvenserne af marginalisering i forhold til at bo på gaden som hjemløs.

Borgere i egen bolig - strukturelle udfordringer og behovet for praktisk hjælp

Når en borger har fået egen bolig, er der stadig en del arbejde forbundet med at få indflytningen og etableringen i boligen til at lykkes. Det er nedenstående uddrag fra en kommunal gadeplansmedarbejders dagbogsnotater et eksempel på. Selve sagsforløbet i forbindelse med denne sag varer mere end to måneder:

> Jeg fik en henvendelse fra en samarbejdspartner (NGO), der udtrykte bekymring i forbindelse med en borgers flytning. Samarbejdspartneren er usikker på, om Dennis har fået søgt de relevante ydelser i forbindelse med den forestående flytning. Dennis har fået

> en lejlighed uden for København via sin handlekommune[27]. Processen har været langvarig. Dennis er tilknyttet en substitutionsenhed. Dennis har en sags-behandler derfra. Men denne har givet udtryk for, at Dennis er at betragte som "udenbysborger"[28] og skal søge om etablering i handlekommunen, eftersom adressen er flyttet dertil. Sagsbehandleren [i Københavns Kommune] mener videre, at Dennis har ressourcer til selv at varetage flytning og kontakten til handlekommunen. Sagsbehandleren mener ikke, at det er hendes job at indgå i flytning med videre. De har søgt om indskud samt første måneds husleje.

Gadeplansmedarbejderen og NGO'en, som har kontaktet hende, har en anden oplevelse af borgerens flyttesag end sagsbehandleren på rusmiddelcentret. Ifølge gadeplansmedarbejderen er sagsbehandleren stoppet med at følge borgeren, fordi denne oplever, at borgeren har ressourcer nok til selv at klare flytningen, og fordi borgeren er udenbysborger. Den anden kommune er altså handlekommune, men i praksis er det gadeplansmedarbejderen og NGO'en, der hjælper til i sagen, fordi borgeren stadig opholder sig i København, hvilket vi også bevidner, da vi følger gadeplansmedarbejderen nogle uger.

Sagen illustrerer, hvordan viden om stofbrugernes hverdagsliv uden for de institutionelle rammer støder imod institutioners mere formelle og bureaukratiske måder at betragte og behandle stofbrugerne på. Det er altså ikke nødvendigvis, fordi medarbejderen på rusmiddelcentret ikke ønsker at hjælpe, som det opfattes af NGO'en og gadeplansmedarbejderen, men snarere fordi denne er mere bundet i sine arbejdsopgaver og rusmiddelcentrets formelle rammer og af lovgivningens bestemmelser. I lovens forstand er borgeren udenbysborger, men i praksis er han stadig ikke flyttet. Eksemplet afspejler en mere generel problemstilling omkring at bygge bro mellem gadeplan og relationsarbejde på gaden til myndighedsarbejde. Lignende problemstillinger optræder flere steder i vores materiale. Gadeplansmedarbejderen skriver videre om denne sag:

> Sagsbehandleren fra den nye kommune ringer og gør opmærksom på, at der ikke er betalt for el. Hun oplyser, at Dennis kan miste sin lejlighed, hvis ikke elregningen betales. Jeg får fat i Dennis, og vi søger etablering i den nye kommune samt betaling af elregningen. Dennis får stadig sin kontanthjælp i København, da det er her, han opholder sig det meste af tiden. Jeg er nødt til at sikre mig, kontanthjælpen ikke stopper. Vi er også nødt til at lave en

[27] Handlekommune er betegnelsen for den kommune, der har forpligtigelse til at handle i en borgers sag. Kommunen, hvor borgeren opholder sig, altså "opholdskommunen", har som udgangspunkt denne handleforpligtigelse. Men der er en række undtagelser, det kan bl.a. være, hvis en borger ikke har haft bopæl i den kommune vedkommende opholder sig i eller kun har boet på botilbud i opholdskommunen. I Dennis' tilfælde er hans handlekommune en anden end Københavns Kommune, som han opholder sig i.

[28] Udenbysborger bruges af praktikerne som betegnelse for en borger, der har en anden handlekommune end Københavns Kommune.

> administrationsaftale for at sikre, huslejen bliver betalt. Det er ikke uden forhindringer at få tilbageholdt penge til husleje og el via Ydelsesservice. Det er ikke nok med et samtykke, det skal udfærdiges på en specifik blanket. Jeg havde lavet en fejl, idet jeg havde anvendt en gammel blanket og måtte endnu en gang kontakte Dennis og arrangere endnu et møde, så jeg kunne få de rigtige underskrifter på de rigtige dokumenter. I forbindelse med ansøgningerne skal der sendes en del dokumentation med. Dennis har både NemID, e-mail og netbank, hvilket gør, at det er hurtigt at fremskaffe dokumentation.

Der er flere delelementer, som Dennis skal have styr på nu, hvor han har fået en lejlighed. Han har tilsyneladende ikke været i stand til dette. Derfor bliver det gadeplansmedarbejderens opgave at sikre, at der bliver betalt el, at han får søgt kommunen om etableringshjælp, at der er penge til at betale husleje, og at Københavns Kommune ikke stopper den kontanthjælp, som huslejen skal betales af. Det lykkes at hjælpe Dennis i tide, fordi han har bedt NGO'en om hjælp, og fordi der er en god samarbejdsrelation til den kommunale gadeplansmedarbejder, som kan følge op på sagen. Sagsforløbet bliver desuden mere smidigt af, at Dennis har styr på sit NemID. Uddraget tydeliggør, hvor kompliceret systemet er, og hvor nødvendigt pædagogisk og praktisk støtte er for nogle stofbrugere for, at de kan benytte deres rettigheder og få opfyldt deres behov. Det relationelle er ofte en forudsætning for, at stofbrugeren kan overkomme strukturelle barrierer.

Botilbud – visitation, ventetid og at involvere sig lidt ekstra

Nogle udsatte stofbrugere har svært ved at tilpasse sig et ordinært boligmiljø. Af alternative muligheder for at få en lidt mere langsigtet eller permanent bolig findes botilbud efter servicelovens § 107 eller § 108 eller skæve boliger[29]. Nogle botilbud ligger i umiddelbar forlængelse af de herberger, hvor vi har lavet feltarbejde, andre ligger længere væk fra stofmiljøerne. For at komme ind på et botilbud skal borgeren visiteres dertil. Socialarbejderne, vi har fulgt, støtter borgerne i at få beskrevet deres sag bedst muligt gennem Voksenudredningsmetoden (VUM).

På en substitutionsenhed sidder en af forskerne bag dataindsamlingen til en samtale mellem en kvinde og hendes kontaktperson, hvor dele af VUM-skemaet bliver udfyldt. Kvinden har tidligere boet i en lejlighed anvist af kommunen. Men hun har mistet den pga. psykiske udfordringer og bor nu på herberg. I samtalen forsøger kontaktpersonen at finde ud af, hvordan kvinden oplever at bo på herberg, hvilke ønsker og forestillinger hun har om et botilbud samt forhold af mere lavpraktisk

[29] Skæve boliger er en boligform til personer, som har vanskeligt ved at passe ind i et almindeligt boligmiljø. Det er små boliger på et eller to rum, og rammerne her er ofte løsere end i almindelige boligområder. Der er en social vicevært tilknyttet de skæve boliger (www.kk.dk/skæve-boliger).

karakter, herunder hvornår hun har været til læge, psykolog og lignende. Hun gør også meget ud af at forklare forskellene mellem § 107 og § 108-botilbud. “Det er tit borgerens ord, der vægtes højest i visitationen,” fortæller kontaktpersonen. Hun har forskellige strategier til, hvordan hun bedst får “fanget dem ind” og får VUM’en udfyldt bedst muligt, hvilket kan være en stor udfordring. Hun fortæller:

> Tit giver jeg borgerne mulighed for at udfylde det derhjemme. Så sender jeg den til herberget, hvor personalet har mere tid med borgeren. Ellers mødes jeg med dem på en bænk ude i byen for at udfylde den, hvor vi kan drikke en kaffe imens.

Én forhindring er det forberedende arbejde op til indstillingen af en stofbruger til botilbud. Noget andet er den efterfølgende ventetid på et egnet botilbud. Det kan skabe gnidninger mellem personalet på herberger og natcaféer, der har daglig kontakt med borgerne og har hjulpet med at udfylde VUM-skemaet, og den myndighedssagsbehandler, der skal få borgeren videre.

Følgende feltnoteuddrag fra et samarbejdsmøde mellem medarbejdere på et herberg og medarbejdere fra Hjemløseenheden er et eksempel på gnidningerne:

> Medarbejderen Aya fortæller nogle medarbejdere fra Hjemløseenheden om en episode, hvor kommunikationen med en sagsbehandler inde fra deres afdeling er gået helt skævt. Hun fortæller, at sagsbehandleren har råbt i telefonen og ikke vil hjælpe i en sag. Sagen handler om en bruger, Ayoub, der er blevet godkendt til paragraf 107 gennem denne sagsbehandler, men der er intet sket, og han sover fortsat i natcaféen, og Aya og Ayoub snakker tit om, hvornår han får tilbudt bolig. Aya og en anden medarbejder har kontaktet Ayoubs sagsbehandler og fortalt, at herberget kan tilbyde ham et værelse i henhold til paragraf 110, men de skal have fire timers ekstra hjælp, da ressourcerne på paragraf 110 ikke svarer til paragraf 107. Sagsbehandleren vil ikke gå med til denne ordning, og derfor har sagen ikke rykket sig.

Herbergmedarbejderen oplever, at myndighedssagsbehandleren ikke yder den hjælp, der skal til, for at borgeren kan komme i en mere stabil boligløsning, som han har krav på. Hun forsøger endda at foreslå en løsning om at placere ham på herbergets § 110-pladser mod, at de får ekstra ressourcer, så det svarer til behovet på § 107-botilbud. Dette kan myndighedssags-behandleren, der skal holde sig til Hjemløseenhedens regler og retningslinjer, tilsyneladende ikke imødekomme. Medarbejderen fortæller senere, at andre brugere af natcaféen og herberget ’misbruger’ Ayoub, og at hun er “nervøs for, at han falder i med misbrug, når beboerne udnytter ham.” Han er begyndt at købe øl til nogle af

beboerne mod, at han kan få lov at være hos dem i løbet af dagen. Det bekymrer medarbejderen, at der ikke sker noget hurtigere i sagen.

I situationer (som eksempelvis ovenstående), hvor praktikerne oplever, at organiseringen ikke er gearet til at handle hurtigt nok for at hjælpe brugerne, fortæller flere om nødvendigheden af at yde en ekstra indsats. Det dækker blandt andet over den udbredte oplevelse hos praktikerne af, at de ved at involvere sig ekstra i en sag må kompensere for andre praktikere eller organisationers mangler, langsommelighed og snævre forståelse af stofbrugerne. I følgende uddrag af forskerfeltnoter fortæller en medarbejder fra et herberg om, hvordan det i en konkret sag lykkedes at få en stofbruger på botilbud i Jylland:

> Medarbejderen fortæller, at det kun lykkedes på grund af to medarbejdere og ham selv, der også til dels var insisterende involveret i hans sag. Den ene var fra borgerens kommune, der brændte for sagen og "nærmest gik hele vejen til borgmesteren" med den. Den var egentlig faldet imellem nogle stole. Men hun kunne se, at der måtte gøres noget for denne borger og fik tilkæmpet sig, at kommunen ville betale for et ophold. Den anden medarbejder var fra hans behandlingscenter, der også gjorde en kæmpe indsats. Og endelig var der ham selv, der holdt trådene sammen og koordinerede det. Han fik ringet til botilbuddet i Jylland og fik lavet den aftale, at de skulle mødes på midten. Derfor afholdt de et møde i Korsør, hvor medarbejderen fra herberget, borgeren og nogle repræsentanter fra botilbuddet mødte hinanden. Det endte med, at borgeren flyttede ind hos dem og fik det rigtig godt.

Når denne sag lykkedes, skyldtes det altså, som medarbejderen nævner, at der er flere fagprofessionelle, der har involveret sig meget i sagen. Samtidig er det afgørende, at der er en, der tager ansvaret for den overordnede koordinering af hjælpen.

Stofbrugere i egen bolig

Nogle socialt marginaliserede stofbrugere har egen lejlighed, men benytter sig fortsat af at overnatte på herberger eller natcaféer, eller de sover på gaden eller hos bekendte. Det kan skyldes, at de ikke magter at være i deres egen bolig. Dette fænomen kaldes ofte funktionel hjemløshed[30]. I vores undersøgelse er der 4 personer ud af de 127, der har egen bolig, som angiver ikke at bruge deres lejlighed på interviewtidspunktet. Følgende uddrag fra dagbogsnotaterne fra en kontaktperson på en

[30] Se Socialstyrelsen: Definition af hjemløshed — Socialstyrelsen - Viden til gavn

substitutionsenhed viser, hvordan kontaktpersonen prøver at hjælpe en stofbruger med at få gjort sin lejlighed beboelig:

> Camilla fortæller, at hun p.t. opholder sig en del på gaden og i et kaotisk miljø på Reden, da hun ikke kan holde ud at være i sin lejlighed. Hun har flere gange ytret, at hun decideret hader sin lejlighed. Vi har endda forsøgt at skrive hende op til at bytte bolig, men uden held. Camilla fortæller, at hun har fået lukket for strømmen, så der er intet lys. Vinduet i stuen er utæt, og viceværten vil ikke gøre noget. Så der er koldt. Hun har ingen møbler, og al inventar står i 14 flyttekasser hos en vicevært i foreningen, hvor hendes ekskæreste bor. Denne vicevært har ringet til Camilla i fredags og sagt, at hun har en uge til at flytte de kasser, ellers vil de blive smidt ud. Dette er Camilla selvfølgelig også maks. presset over… Jeg har stort fokus på, at det synes uholdbart og kaosbidragende, at Camilla ikke er i sin lejlighed. Så jeg har netop fokus på, at vi skal gøre denne lejlighed til et hjem, hvori Camilla trives og er tryg. Jeg vil derfor forsøge at undersøge muligheden for nogle møbler, gratis. Eventuelt undersøge om man kan søge fonde til dette. Derudover ringe til viceværten og udskyde hans deadline, indtil jeg har fundet en løsning. Jeg fortæller, at man eventuelt kan ringe til diverse flyttefirmaer og spørge, om de vil hjælpe. Camilla giver mig samtykke til at fortælle om hendes situation, og hvorfor hun ikke har råd. Så skal der ringes til Ørsted og høre, hvordan Camillas strøm åbnes. Ydermere skal der ringes til Blue Energy, da dette er Camillas nye elselskab.

Uddraget peger på vigtigheden af at hjælpe stofbrugeren til at blive etableret ordentligt med møbler og udpakning af flyttekasser. Ifølge kontaktpersonen er det ikke altid nok at hjælpe stofbrugeren med at få en bolig, hvis stofbrugeren ikke selv er i stand til at gøre boligen til et hjem, hvor han eller hun har lyst til at opholde sig. Ligesom nogle marginaliserede stofbrugere har brug for støtte fra systemet til selve flytningen, har mange altså også brug for støtte, når de er flyttet i egen bolig. Regninger skal betales og nye rutiner bygges op. Ofte bliver marginaliserede borgere, der flytter i egen bolig efter lang tids hjemløshed, overvældede af alle de praktiske forpligtelser, der er forbundet med at være lejere, eller overvældede af ensomhed (Rowe & Pelletier 2012: 370; Stigaard 2011).

Nogle praktikere udtrykker bekymringer ved at hjælpe stofbrugere i egen lejlighed, hvis der ikke er bevilliget nogle støtteforanstaltninger. En kontaktperson på en rusmiddelenhed fortæller eksempelvis om, at hun er bekymret for, at en af de stofbrugere, som hun har skaffet en lejlighed, “skal ligge der og dø, uden nogen opdager det”. Hun fortæller videre, at hun kan finde på at køre forbi hans lejlighed og ringe på, hvis hun ikke kan få fat på ham.

Flere praktikere har også en opfattelse af stofbrugerens hjem som en risikozone. Hjemmet kan for eksempel være et sted, hvor overdoser sker uden opsyn, hvor stofbrugerne kan gå til i ensomhed, og hvor det kan være sundhedsskadeligt at bo pga. manglende rengøring. I hjemmet kan stofbrugerne også komme i konflikt med naboerne eller risikere at få overtaget deres lejlighed af pushere eller til bordeldrift.

Samtidig har praktikerne ofte begrænset viden om stofbrugernes hverdagsliv i deres lejligheder, fordi de ikke eller kun sjældent har adgang dertil. Nogle praktikere fortæller, at hvis de er bekymret for en stofbruger, finder de på påskud for at tjekke op på stofbrugerens tilstand i lejligheden. De tilbyder for eksempel stofbrugeren hjælp til at pudse vinduer eller at komme forbi med deres medicin i forbindelse med, at de skal følge stofbrugerne til fx læge eller jobcentret.

I NGO'erne er de ligeledes opmærksomme på vigtigheden af at holde kontakt til de borgere, der har fået bolig, som en medarbejder fra Reden her fortæller:

> Vi prøver at være med i overgangen i at skulle lære at have en bolig og finde sig til rette der… når der er nogle kvinder, som vi kender, som får en lejlighed, så prøver vi så vidt som muligt at være en del af den proces.

Medarbejderen fortæller, at værestedet forsøger at involvere sig, når en borger får en lejlighed. Medarbejderen ønsker, at de kan støtte brugerne mere i forbindelse med dette. Denne betragtning deles af mange praktikere i denne undersøgelse. De understreger nemlig, at flere af de marginaliserede stofbrugere har brug for omfattende støtte eller botræning, når de kommer i egen bolig. De forskellige bostøtteforanstaltninger, som serviceloven giver ret til, vidner om en anerkendelse på et strukturelt plan af, at nogle borgere er så udfordrede psykisk og socialt, at de har behov for sådan en støtte.

For marginaliserede stofbrugere i Københavns Kommune kan denne ret blive realiseret gennem eksempelvis at blive tilknyttet en hjemmevejleder, boligrådgiver, støttekontaktpersonsordning eller bostøtteordning. Støtte i hjemmet for de mest marginaliserede borgere kan være det, der gør stofbrugerens lejlighed til en ressource frem for risikofyldt.

I det følgende giver vi et eksempel på, hvordan bostøttemedarbejderen Julie hjælper stofbrugeren Kurt med at beholde sin bolig. Julie fortæller, at Kurt er en ældre stofbruger, som får udkørende substitutionsbehandling[31]. Kurt har derudover et omfattende brug af illegale rusmidler. Han bor i en almindelig lejebolig, som kommunen har anvist, og han har en bostøttemedarbejder tilknyttet efter

[31] Nogle brugere kan få hjemmebehandling med substitutionsmedicin.

servicelovens § 85. Det betyder, at han er forpligtet til at samarbejde med bostøttemedarbejderen med henblik på at blive klar til at bo i egen bolig på almindelige vilkår.

Kurt har aldrig været glad for at bo i lejligheden, og han har været plaget af mange psykotiske forestillinger om overvågning og forgiftningsforsøg. Hans nabo oplever ham som en belastning, da han skaber utryghed og frygt. Boligselskabet ønsker derfor at opsige lejemålet. Kurt er indstillet til et botilbud efter paragraf § 108, men kommunen har endnu ikke kunnet finde et egnet botilbud til ham. Kurts eget ønske er at bo i en helt almindelig lejebolig, og han har ingen erkendelse af, at han ikke formår at bo selv. At Kurt har svært ved dette, får vi en fornemmelse af i Julies dagbogsnotater, hvori hun beskriver lejlighedens tilstand en dag, hun er på besøg:

> Der er som sædvanligt helt mørkt og raseret. Kurt har et fjernsyn kørende med en dvd. Kurt har ikke tv-kanaler, men kan ikke holde stilheden ud, så der er fast en dvd kørende. De fleste el-kontakter hænger ud af væggen, ovnen er smadret, der ligger en stor hammer på gulvet ved siden af Kurts seng, og to steder sidder store knive fast i væggen. Der er beskidt og rodet. Kurt har egentlig ikke anden dagsorden end blot kontakten.

Beskrivelsen illustrerer Kurts praktiske støttebehov i forhold til at fungere i egen bolig. Samtidig er det Julies oplevelse, at selve den sociale kontakt egentlig er det vigtigste for Kurt. Det understøttes af, at han er nødt til at have en dvd kørende for at kunne holde ud at være i sin stille lejlighed. For Julie er det dilemmafyldt, hvordan hun skal støtte Kurt i egen bolig, og hun gør sig disse overvejelser omkring sin rolle:

> Arbejdet med Kurt har fokus på relationen og på at bevare en god kontakt til Kurt, således at det er muligt at aflaste andre professionelle omkring Kurt, når dette er hensigtsmæssigt. Egentlige bostøtteopgaver i hjemmet er meget få. Hjemmet er raseret i en grad, at det forekommer absurd at støtte op omkring rengøring eller andre praktiske gøremål. Indimellem vasker vi dog tøj i vaskeriet... Det er desuden dilemmafyldt at kontakte ejendomskontoret med henblik på at udbedre diverse skader i hjemmet, da dette blot vil give ejendomsselskabet udvidet mulighed for at kunne opsige Kurts kontrakt. Mine overvejelser ift. at undlade at kontakte udlejningsselskabet har været, at Kurt har mulighed for med mellemrum at få pauser fra sit kaotiske og voldsomme liv på gaden. Og at det alt andet lige – også for de andre indsatser omkring Kurt - er lettere at arbejde pædagogisk med Kurt under tag end som boligløs.

Ud over hjælpen til at vaske tøj virker den konkrete botræning umiddelbart fraværende, hvis man tænker det som træning i praktiske gøremål som rengøring, madlavning og lignende. Dog er det

tydeligt, at Julie spiller en værdifuld rolle for Kurt og er medvirkende til at fastholde ham i boligen. Dels fordi hun er med til at afværge, at boligselskabet får større udsmidningsgrundlag, dels fordi Julies pædagogiske indsats omkring at skabe en god relation til Kurt medfører, at Kurt 'gøres klar' til at kunne modtage hjælp fra andre professionelle, for eksempel den udkørende substitutionsbehandling. Ud fra Julies forståelse bliver boligen en vigtig ressource i forbindelse med at skabe en social stabilisering i Kurts tilværelse, om end den er skrøbelig. Boligen giver Kurt mulighed for at få en pause fra stofmiljøet, og boligen er med til at muliggøre det socialpædagogiske arbejde med ham.

Opsamling

Dette kapitel har beskrevet praktikeres oplevelser af muligheder og barrierer forbundet med at hjælpe marginaliserede stofbrugere med deres økonomiske og boligmæssige situation. Beskæftigelsesområdets organisering indebærer en række udfordringer for marginaliserede stofbrugere. De har for eksempel vanskeligt ved at møde op i jobcentret eller honorere dokumentationskrav eller overskue deres økonomi i det hele taget. Ofte bliver det praktikere, der støtter dem i kontakten til jobcentret for at mindske risikoen for, at stofbrugerne bliver sanktionerede. Det gør de for eksempel ved at følge stofbrugerne til deres aftaler eller aktivere flere praktikere i at minde vedkommende om en aftale. Det tager tid, som ofte går fra andet vigtigt arbejde, for eksempel relationsarbejde eller rusmiddelbehandling, men det er en måde at sikre stofbrugernes rettigheder.

Praktikernes arbejde med at støtte op om hjemløse stofbrugeres boligsituation er strukturelt begrænset af få egnede boliger i København og få pladser på herberger, botilbud og andre boformer for socialt marginaliserede stofbrugere. De stofbrugere, der får egen bolig, har ofte brug for støtte til at gøre denne til et hjem, de faktisk magter og har lyst til at opholde sig i. Hvis stofbrugernes egen bolig skal være en ressource for dem fremfor at udgøre en risiko, så er det i mange tilfælde nødvendigt med en form for bostøtteordning.

Det er et gennemgående træk i praktikernes fortællinger om deres erfaringer med arbejdet med marginaliserede stofbrugere, at en af de største udfordringer i forbindelse med at sikre stofbrugerne det, de har ret til og brug for, er manglende sammenhæng mellem de forskellige indsatser og tilbud. Det er særligt udfordringer af organisatorisk eller strukturel karakter, der fylder i det daglige arbejde for eksempel i kontakten med jobcenteret. Det er dog vigtigt at understrege, at der også er andet, der fylder i praktikernes arbejde med stofbrugerne. Når det alligevel har haft et stort fokus i vores materiale, er det fordi mange praktikere oplever, at det fylder uforholdsvis meget i deres arbejde.

Case 7 Livet på et herberg

De sidste par år har Gert boet på et værelse på et herberg. Han deltager sjældent i det sociale liv på herberget, men han er glad for at bo der. Når han er på sit værelse, ser han tv eller hører musik. Han har ingen planer om at flytte i en almindelig lejlighed. På grund af sit tankemylder synes han, at det er rarest at være et sted, hvor der er andre mennesker. Herberget er sådan et sted. På sit herbergværelse føler han sig hjemme.

Gert er i midten af 50'erne. Han er i substitutionsbehandling og henter metadon to gange om ugen på det rusmiddelcenter, han er tilknyttet. Ud over at bevæge sig til rusmiddelcenteret et par gange ugentligt tager Gert næsten dagligt til Vesterbro. Han kommer egentlig rundt i hele byen, men Vesterbro har en særlig plads i hans hjerte, og han betragter det som sit andet hjem. Derfor er han på Vesterbro mange timer dagligt, hvor han går rundt i en trekant mellem Dugnad, H17 og Mændenes Hjem. Her møder han sine venner og socialarbejdere, som han kender. Det er også her, han får sig et godt måltid mad, og han taler begejstret om de gange, han har fået serveret en stor portion spaghetti bolognese eller skipperlabskovs.

Det er ifølge Gert ikke direkte farligt at være i stofmiljøet på Vesterbro. Men som han forklarer, skal man tænke sig godt om:

> [Hvis man] kommer med for mange penge på lommen, eller man sætter sig et sted og fixer (…) så er det næsten en selvfølge, at man bliver rullet. (…) Og hvis nu jeg er gået den ene vej ned fra Hovedbanen til H17, så går jeg ikke den samme vej tilbage. Det gør jeg ikke. Jeg kan godt finde på at gå en ordentlig bue uden om [for at undgå at blive rullet].

Ved siden af sin kontanthjælp laver Gert penge ved enten af agere mellemmand i stofhandler eller ved at bomme, hvilket klart er den indtjeningsmetode, han foretrækker:

> Jeg bommer! Det er gode penge… Det er ikke sådan, at jeg skal sidde med en kop. Jeg kan godt stå og snakke med folk i stedet for. Det er sgu bedst… Jeg er en sjov fætter… og folk de inviterer mig sgu indenfor og sådan noget, du ved. Nogle gange kan jeg finde på at gå ind på et værtshus, og så er der dem, der siger: "Kom herhen, hvad fanden er det dig? Jeg giver da en bajer!" Så sætter jeg mig ned, og så er jeg færdig med at bomme den dag. Og så ender det på en eller anden måde også med, at jeg har et par hundrede kroner i lommen. Det kan jeg godt lide. At snakke med folk.

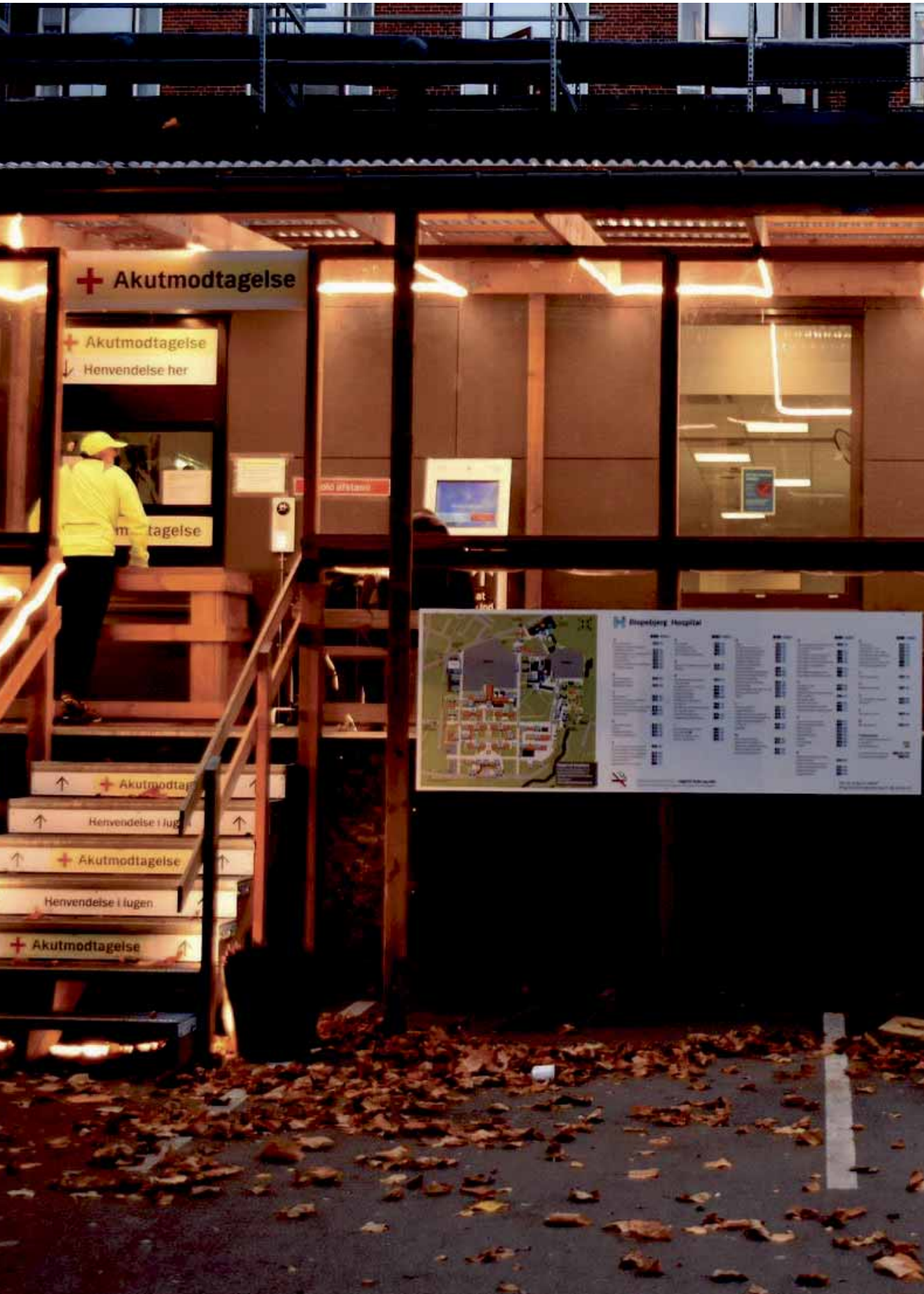
Det har i mange år været et stort ønske for Gert at få førtidspension. Han er nu i gang med at ansøge for tredje gang. Gert har ikke været i arbejde, aktivering eller lignende i rigtig mange år, og hverken ham selv eller diverse fagprofessionelle mener (ifølge ham), at han ville kunne arbejde:

> To gange på seks år har jeg fået afslag, selvom udtalelser fra arbejdsmarkeds-prøvningen, psykiater og min læge beskriver, at sådan en som mig, og med den situation jeg er i, ikke kan varetage det, som arbejdsmarkedet har brug for i dag.

Gert har haft den samme kontaktperson fra herberget i tre år, som han er rigtig glad for. Han ved godt, at det ikke er alle, der er så heldige at kunne beholde den samme kontaktperson i så mange år, og han sætter meget pris på det, også selvom de ikke altid er enige:

> Vi har haft vores kontroverser… I starten [har vi] måske været enige om at være uenige, og når vi begge er gået ind og har efterrationaliseret, så er vi blevet enige. Det ender som regel med, at jeg har måttet sige undskyld, og det har jeg ikke noget imod, hvis jeg har lavet en fejl.

Den kontinuitet, det har givet Gert at have den samme kontaktperson fra herberget, har også været med til at gøre det til et tryggere sted for ham at være. Selvom de ikke taler sammen så ofte, som da han lige var flyttet ind på herberget, er han udmærket klar over, hvor afhængig han er af sin kontaktperson, og at det i et stort omfang er hende, der får hans liv til at fungere.


Akutmodtagelse
Akutmodtagelse
Henvendelse her
Akutmodtagelse
Henvendelse i lugen
Akutmodtagelse

Kapitel 9 Sundhed og Sundhedsvæsenet

Nanna Kappel & Katrine Schepelern Johansen

Ifølge sundhedsloven skal sundhedsvæsenet opfylde den enkelte borgers behov for ’let og lige adgang’ til sundhedsvæsenet. I dette kapitel præsenterer vi praktikernes syn på de udfordringer, som marginaliserede stofbrugere møder i forhold til at opnå den behandling, som de har ret til. Vi beskriver også, hvordan praktikerne forsøger at intervenere og støtte stofbrugerne i at få ’behandling af høj kvalitet’, som sundhedsloven også foreskriver (LBK nr. 903 af 26082019).

Det liv, som marginaliserede stofbrugere lever, og som er beskrevet i andre kapitler i denne bog, er i sig selv sygdomsfremkaldende. Det sygdomsfremkaldende ved stofbrugernes liv skyldes blandt andet de eksisterende samfundsmæssige rammer og den eksisterende lovgivning. At injicere illegale og dermed ofte urene stoffer kan give en lang række sundhedsmæssige problemer: for eksempel vævsskader ved injektionsstedet, systemiske infektioner (hepatitis C og HIV) og andre infektioner – eksempelvis på hjerteklapperne. Det samme gælder injektion af legale præparater, der ikke er beregnet til injektion – som metadon- eller ketogantabletter. At bruge de fleste af sine økonomiske ressourcer på at købe dyre stoffer fremfor på mad, bolig og hygiejne skaber også et mere sundhedsmæssigt belastet liv. Endvidere påvirker mange af stofferne ens psykiske tilstand. Det samme gør stress, usikkerhed, manglen på søvn og traumer, som kendetegner hverdagen for mange af de marginaliserede stofbrugere.

I spørgeskemaundersøgelsen har 29 % af de adspurgte beskrevet deres helbred som ’mindre godt’ og 17 % som ’dårligt’. Det vil sige, at 46 % har en negativ vurdering af deres helbred. I den generelle befolkning er det tilsvarende antal 15 % (Ahlmark et al. 2018: s. 43). De problemer, som deltagerne i vores undersøgelse er mest belastede af, er: at være nedtrykt, deprimeret og ulykkelig og ængstelse, nervøsitet og uro – for begge områder gælder, at ca. 65 % har rapporteret at være plaget af dette. Lige over 50 % har været generet af forkølelse og åndedrætsbesvær og ca. 40 % af tandsmerter (se i øvrigt kapitel 3). 34 % rapporterer at have en psykiatrisk diagnose.

Kapitlet starter med en kort introduktion til organiseringen i det danske sundhedsvæsen og beskriver de udfordringer, som denne organisering skaber for de marginaliserede stofbrugere. Herefter beskriver vi de tilbud, der er i primærsektoren, og hvordan der her er etableret en række parallelle tilbud til de marginaliserede stofbrugere. Derefter kigger vi nærmere på den sekundære sektor – det specialiserede sundhedsvæsen. Her finder vi forskellige kompenserende strategier og

tilbud, der forsøger at lette eller understøtte de marginaliserede stofbrugeres adgang til sundhedsvæsenet, og til sidst fokuserer vi på tre områder i det specialiserede sundhedsvæsen, som har særlig relevans for stofbrugere: hepatitisbehandling, psykiatrisk udredning og behandling samt tilbud til kvinder, der har være udsat for voldtægt.

En kort introduktion til det danske sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet er et af de områder af velfærdssystemet, som vi alle har brug for, og som spiller en stor rolle i forhold til, hvad vi har af muligheder i vores liv. Hvis vi ikke har adgang til sundhedsvæsenet, risikerer vi at have et liv, der er præget af smerter og funktionsnedsættelser og – ultimativt – ikke at have noget liv. At have adgang til relevante sundhedstilbud har dermed stor betydning for, om stofbrugernes liv præges af muligheder eller begrænsninger. Hvis man for eksempel har en smertefuld byld på sit ben som resultat af, at man har injiceret urent stof med bakterier i, så bliver ens muligheder for at have det godt væsentligt mere begrænsede, end hvis man ikke har en byld, eller hvis man kan få den behandlet hurtigt og effektivt.

Sundhedsvæsenet er et tilbud, som alle borgere er i kontakt med en gang imellem. Det er dermed også et tilbud, som i udgangspunktet er rettet mod den generelle befolkning og ikke mod marginaliserede stofbrugere. Derved adskiller det sig fra for eksempel stofbehandlingen, som i udgangspunktet er rettet mod borgere med stofproblematikker, og som derfor i større omfang er udformet til at håndtere nogle af de særlige forhold, der gør sig gældende for stofbrugere.

Sundhedsvæsenet i Danmark er organiseret i en primær sektor og en sekundær sektor. Nogle af de centrale aktører i den primære sektor er de alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger. Også hjemmepleje og andre kommunale sundhedstilbud hører til i den primære sektor. Den sekundære sektor består af hospitalerne med deres mere specialiserede tilbud. De hospitalsbaserede tilbud kan enten være under indlæggelse eller ambulant – det vil sige, at man kommer ind til en konkret aftale om undersøgelse, behandling eller opfølgning uden at blive indlagt. Nogle gange kan de ambulante tilbud også være opsøgende – det vil sige, hvor de specialiserede behandlere kommer ud til patienterne.

I udgangspunktet er de praktiserende læger den første kontakt, man har til sundhedsvæsenet. Udover at være ansvarlig for behandlingen af en række sygdomme fungerer den praktiserende læge også som adgangsgiver til det specialiserede sundhedsvæsen og som tovholder/koordinator, når en borger har brug for flere forskellige ydelser i sundhedsvæsenet. Undtagelsen for dette er, hvis man har akut brug for hjælp – så kan man få hjælp af de forskellige akutte, udekørende funktioner, som

eksempelvis akutlæge, ambulance, psykiatrisk udrykningstjeneste. Eller man kan selv opsøge akuthjælp på en akutmodtagelse. Akutmodtagelsen vurderer, om man har brug for akut hjælp. Hvis ikke skal man opsøge sin praktiserende læge.

Tilbud til udsatte borgere i primærsektor herunder kontakt med praktiserende læger

Et af de kendte og ofte nævnte eksempler på, at socialt udsatte ikke har samme adgang til sundhedsvæsenet, er, at de ofte ikke har en praktiserende læge eller ikke har kontakt til deres praktiserende læge (Pedersen 2018). Som beskrevet ovenfor har den praktiserende læge en central rolle i det danske sundhedsvæsen, og det har således alvorlige konsekvenser, når en borger ikke har kontakt til denne.

I Københavns Kommune har man for at kompensere for dette problem valgt at ansætte egne læger, der løfter rollen som praktiserende læger for blandt andet de mest marginaliserede stofbrugere. Denne funktion blev etableret i 2005. I dag er der tre læger tilknyttet, og sammen med fire erfarne sygeplejersker udgør de Sundhedsteamet. De har faste aftaler på en række af de forskellige lavtærskeltilbud i stofmiljøerne, blandt andet Mændenes Hjem og Sundhedsrummet på Halmtorvet. Sundhedsrummet har ud over sygeplejersker også en fodterapeut ansat. På Mændenes Hjem i Istedgade er der indrettet en lille sygeplejeklinik med sygeplejersker ansat, hvor lægerne også kommer. Der er desuden en lille sygeplejeklinik på Sundholm, som betjener borgerne der. Her er der mulighed for at låne badeværelse og få et karbad. Der bliver udleveret vitaminer og medicin, og sygeplejerskerne laver en del skift af forbindinger og fodbade. Alle udsatte borgere kan benytte sig af klinikken, som er åben på hverdage. For nogle udsatte borgere er det den eneste kontakt med sundhedsvæsenet, de har. Endelig er der sygeplejeklinikker i forbindelse med herbergerne eksempelvis på herberget i Hillerødgade, hvor en af lægerne kommer en gang om ugen. I disse forskellige sundhedstilbud arbejder sygeplejersker i tæt kontakt med lægerne. Det er typisk erfarne sygeplejersker, som har stor kompetence, og som arbejder meget selvstændigt.

Som det fremgår af ovenstående, er der en del sundhedstilbud rettet mod de marginaliserede stofbrugere rundt om i byen – dog flest på Vesterbro og Sundholm. I Nordvest er der på herberget i Hillerødgade som nævnt adgang til en sygeplejerske på hverdage og en læge en gang om ugen for stofbrugere og beboere. Og stofbrugere, der er tilknyttet et rusmiddelcenter, har mulighed for at tale med sygeplejersker og læger på disse behandlingstilbud.

Der er ikke krav om tidsbestilling i disse tilbud, og der er en høj grad af tolerance i forhold til adfærd – for eksempel i forhold til at fremmøde påvirket, have svært ved at sidde og vente, være

snavset med mere. Lægerne i disse tilbud har også mulighed for at henvise borgerne til det specialiserede sundhedsvæsen, når der er behov for speciallægebehandling. En af lægerne udtaler sig om de borgere, der bruger en af sundhedsklinikkerne i stedet for at opsøge deres praktiserende læge:

> Grundlæggende har de borgere, vi betjener i Sundhedsteam, i hvert fald en meget dårlig kontakt til praktiserende læge. Vi kan se, at en del af dem, som kommer her i klinikken for eksempel, har en praktiserende læge i forhold til somatiske problemstillinger. Men de kommer også her, fordi det er her, man kan have en kontakt uden barriere. Man kan komme ind og få sine vitaminpiller, og man kan lige slå en snak af med sygeplejersken, og hvis lægen er der, kan man også lige komme ind og vende, hvis man synes, at den hoste er lidt slem og sådan.

Dog tilføjer lægen, at hvis en borger kommer med et helbredsproblem, der kræver en større udredning, opfordres borgeren til at opsøge sin egen læge:

> Men man kan sagtens være her og have en praktiserende læge samtidig, og formålet er sådan set, at man skal have en praktiserende læge i sidste ende. Hvis folk kommer med en større pakke halløj, som de godt kunne tænke sig at få sat gang i, så spørger jeg, om de har en praktiserende læge. ”Ja, men der går tre uger, inden jeg kan komme hen til ham" … Så svarer jeg: ”Jeg synes, du skal tage de tre uger, fordi det giver kun mening, at det er din praktiserende læge, som kender dig gennem lang tid, som tager sig af det her. … Vi tager ikke den praktiserende læges opgaver, medmindre vi står med noget helt akut, hvor man kan sige, så løser vi opgaven nu, og så vil de efterfølgende få svaret [på den akutte undersøgelse] fra deres praktiserende læge.

Et andet aspekt, som lægen nævner, er medicinudlevering i sundhedsklinikken på Sundholm. Lægen nævner et eksempel, som afviger fra den normale praksis. Det drejer sig om en grønlandsk kvinde på ferie i Danmark, som opsøger klinikken:

> Jeg oplevede en kvinde her i sommer, som kom med sine 7 store medicinæsker og sagde, nu ville hun gerne lige have fyldt op [griner]. Og hun stod her uden noget som helst med en ordination hjemmefra. Det var ikke specielt dyrt, så vi købte det og sørgede for, at hun ikke lå og krampede rundt omkring. Fordi det var epilepsimedicin meget af det… og så på et tidspunkt så kom hun og sagde, nu skulle hun hjem, og så fik hun alle sine medicinæsker med hjem igen.

Det handler om at forholde sig pragmatisk, som lægen beskriver det i citatet. På den anden side fremhæver lægen også, at der er grænser for denne pragmatisme – det gælder ikke mindst, når der er tale om afhængighedsskabende medicin, som fx benzodiazepiner:

> Man kan ikke komme her og få benzodiazepiner, hvis man synes, det lige kunne være rart, men det kan være en del af en behandling. Men ellers så prøver vi så vidt muligt at holde os fra at udskrive afhængighedsskabende medicin her i klinikken. Og rammerne for det skal være noget andet, end det vi har at tilbyde her. Også fordi at det så bliver det, der trækker her til.

På den ene side er det en pragmatisk tilgang, men samtidig stringent og velovervejet i forhold til, hvilke former for medicin der udleveres af sygeplejerskerne i sygeplejeklinikken.

Et andet tilbud i forhold til helbredsproblemer, som nogle stofbrugere har adgang til, er det sundhedsfaglige personale – læger og sygeplejersker – der arbejder i stofbehandlingen. Ud over at være ansvarlig for substitutionsbehandlingen har dette personale også en mere generel sundhedsfaglig opgave i forhold til helbredet hos de stofbrugere, der er i behandling. En læge fra et rusmiddelcenter fortæller følgende:

> De går jo ikke til egen læge. Så nogle gange tænker jeg, 'det her er alligevel så mistænkeligt eller alvorligt, at nu sender jeg en henvisning, eller også indlægger jeg, fordi jeg er jo læge, altså jeg kan jo ikke lade'… Så det gør jeg jo. Så kan man sige alt sådan noget, der klør på huden eller Viagra og alle de der ting, det er jo i hvert fald helt klart ikke min afdeling… Men hvis der er en, hvor du kan mistænke en cancer eller et eller andet, som ikke bliver... eller alvorlig leversygdom, så skal jeg jo gribe den…

Hos dele af personalegruppen er der dog også en oplevelse af, at denne mulighed er blevet mindre med tiden, det vil sige, at lægerne i stofbehandlingen i mindre grad hjælper med andre helbredsproblemer, end de gjorde tidligere.

Hvor disse tilbud til en vis grad kompenserer for den manglende adgang til en praktiserende læge, er der dog fortsat store udfordringer, når det kommer til speciallægebehandling – enten i primærsektor (praktiserende) eller den sekundære (på hospitalerne), hvor de udsatte borgere i langt højere grad skal kunne tilpasse sig det etablerede system. Det kan fx være, at man skal fremmøde til et aftalt tidspunkt til ambulant behandling, eller at man skal kunne indordne sig under en almindelig husorden på en sengeafdeling, eller at der ikke er tid og mulighed for en mere rummelig tilgang til den marginaliserede stofbruger.

Et eksempel på en akut situation, hvor personalet forsøger at få hjælp af det etablerede system, er en episode på Reden på Vesterbro. Her prøver personalet at få det almindelige akutte system (akutlæge og ambulance) til at handle på, at en stofbrugende kvinde er blevet alvorligt syg, men fordi hun er stofbrugende, mener de akutte instanser ikke, at der er grund til at handle:

> Jeg spørger B om begivenhederne den dag, hvor J blev indlagt. B fortæller, at J lå inde på gulvet i mellemgangen. En medarbejder ringede efter akutlæge 2 gange, men de nægtede at tage hende med. Først tredje gang, da medarbejderen insisterede på, at de skulle tage J med, kom hun på hospitalet. Medarbejderen sagde, at kvinden havde meningitis. Hun havde høj feber og en stor unaturlig bule i siden. Kvinden var indlagt i 10 dage på hospitalet, inden hun døde.

Ovenstående eksempel viser, at en stofbrugers alvorlige symptomer på infektion er blevet negligeret og afvist af det akutte beredskab, og at det ender fatalt for den pågældende kvinde.

At det kan være vanskeligt at følge de formelle veje ind i det specialiserede sundhedsvæsen – med besøg hos praktiserende læge, henvisning, tidsbestilling m.m. – kan nogle gange lede til, at praktikerne på lavtærskeltilbuddene prøver at benytte det akutte system som en 'genvej' ind i systemet. Dette ser vi ikke mindst i forhold til psykiatrien, hvor personalet nogle gange foreslår en stofbruger, som man mistænker for at have en psykisk sygdom, at de kan henvende sig i den psykiatriske skadestue. Det er dog en vej fuld af forhindringer, for den første vurdering, der typisk foretages på skadestuen, er, om der er tale om et akut problem. Hvis ikke er sandsynligheden for, at stofbrugeren afvises, stor.

Tandlæge

Tandsmerter er et af de problemer, som en del af de marginaliserede stofbrugere i vores undersøgelse beretter om (ca. 50 ud af 243 oplyser, at de har tandsmerter). Det er også en kendt problematik blandt praktikerne i vores undersøgelse, og der bliver brugt en del kræfter på at søge tilskud til tandbehandling og følge de marginaliserede stofbrugere, der har fået tilskud, til tandlæge. Der er også mulighed for at opsøge nogle af de tilbud, hvor man kan få kigget på tænderne gratis – her er ikke mindst 'Bisserne' på Mændenes Hjem et kendt tilbud[32]. Vi har ikke haft mulighed for at inkludere observationer eller interviews med disse tilbud i vores dataindsamling.

[32] Tilbud om tandlægehjælp er nu overgået til Socialtandpleje, Københavns Kommune

Om samarbejde og tovholderfunktion

Et eksempel på en udfordring i det tværfaglige og intersektorielle samarbejde i den primære sektor er, hvor en sygeplejerske fra Sundhedsteamet prøver kræfter med en kommune på Sjælland, som en kvinde, der er uhelbredeligt syg af levercirrose (skrumpelever, kommer fra, men hvor kommunen nægter at bidrage med løsninger. Den terminale kvinde (dvs. at hun vil dø af sin lidelse og ikke kan helbredes) ender på Forchhammersvej[33], hvor hun får terminal pleje og får en fredelig afslutning.

Sygeplejersken fortæller om den dialog, hun har med den kommune, som kvinden kommer fra. Sygeplejersken ringer til kommunen og spørger meget kontant: *"Hvor er I henne?"*. Kommunen har tilsyneladende ikke flere tilbud til kvinden, og det falder sygeplejersken for brystet, og hun fortæller videre i interviewet:

> Jamen vil det så sige, at det er mig, der skal gøre dit arbejde? Altså, for det er det jo, for hun er jo i København. Hun er terminal, og hun går på gaden i København, så til sidst så ender jeg jo med at få lavet en plan om, at hun havner på Forchhammersvej … Og hun dør på Forchhammersvej, og det bliver rigtig flot, og det er rigtig i orden.

Sygeplejersken ender med at konkludere ift. denne episode:

> … Vi er afrundet af, at vi hele tiden fjerner barrierer i et hjælpesystem. Altså alle de systemer, der er lavet for at hjælpe de her mennesker, der er lige så mange barrierer, som der er i andre systemer, ikke? Og det er det, vi bruger vores tid på. Vi bruger så meget tid på at flytte barrierer hele tiden.

Som sygeplejersken påpeger i interviewet, er der organisatoriske barrierer, der skal overvindes, før den pågældende kvinde kan få tilbud et sted, hvor hun kan tilbringe sine sidste dage.

Samarbejde med den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje

Praktikerne har forskellige former for samarbejde med de kommunalt ansatte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. I Københavns Kommune skelnes der mellem borgere over 65 år, der har ret til almindelig hjemmesygepleje/hjemmepleje og borgere under 65 år, der, hvis de har behov for hjælp i hjemmet, hører ind under den sociale hjemmepleje.

En sygeplejerske, der arbejder i et kommunalt ACT-team (opsøgende tværfagligt team), fortæller om samarbejdet med hjemmeplejen. Som ACT-medarbejder har hun trods sine sygeplejefaglige

[33] Forchhammersvej er en specialenhed til borgere i Københavns Kommune med store somatiske, psykiske og sociale problematikker, hvor man kan bo midlertidigt og modtage pleje for sine helbredsproblemer.

kompetencer ikke adgang til de systemer, som er koblet til den konkrete borgers sundhedsjournal. Dette betyder, at hun eksempelvis ikke kan dosere medicin, som det ellers havde været hensigtsmæssigt, at hun kunne varetage, idet hun alligevel har tæt kontakt til de borgere, der er knyttet til ACT-teamet. Så medicindosering skal varetages af den kommunale hjemmepleje, og hos borgere under 65 år hører det under den sociale hjemmepleje.

En af medarbejderne fra dagcenteret Stæren i Nordvest beskriver samarbejdsproblemer med hjemmeplejen. Medarbejderne på Stæren har et indgående kendskab til stofbrugerne, og de arbejder med en socialpædagogisk indsats i det daglige. Den pågældende medarbejder er frustreret over, at samarbejdet med hjemmeplejen ikke fungerer hensigtsmæssigt og til gavn for den pågældende stofbruger.

> Det gør jeg i hvert fald, hvor jeg over for nogle voksne mennesker, samarbejdspartnere, som nu i det her tilfælde hjemmeplejen, går ind og dikterer, hvad de skal gøre, så fordi det kan jo tydeligvis høres, at det lykkedes jo ikke ved bare at snakke med dem. Så bliver man simpelthen nødt til at blive meget dikterende og retningsvisende ikke, så nu gør du sådan her, og det gør du, fordi jeg siger det.

Medarbejderens begrundelse for at være så konkret er, at det falder tilbage på stofbrugeren: ”Og det gør vi jo kun, fordi det er borgeren der i sidste ende får problematikkerne, det er sgu ikke dem, der ikke udfører det”.” Medarbejderen siger videre:

> Så jeg syntes, det er en rigtig svær del af vores arbejde at få vores samarbejdspartnere til at fungere i fællesskab omkring borgeren, og så bliver jeg vred… Fordi de skal ikke ud, nu skal borgerne ikke skades mere.

Han tilføjer:

> Det er en stor del af vores arbejde at arbejde i de her gråzoner hele tiden… Så jeg syn(t)es, samarbejdet med vores samarbejdspartnere er svært. Det er nok min største hæmsko. Jeg forstår ikke, hvorfor det er svært.

Medarbejderen beskriver de frustrationer, der opstår i samarbejdet mellem forskellige indsatser, der i virkeligheden bør samarbejde om, at stofbrugeren får den hjælp, han eller hun har brug for og krav på.

Sekundær sundhedssektor

Som beskrevet ovenfor i indledningen til dette kapitel er de specialiserede sundhedstilbud placeret i den sekundære sektor. At der er tale om specialiserede tilbud, betyder også, at der er tale om forholdsvis dyre tilbud, og at der derfor er tale om tilbud, hvor man fra samfundsmæssig side gør meget ud af at udnytte ressourcerne effektivt. Der er derfor i høj grad fokus på styring af ressourcerne og på at undgå spild og fokus på de sundhedsfaglige opgaver. Det betyder, at mere sociale og støttende tiltag ikke ses som en kerneopgave. De specialiserede tilbud er ofte samlet på et enkelt eller to hospitaler i hele regionen, hvilket for nogle marginaliserede stofbrugere betyder, at der kan være stor afstand til behandling, men også at der ikke er så stor forskel på, hvordan stofbrugerne i de enkelte bydele oplever adgangen til disse tilbud.

Som ligeledes nævnt ovenfor kræver adgangen til sådanne specialiserede sundhedstilbud i udgangspunktet en henvisning fra praktiserende læge, medmindre der er tale om akut opståede tilstande, hvor man kan benytte det akutte system. Ud over praktiserende læger kan enkelte andre læger også stå for at lave henvisninger – fx læger i stofbehandlingen.

Også marginaliserede stofbrugere kan have behov for specialiserede sundhedstilbud. Det kan for eksempel være, hvis man har brug for en operation i forbindelse med en injektionsskade, behandling for smitsom leverbetændelse eller psykiatrisk behandling for skizofreni. Ved siden af problematikken med manglende praktiserende læge er det ofte i kontakten med det specialiserede sundhedsvæsen, at de marginaliserede stofbrugere møder en række barrierer. I dele af sundhedsvæsenet har man på forskellig vis forsøgt at overkomme disse barrierer, i andre dele eksisterer de fortsat i vid udstrækning.

Nedenfor beskrives nogle af de udfordringer, som de marginaliserede stofbrugere ofte møder og de kompenserende tiltag, der findes i den sekundære sektor. Vi indleder med at beskrive kompenserende tiltag, der er etableret i det sekundære sundhedsvæsen – at følge stofbrugerne, socialsygeplejerskerne og sociolancen. Derefter beskriver vi tre områder i det sekundære sundhedsvæsen, hvor marginaliserede stofbrugere ofte vil have brug for hjælp: hepatitisbehandling, psykiatrisk behandling og i forbindelse med voldtægt. Eksemplerne tegner et komplekst billede af tiltag, der skal forsøge at nå de marginaliserede stofbrugere, men ikke altid lykkes, af tiltag, der slet ikke er gearede til den målgruppe, og af huller i det etablerede system, som de marginaliserede stofbrugere falder igennem.

At følge stofbrugerne til behandling i det sekundære sundhedsvæsen

Det specialiserede sundhedsvæsen er typisk kendetegnet ved, at man skal kunne møde frem til aftalt tid og kunne tolerere ventetid. Det er en udbredt erfaring blandt de praktikere, som vi har interviewet, at de marginaliserede stofbrugere ofte har svært ved dette. De glemmer, at de har en tid. På dagen kan andre ting være mere påtrængende. De føler sig ofte dårligt behandlet eller set ned på i kontakten og i venteværelset, og tidligere negative erfaringer af denne slags kan betyde, at de ikke ønsker at opleve det igen (se også Pedersen 2009; 2018). En måde, som praktikerne bruger, når de forsøger at kompensere for dette, er at minde stofbrugerne om deres aftaler og ofte også følge dem for på den måde at sikre, at stofbrugerne får adgang til den behandling eller opfølgning, som de har behov for. Når praktikerne vælger at følge stofbrugerne til de specialiserede sundhedstilbud, kommer de til at fungere som en form for stødpude og oversætter mellem personalet i de specialiserede tilbud og stofbrugerne. Dette er dog ressourcekrævende for praktikerne, og de bliver ofte nødt til at lave en afvejning i forhold til, hvilke andre opgaver de ikke får løst, hvis de skal bruge en halv dag på at hente en stofbruger, sidde i et venteværelse, mediere en behandlingssituation og sørge for transport hjem igen.

En praktiker beskriver en situation med en stofbruger, hvor der må gøres en ekstra indsats, for at stofbrugeren gennemfører et vigtigt behandlingsforløb på et hospital:

> Vi arbejder med en målgruppe, som ikke kan følge den slagne vej, så det kan være noget med at prøve at få skabt en meningsfuld indsats for borgeren, hvor borgerens sundhedstilstand bliver tilset, men samtidig måske i mindre omfang.

Medarbejderen kommer med et eksempel:

> Jeg havde en borger, som havde åreknuder på spiserøret, som kan være en potentiel meget farlig tilstand. En standardpakke hedder, at du bliver undersøgt en gang hver anden måned og får lavet det, der hedder en dystopi. Det vil sige får en kikkert ned i spiserøret. Det oplevede hun simpelthen som så grænseoverskridende, at hendes ord for det var, at det føles som at blive voldtaget. Da hun ligesom sætter de ord på overfor mig for det, så er det jo ikke det, hun skal.

Det lykkes for medarbejderen at kontakte afdelingen:

> Sådan ligger landet. Jeg ender med at få den unge læge til at give mig et nummer til en overlæge. Vi får lavet en plan, som hedder, at det skal borgeren selvfølgelig ikke, velvidende at der selvfølgelig er nogle sundhedsrisici ved det, men hvad er værst?

> Oplevelsen af at blive voldtaget eller mindre kontrol? Men til gengæld reel kontrol. Der laver vi simpelthen en særaftale, hvor jeg som sygeplejerske jo ved, at jeg ikke kan få nogen forvagt til at tage den her beslutning, det går ud over deres kompetencer, men får ligesom talt mig ind på at få kontakt med en overlæge og få lavet den her plan, som så tager ansvaret for, at det er sådan her, vi gør det. Det betyder jo hver gang, hun bliver indlagt akut for eksempel, så ligger der nogle aftaler på plads, så det udløser ikke alt det, der normalt sker.

Gennem praktikerens kontakt med den afdeling, hvor stofbrugeren skal have gennemført en kontrol, som hun oplever som grænseoverskridende, får praktikeren en aftale med en behandlingsansvarlig læge. Stofbrugeren er ikke i stand til selv at forhandle, men ved praktikerens hjælp findes der en løsning. Stofbrugeren har ikke den rette kulturelle sundhedskapital. Det vil i dette tilfælde sige viden om, hvordan sundhedsvæsenet er organiseret, og hvem der kan træffe beslutninger om at afvige fra standardbehandlingen eller kompetencer til at kommunikere relevant med sundhedspersonalet (Shim 2010). Stofbrugeren er på grund af frygt for den konkrete behandling mest tilbøjelig til at udeblive fra den livsvigtige kontrol.

Et andet problemområde er, når stofbrugerne udskrives fra hospitalet. Her fortæller en praktiker om nogle af udfordringerne:

> Det værste er dårlig udskrivelse fra hospitalet, hvor tingene ikke er blevet ordineret. Så er man på månen. Fordi så er det praktiserende læge. Det kan være medicin og lige netop det der genoptræning, hjemmepleje. Fordi i det øjeblik de er udskrevet, så får du ikke nogen hospitalsafdeling til at tage sig af det længere. Og så skal du forbi praktiserende læge, og der ved I godt selv, hvis man ringer, jamen du kan få en tid om 14 dage. Og så er man sådan lidt, åh-åh-åh, altså så er patienten jo genindlagt inden. Og der kan man godt nå ud i nogle situationer, hvor det virkelig bliver…

Praktikeren beskriver her i generelle vendinger nogle af de udfordringer, der kan opstå, hvis der i forbindelse med udskrivelse fra hospital ikke er taget hånd om medicinordination eller givet korrekte henvisninger. At skulle igennem egen læge er et besværligt og tidskrævende led. Det er et mere generelt problem hos denne målgruppe, at hvis medicinen er meget dyr, kan det være en udfordring for stofbrugerne at have råd til at købe medicin.

Socialsygeplejersker

På de somatiske hospitaler i Region Hovedstaden er der ansat socialsygeplejersker. Deres rolle er bl.a. at understøtte, at socialt udsatte patienter får relevant og tilstrækkelig behandling, når de

er indlagt på et somatisk hospital. De udgør et vigtigt element i forhold til, at ressourcerne i sundhedsvæsenet bliver tilgængelige for de marginaliserede stofbrugere. Socialsygeplejersker arbejder konkret med socialt udsatte patienter, ligesom de fungerer som undervisere og supervisorer i forhold til det øvrige personale på hospitalerne.

Blandt praktikerne i de forskellige tilbud til de marginaliserede stofbrugere er man glade for samarbejdet med socialsygeplejerskerne og deres indsats, og man oplever, at de gør en betydelig forskel for de socialt udsatte, herunder stofbrugerne. Enkelte af praktikerne beskriver, at de næsten dagligt er i kontakt med socialsygeplejerskerne. Socialsygeplejerskernes store betydning bliver også tydelig, når de marginaliserede stofbrugere og praktikerne har kontakt med de dele af det specialiserede sundhedsvæsen, hvor de ikke findes. I vores materiale fremhæves særligt psykiatrien, herunder de psykiatriske akutmodtagelser[34] og Center for Voldtægtsofre som steder, hvor man ville ønske, at der også var socialsygeplejersker ansat. Derudover nævnes det som en udfordring, at de primært arbejder i dagvagter, og at man derfor mangler dem i forbindelse med henvendelser aften, nat og i weekenden.

Som et eksempel på, hvordan socialsygeplejerskerne arbejder i hospitalssystemet, beskrives nedenfor af en socialsygeplejerske i et forløb med kræftbehandling:

> Altså, nu har vi ikke et ambulatorium her, men jeg har jo snakket med socialsygeplejersken på Herlev og dem inde fra Rigshospitalet, hvor der er ambulatorier, og socialsygeplejersken gør rigtig meget for at ringe ud og få bekræftet, at de ligesom kommer. Bruger rigtig meget tid på at vente, bruger rigtig meget tid på at snakke med personalet om, at det er rigtig svært for ham at komme ind, han vil rigtig gerne, jeg gør, hvad jeg kan, og jeg vil gerne være her næste gang, så de bliver opmærksomme på, at det ikke bare er en, der har brændt dem af. Så det bruger hun rigtig meget energi på. Når man kommer i et kræftforløb, skal man overholde mange aftaler, og når man allerede har en kaotisk tilværelse, er det meget svært også at skulle rumme de ambulante besøg. Specielt fordi det ikke er noget behageligt, man skal ind og tale om. Så det at hente sin metadon det gør man for at overleve. Det her er måske nemmere at misse, fordi så skal man ikke forholde sig til det.

Som det ses af ovenstående beskrivelse, kræver det en stor indsats fra socialsygeplejerskernes side at få et længerevarende kræftbehandlingsforløb med en socialt udsat borger til at fungere, en næsten

[34] Fra 2022 kommer der også socialsygeplejersker i psykiatrien i Region Hovedstaden.

håndholdt indsats. En af socialsygeplejerskerne fortæller om at samarbejde med personalet på herbergerne:

> Og det kan for eksempel også være nogen, der bor på et herberg, hvor personalet ikke har mulighed for at følge dem ind eller nogen, der er tilknyttet rusmiddelbehandlingen eller Valmuen, eller hvad det kunne være, ikke? Hvor de ringer og siger: ”Nu kommer ham her, vi ved, at han har en tid, kan du være der, når han kommer? Kan du være de ekstra... Nu skal han have svar på sin bronkoskopi, kan du ikke gå med?”. Og så, jo, det prioriterer vi jo også, så de ikke sidder der mutters alene, ikke? Så det er jo også en stor del af vores arbejde, vil jeg faktisk sige, ikke?

Samarbejdet består i, at socialsygeplejersken prioriterer at følge stofbrugere fra herberger, når de skal til undersøgelse på hospitalet. Socialsygeplejersken beretter videre om konsekvenserne ved udeblivelse fra aftaler på hospitalet:

> Og udeblivelser – der er jo sådan, hvis du ikke er kommet anden gang eller tredje gang, så bliver du jo lukket for. Og så skal du starte forfra, så det er jo også en måde at holde deres forløb åbent på, ikke?

Den pågældende stofbruger risikerer at ryge ud af systemet ved gentagne udeblivelser fra ambulante tider på hospitalet, derfor prioriterer socialsygeplejersken at ledsage stofbrugeren til ambulant kontrol.

Et andet eksempel på et samarbejde med en ACT-medarbejder og en socialsygeplejerske omhandler en stofbrugers medicin, som han ikke har råd til at betale. ACT-medarbejderen fortæller:

> Jeg havde en borger, som ringede og sagde: ”Jeg har fået et hjertestop, eller jeg har fået en blodprop i hjertet på et meget upraktisk tidspunkt.” Jamen han havde fået det tre dage før pengedag. Der var han jo blevet sendt på apoteket, og det var jo medicin for langt over 1000 kr., så han sagde: ”Jeg er sådan meget ked af det, men jeg har faktisk fået en blodprop i hjertet på et meget upraktisk tidspunkt. Jeg vil rigtig gerne købe det her medicin. Men jeg har ikke 1000 kr. nu, så hvad gør jeg?

ACT-medarbejderen kontakter socialsygeplejersken, som i samarbejde med den pågældende afdeling sørger for, at stofbrugeren får medicinen med det samme, da det er for tidskrævende at gå i dialog med kommunen:

> Jamen så fik jeg fat i socialsygeplejersken på Bispebjerg, og så fik jeg arrangeret det. Han kunne jo godt se, og det kunne afdelingen jo så heldigvis også. Men det er gennem

> socialsygeplejersker på hospitalerne, og det er jo selvfølgelig upraktisk, og selvfølgelig har manden ikke 1000 kr. Vi kunne jo heller ikke nå, du ved, kommunen kan jo heller ikke nå at iværksætte enkeltydelser og ditten datten dutten, altså så er tiden jo gået, og det var jo nu, han skulle have medicinen, så han fik de tre der.

ACT-medarbejderen bruger som argument, at stofbrugeren risikerer en ny blodprop, hvis ikke stofbrugeren får hjælp til medicinen, og fortsætter:

> Okay, situationen er den her, enten så bliver det ny blodprop ind til jer, eller også så finder vi en løsning. Det er socialsygeplejersken på hospitalet. Det er en indsats, som er helt tæt på borgeren, og de ting skal der nok blive taget hånd om, så det er ikke noget med, han bliver ved med at shoppe ind og hente medicin.

Socialsygeplejerskerne har på grund af deres funktion et omfattende samarbejde med mange forskellige aktører, herunder herberger, hjemløseenhed, omsorgscenter, sundhedsklinikker, psykiatrisk gadeplansteam og væresteder.

Sociolancen

Et andet eksempel på et særligt tilbud til socialt udsatte er Sociolancen. Sociolancen er et samarbejde mellem Akutberedskabet i Region Hovedstaden og Københavns Kommune. Sociolancen er bemandet af en ambulancefører/paramediciner/sundhedsfaglig medarbejder og en socialarbejder. Sociolancens opgaver er at yde basal sundhedsfaglig behandling, der ikke kræver en akut indsats og at være brobygger for socialt udsatte borgere og hjælpe dem i kontakt med relevante tilbud. Det er også et formål at øge patientsikkerheden for socialt udsatte borgere. Sociolancen kører i Københavns Kommune og er på gaden alle ugens dage mellem kl. 11.00 og kl. 23.00.

I vores materiale refereres der til Sociolancen som en mulig materiel ressource i den praktiske koordinering af de ofte komplekse forløb. Man kan for eksempel prøve at kontakte Sociolancen, hvis man har en stofbruger på gaden, som man vurderer, har brug for en akut indlæggelse.

Samarbejde omkring behandling af hepatitis C

Hepatitis C (leverbetændelse) er en udbredt lidelse blandt injicerende stofbrugere. Ubehandlet kan sygdommen føre til skrumpelever og leverkræft, og generelt påvirker den de smittede således, at de bliver mere trætte. Igennem de senere år er det lykkedes stofbehandlingen i Københavns Kommune og infektionsmedicinsk afdeling på Rigshospitalet og Hvidovre Hospital at etablere et samarbejde, der sikrer stofbrugere adgang til udredning, behandling og opfølgning. Samarbejdet kaldes SACC –

Shared Addiction Care Copenhagen. Tilbuddet muliggør, at stofbrugere får adgang til specialiserede ydelser, men det er forholdsvis krævende for de praktikere, der skal facilitere adgangen. Det er krævende, fordi det skal organiseres. Det kræver også ekstra ressourcer og koordination, og tiden til det tages fra andre arbejdsopgaver. Nedenstående to eksempler illustrerer dette:
Sygeplejerske, der arbejder på Stæren:

> Samtidig har man i Københavns Kommune sagt ja til det, der hedder SACC. Det handler om, at man skal screene folk for hepatitis C og sætte dem i behandling. Det gør vi hos os, fordi man har fundet ud af, at man når borgerne nemmere ved at have dem hos os, med en kontakt på enten Rigshospitalet eller Hvidovre. Det er en smadderspændende opgave. Jeg syn(t)es, det er rigtig dejligt, men det kræver også noget organisering. Jeg skal have taget blodprøver. Jeg tager ikke selv blodprøver, hvor man kan sige, at borgerne er så svære at stikke i, fordi de har ødelagt deres årer. Jeg holder så nogle dage, hvor jeg får en laborant ud, og så tager vi blodprøver. Der er planlægning omkring det, så skal vi have fundet ud af, hvem skal så i behandling, og hvem skal vaccineres, for det skal jeg også gøre. Altså der er mange arbejdsopgaver omkring det, som er spændende, men det bliver lige presset ned i den anden tid, jeg også har, ikke? Så det fylder en del plus mit vanlige arbejde.

Én af lægerne taler om at få stofbrugere i behandling for hepatitis i forbindelse med stofscenen på Vesterbro. Vedkommende peger på de udfordringer, der kan være med, at marginaliserede stofbrugere skal passe ind i det specialiserede system med krav om fremmøde til faste tider:

> Det er vores oplevelse, fx i forhold til at lave hepatitis-klinik, at det er svært at få fat i den mølle, der kører meget hurtigt derinde, ikke? Og det bare at tage et par minutter ud, hvor man lige gør et eller andet for sig selv, det er svært. Og jeg er ikke klar over endnu, vil det være godt at have en klinik på H17, eller skal vi have den som en eller anden form for opsamling, eller hvilken model skal vi arbejde med. Brugernes Akademi har det samme problem. De har åbent om tirsdagen, og så laver de antistoftest, og det er også svært for dem. Det er svært for dem at holde fast i folk længe nok til at få lavet en aftale om, at de skal køre med til Hvidovre på torsdag. Så altså den tidslomme, vi har til at arbejde i, er endnu mindre, end den er så mange andre steder. Det er jo nogle, vi kender, fordi vi kommer i klinikkerne på Vesterbro, men der er også mange, vi ikke kender, fordi vi har sådan punktvise møder med dem, og så ser vi dem ikke igen. Der er et større flow igennem området. Det er en anden dynamik, der er der.

Lægen forholder sig her til stofbrugerne på Vesterbro, og hvorvidt det er muligt at tilbyde dem opsporing og udredning med henblik på at tilbyde behandling for hepatitis C, som siden november

2018 er anbefalet af Medicinrådet (Medicinrådet, 2018). Når lægen her fremhæver en tidslomme, hvor en konkret stofbruger skal have en aftale på Hvidovre Hospital, kan det være en strukturel barriere for socialt udsatte borgere i forhold til sundhedssystemet. Det at skulle møde op til aftalt tid kan være en udfordring, men også det at kende til de kulturelle koder, der er i sundhedssystemet, er vigtigt for at kunne begå sig der. Pedersen (2018) kalder det 'to verdener, der crasher', når socialt udsatte møder sundhedspersonale i sundhedsvæsenet. Borgere, der ikke besidder det repertoire af kulturelle færdigheder, som er en del af at have kulturel sundhedskapital (Shim 2010), borgere, der ikke har den nødvendige indsigt i sundhedsvæsenet og ikke kender koderne, kommer ofte til kort i samspil med personalet. Det interessante i Shims beskrivelse af begrebet sundhedskapital er, at det handler om et interaktionelt aspekt, og at personalet i nogle tilfælde ikke er i stand til at tilpasse sig den socialt udsatte patients kompetencer og behov.

Psykiatrisk udredning og behandling

Et område, hvor praktikerne i vores interviews beretter om, at de mangler tilbud til de marginaliserede stofbrugere, er i forhold til psykisk sygdom. Praktikerne fortæller for det første om, at de oplever, at de marginaliserede stofbrugere bliver afvist på den psykiatriske skadestue, selv om personalet oplever dem som værende syge. Historier om kokainbrugere med stofudløste psykoser, der har været ravende psykotiske og er blevet bragt til skadestuen, og som er tilbage på gaden efter få timer, fylder meget i miljøet. Nogle praktikere beretter om, at de helt er holdt op med at foreslå deres stofbrugere at tage på skadestuen, når de har det dårligt, fordi de ikke synes, at de skal opleve den afvisning. Nedenstående interviewuddrag med en sygeplejerske indfanger dette problem:

> Men oplevelsen er, at meget ofte så bliver de takseret som stofudløst psykose, og når de har sovet ud de 24 timer, de får lov at få, så kan de holde sammen i ti minutter til et kvarter til en samtale, og så står de her igen. Og så starter vi forfra… Jeg synes, det er rigtig problematisk, at man kan sidde med en, som gerne vil indlægges, og man prøver at motivere den vej og skabe kontakten og velvidende, at i 85 % af tilfældene så står de her igen om lidt, ikke? Selvom de måske havde brug for at blive holdt noget længere, så man kunne opdage, hvad der er den grundlæggende problematik, når stofferne hænger i, ikke?

På den psykiatriske skadestue er der fokus på, om den fremmødte borger er så dårlig, at vedkommende skal ind på en akut plads. Hvis vedkommende ikke er det – fx fordi den stofudløste psykose er klinget af, eller fordi man vurderer, at en evt. psykisk lidelse ikke er så alvorlig, at vedkommende skal

indlægges, vil man typisk ikke indlægge, men opfordre vedkommende til at henvende sig hos egen læge eller til en læge i et rusmiddelcenter og få en vurdering af, om der er brug for en henvisning til psykiatrien (se også Busch et al. 2020).

Løsningen med at skulle have lavet en første psykiatrisk udredning hos fx praktiserende læge eller at skulle søge behandling hos privatpraktiserende psykiater opleves af mange af praktikerne som urealistisk. De efterlyser derfor tilbud om en fleksibel og opsøgende indsats i forhold til at diagnosticere og evt. behandle psykiske lidelser meget tættere på gadelivet, end der findes på nuværende tidspunkt, som i dette interview:

> Og lidt på samme måde i forhold til en udredning. Kan den laves på gadeplan, mens du lever et kaotisk liv, eller kræver det på en eller anden måde, at du er i stand til at stabilisere dig nok til at være tilgængelig for udredning? Jeg ville jo ønske, at hvis kvinden gerne ville have en udredning, at vi hiver en psykiater herind, og så er det der, hvor du og jeg sidder og snakker med kvinden og så siger: ”Jeg kommer igen i morgen, hvis du ikke er i form til det i dag.” Og det er det jo ikke i nærheden af at kunne rumme. En ting er den fysiske afstand, noget andet er den forudbestilte tids afstand.

I et gruppeinterview med medarbejdere fra stofbehandlingen fortæller en af deltagerne, at man i Københavns Kommune tidligere havde mulighed for at tilbyde egne døgnpladser i det tilbud, der hed Netværket. Disse pladser kunne bl.a. bruges til at få stofbrugere udredt psykiatrisk. Men denne mulighed er ikke længere tilgængelig efter at Netværket blev lukket. Nu er man afhængig af at få stofbrugerne indlagt i psykiatrien, og det er vanskeligt.

I den regionale behandlingspsykiatri etablerede man for nogle år siden Psykiatrisk Gadeplansteam, som laver opsøgende psykiatrisk behandling, primært blandt hjemløse i København. Psykiatrisk Gadeplansteam kommer i alle bydele i København og således også på Sundholm, i Nordvest og på Vesterbro. En af medarbejderne i dette team beskriver deres opgave på denne måde:

> Det er en adfærd, der vækker bekymring, og så er det jo vores opgave at gå ud og prøve at få kontakt og i første omgang vurdere, altså er der en psykiatrisk problemstilling, sådan så at her er noget, vi skal gå videre med. Og så forsøger vi jo at få kontakt, og det kan vi jo forsøge i rigtig, rigtig lang tid, og man kan sige, dem der vil os, altså rigtig mange har jo en oplevelse af, at de egentligt har søgt hjælp, men ikke har fået den og synes, jamen altså nu kommer I her, og ja, det er helt mærkeligt, men de vil faktisk gerne. Og dem er det jo ikke det store problem

> at arbejde med, så får vi vores læge indover, og så laver vi jo udredning og starter behandling, ligesom hvis man går i en distriktspsykiatri.

Blandt de praktikere, som arbejder med marginaliserede stofbrugere, opleves Gadeplansteamets indsats dog som begrænset. De tager sig primært af hjemløse, der har en alvorlig psykiatrisk problematik. En praktiker i Gadeplansteamet beskriver deres afgrænsning af målgruppen således:

> Ja altså, man kan sige, ja måske prøver vi også sådan lidt at kigge på… men det bliver jo dem, der er psykotiske eller bipolare eller altså de meget svære psykisk syge… Fordi en angstproblematik, hvis man bor i en natcafé og har et stort forbrug af rusmidler, det er godt nok, altså så prøver vi rigtig meget at italesætte, at man må arbejde på den sociale sag. Altså de skal have en hjælp og støtte, så der bliver noget mere stabilitet. Og så bliver der måske altså også ressourcer hos patienten eller borgeren til at arbejde med de problematikker. Men det er jo rigtig svært at tilbyde et terapiforløb...

Dertil kommer, at Gadeplansteamet formelt set ikke er et akut tilbud. Dvs. at hvis man fx står med en psykotisk person på Mændenes Hjem, kan man ikke ringe efter dem. En af praktikerne i teamet beskriver det sådan:

> Der kom vi også fast før i tiden, men man kan sige, mange af de patienter, vi stødte på der, det var nogle, hvor det var stofudløste psykoser, rigtig, rigtig meget. Det var de færreste, som havde en grundlæggende psykiatrisk lidelse rent faktisk, og det var rigtig svært at have med at gøre, fordi vi har kunnet indlægge mange. Det har altid været sådan meget akut-præg og igen, vi er ikke et akutteam så, men vi er blevet kaldt meget ned til de her coke-udløste psykoser, hvor vi stod lige så magtesløse som resten af personalegruppen.

Flere praktikere beskriver, at de oplever den største udfordring i dagtimerne, hvor det er meningen, at man selv henvender sig hos egen læge med problemerne. Efter kl. 16 kan man ringe til den psykiatriske udrykningstjeneste, hvorfra der kan komme en psykiater ud og lave en vurdering. Selv om heller ikke dette tilbud vurderes som optimalt, oplever en del af praktikerne det dog som den bedste mulighed:

> Altså, når det så er sagt, så er der jo også enkelte gange, hvor det er lykkedes at facilitere gode møder i den retning. Og på samme måde er der da også gange, hvor vi har fået psykiatrisk udrykningsteam ud, og hvor de virkelig har brugt god og lang tid på ikke kun at se de der 10 minutter, hvor kvinden bider tænderne sammen og kan hvad som helst. Men de faktisk bliver længe nok til, at de kan se, hvor forpint hun er eller også enkelte gange,

> hvor de faktisk har lagt til grund al den information om, hvad vi har set, hvor tiltagende forpint hun er blevet, men det er sjældent, ikke? Men det sker.

Ud over udfordringen med at få adgang til det psykiatriske behandlingssystem beskriver nogle af praktikerne også, at udfordringerne ikke kun handler om en ufleksibel psykiatri og dårligt samarbejde, men også mere grundlæggende om magt og om at overgive sig til et system (se også Luhrmann 2016). For stofbrugere, der er vant til at klare sig selv og vant til at bryde regler, kan psykiatrien måske fremstå yderligere fremmedgørende.

De manglende psykiatriske tilbud har konsekvenser for de marginaliserede stofbrugeres psykiske helbred. Men dertil kommer, at dårligt psykisk helbred også har konsekvenser i forhold til en række af de øvrige indsatser, som de marginaliserede stofbrugere ellers vil kunne have nytte af. Det er sværere at drage nytte af et samtale-forløb i stofbehandlingen, hvis man har angst. Hvis en depression gør, at man har svært ved at sove og svært ved at komme op om morgenen, er det vanskeligt at deltage i et aktiveringstilbud, der ellers kunne hjælpe en med at få et andet indhold i hverdagen end stofferne. Hvis man er paranoid, er det svært at tro på, at hjælp er hjælp. Det har også konsekvenser for de miljøer, som stofbrugerne færdes i. Mennesker, der er psykotiske, kan opleves som farlige – og vil i nogle situationer også være det.

Center for Voldtægtsofre

Et andet specialiseret tilbud, som nogle af de marginaliserede stofbrugere nogle gange har brug for, og hvor der kan være problemer i kontakten, er Center for Voldtægtsofre. En del af de kvindelige stofbrugere, som går på gaden, oplever at blive udsat for seksuelle overgreb og voldtægt. Når der efterfølgende skal tages hånd om dette, beretter praktikerne om et hjælpesystem, der slet ikke er gearet til dette.

En praktiker fra Reden fortæller i et interview om nogle af disse udfordringer og oplevelsen af et behandlingssystem, der er rettet mod den generelle befolkning og dermed kommer til at ekskludere de marginaliserede, stofbrugende kvinder:

> Det bliver der ikke særlig tit, fordi det er så ressourcekrævende for kvinden. Altså vi oplever jo heldigvis, at i voldtægtssituationer, at man nogle gange godt kan få politiet ned. Og så sørge for at have en besidder med. Men det er jo også igen - altså i forhold til at blive tilset på Center for seksuelle overgreb [Center for Voldtægtsofre]. Det kræver det jo, at hvis du bliver voldtaget på en hverdag, at du starter med at gå til politiet, fordi det er politiet, der skal kontakte en bagvagt, fordi der er ikke åbent på Center for seksuelle overgreb i

> hverdagene. Og tit så bliver de [kvinderne] henvist til at komme dagen efter. Så skal vi have dem liggende i en seng, holde på dem til dagen efter og komme i åbningstiden. Det kan de her kvinder ikke, fordi de har brug for at gå ud og tage nogle stoffer og lægge låg på, hvis de skal udskyde deres behov for at blive tilset. Det har vi problematiseret mange gange overfor Center for seksuelle overgreb. Det hedder sig jo, at hvis man er kvinde og skal voldtages, så skal det helst være i weekenderne, fordi der er der døgnbemanding derude. Og det er jo fordi, rent statistisk set, der bliver der anmeldt flest voldtægter, og ja det gør der, fordi de unge mennesker, der går i byen i weekenderne, kommer fra nogle familier, som har ressourcer og er med til at støtte dem og hjælpe dem med at anmelde det. Så er der hele denne oversete gruppe, som lever i det hver dag, som ikke når dertil.

En anden praktiker beskriver, at der helt generelt mangler et ordentlig tilbud til de marginaliserede, stofbrugende kvinder, der har været udsat for voldtægt:

> Når man [prostituerede] vælger et erhverv, som er… ude af god tone, så... og aldrig rigtig er blevet hjulpet eller har følt sig hjulpet. Eller i hvert fald ikke har tillid til hjælpere eller ikke har mulighed for at bruge den hjælp, der er. Så bliver overgreb bare noget, man regner ind som et vilkår. Og jeg skal jo ikke være den, der siger, at nej, nej det er da ikke et vilkår, fordi det er det jo. Men i hvilket omfang er det et vilkår, fordi vi lader det være det… kunne der stilles noget op? Og Center for Voldtægtsofre har jo begrænset åbningstid. Man skal selv finde derud. Man skal tilbage til det miljø, hvor ens overgrebsmand færdes. What's the point? Altså der er jo ikke noget regulært ordentligt tilbud.

Som de to ovenstående citater viser, så er der udfordringer, når kvinderne bliver udsat for seksuelle overgreb og har brug for hjælp fra sundhedssystemet. Det handler om systemiske barrierer som relevante åbningstider, men også om at samfundet synes at acceptere voldtægter som et vilkår mod en marginaliseret gruppe af kvinder, der har svært ved at tale deres sag og kræve rettigheder.

Opsamling

Sundhedstilbuddene til de marginaliserede stofbrugere er kendetegnet af forholdsvis mange lavtærskeltilbud, der adresserer stofbrugernes primære helbredsbehov. Hovedparten af tilbuddene og særligt de tilbud, hvor man kan komme lige ind fra gaden, findes på Sundholm og på Vesterbro. I Nordvest kræver adgangen til sundhedstilbuddene rettet mod marginaliserede stofbrugere, at man er tilknyttet et tilbud, enten herberget i Hillerødgade eller rusmiddelbehandling. En læge i et af tilbuddene forklarer lavtærskeltilbuddenes tilgang, hvor særligt spørgsmålet om at have god tid og at lade stofbrugernes ønsker dominere i tilgangen er vigtigt, på denne måde:

> Men i og med at der ikke er fleksibilitet eller kun begrænset fleksibilitet, vil der jo være nogen, der bliver ramt, både personale og borgere, som ikke kan finde ind i det, så et af vores arbejdsredskaber er jo tid. Det at man ikke bliver vred, hvis der er en udeblivelse, og at når man nu lige har et øjeblik, så kan man tage tiden til det. Så det ene det er tid, men der er jo også sådan hele tænkningen om den gode patient, den ansvarlige patient, som passer sine tider, overholder de råd, altså compliance problemstillingen, hvor man jo i et etableret system godt kan have sådan en lidt fornærmethed over, at patienterne ikke gør, hvad vi siger. Man kan også synes, at man er nødt til at true dem til at gøre, hvad man siger. Hele den tilgang har vi jo heller ikke. Det er meget mere et tilbud om at vejlede, et tilbud om at lytte, et tilbud om at være medforstående af en situation og så selvfølgelig have en faglighed. Hvad kunne være forandrende her? Men ikke med min dagsorden, men med patientens dagsorden. Der er nogle meget mere definerede dagsordener i sundhedsvæsenets andre dele, ikke?

Ud over at karakterisere lavtærskeltilbuddenes tilgang som tid og at lytte og være forstående, berører praktikeren også, at dette ikke er tilgangen i det øvrige sundhedsvæsen. I vores materiale er det tydeligt, at når vi kommer i det mere specialiserede sundhedsvæsen, begynder vi at se et mere broget billede, hvor der er erfaringer med afvisninger, firkantede regler for tidsbestilling og adfærd m.m.

I indledningen til dette afsnit citerede vi sundhedsloven, der erklærer, at der skal være ’let og lige adgang til sundhedsvæsenet’. Ud fra det rettighedsperspektiv, som vi har beskæftiget os med i denne bog, må vi konkludere, at det langt fra er tilfældet, når det gælder sundhedsområdet. De forskellige lavtærskeltilbud på primærområdet og de forskellige medierende tiltag på sekundærområdet kan langt fra kompensere for, at marginaliserede stofbrugere lever liv, der i vid udstrækning er præget af sundhedsmæssige problemer og af de begrænsninger, som et sådan liv medfører. På trods af de mange supplerende og kompenserende indsatser er sundhedsvæsenet stadig kendetegnet ved en række strukturelle barrierer, der begrænser de marginaliserede stofbrugeres lette og lige adgang til sundhedsvæsenet.

Case 8 Det ensomme liv som ældre stofbruger

I Københavns Nordvestkvarter bor Jens-Ole, som er i slutningen af 60'erne, i en lille lejlighed, som kommunen har hjulpet ham med at få. Han er tilknyttet Dagcenter Stæren, hvor han kommer et par gange om ugen og får sin metadon. Det føles ambivalent for ham at komme på Stæren, for han er træt af at høre de andre brugere tale om stoffer, men følelsen af ensomhed gør, at han alligevel foretrækker at opsøge selskab omkring behandlingstilbuddet i stedet for at være alene.

Da Jens-Ole var ung, var han en del af hippiekulturen. Han røg hash og tog heroin sammen med en masse andre unge, mens de festede. Langsomt begyndte det rusmiddelbrug, der først var forbundet med fest og socialt samvær, at udvikle sig til et egentligt misbrug. I mange år levede han som aktiv heroinmisbruger med alt, hvad det indebar af lyssky aktiviteter for at skaffe penge og stoffer. Først da Jens-Ole var i 40'erne, kom han i substitutionsbehandling, hvilket var en lettelse for ham. Med alderen var han begyndt at føle sig svækket. Det var sværere for ham at skaffe penge, og hans position i stofmiljøets hierarki var også for nedadgående. At være i behandling med metadon gjorde det muligt for ham at få mere ro på sin tilværelse og at kunne trække sig fra Vesterbros stofmiljø.

Jens-Ole ser ikke andre mennesker end dem, han møder på Stæren. De mennesker, han kender fra stofmiljøet, betragter han ikke som rigtige venner, og han har dårlige erfaringer med at lukke folk ind i sin lejlighed, "fordi de stjæler ad helvede til, det er jo ikke venner. Du kan ikke stole en skid på dem." Derfor lever Jens-Ole et stille og tilbagetrukket liv i sin lejlighed i ensomhed.

Livet som aktiv stofbruger har givet Jens-Ole en række helbredsproblemer. Han har blandt andet fået en rollator, fordi han har svært ved at gå og holde balancen. Hans fysiske problemer gør, at han ikke rigtig kommer nogen steder, og han får ikke engang set de mennesker, som han stadig har en relation til. Jens-Ole fortæller, at han keder sig, og at det nogle gange resulterer i, at han forsøger at få fat på nogle ekstra rusmidler til at forsøde sit ellers triste hverdagsliv. Mange af dem, han har kendt, er døde, og det sidste stykke tid har han taget afsked med to venner. Den ene lå i respirator, og den anden begik selvmord.

Derudover oplever Jens-Ole udfordringer med at orientere sig og med at huske. Han modtager hjemmepleje, og der er også en person, som kommer og følger ham, når han skal på hospitalet, hvilket han ofte skal på grund af svær KOL. Jens-Ole har dog ikke noget imod at komme på hospitalet: Her føler han sig velkommen, han får talt lidt med nogle mennesker og bliver godt hjulpet på lungemedicinsk afdeling. På den måde er hospitalsbesøgene nærmest et lille bitte lyspunkt i Jens-Oles tilværelse, hvor det, der fylder mest for ham, er, at han er træt, nedslidt og ikke orker at leve mere.

VIDEO
Ingen mandlige gæster i
Bocentret.
Området er
videoovervåget
TV-OVERVÅGNING
DØGNVAGT
www.mejlshede.dk
Service 35 39 39 39

Kapitel 10 Social inklusion, meningsfulde fællesskaber og afhjælpning af ensomhed

Siri Mørch Pedersen & Esben Houborg

Vi har i de foregående kapitler beskrevet, hvordan praktikere på forskellig vis arbejder på at realisere materielle livsfornødenheder og rettigheder for de marginaliserede stofbrugere, som for eksempel adgang til stofbehandling, bolig, økonomi og sundhedssystemet. Med andre ord er det arbejde, som praktikerne udfører, et forsøg på at bevæge brugerne fra at være fuldstændig marginaliserede til at være medborgere. Med medborgerskab menes her, at deres tilknytning til de rettigheder, ressourcer og forpligtelser, som samfundets institutioner tilbyder dem, styrkes (Rowe & Pelletier 2012: s. 369). Men for at opleve fuldt medborgerskab er det også vigtigt at indgå i uformelle netværk og fællesskaber og føle sig anerkendt og inkluderet på en ligeværdig måde. Det at være socialt inkluderet skaber social kapital og giver en følelse af at høre til i et fællesskab og af ligeværdig deltagelse i samfundet (Rowe & Pelletier 2012: s. 370).

Som det fremgår af kapitel 3, har mange stofbrugere et spinkelt netværk, og ofte er erfaringerne med social eksklusion startet i en tidlig alder. Flere stofbrugere oplever ensomhed. I dette kapitel vil vi beskrive tre måder, hvorpå praktikerne arbejder for at afhjælpe ensomhed, og hvordan deres arbejde kan ses som social inklusion: 1) Praktikerne bliver en del af stofbrugernes sociale kapital og netværk, 2) adfærdskorrektion for at lære stofbrugerne at møde eller interagere med det almene, omgivende samfund og 3) inklusion af stofbrugere i meningsfulde med andre stofbrugere.

Når praktikerne bliver en del af stofbrugerens netværk og sociale kapital

I fraværet af et støttende socialt netværk bliver praktikere ofte en af stofbrugernes vigtigste sociale relationer, når det kommer til følelsesmæssig opbakning og til adgangen til ressourcer. I vores materiale forekommer desuden flere eksempler på, at praktikere aktivt mobiliserer stofbrugernes netværk. Dette bliver illustreret i det følgende.

Gadeplansmedarbejderen, Sara, er blevet ringet op af sagsbehandleren til en stofbruger, Vicky, som skal have hjælp til at komme i banken for at betale sin første husleje. Sagsbehandleren har ikke kunnet få fat i Vicky, fordi hun har været uden telefon i flere uger. Vicky kommer jævnligt i stofmiljøet på Vesterbro, og derfor har Sara bedt personalet på Mændenes Hjem give Vicky besked

om, at de skal følges ad til banken for at få betalt husleje. Sara beskriver episoden i sine dagbogsnotater:

> Kl. 9.00 tog jeg ind på Mændenes Hjem for at undersøge, om Vicky havde fået min besked. Medarbejderen på Mændenes Hjem fortalte, at Vicky havde fået beskeden i [stofindtagelsesrummet] Skyen aftenen før.
>
> Klokken ca. 9.30 ringer Vickys veninde og siger, hun er sammen med Vicky, og at hun nok skal hjælpe Vicky ind til banken. Jeg kender Vickys veninde og har haft kontakt til hende i 10 år on-off.
>
> Klokken 9.55 ringer Vickys veninde igen og siger, at de er på vej. Jeg spørger til, hvor langt de er, og får at vide, at de sidder i 5C på vej fra Nørrebro.
>
> Kl. 10.20 ringer Vicky og spørger, om jeg er på cykel, jeg svarer nej og spørger hvorfor. Vicky siger, at så kunne jeg tage i banken og trække et nummer. Jeg siger, at jeg synes, vi skal følges, og jeg venter på dem.
>
> Kl. 10.30 kommer de til Mændenes Hjem. Vicky er 'kæk' og siger: "Det er hendes skyld, vi kommer for sent." Veninden svarer: "Hvad snakker du om, jeg måtte vække dig fire gange." Vi går mod banken og møder flere andre borgere på vejen (det er udbetalingsdag). I banken er der 30 numre før os. Vicky siger til mig: "Det kunne vi have undgået, hvis du var kørt i forvejen!" Jeg svarer ikke. Vicky er utålmodig og rastløs… Jeg går ind i banken for at tjekke, hvor lang køen er kommet, og da jeg kommer ud igen, er Vicky væk. Vickys veninde vender sig rundt og kigger; hun kan heller ikke finde hende. Vi venter sammen cirka 10 minutter. Jeg bander og siger, at det er pisse vigtigt, at hun får betalt huslejen. Veninden siger, at Vicky har været helt væk, hun måtte vækkes fire gange. To minutter efter kommer Vicky ud fra Sportsmaster storgrinende og siger, at hun lige skulle have et par nye solbriller underforstået, at de er stjålet. Det bliver vores tur, og vi betaler girokortet uden problemer. Vi går udenfor, hvorefter Vicky siger: "Så skal vi i Istedgade og tage stoffer!

Mange personer bliver involveret i, at Vicky får betalt sin husleje: sagsbehandleren, medarbejdere fra Mændenes Hjem og Skyen, Vickys veninde og gadeplansmedarbejderen Sara. Det er ikke bare formelle ressourcer, der bliver mobiliseret, men også uformelle ressourcer. Saras kendskab til stofmiljøet samt hendes specifikke viden om Vicky og hendes sociale relationer spiller en vigtig rolle. I tråd med dette beskriver Sara i sine refleksioner efterfølgende, at "den relation, jeg har til Vickys

veninde, er afgørende for, at Vicky kommer afsted. Når veninden går ud og leder, er det både af hensyn til Vicky, men jeg fornemmer ret tydeligt, at det også er af hensyn til mig."

Både gadeplansmedarbejderen og veninden arbejder virkelig for at få Vicky til at lykkes med at betale sin husleje. Men selvom der mobiliseres mange ressourcer, er det stadig prekært og kan bryde sammen når som helst, for eksempel idet Vicky forsvinder for at stjæle solbriller. Forstår man social kapital som de aktiver eller ressourcer, der er tilknyttet individer gennem direkte og indirekte relationer til andre og via medlemskab i sociale netværk eller andre sociale strukturer (Rowe & Pelletier 2012: s. 369), fremstår både Sara og veninden som vigtig social kapital i Vickys netværk. Vicky forsøger også, dog uden held, at mobilisere Sara, da hun beder hende tage til banken i forvejen og trække et nummer. Der er altså to slags social kapital til stede: mellem socialarbejder og bruger og mellem bruger og bruger, og begge er vigtige for at lykkes.

Adfærdskorrigerende arbejde for social inklusion

> På længere sigt er det mit håb, at vi lige så stille kan begynde at tale om adfærd, da det er min klare opfattelse, at Torben grundet sin adfærd kommer i problemer og oplever sig selv som meget ensom.

Ofte er marginaliserede stofbrugeres adfærd ikke helt i trit med de dominerende normer for gode manerer, og det kan være svært for dem at skabe kontakt med andre borgere (Rowe & Pelletier 2012: s. 370). Det er noget af det, som bostøtten Julie, der udtaler sig ovenfor, bemærker, når hun kæder brugeren Torbens adfærd sammen med den ensomhed, han oplever, og de problemer, han kommer ud for i relation til andre mennesker. Julie fortæller videre i sine dagbogsnotater om sit indtryk af Torben, at "ude i samfundet er hans adfærd ofte påfaldende (…) Han er som oftest på forhånd lettere aggressiv, på vagt, anklagende, mistænksom og meget lidt korrigerbar." Hun skriver, at det sætter sig også i hende som en oplevelse af ofte at blive "skamfuld på hans vegne over den måde, han indgår i kontakten til mennesker omkring ham."

I følgende uddrag fra Julies dagbogsnotater er hun ude at køre i en meget fyldt bus med Torben i forbindelse med hans tandlægebesøg. Uddraget er et eksempel på en type adfærd, der kan stå i vejen for en positiv kontakt med andre mennesker, men også et eksempel på, at det i samspil mellem bruger og socialarbejder godt kan lykkes at vende en negativ stemning:

> … Torben er meget opmærksom på de andre passagerers opførsel og har mest negative kommentarer tilovers. På et tidspunkt kommer en mand ind i bussen. Han er svedende og

> lugter dårligt… Torben får mumlet noget om, at manden er for fed til at gå eller noget i den stil. I al fald en nedladende udtalelse. Manden henvender sig til Torben, og stemningen bliver ret dårlig. Manden er insisterende i forhold til at fastholde samtalen. Torben vender ansigtet væk fra manden, siger ikke noget, og jeg indskyder et par almindelige høflighedsfraser med passende mellemrum. På et tidspunkt vender stemningen lidt, og Torben virker knap så fjendtlig. Da vi skal af bussen, er tonen decideret venlig.
>
> Torben bemærker efterfølgende selv, at han lige måtte tælle til 10 inde i bussen. Han havde gennemgået flere svarmuligheder i sit hoved, hvis manden havde nævnt noget om, at Torben virkede vred… Det er forholdsvis usædvanligt for Torben at udvise sådan et overskud, som han trods alt gjorde i bussen. Jeg roser ham flere gange for dette. Torben har ved flere tidligere lejligheder givet udtryk for, at han bliver glad, når han bliver rost…

I bussen lader Torben flere negative kommentarer falde om sine medpassagerer, tilsyneladende fordi han har noget at udsætte på deres opførsel. En af dem reagerer på det ved at konfrontere Torben, som derpå vender hovedet i et forsøg på at komme væk fra konfrontationen. Imens forsøger Julie som et modererende mellemled at nedtone den dårlige stemning med det, hun kalder høflighedsfraser. I modsætning til Julies tidligere oplevelser med Torben forsøger han aktivt i denne situation at ændre sin adfærd ved at vende hovedet og at tælle til ti. At Julie roser ham for dette, kan ses som en strategi til at korrigere hans adfærd fremadrettet, fordi hun gennem det at rose Torben indirekte får formidlet normerne for passende opførsel i bussen. Hun skriver også, at episoden er ”et godt udgangspunkt for efterfølgende samtale.”

Når praktikere, som bostøtten her, har en position, hvor det er muligt at opleve stofbrugeren i konkrete hverdagssituationer i dennes færden rundt i samfundet, kan der altså opstå små handlingsrum, hvor der er mulighed for at bemærke og tale med stofbrugeren om hans eller hendes interaktioner med omgivelserne. Hvorvidt man som socialt udsat bliver accepteret som medborger med rettigheder på lige fod med majoritetsbefolkningen, er ofte betinget af ens evne til at adoptere samfundets regler og normer samt at fremstå som en ’normal’ borger (Hamer et. al. 2014). I denne optik kan det at arbejde med stofbrugernes adfærd ses som en måde, hvorpå praktikere forsøger at fremme social inklusion og afhjælpe ensomhed.

I ovenstående eksempel udviser stofbrugeren en adfærd, der er forholdsvis nem at kommentere på, fordi den er positiv og ikke påfaldende. Det er dog ikke altid helt uproblematisk at italesætte stofbrugernes adfærd over for dem, fordi relationen er på spil, hvilket Julie uddyber i et interview:

> Når man er sammen med dem, så fylder de meget, og de påvirker mange mennesker på deres vej fra A til B. Jeg synes tit, at det er svært, i hvor stor udstrækning jeg skal kommentere på det eller korrigere det eller snakke om, at det var ikke hensigtsmæssigt. Jeg har jo en relation på spil.

Det kan være ømtåleligt som praktiker at italesætte over for stofbrugerne, når de ikke gebærder sig hensigtsmæssigt. Nogle gange kan stofbrugernes adfærd forekomme særligt aparte ude i det offentlige rum i interaktionen med mennesker, der ikke er en del af stofmiljøet eller er praktikere, som arbejder på området. Julie fortæller videre, hvordan hun forholder sig til det:

> Jeg havde også en episode med en borger på [specialinstitutionen] Forchhammersvej. Han skulle i Elgiganten på grund af en historie om et elløbehjul, som han troede, at han havde lagt til side, men det havde han ikke. Og han kunne virkelig skabe sig over for den der ekspedient. Og så skulle jeg prøve at være i både at hjælpe ham derfra på en rimelig værdig måde, men også forsøge at skærme den der medarbejder og de andre kunder i butikken. Det er virkelig en balancegang, fordi man også gerne vil forhindre, at borgeren ikke udstiller sig for meget.

I Julies overvejelser indgår refleksioner omkring, hvordan hun sikrer stofbrugernes værdighed samtidig med, at hun også nogle gange føler en tilskyndelse til at skærme omgivelserne. Der kan være situationer som ovenfor, hvor det er sværere at arbejde adfærdskorrigerende, og for Julie bliver det et spørgsmål om at undgå, at stofbrugerne udstiller sig selv. Det kan måske være med til at afbøde en yderligere stigmatisering af stofbrugeren.

En medarbejder fra Reden fortæller, at især nogle af de ældre kvinder er stoppet med at finansiere deres stofbrug ved at tjene penge på at sælge sex. I stedet ”stjæler de lidt i et supermarked indimellem og lige sælger en steg eller et eller andet.” Medarbejderen fortæller, at hun først blev meget forarget over denne adfærd og forsøgte at påtale det. Men at hun fik nuanceret sin holdning efter en kvinde retorisk havde spurgt hende, hvad hun selv ville gøre: stjæle eller sælge sex. Medarbejderen fortæller, at der selvfølgelig er individuelle forskelle på kvindernes samvittighed og moral, og hvordan hun nogle gange prøver at tale med dem om deres adfærd:

> Der prøver jeg at påvirke deres samvittighed indimellem, fordi jeg synes også, at de skal tænke over deres handlinger. Og vi skal også på nogen områder afspejle, hvordan det virkelige samfund er, så vi ikke bliver en eller anden subkultur og skærmer dem i noget, der ikke er eksisterende derude. Hvis det sker, at kvinderne stjæler en cykel eller stjæler en

> barnevogn, så siger jeg, det der synes jeg lige, du skal tænke over en ekstra gang. Der står måske faktisk en enlig mor derovre, som ikke har råd til at købe en ny barnevogn.

På den ene side har medarbejderen fået en forståelse for og accept af stofbrugernes adfærd, når den er på kant med loven, som for eksempel hvis de stjæler i et supermarked. På den anden side ved medarbejderen, at det heller ikke hjælper stofbrugerne i forhold til at blive en mere integreret del af samfundsfællesskabet, hvis de ikke lærer at tænke over og at tilpasse deres handlinger dertil.

At skabe konstruktive fællesskaber

Som berørt i kapitel 4 oplever flere udsatte stofbrugere ensomhed. Det gælder i særdeleshed de ældre stofbrugere, der ikke længere er en aktiv del af stofscenen på Vesterbro, som flere stofbrugere ellers søger til, når de mangler selskab. Som en kontaktperson fra en substitutionsenhed fortæller om stofbrugerne:

> … Så sidder de oppe i venteværelserne, og når vi smider dem ud, så stiller de sig ned foran rusmiddelcenteret, og det er jo også med stofsalg og alt sådan noget. Men det er også det sociale i det, fordi mange af vores borgere mangler et sted, og de er simpelthen så ensomme. Når man så prøver at hjælpe dem med at komme på forskellige værestede, føler de sig altid udenfor eller ved siden af, fordi det måske er borgere med andre udfordringer, end dem de selv har.

Flere praktikere er opmærksomme på, at der er et udækket behov for socialt samvær hos brugergruppen. Som kontaktpersonen peger på, findes der værestede, men mange matcher ikke helt gruppen af udsatte stofbrugere, som derfor nemt kan komme til at føle sig forkerte disse steder. På flere af substitutionsenhederne har medarbejderne observeret, at stofbrugerne anvender venteværelset eller arealet uden for indgangen som arenaer for socialt samvær. Under vores feltarbejde har vi ligeledes observeret, hvordan nogle stofbrugere bliver siddende på rusmiddelcenteret længe efter, de har fået udleveret deres medicin. Her drikker de kaffe, læser gratisavisen eller sludrer med hinanden eller med de praktikere, der er til stede. Nogle gange udnyttes det til stofsalg.

Udfordringen med det uformelle sociale samvær på rusmiddelcentrene illustreres i nedenstående dagbogsuddrag fra en behandler på en substitutionsenhed, om parret Jytte og Hans, der er kommet i konflikt med hinanden:

> Parret, som umiddelbart virker meget ressourcestærke, har haft konflikter næsten hver fredag, når de henter medicin. Det har handlet om, at Hans er faldet i ”coke-gryden” med

> nogle af de andre, som kommer om fredagen. De er en del af ”fredagsklubben”, som vi medarbejdere igennem det sidste halve år har set vokse.
>
> Det har set hyggeligt ud, de har flyttet stole fra ”apoteker-rækken” og dannet cirkel hver fredag i modtagelsen. I mangel af bedre har de dannet deres eget sociale værested, og ikke overraskende har det været coken, som blev det fælles tredje.
>
> Jytte har været imod det fra start og har haft det rigtig svært med at se Hans falde i. Flere fredage har vi overhørt skænderier, og Jytte har i affekt givet Hans nogle lussinger. Det har været på konfliktråd, da skænderierne har skabt en del uro.

Flere dilemmaer opstår her for praktikerne. For det første strider det umiddelbart mod rusmiddelcentrets formål, at kokain bliver omdrejningspunktet for samværet i fredagsklubben, for det kan have den effekt, at et stofbrug eskalerer. Det er præcis, hvad der er sket med Hans ovenfor, hvilket skaber konflikter mellem ham og hans partner. Dette bliver personalet nødt til at forholde sig til, da konflikterne udspiller sig på rusmiddelcentret og spreder uro hos de andre stofbrugere. Dog er det også dilemmafyldt at skulle bryde fredagsklubben op, når stofbrugerne tydeligvis hygger sig, flere strømmer til, og de ikke har andre steder at være. Selvom det er et stoforienteret og marginaliseret fællesskab, er det tilsyneladende også meningsfuldt og vidner om et behov for at være en del af noget socialt.

På rusmiddelcentrene er der også formelle initiativer til at skabe sociale fællesskaber blandt stofbrugerne. Et af rusmiddelcentrene har etableret en ‘Inspirationsgruppe’, som er faciliteret af to medarbejdere. Gruppen har til formål at skabe et fællesskab om andet end stoffer, at præsentere stofbrugerne for deres lokalmiljø og at inspirere til samværsformer, der ikke handler om stofbrug, såsom bowling, brætspil eller gåture. Vi har også set, at der i gruppebehandlingsforløb gøres forsøg på at skabe sociale fællesskaber blandt brugerne eller at opmuntre dem til at opsøge fællesskaber andre steder. Følgende er et feltnoteuddrag fra et gruppebehandlingsmøde på et rusmiddelcenter:

> Erik (bruger) fortæller en historie om at være sammen med sin lillebror og hans venner og om, at han blev helt misundelig på dem, fordi de er så tætte og interesserer sig for hinandens liv. ”Jeg har jo ikke nogen mere. Og jeg magter simpelthen ikke at skulle starte fra scratch med at finde nye venner og gøre det alene. Jeg savner det med at have rigtige venner.” Poul (bruger) siger, at han godt kan genkende det og også synes, at det er svært.
>
> Behandleren Louise foreslår at have dette emne på som tema i dag. Det, synes Erik, er en god ide, men han vil også gerne have fokus på, hvordan man får en kæreste, når man ikke drikker alkohol. Erik fortæller lidt videre og siger, at han føler, han har spildt 10 år af sit

> liv på stoffer. Han synes, alt andet går rimelig godt lige nu, han arbejder som håndværker og er stabil i medicin. Behandlerne Louise og Pia prøver på skift at komme med nogle forslag til, hvad han kan gøre. ”Kan du koble dig på din lillebror og hans venner?” spørger Louise velmenende, men det synes Erik ikke rigtig…
>
> Louise spørger til deres erfaringer med at invitere gamle venner, til hvilke konkrete handlinger man kunne gøre, og hvordan man kan håndtere risikoen for at blive afvist. Poul og Erik er rimelig stille, hvilket kunne tyde på, at det er svært for dem at tale om. Louise foreslår dem, at de kan overveje frivilligt arbejde, hvis de har overskud til det. Poul svarer: ”Det er så frustrerende, at der er så mange steder, hvor man kan møde mennesker, og jeg kan bare ikke tage mig sammen.

Trods behandlernes mange ideer til, hvordan man kan møde venner, er det stadig svært for stofbrugerne at forestille sig, at det vil lykkes dem at handle på det. De to stofbrugere er relativt velfungerende på den måde, at de er stabile i deres substitutionsmedicin, og begge er i arbejde. Men det påvirker dem, at de ikke også kan tage det sidste skridt for at blive en del af nogle meningsfulde fællesskaber og venskaber.

Som beskrevet i de foregående kapitler er der forskel på de institutionelle rammer på henholdsvis rusmiddelcentre, herberger, lavtærskeltilbud og gadeplansniveau. Dermed er der også forskel på, hvilke muligheder praktikerne har for at imødekomme stofbrugernes sociale behov. På flere af de lavtærskeltilbud, hvor stofbrugerne kommer, har de en målsætning om at støtte og bidrage til at stabilisere stofbrugerne og at skabe konstruktive fællesskaber (Duff 2010). På Dagcenter Stæren er der også stort fokus på dette.

Dagcenter Stæren er et tilbud, man bliver visiteret til, når det bliver vurderet på en af substitutionsbehandlingsenhederne, at man har brug for særlig støtte. Som beskrevet i kapitel 7 er rammerne for det sociale behandlingsarbejde anderledes på Stæren end på substitutionsbehandlingsenhederne. Stæren er et sted, hvor stofbrugerne kan opholde sig og deltage i forskellige slags aktiviteter, og der er ansat et socialpædagogisk personale, som er sammen med stofbrugerne og deltager i aktiviteter sammen med dem. Både aktiviteterne og samværet er med til at skabe et særligt fællesskab inden for rammerne af tilbuddet. Hverdagen på centeret kan anskues som en lang række hverdagsritualer eller interaktionsritualer mellem ansatte og stofbrugere og stofbrugere imellem, hvorigennem man anerkender hinanden som en del af det samme fællesskab (Collins 2014). Det kan være med til at skabe en positiv energi, som deltagerne (de ansatte og stofbrugerne) kan

investere i nye aktiviteter og interaktioner på centeret. Eller som de kan tage med uden for centeret og afprøve i interaktioner med mennesker der.

Der er flere små hverdagsritualer på Stæren, for eksempel at medarbejderne altid hilser på stofbrugerne ved navn, når de dukker op. Også det at læse avisen sammen, at spise sammen og lignende er hverdagsritualer. Når begge parter, stofbrugere og medarbejdere, indgår i sådanne interaktioner med lige meget fokus og energi, kan der skabes en oplevelse og en følelse af at være sammen om noget, og dermed skabes en følelse af fællesskab.

En dag sidder en af forskerne i opholdsrummet på Stæren sammen med to ansatte og 4-5 brugere. Der er hele tiden nogen, der kommer og går. To af brugerne skal på Rigshospitalet, hvor den ene skal vaccineres mod hepatitis C. Der udspiller sig en scene omkring det at hjælpe de to ud ad døren, som involverer alle i rummet. Et ritual, hvor alle investerer opmærksomhed og energi i projektet at få de to brugere afsted til Rigshospitalet.

> Brugerne Susi og Ulla skal til at afsted. Der udspiller sig en samtale om nåle, hvor Susi fortæller, at hun er bange for dem. Medarbejderen Hans siger, at det er mærkeligt med alle de tatoveringer, som Susi har. Vibeke, som også er medarbejder, siger, at laboranterne på Rigshospitalet er rigtig dygtige til at gøre det smertefrit. Ulla siger, at hun altid siger til laboranterne, at de ikke skal sige, når de stikker. Susi joker med, at nu er hun rigtig bange. Ulla siger, at de fyrer en fed på vej ind på Riget. Susi joker: “Så får jeg rigtig noia”.
>
> De begynder at tage tøj på, og det tager tid at blive klar. De taler om ruten ind til Riget, og hvilke busser de skal med. 350S til Elmegade og derefter en anden til Riget. Vibeke siger, at de også kan tage en anden bus fra Tagensvej, som kører dem direkte derind. Ulla skal lige have 22 kr. klar til bussen. Der er en oprømt og lystig stemning, da de to damer skal ud ad døren. Vibeke siger: ”To tosser på tur”. Susi siger: ”Nu trækker jeg de pæne ting, jeg har sagt om Stæren tilbage (til mig).” Endelig kommer de ud ad døren.

Gennem dette ritual bevæger de to brugere sig ud i verden tanket op med positiv energi for at få taget hånd om en vigtig behandling. Men lige så vigtigt er ritualet med til at danne et socialpædagogisk fællesskab mellem brugere og ansatte på Stæren.

Det vil sige, at de ansatte hele tiden arbejder med på den ene side at inkludere brugerne i fællesskabet og på den anden at reproducere fællesskabet. Det første kan ske ved, at nogle af de ansatte har særligt fokus på bestemte brugere. Det andet sker ved at arrangere fællesskabsdannende aktiviteter som julefrokost og quiz en gang om ugen. Forskere deltog flere gange i quizzerne, hvor det blev tydeligt, hvordan der blev arbejdet med at gøre quizzen til en fællesskabsdannende aktivitet.

Det viste sig for eksempel ved, at de ansatte på forhånd aftalte, hvem der skulle sidde ved siden af de brugere, som havde det svært for tiden, og som derfor kunne skabe problemer og dårlig stemning. Det viste sig også ved, at de ansatte søgte at holde konflikter, som brugerne kunne have med hinanden uden for Stæren, nede. I nedenstående fra en feltnote skal en ansat 'mandsopdække' en bruger, som har det svært for tiden og har tendens til at blive aggressiv, og samtidig sørge for, at en konflikt mellem denne bruger og en anden bruger ikke kommer til at ødelægge quizzen.

> Hans (ansat) kommer ind, og vi skal til at i gang med quizzen. Han har Henry (bruger) og Jens (ansat) med. Jimmy sidder ved bord 2 og siger højt til Henry, da han ser ham: "Du får en på hovedet, når vi kommer ud herfra". Både Jens og Hans siger noget ganske afdæmpet til Jimmy. Jeg får ikke fat i hvad, men det virker konfliktnedtrappende. Jens går hen til bord 2 og snakker med Jimmy og får Jimmy med over til bord 1, hvor han sætter sig ved siden af mig. Jens sætter sig sammen med Henry ved bord 2.
>
> Hans sætter sig på en stol midt på gulvet og læser nogle regler op for quizzen. To gange spørger han: "Hvem bestemmer?" og alle svarer i kor: "Quizmasteren bestemmer alt i universet." Der er to hold: bord 1 og bord 2. Hans har kuverter med forskellige kategorier. Bord 2 vælger først, de får et spørgsmål og svarer. Sådan skiftes holdene til at svare. Vores hold kommer hurtigt foran, og vi giver 'high fives'. På et tidspunkt kommer der nogle afdæmpede hoverende kommentarer fra brugeren Johan, men Lene (ansat) siger, at man godt kan være en god vinder og ikke hovere. Da det er slut, giver vi 'high fives' igen, og brugeren Karsten siger til mig, at vi supplerer hinanden godt. Derefter går de fleste ind i rygerummet.

Fællesskabet på Stæren kan være udfordret af de konflikter, som opstår internt mellem stofbrugerne i deres hverdagsliv uden for Stæren. Følgende interviewuddrag med en medarbejder fra Stæren handler om, at personalet har et ønske om at adskille de to sfærer:

> Vi har en grundregel heroppe, der hedder, at det, der sker uden for Stæren, ikke skal have indflydelse på dagligdagen på Stæren. Den regel har vi for at kunne hive den frem som et redskab. Vi ved udmærket godt, at det ikke fungerer, fordi de konflikter, der foregår ude, kommer selvfølgelig med herop. Men det er en regel, vi kan referere tilbage til. For eksempel kan vi sige til brugerne: "Det I snakker om lige nu, det er ikke noget, der er foregået heroppe, så det skal I ikke sidde og diskutere heroppe.

Men der er også en anerkendelse og accept af, at de to sfærer ikke kan adskilles, for både dagligdagen uden for og inden for institutionen er en del af stofbrugernes samlede hverdagsliv. Samme

medarbejder fortæller, at det også kan være positivt, at stofbrugerne bringer deres konflikter med ind, fordi de aktivt bruger personalet som social ressource i forbindelse med løsningen af deres interne konflikter:

> Det kan rent faktisk være for at få hjælp til at løse en konflikt. Der er nogle af brugerne, der rent faktisk bruger os som redskab, hvilket er fantastisk. Men der er også nogle, der bruger det som et redskab netop at tage konflikterne med herop for at få flere med sig mod den person eller med sig i konflikten. Der er simpelthen så mange måder, de bruger det her på. Nogle er rigtig gode til at holde konflikter væk herfra, altså hvor de tager sig selv i det, og så stopper det op, og nogle er stjernedårlige til det.

Opsamling

I de foregående kapitler har vi beskrevet udfordringer med hensyn til at sikre, at udsatte stofbrugere får den hjælp, de har brug for og ret til. Det vil sige udfordringer med at realisere sociale rettigheder og et formelt medborgerskab. En anden væsentlig udfordring er, hvordan der kan skabes social inklusion, det vil sige, hvordan brugerne kan blive en del af ikke-marginaliserede fællesskaber, som ikke er stofrelaterede.

I kapitel 2 så vi, at mens en stor del af brugerne omgås stofbrugere i hverdagen, er det en relativt mindre andel af dem, som oplever disse relationer som støttende. Vi har også set, at en del stofbrugerne er ensomme. På den baggrund må vi anse det for at være en vigtig opgave og en stor udfordring at arbejde med inklusion af marginaliserede stofbrugere i konstruktive fællesskaber. Sociale sammenhænge, hvor de kan være sammen med mennesker, de har tillid til, hvor de bliver anerkendt som dem, de er, og som kan bryde den ensomhed, som en del af dem oplever.

De fællesskaber, der opstår omkring lavtærskeltilbud, kan ses som marginaliserede fællesskaber, og de risikerer at fastlåse brugerne i en marginaliseret situation. På den anden side kan sådanne fællesskaber give adgang til materielle, sociale og affektive ressourcer, som kan medvirke til at brugerne bedre bliver i stand til at håndtere deres hverdag.

Noget lignende kan siges om et tilbud som Stæren, der danner rammen om et socialpædagogisk styret fællesskab. Samtidig kan et sådant fællesskab og det pædagogiske arbejde, der foregår inden for rammerne af det, også for nogle af brugerne betyde, at de bliver bedre i stand til at indgå i/blive inkluderet i andre fællesskaber.

Det fremgår tydeligt af vores undersøgelse, at de fysiske, sociale og organisatoriske rammer for at arbejde med denne vigtige del af realiseringen af det sociale medborgerskab for marginaliserede

stofbrugere varierer meget, og at der ser ud til at være mangel på steder, hvor stofbrugere kan gå hen og blive en del af konstruktive fællesskaber.

Case 9 Livet med både stofbrug og psykisk sygdom

Jakob kommer oprindeligt fra Sydeuropa, men har boet i Danmark siden begyndelsen af halvfemserne. Han er i midten af 40'erne og bor i sin egen lejlighed. Jakob er på førtidspension, og i sine unge dage har han spillet trommer i forskellige bands, som han også var ude at spille koncert med. Jakob har altid haft social fobi og håndterede i sin tid sin angst for at optræde ved at drikke alkohol. Men dette gav ham ofte konflikter med de andre medlemmer af bandet.

De sidste 25 år har Jakob pendlet mellem tilbud i psykiatrien og tilbud på rusmiddelområdet. De første mange år, han søgte hjælp, blev han tilbudt rusmiddelbehandling, og han har være indskrevet på forskellige stoffri døgninstitutioner. Så længe han var tilknyttet et døgnbehandlingstilbud, kunne han godt holde sig stoffri, men lige så snart han blev udskrevet fra døgnbehandling, begyndte hans stofbrug igen.

Jakob fortæller, at han i de senere år har været syg og haft psykoser. For nogle år siden var han indlagt på Psykiatrisk Center Sct. Hans i en længere periode, hvor han blev trappet ud af sin medicin. Det endte dog med, at han blev udskrevet fra afdelingen, da personalet mente, at han ville blive mere syg af at være der. Jakob oplever ikke kontakten med psykiatrien som en hjælp, og han har haft flere oplevelser med afvisninger på psykiatrisk skadestue, hvor lægen sendte ham hjem igen med beskeden om, at han ikke lignede en, der havde angst. Jakob føler sig ladt i stikken af systemet både i forbindelse med sin psykiske tilstand og i forhold til substitutionsbehandling.

Jakob henter egentlig sin metadon på en substitutionsenhed, men har fået karantæne fra stedet, og derfor skal han i stedet hente sin substitutionsmedicin ved en Falck-bus[35]. Jakob bryder sig ikke om at hente sin medicin ved Falck-bussen: "Det er, fordi det er ikke en rar tur, du ved. Jeg vil bare gerne have det overstået, få min medicin, så jeg kan blive normal igen. Så jeg ikke har denne der stress og angst."

Jakob oplever, at personalet på substitutionsenheden længe har været bange for ham på grund af hans psykiske sygdom. Han oplever ikke, at de kan rumme ham. En dag, hvor personalet havde fortalt ham, at de ikke kunne hjælpe ham, og at han ikke var velkommen, blev han så vred og frustreret, at han truede med at skade sig selv for at få personalet til at forstå, hvor svært han havde det:

[35] Falck-bussen er et tilbud til de stofbrugere, som ikke kan begå sig på behandlingsstederne. På Falck-bussen bliver medicinen udleveret igennem en lille luge.

> Jeg har ikke været truende eller aggressiv over for andre end mig selv, mand. Jeg sagde, at jeg ville begå selvmord for at gøre det endnu mere dramatisk. Jeg vidste ikke, hvad jeg skulle gøre, jeg måtte bruge alt, jeg kunne, for ligesom [at få dem til at forstå],

Situationen ender med, at politiet bliver tilkaldt, og Jakob bliver tildelt karantæne. Han ved ikke, hvad der skal ske, når karantænen ophører, udover at han regner med, at personalet ikke vil have ham tilbage. Han synes, det er utrygt ikke at vide, hvad planen er efterfølgende. Han håber at blive sendt hen et sted, hvor der er nogen, der kan rumme ham og hjælpe ham. Men han er lige begyndt på et tilbud for mennesker med psykiske udfordringer, hvilket han er positiv overfor indtil videre.

Jakob mangler altid penge, og han oplever i høj grad, at det begrænser ham i hverdagen. Han har ikke råd til at gå til koncert eller på bar for at møde andre mennesker, så han sidder meget hjemme og hører musik, men synes, det er ensomt. Derfor er han i perioder opsøgende og forsøger at møde nye mennesker. Han bryder sig ikke om at have gæster, mest fordi han ikke kan overskue at skulle rydde op i sin lejlighed inden. Men da han heller ikke har så mange venner, ved han alligevel ikke, hvem han skulle invitere. Derfor går han ofte ud i byen og prøver at finde nogen at snakke med. Jakob fortæller, at det er nemmest over en øl på en bænk et sted, men han oplever også, at det er nødvendigt at passe på, fordi der er meget vold i mange af de miljøer.

Sundholm
8
SUNDHOLM
8

Kapitel 11 Brugernes oplevelse af hverdagen med velfærdstilbud – lavtærskeltilbud og rusmiddelbehandling

Mette Kronbæk, Kristian Relsted Fahnøe & Esben Houborg

I de foregående kapitler har vi beskæftiget os med praktikernes oplevelser af de velfærdstilbud, marginaliserede stofbrugere benytter sig af. I dette og næste kapitel flytter vi perspektivet tilbage til de marginaliserede stofbrugere selv og til, hvordan de oplever velfærdstilbuddene. Kapitlet vil demonstrere, hvordan marginaliserede stofbrugere oplever, at tilbud og indsatser påvirker deres ressourcer og belastninger i hverdagen. Med begrebet velfærdstilbud refererer vi til en bred vifte af tilbud inden for sundheds-, beskæftigelses- og socialområdet, som kan være drevet af både offentlige og private organisationer. I dette kapitel vil vi se på stofbrugernes oplevelser af rusmiddelbehandling og lavtærskeltilbud såsom fixerum og varmestuer.

I næste kapitel fokuserer vi på økonomi, bolig og sundhed ved blandt andet at beskrive stofbrugernes oplevelser med at bo på herberg, deres møde med beskæftigelsessystemet og deres oplevelser med sundhedssystemet.

Marginaliserede stofbrugere har som beskrevet en række sammensatte problemer, og i forsøget på at afhjælpe dem er mange af stofbrugerne i kontakt med flere forskellige velfærdstilbud. Kontakten med velfærdstilbuddene er desuden ofte tæt, fordi stofbrugerne hyppigt bruger tilbuddene, for eksempel hvis de skal hente substitutionsmedicin et par gange om ugen, eller hvis de dagligt kommer på et værested for at spise eller få en kop kaffe. Det fremgår af flere stofbrugeres beskrivelser, at kontakten med tilbuddene har stor indflydelse på deres hverdag (jf. kapitel 3, tabel 22). Både i form af de konkrete oplevelser de har, når de er på tilbuddene, men også fordi tilbuddene har betydning for deres hverdag, når de ikke er på tilbuddene. På den ene side kan de krav, de oplever, at tilbuddene stiller, opleves som begrænsende, på den anden side kan de ressourcer, som tilbuddene stiller til rådighed, også være med til at gøre hverdagen lettere.

De marginaliserede stofbrugere fortæller, at de benytter de forskellige velfærdstilbud, fordi de giver adgang til en række ressourcer. Det kan være medicin, gratis eller billig mad, rådgivning, samvær og støtte eller et tag over hovedet. Når stofbrugerne møder tilbuddene, er det i form af forskellige praktikere, som kan komme til at fremstå som gatekeepere i forhold til at få adgang til ressourcer for nogle stofbrugere. Det er praktikerne, der igennem deres faglige vurderinger og

forvaltning af lovgivningen bestemmer adgangen til ressourcer og de betingelser, der følger med (Lipsky 1980). Dette kan resultere i forhandlinger mellem stofbrugerne og praktikerne, både om hvad stofbrugerne har behov for, men samtidig også hvad stofbrugerne har ret og pligt til. Det kan for eksempel handle om at skulle overbevise praktikere om, at man tilhører en bestemt kategori, og derved få adgang til tilbud. Det fremgår af flere af stofbrugernes fortællinger, at deres relationer med de praktikere, de har kontakt med på de forskellige tilbud, har stor betydning for, hvordan de oplever velfærdstilbuddene.

Relationerne til medarbejderne er ligeledes vigtige i forhold til stofbrugernes oplevelse af at få en medmenneskelig støtte. Derfor er kapitlets beskrivelser af stofbrugernes oplevelser af, hvordan tilbud og indsatser påvirker dem, i høj grad også fortællinger om relationer til medarbejdere. Stofbrugernes oplevelser af de forskellige velfærdstilbud er desuden formet af mødet med de øvrige brugere af velfærdstilbuddene, hvilket også kommer til udtryk i kapitlets beskrivelser.

Samtidig med at velfærdstilbuddene giver adgang til forskellige ressourcer, oplever mange af stofbrugerne udfordringer og begrænsninger ved at benytte sig af tilbuddene. Disse udfordringer antager ligesom ressourcerne forskellige former. Det kan være stress i forhold til at kunne leve op til tilbuddets krav, oplevelser af mistillid fra medarbejderes side eller utryghed ved andre brugere af et tilbud. Brugerne kan også opleve, at de må opgive noget af deres egen selvbestemmelse for at kunne indgå i et tilbud. For en stor dels vedkommende betyder deres oplevelser af udfordringer, at deres forhold til velfærdstilbuddene er ambivalente. Det skyldes, at de måske på den ene side føler sig hjulpet, men på den anden side kan der være omkostninger ved at benytte sig af hjælpen. I kapitlet beskriver vi derfor også de udfordringer, som stofbrugerne fortæller, at de oplever ved at bruge velfærdstilbuddene.

Som beskrevet i kapitel 2 er det meget forskelligt, hvor mange sociale tilbud der er til stofbrugerne i de forskellige områder af København. Mens der findes mange tilbud på Vesterbro, er der få tilbud ud over behandlingsstederne i Nordvest. De sociale tilbud kan ses som ressourcer i stofbrugernes liv, der kan opfylde nogle af deres behov i hverdagen. Det kan være materielle behov som mad og fysiske behov som tandpleje, men også følelsesmæssige behov for socialt samvær og positive relationer.

Hvor meget bruger stofbrugerne velfærdstilbuddene?

I forbindelse med vores spørgeskemaundersøgelse spurgte vi deltagerne om, hvilke former for formelle og uformelle ressourcer der havde betydning for dem i hverdagen (kapitel 3, tabel 13 og 14).

Deltagernes besvarelser viser, at både højtærskeltilbud, som kræver visitation, og lavtærskeltilbud, som ikke kræver visitation, har betydning for mange af deltagerne i undersøgelsen.

Således var det halvdelen eller derover, som svarede, at de benyttede forskellige typer af sagsbehandlere, kontaktpersoner, mentorer med videre, det samme gjorde sig gældende for rusmiddelbehandling. Det var en tredjedel, som benyttede læger, og lidt under en tredjedel, der benyttede sundhedsrum/sygeplejeklinikker.

Men samtidig spillede gratis eller billig mad, gratis eller billigt tøj og væresteder en vigtig rolle, ligesom stofindtagelsesrum gjorde det. I vores spørgeskemaundersøgelse blev deltagerne også spurgt om, hvilke sundhedsfaglige og sociale tilbud de benyttede i deres hverdag. Svarene viste, at hovedparten af stofbrugerne havde tilknytning til mange forskellige hjælpetilbud i deres hverdag.

I spørgeskemaundersøgelsen spurgte vi også stofbrugerne, hvad de oplevede som en støtte i deres liv (kapitel 3, tabel 22). De kunne vælge mellem en række forskellige velfærdstilbud, forskellige slags praktikere og private relationer. Den kategori, som flest oplevede som en støtte, var familien, men dernæst kommer behandlere og kontaktpersoner. Dette kan indikere den vigtige rolle, relationen med praktikere spiller i mange marginaliserede stofbrugeres liv. Det var 40 %, der oplyste, at de oplevede medarbejdere fra højtærskeltilbud som en støtte, og 29 % svarede, at de oplevede personale ved lavtærskeltilbud (væresteder og stofindtagelsesrum) som en støtte i hverdagen. Disse tal viser, at de relationer, praktikerne og stofbrugerne har, har en stor betydning som en ressource i stofbrugernes hverdag.

Fokus i denne undersøgelse er som nævnt at undersøge marginaliserede stofbrugeres risiko- og mulighedsmiljøer. Og en del af kortlægningen af mulighedsmiljøerne handler om at undersøge, hvilke typer af relationer stofbrugerne har til både private venner og praktikere. Sociale relationer er fundamentet for stofbrugernes sociale kapital, fordi sådanne relationer giver dem adgang til materielle ressourcer, omsorg og social og emotionel støtte. Det er tydeligt i vores undersøgelse, at relationer til praktikere indgår som en vigtig ressource i mange af brugernes hverdagsliv.

Lavtærskeltilbud

Et lavtærskeltilbud er som nævnt tidligere et tilbud, som ikke kræver forudgående visitation, således at alle frit kan benytte tilbuddet. I København er lavtærskeltilbuddene geografisk ujævnt fordelt. Overordnet findes der mange lavtærskeltilbud målrettet stofbrugere på Vesterbro, på Sundholm er der mange tilbud, som er rettet mod marginaliserede borgere, i Nordvest er der få tilbud og de, der findes der, retter sig ikke primært med stofbrugere, men for eksempel mod borgere med et

problematisk forbrug af alkohol. Dette afspejler sig blandt andet i tabel 29 i kapitel 3, hvor den største andel, der bruger lavtærskeltilbud, blev interviewet på Vesterbro.

Reden, Café Dugnad, Kontaktstedet på Mændenes Hjem og Natcaféen på Sundholm er vigtige steder i mange af stofbrugernes liv. En stor del af brugerne af disse tilbud er stofbrugere, og derfor er tilbuddene også tæt knyttede til stofmiljøet. Der findes også andre værestеder, som ikke på samme måde er forbundet med stofmiljøet, fordi det i højere grad er andre mennesker end stofbrugere, der kommer der. Et af problemerne for deltagerne i vores undersøgelse er imidlertid, at de nogle gange føler sig uglesete, når de kommer på disse værestеder, og derfor ikke kommer der.

Manglen på økonomiske ressourcer fylder meget i beretningerne om stofbrugernes hverdagsliv. Det er for eksempel en gennemgående fortælling, at stofbrugerne mangler penge til at købe mad og andre fornødenheder. Nogle gange er det, fordi de har brugt deres penge på stoffer, men deres liv på overførselsindkomster placerer dem generelt blandt de fattigste i Danmark. Da de af den grund mangler mad, tøj og andre fornødenheder, kan lavtærskeltilbud, der giver adgang til mad, tøj og andre ting, fungere som en vigtig ressource i hverdagen. Som sagt, er det især på Vesterbro, at der findes mange af den slags tilbud, som stofbrugerne kan benytte sig af.

Når vi taler med dem, som lever hovedparten af deres liv på den åbne stofscene, er det tydeligt, at de hovedsageligt får den mad, som de får serveret på de forskellige lavtærskeltilbud. Derfor er det også af stor betydning for stofbrugerne, at de tør bruge de lavtærskeltilbud, der findes. Men stofscenen og lavtærskeltilbuddene er også steder, som nogle omtaler som farlige, både i forhold til en acceleration af deres rusmiddelbrug, men også i forhold til at blive udsat for vold, tyveri og trusler.

En stor del af de stofbrugere, vi har interviewet på Vesterbro, opholder sig på Mændenes Hjem. Mange af dem betragter Mændenes Hjem som deres hjem i den forstand, at det er et sted, de oplever et tilhørsforhold til, og en stor del af dem har været tilknyttet stedet gennem mange år. En kvinde i 40'erne fortæller, at hun ikke har et værelse på Mændenes Hjem for tiden, men at hun alligevel kommer der hver dag. Hun fortæller, at hun oplever, at Mændenes Hjem er det sted, hvor hun hører til, fordi alle hendes venner kommer der, og fordi hun har tætte forhold til en del af medarbejderne. Hun fortæller, hvordan medarbejderen Jan og hun har den samme form for humor. Jan havde på morgenen for interviewet forhandlet med hende om at blive på Mændenes Hjem, indtil intervieweren kom:

> Jeg har kommet på Mændenes Hjem i mange år, og her er så mange flere ting, end folk egentlig ved. Og jeg elsker Mændenes Hjem. Og nu kan du se Jan, altså jeg er rigtig, rigtig glad for Jan, og jeg elsker hans humor, ikke? Og så sad han her til morgen sådan her

> [imiterer hans stemme]: ”Du får ikke din juice og to æg, før du sidder sammen med intervieweren” [griner]. Jeg ved, det er jo kun i sjov, men vi har bare akkurat ens humor, ikke? Altså, ih hvor jeg elsker det.

Kvinden beskriver i citatet, hvordan hendes oplevelse af at høre til på Mændenes Hjem hænger sammen med, at hun har en ligeværdig omgang med medarbejderen, som hun oplever, kender hende, og som hun kan genkende sig selv i i kraft af den fælles humor. Denne form for anerkendelse og gensidighed i relationerne med praktikerne er for mange af stofbrugerne en central del af deres udbytte af at bruge lavtærskeltilbuddene og for den sags skyld andre tilbud.

En anden kvinde i 40’erne fortæller, at hun er glad for de tilbud, der er til brugerne på Mændenes Hjems kontaktsted, og at hun er glad for at komme der, men at det ikke altid er lige rart at være der.

> Mændenes Hjem er fint nok. Der kan jeg godt lide at komme. Men der er ikke altid god stemning, når folk har fået en flaske vodka. Men der er for det meste god stemning og gratis morgenmad om søndagen. Og gratis mad om aftenen.

Især på Vesterbro er der beretninger om, at det at komme på lavtærskeltilbuddene kan opleves utrygt og stigmatiserende. Fortællingerne kan både handle om, at brugerne ikke bryder sig om at komme bestemte steder, fordi andre brugere gør dem utrygge, og at de oplever, at medarbejdere på tilbud, taler ned til dem. For nogle stofbrugere er sådanne omkostninger så store, at de afholder sig fra at bruge tilbuddene.

Omvendt afspejler spørgeskemaundersøgelsen værdien af lavtærskeltilbuddene for mange af stofbrugerne, idet 45 % af de stofbrugere, vi interviewede på Vesterbro, bruger værestederne, 52 % bruger stofindtagelsesrummene (kapitel 3, tabel 29) og 42 % oplever personale på værestederne og stofindtagelsesrum som en støtte i deres liv (kapitel 3, tabel 22). Dette kan afspejle den ambivalens, som nogle stofbrugere oplever ved at bruge forskellige tilbud. De kan opleves som en ressource på nogle punkter og som en belastning på andre.

En kvinde sidst i 50’erne, som bruger stofindtagelsesrummet dagligt, fortæller om en oplevelse, hun havde nogle dage tidligere, som havde gjort hende rigtig ked af det.

> Ja, de har ikke styr på det. Jeg er tit sur på dem, de der medarbejdere. Mange af dem har ingen erfaringer… Jeg har prøvet alt, hvad jeg kan, for at forklare personen: ”Hør godt efter, hvad jeg siger til jer – jeg spiller ikke smart eller noget som helst, jeg prøver at give gode erfaringer”. Jeg er så sur over den opførsel. Og nogle af dem, ikke? De hakker efter en, mand! At jeg skulle bare holde min kæft! Og nogle gange så gentager det sig mange gange, og det er ubehageligt. Vi er altså ikke små børn. Vi er voksne. Så synes jeg bare, at

> det er en ussel måde, at man bliver behandlet på den måde, som om man ikke er et værdigt menneske.

Det er tydeligt i interviewene, at det er vigtigt for stofbrugerne, at de bliver mødt ligeværdigt af de ansatte og oplever, at deres betragtninger og erfaringer bliver taget alvorligt. Kvinden fortæller i interviewet også om gode erfaringer med personalet dernede. Hun beskriver, hvordan hun oplever stor forskel i, hvordan personalet møder hende, og at hun med noget af personalet har et rigtig godt forhold. ”Ellers er jeg som regel gode venner med nogle af dem. Vi taler godt sammen, og vi griner sammen og har det rigtig godt sammen. Men kun nogle af medarbejderne.”

Det er tydeligt, at de personlige relationer til medarbejderne er betydningsfulde for mange af stofbrugerne. Brugernes beretninger viser, at en del af dem ikke kun ser praktikerne som systemrepræsentanter, men som enkeltpersoner med bestemte karaktertræk. Den enkelte praktikers karakteristika får derfor betydning for brugernes oplevelse af tilbuddene og deres adgang til hjælp.

Udgående tilbud – praktisk hjælp og tætte relationer

En del af de stofbrugere, vi har interviewet, fortæller, at de ikke modtager nogen form for social støtte ud over den kontakt, de har til de praktikere, som arbejder på det rusmiddelcenter, de er tilknyttet. Støtten, de får her, er oftest samtaler eller hjælp til praktiske problemer. Men vi mødte også stofbrugere, som havde en støttekontaktperson (SKP) eller bostøttemedarbejder. De stofbrugere, som fortalte om denne støtte, beskrev altid deres SKP eller bostøtte som et positiv indslag i deres liv. De beskrev, hvordan deres SKP kunne sørge for, at de fik gjort de ting, de skulle, ydede dem praktisk hjælp og hjalp dem i forhold til relationen til andre velfærdstilbud. Ud over den praktiske hjælp var det også tydeligt i fortællingerne, at relationen til deres SKP eller bostøtte blev oplevet som en vigtig social og emotionel støtte.

De, som har fået tilknyttet en SKP, fortæller, at de inden levede et ensomt og marginaliseret liv, og deres SKP har hjulpet dem med både at bryde deres isolation og skabe et mere stabilt liv. En mand først i 50’erne fortæller, at han har været hjemløs i mange år og ikke har modtaget nogen form for hjælp fra kommunen. Men på et tidspunkt efter et fængselsophold beslutter han, at han vil forsøge at få styr på sit liv. Han henvender sig på et herberg og beder dem om at hjælpe ham med at få en bolig. Efter han fik tildelt en bolig, fik han tilknyttet en SKP, som han stadig er glad for, og som hjælper ham med at fastholde sin bolig. I interviewet bliver han spurgt, om han har en SKP:

> Ja! Mia! Det minder mig om, at jeg skulle have ringet til hende i dag… Hun kommer og ser til mig. Det er sådan set, det eneste jeg har. Af folk jeg ikke kan undgå at lukke ind i

> min lejlighed… Hun hjælper mig med alt muligt. Og det er hende, der hjælper mig i gang med alt det der…. eller igennem systemet. Til at få den der pension.

Manden er tydeligt glad for at have Mia i sit liv og tilskriver hendes indsats en stor del af årsagen til, at det stadig går ham godt i dag. Noget af det som går igennem mange af fortællingerne om stofbrugernes samarbejde med deres kontaktpersoner er, hvordan kontaktpersonen er den, der støtter dem i forhold til deres kontakt med for eksempel jobcentret.

Rusmiddelbehandling

Rusmiddelbehandling fylder meget i mange af stofbrugernes hverdag. I vores spørgeskemaundersøgelse oplyste 67 %, at de var i substitutionsbehandling, mens det var 54 %, der svarede, at de modtog stof- eller alkoholbehandling. Forskellen kan skyldes, at ikke alle stofbrugere betragter substitutionsbehandling som ’behandling’, men reserverer denne betegnelse til mere afgrænsede og specifikke tilbud. Rusmiddelbehandling involverer for nogle af brugerne både muligheder og begrænsninger, ofte på en og samme tid. Hvor nogle dele af behandlingen åbner muligheder for dem, oplever de, at andre dele af behandlingen virker begrænsende i deres hverdag. Derfor er rusmiddelbehandling og særligt substitutionsbehandling også forbundet med ambivalens for en del brugere. Udover behandlingen kan det miljø, som findes blandt brugere på og omkring behandlingstilbuddene, også både opleves som en ressource og en belastning og dermed også medvirke til at skabe ambivalens.

Der bliver især nævnt to ting i forhold til en oplevelse af belastninger og begrænsninger i forbindelse med rusmiddel- og især substitutionsbehandling. Den første er, at behandlingstilbuddene har en stor betydning for den måde brugernes hverdag er struktureret på. Nogle fortæller, at de skal møde dagligt på rusmiddelcenteret for at få deres substitutionsmedicin, hvilket betyder, at det at komme på rusmiddelcenteret kommer til at fylde uforholdsmæssigt i deres hverdag. De oplever, at dagen bliver organiseret omkring medicinafhentning, og at det begrænser deres muligheder for selv at bestemme over deres hverdag.

Den anden ting, som nogle stofbrugere fremhæver, er mødet med andre stofbrugere på rusmiddelcenteret. Som nævnt i kapitel fire opstår der stofmiljøer omkring rusmiddelbehandlingscentrene, og nogle af brugerne oplever det som en belastning at skulle konfronteres med dette miljø i forbindelse med deres behandling. De beskriver det blandt andet på den måde, at ved at være i rusmiddelbehandling bliver de nødt til at komme i et stofmiljø, som de ellers forsøger at holde sig væk fra.

Substitutionsmedicin og administrationen af den

Hovedparten af de stofbrugere, vi har talt med, modtager substitutionsbehandling og har været tilknyttet rusmiddelbehandlingen gennem mange år. Som sagt var det 67 % af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen, der var i substitutionsbehandling. I de kvalitative interviews var det også i høj grad deres erfaringer med denne behandling, de fortalte om. Deres fortællinger var dog også formet af deres tidligere erfaringer med døgnbehandlinger eller ønsker om døgnbehandling og stoffrihed.

Den mest fremtrædende ressource, som substitutionsbehandlingstilbuddene tilbyder, er for de fleste stofbrugeres vedkommende substitutionsmedicinen, og hovedparten af stofbrugerne modtager deres substitutionsbehandling uden de store problemer. Substitutionsmedicinen kan for nogle have en afgørende positiv indvirkning på deres liv. Overordnet handler de positive fortællinger om, at brugerne har fået lettet belastninger i hverdagen såsom abstinenssymptomer og har fået muligheden for at forlade tilværelsen som 'aktiv' stofbruger med de konsekvenser, det kan have. Nogle fortæller, at substitutionsbehandlingen betyder så meget, at de ikke tror, at de ville være i live i dag, hvis de ikke var kommet i substitutionsbehandling. En kvinde i slutningen af 40'erne fortæller således:

> Hvis der ikke havde været metadon, så havde jeg været død… Også fordi jeg kan sgu ikke gå ud og lave penge. Jeg kan ikke stjæle, og jeg kan ikke de der ting, og så mange penge kan mine børn heller ikke låne mig. For så skal jeg lave et par 100 om dagen, ikke? Det er ret mange penge. Så ... det er rimelig godt, at det eksisterer. Det må have sænket kriminaliteten en del i hvert fald. Det burde man mene.

Kvinden forventer, at hun skal være på metadon resten af livet. Hun ser det som et holdepunkt, der sikrer, at hun ikke ryger heroin. Som det fremgår af citatet, betragter kvinden sin substitutionsmedicin som afgørende for hendes overlevelse, fordi det har betydet, at hun ikke behøver skaffe penge til stoffer igennem kriminalitet. Det, at stofbrugerne slipper for at skulle skaffe penge dagligt til stoffer, kan være en lettelse for dem. Belastningerne ved at skulle skaffe penge igennem kriminelle handlinger eller salg af sex er nærmere beskrevet i kapitel 4.

Andre fortæller, at substitutionsmedicinen har givet dem mulighed for at lægge det vilde liv i stofmiljøet bag sig. En mand fra Nordvest omkring de 50 år fortæller om, hvordan substitutionsmedicinen har stabiliseret ham. Dog kan han ikke helt holde sig fra de illegale stoffer, hvilket gør, at han nogle gange må ud at stjæle.

> Jeg henter metadon hver tirsdag aften. Og der bliver kroppen fyldt op, ikke? Det er måden, jeg får det på. Og … det kan holde mig fra ikke at stjæle så meget, men det er sgu ikke altid, at det fungerer. Jeg vil typisk gerne have lidt ekstra. Og så er jeg tvunget til at skulle ud og lave nogle penge.

Ønsket om at blive påvirket gør, at nogle supplerer deres dosis fra rusmiddelcenteret med køb af illegale stoffer i stofmiljøet (se kapitel 4), men substitutionsmedicinen betyder, at de ikke behøver skaffe stoffer hver dag.

Valg af substitutionsmedicin

De regler og retningslinjer, der findes i forhold til udlevering af substitutionsmedicin, kan have stor betydning for stofbrugernes hverdagsliv. Reglerne er udformet af Sundhedsstyrelsen for at sikre kvaliteten i behandlingen, gøre den mere sikker og mindske lækage af stoffer til det illegale marked. Disse regler har konkret indvirkning på stofbrugernes dagligdag både i forhold til krav om fremmøde, dosisjusteringer og valg af præparat.

Der er flere forskellige præparater til rådighed for substitutionsbehandling, blandt andet metadon og buprenorfin. Ifølge de gældende retningslinjer (jf. kapitel 6) er buprenorfin 'førstevalgsmedicin'. Imidlertid foretrækker en del af brugerne metadonens virkning og er derfor ikke indstillede på at skifte til buprenorfin, selv om lægerne foreslår dette.

En mand omkring de 50 år fra Nordvest fortæller, at han efter lægens anvisning havde sagt ja til at skifte over på buprenorfin, men at det slet ikke fungerede for ham.

> Ja, jeg kunne simpelthen ingenting til sidst. Jeg sad og græd hele tiden og følte det hele var meningsløst. Og jeg havde simpelthen ikke lyst til at leve med det længere. Det var for fucked up det hele. … Så jeg sagde til dem nede på [rusmiddelcenteret], at det skal jeg ikke det her. Jeg synes, at jeg skal tilbage på metadon nu. "Men det kan du ikke, Per." "Skal vi vædde?" Og så gik jeg ud på gaden, og så købte jeg det selv.

Efterfølgende gik manden op på behandlingscenteret og blev skiftet over til metadon. Eksemplet illustrerer to ting. For det første hvordan medicinske og behandlingsmæssige rationaler kan støde sammen med brugernes kropslige oplevelser, oplevelser af substitutionsmedicinens psykiske effekter, deres erfaringer og deres ønsker om selv at kontrollere deres egen krop. For det andet at brugere på forskellige måder kan udvise handlekraft og selvstændighed ved at forandre og tilpasse den behandling, som 'systemet' tilbyder, så det kommer til at passe til deres egne ønsker og mål (Holt 2007; Ning 2005).

Stofbrugernes oplevelse af ikke selv at kunne bestemme, hvilken medicin de skal have, handler ikke kun om substitutionspræparater, men også i høj grad om benzodiazepiner. I Danmark har Sundhedsstyrelsen siden 2008 arbejdet med et mål om at få nedsat ordinationen af benzodiazepiner og derigennem undgå, at disse bliver udskrevet til både stofbrugere og resten af befolkningen. Denne ændring har haft stor betydning for de stofbrugere, som har brugt benzodiazepiner (se faktaboks om rusmidlerne i kapitel 3). En mand sidst i 50'erne fortæller om sidst, han henvendte sig til rusmiddelcenteret, fordi han ønskede at starte i behandling, og han på det tidspunkt tog både metadon og benzodiazepiner. Han oplevede, at lægen var afvisende med hensyn til at udskrive benzodiazepinerne til ham, hvilket gjorde ham vred og opgivende.

> De ville tage lortet fra mig, og så kunne jeg få hendes hamppiller i stedet. Det hjalp ikke en skid, hun var tæt på at slå mig ihjel… Jeg var helt totalt fuldkommen ude af den, jeg kunne slet ikke finde ud af noget. Det sagde jeg også til hende, men det ville hun skide på.

Manden er tydeligvis meget følelsesmæssigt påvirket af, at hans ønske om at få benzodiazepiner ikke bliver imødekommet, fordi han kan ikke se, hvordan hans liv skal kunne fungere uden dem. Manden oplever også, at han føler sig underlagt lægens autoritet, og at lægen ikke tager hans abstinenssymptomer alvorligt. Denne oplevelse deler han med andre stofbrugere, som også beretter om, hvordan de har haft oplevelser med læger, der ikke imødekom deres ønsker om medicin.

At have abstinenser på den måde kan opleves som både stressende og ydmygende. En mand omkring de 60 år fortæller, hvordan han ofte er abstinent, når han en gang om ugen kommer på rusmiddelcenteret, hvilket han oplever som meget ubehageligt. "Altså, jeg kommer på misbrugscenter, ikke? For at få mine metadoner en gang om ugen… Uh ha. Det er faktisk et helvede. Også fordi jeg har nedtur, når jeg kommer…"

Videre i interviewet fortæller han, at det både er abstinenssymptomerne og mødet med de andre brugere på behandlingstilbuddet, han oplever som ubehageligt. Derfor ville han helst undgå at komme på behandlingstilbuddet, hvis han kunne.

3-dagesreglen

En del af stofbrugerne har svært ved at leve op til de krav, som behandlingssystemet stiller til dem, hvilket i nogle tilfælde kan betyde, at de opgiver at være indskrevet i behandling. En af de regler, der volder nogle stofbrugere problemer, er "3-dagesreglen" (se kapitel 7). Den siger, at hvis man ikke har afhentet sin medicin i 3 dage, skal man starte forfra på begyndelsesdosisen på 30 mg, hvis substitutionsmedicinen er metadon. De 30 mg opleves af nogle som en alt for lille dosis, fordi den

ikke dækker deres abstinenser. Når de efterfølgende skal optrappes, kan de stige med 10 mg hver anden dag, og i forbindelse hermed skal de opholde sig en time på centeret, så personalet kan observere virkningen. De, som er vant til en høj dosis, fortæller, at der kan gå lang tid, før de er oppe på den samme dosis igen, og at de i mellemtiden skal komme fast på rusmiddelcenteret. En mand omkring de 50 fortæller, hvordan han oplevede at være ramt af 3-dagesreglen og nu var i gang med at trappe op:

> Jeg gik op til lægen. Han sagde: ”Vi starter bare med 30 mg. Så kører vi opad.” 30 mg? Jeg står på 10 møllehjul (200 mg), er du helt væk? Nej nej nej. Og jeg er på nuværende tidspunkt kun nået til 120 mg. Jeg gider simpelthen ikke mere.

Han fortæller, at optrapningen til hans fulde dosis kommer til at tage ham omkring en måned med fremmøde hver anden dag. Det oplever han som en stor begrænsning i sin hverdag, og han overvejer derfor, om han skal opgive at få sin metadon fra rusmiddelcenteret.

Men det er ikke kun besværet med at skulle møde op og opholde sig på et behandlingscenter i en kortere eller længere periode, som stofbrugerne oplever som et problem. Nogle beskriver også, hvordan det at komme tilbage på startdosis betyder, at de når at få abstinenser inden den næste dosis på centeret bliver udskrevet. Disse problemer kan håndteres på forskellig vis. Nogle fortæller, at de simpelthen fravælger substitutionsbehandling i en periode og i stedet køber ’medicin’ på det sorte marked. Andre nøjes med at supplere med ’medicin’ fra det sorte marked for at undgå at blive abstinente (se kapitel 4).

Nogle brugere fortæller, at de har et ønske om mindre kontrol, og at de gerne vil slippe for at komme op på rusmiddelcenteret og hente deres substitutionsmedicin. Derfor ønsker de at få deres substitutionsmedicin med hjem til en længere periode. Også for at slippe for at skulle indrette deres hverdag efter, at de skal op og hente medicin.

Nogle af disse brugere fortæller for eksempel, at de oplever kontrollen som udtryk for mistillid fra praktikernes side. I citatet nedenfor fortæller en mand i 50’erne, som er i behandling på en af substitutionsbehandlingsenhederne, om en situation, hvor han gerne ville hente medicin til sin syge veninde. Han foreslog rusmiddelcenteret en lempelig måde, hvorpå han kunne hente venindens medicin.

> Vi havde en situation her i weekenden, hvor vi begge to var meget syge af halsbetændelse… og så ringede vi herind [rusmiddelcenteret] og spurgte, om jeg med en seddel med hjemmefra med en fuldmagt og hendes sygesikringskort kunne hente metadonen for hende. Så kunne de ringe hjem til hende og spørge, om det var okay. Så de kunne se, at det var

> rigtigt nok, og jeg ikke prøvede at snyde. Men det ville de ikke gå med til. Hun havde bare at slæbe sig herind, hvis hun ville have sin metadon.

Manden oplevede det som en unødig afvisning fra personalet og følte sig underkendt i forsøget på at hjælpe sin syge veninde. Han fortæller, at veninden selv måtte tage hen på centeret og hente medicinen, selvom hun var syg. Flere af stofbrugerne fortæller, hvordan det, de oplever som mistillid og unødvendig kontrol, er med til at gøre dem kritisk indstillede over for behandlingstilbuddene.

Selvom der er mange fortællinger om reglerne og kontrollen som begrænsende, er der også nogle, der oplever kontrollen som en hjælp, fordi den kan være med til at stabilisere deres forbrug af stoffer og dermed også stabilisere deres livssituation. I den forbindelse kan kontrollen opleves som ”gavmilde begrænsninger” (Gomart 2002), det vil sige, at den frihed, som man giver køb på ved at være i behandling, kan være med til at styrke ens tilværelse på andre måder. Vigtigst af alt er at blive fri for hele tiden at skulle skaffe penge og stoffer. Det illustreres blandt andet af kvinden i citatet nedenfor, hvor hun fortæller, hvordan hun oplever, at hendes afhængighed af rusmiddelcenteret hjælper hende med at kontrollere sit forbrug af illegale stoffer.

> Altså, jeg tror, at jeg kommer til at være der resten af mit liv. Fordi det er et holdepunkt for mig at få min metadon frem for at ryge heroin, ikke? Når jeg tager metadon, så ryger jeg ikke heroin jo. Så det er rimelig effektivt, ikke?

Det, nogle brugere kan opleve som kontrol, kan således opleves af andre som en hjælp. Forholdet mellem hjælp og kontrol er et velkendt tema inden for socialt arbejde, og fortællingerne fra de stofbrugere, vi har interviewet, viser, at dette forhold ofte bliver sat på spidsen i forbindelse med rusmiddelbehandling.

Social behandling

Ifølge lovgivningen skal stofbrugere i medicinsk behandling også modtage social behandling (Socialstyrelsen 2020). Social behandling fylder ikke ret meget i vores interview med stofbrugerne. Det kan enten skyldes, at den ikke betyder ret meget for dem, eller at vi ikke har spurgt nok ind til det. De fortællinger, vi har, viser, at brugernes oplevelser af, hvad social misbrugsbehandling er, kan være meget varierede. Det handler blandt andet om, at der er forskel på, hvad man opfatter som ’behandling’. Det er tydeligt i interviewene, at nogle af stofbrugerne har andre forventninger til behandlingen end den, de modtager. De kan for eksempel efterlyse flere samtaler med personalet, psykologsamtaler eller måske døgnbehandling. En fortælling handler om, at det har været svært for

dem at få bevilliget døgnophold eller samtaleforløb. Især dem, som er oppe i årene og modtager substitutionsbehandling, oplever det som næsten umuligt at få et andet behandlingstilbud end substitutionsbehandling. En mand sidst i 40'erne fortæller, hvordan han oplever det behandlingstilbud, han får:

> Det er ikke et behandlingstilbud, det er et udleveringstilbud. Og jeg vil gerne i behandling. Jeg har søgt om at komme i behandling, men jeg kan ikke komme det. Det er, fordi jeg er på medicin… Og jeg vil gerne ud af min medicin, men det kan jeg ikke bare gøre, når jeg bor på gaden. …. Det er derfor, at jeg gerne vil i behandling. Men det har jeg fået et nej til. Det er det sidste, jeg hørte. Og det er bare sådan, det er.

Denne mand betragter ikke det at modtage substitutionsmedicin som behandling, og hans ønske om behandling og dermed en ændring i hans livssituation oplever han ikke imødekommet fra velfærdssystemet. Der er altså nogle af de stofbrugere, vi har talt med, som oplever, at behandlingstilbuddene ikke matcher deres ønsker og behov.

Hvor nogle stofbrugere er tilfredse med kun at skulle møde op en gang om ugen og hente deres metadon, har andre ønsker om mere kontakt med lægen i forhold til deres medicinske behandling. Hovedparten af stofbrugerne, vi har talt med, fortæller, at de igennem flere år har fremvist stabilitet. De har overholdt de aftaler, de har haft på rusmiddelcenteret, hvilket har resulteret i, at de har kunnet få lov til at komme sjældnere på rusmiddelcenteret.

Men social misbrugsbehandling betyder for alle brugere, at de har kontakt med praktikere, og hovedparten lader til at have gode og betydningsfulde relationer til de praktikere, som arbejder med dem. Det afspejler sig også i spørgeskemaundersøgelsen (se kapitel 3, tabel 22).

En gennemgående fortælling fra flere af stofbrugerne er, at den eneste tætte kontakt de har med et andet menneske, er med deres kontaktperson. Dermed er relationen til praktikerne ofte deres eneste adgang til sociale og følelsesmæssige ressourcer. Derudover drejer relationen sig også om praktisk støtte i hverdagen, hvilket vi vil komme ind på senere i kapitlet.

Selvom hovedparten af fortællingerne om relationer til praktikerne er positive, er der også fortællinger om dårlige oplevelser med nogle praktikere, som stofbrugerne oplever ser ned på dem eller fastholder dem i en dårlig position.

Når stofbrugere fortæller om de forskellige behandlingstilbud, betragter de tilbuddene igennem personlige relationer til medarbejderne, mere end at de ser 'systemet'. Dette gælder både positive og negative erfaringer med steder. Dog er der også en del fortællinger, hvor stofbrugerne fortæller, at de har oplevet en som eksempelvis måtte sanktionere dem. Her beskriver stofbrugerne, at praktikeren

måtte gøre det, fordi de skulle følge systemets regler. For at bibeholde den gode relation til en favorit-praktiker accepterer stofbrugerne forklaringer, der henviser til de organisatoriske rammer eller ressourcer, og udtrykker derigennem forståelse for medarbejderne og deres position.

Der er stor forskel på tilbuddene i forhold til, hvor meget kontakt stofbrugeren har med personalet. Hvor nogle af rusmiddelbehandlingsstederne er indrettet, så brugerne kan opholde sig der og have socialt samvær med personale og andre brugere, er andre steder indrettet, så brugerne kun må være der kortvarigt for at få deres substitutionsmedicin, medmindre de har en aftale med deres kontaktperson eller en behandler. Et tilbud som Dagcenter Stæren er et særligt tilbud indrettet med fællesrum og aktivitetstilbud og medarbejdere, der understøtter socialt samvær brugere imellem og mellem brugere og personale. Mange af brugerne er glade for denne mulighed for socialt samvær og for den lette adgang til social- og sundhedspersonale. Men andre brugere beskriver, at de kan opleve det som en belastning at blive konfronteret med andre stofbrugere, fordi de forsøger at lægge livet som aktiv stofbruger bag sig. Nogle af disse brugere forsøger derfor hovedsageligt at få deres sociale behov stillet gennem samvær med de ansatte. Noget der adskiller Stæren fra de fleste andre tilbud er, at det er muligt for brugerne at deltage i forskellige slags aktiviteter dér. Disse aktiviteter giver mulighed for at lave noget sammen med andre, som ikke har noget med stofmiljøet at gøre. En mand i 40'erne fortæller, at han især er glad for at spille musik med nogle af de ansatte.

> Jeg er kommet der i et år. Jeg snakker da tit med dem [brugerne,] men jeg snakker mere med medarbejderne, end jeg snakker med brugerne. De har så sagt til mig, du skal også snakke med brugerne. Jeg siger, lad dog være med at fortælle mig, hvem jeg skal snakke med.

Hvor nogle af brugerne fortæller, at de foretrækker at tale med de ansatte, fortæller andre, at de prøver at undgå for meget kontakt med dem.

En kvinde omkring de 50, som kommer på en substitutionsenhed, fortæller, at hun ikke ønsker praktikerne tættere på sig end højst nødvendigt. Kvinden fortæller, at det at være i behandling kan opleves grænseoverskridende. Hun har et ønske om at passe sig selv og at holde personalet på afstand, men oplever, at de forsøger at blande sig i hendes privatliv. Hun fortæller blandt andet, at hun godt selv kan gå til sin praktiserende læge, men at hun oplever, at personalet betragter det som mistænkeligt, at hun ikke vil have dem med. Eksemplet viser, at det praktikere kan opfatte som hjælp, kan brugerne opleve som unødig kontrol.

Relationen til de andre stofbrugere i rusmiddelbehandlingen

Nogle stofbrugere fortæller, at de oplever det at komme på rusmiddelcenteret som en påmindelse om, at de tilhører en stigmatiseret gruppe. Andre er glade for at være tilknyttet rusmiddelcenteret, fordi de ser det som en mulighed for at få hjælp til at forandre deres liv. Vi har allerede været inde på, at mødet med de andre stofbrugere på tilbuddene kan have stor betydning for, om de oplever tilbuddene som belastning eller en ressource i hverdagen.

Da vi talte med stofbrugerne på Stæren, fortalte de, at samværet med personalet og med de andre brugere var en vigtig adgang til at indgå i et socialt fællesskab, som de har ringe muligheder for at indgå i andre steder. På den måde fremstod tilbuddet som en ressource i deres hverdag. Men der var også nogle, som gav udtryk for, at det at komme på Stæren konfronterede dem med et stofmiljø, de ikke ønskede at være en del af. Denne oplevelse var dog ikke isoleret til Stæren, men var også noget brugere på andre tilbud gav udtryk for. Som vi har været inde på flere gange tidligere, betyder oplevelsen af tilbuddene som både en ressource og en belastning, som nogle af brugerne har, at de udtrykte ambivalens i forhold til tilbuddene.

Denne ambivalens bliver afspejlet i spørgeskemaundersøgelsen. I kapitel 3 beskrev vi således, at mens deltagerne mest er sammen med andre stofbrugere, så er det især familie, venner og bekendte, der ikke bruger stoffer, og professionelle, de oplever som en støtte i deres liv (kapitel 3, tabel 17 og 22). En kvinde i 40'erne fortæller, at hun ikke bryder sig om at komme op og hente sin metadon på rusmiddelcenteret, fordi der tit er en dårlig stemning.

> Altså atmosfæren er ikke altid rar… Folk er tit oppe at skændes og er tit højtråbende, og der skal ikke særlig meget til, før folk tænder af. Mange har nedtur, når de kommer. Man skal lige sige et forkert ord, og så ryger folk helt op i det røde felt. Man skal bare passe sig selv, det, tror jeg, er bedst. Ja, jeg har skyklapper på og går bare op, som sagt, og henter min medicin, og så går jeg igen.

En mand omkring de 50 fortæller, at han har haft det ambivalent med at komme på Stæren. På den ene side gav det mulighed for at møde andre mennesker og derigennem bryde sin ensomhed og få lidt indhold i sin dagligdag. På den anden side ser han også Stæren som et stofmiljø, hvor de andre stofbrugeres tilstedeværelse kunne være en trussel for ham ift. ikke at tage stoffer.

> Da jeg var på Stæren, det var ligesom, jeg kom der kl. 9, gik måske kl. 1. Så var mine behov for at være social dækket. Men selvfølgelig kunne jeg føle mig ensom, fordi jeg har ikke nogen rigtige venner… Nej, de er mennesker, der har misbrug og sidemisbrug.

Andre beskriver, hvordan tilbuddet om at komme på Stæren faktisk har givet dem både indhold i livet gennem social omgang med andre brugere. En kvinde i 40'erne fortæller, at det, at hun går på Stæren, er med til at bryde hendes ensomhed, og at hun har nogen, hun skal op og mødes med.

> Ja, jeg har to, tre af mine bedste veninder, som går heroppe. Jeg vil sige, jeg er ikke en af dem, der er her hver dag. Men jeg er med, når vi holder fredags-quiz. Det holder vi hver fredag, og så er der andre ting, jeg også er med til. Men det er ikke sådan, at jeg sidder og er i gang med at sy ting eller sådan noget. Jeg synes også, at når jeg er heroppe, er der altid så meget, jeg skal ordne med møder. Jeg synes, tiden flyver afsted, når jeg er heroppe.

Kvinden fortæller, at hun er glad for muligheden for at komme på Stæren, og hun kan få dækket sine sociale behov ved at have mulighed for at komme der. Hun ser ikke de andre brugere som en trussel, men derimod som en ressource, som løser hendes ensomhed og kedsomhedsproblem.

Vi taler med en mand i 30'erne, som fortæller, at han har oplevet en stor forskel mellem at være i behandling på et almindeligt substitutionsbehandlingscenter og et dagcenter som Stæren. Da han gik på rusmiddelcenteret, oplevede han, at der mest var fokus på den medicinske behandling. Nu da han er skiftet til dagcenteret, oplever han, der også er fokus på det sociale: "Fordi før der gik jeg nede på [substitutionsbehandlingscenter], og der er det meget sådan, kom og få dine piller, og så skal du gå igen. Her er der meget mere fokus på det sociale." Manden fortæller, at det bryder ensomheden og får ham væk fra "kedelige tanker". Disse positive effekter forbinder han med de aktivitetsmuligheder og de muligheder for socialt samvær, som dagcenteret tilbyder. "Jamen det er netop for at få bugt med den her ensomhed her. Lave noget konstruktivt. (…) Men også bare netop det der med at være sammen med andre." Han beskriver desuden, hvordan han oplever, at samværet med andre brugere giver ham både sociale og affektive ressourcer i form af omsorg og støtte brugerne imellem.

> … Jeg er meget imponeret over, at brugerne egentlig viser meget omsorg for hinanden for eksempel. En siger: "Jeg synes, at det er længe siden, at vi har set Lotte." "Nå, men hun er indlagt for et eller andet ikke så slemt"… Så var vi to, der er blevet enige om at gå og besøge hende sammen. For ellers kommer vi ikke afsted… Så for at holde hinanden fast i det så har vi skrevet det i vores kalendere. Og så har vi lov til at ringe klokken 8 om morgen og sige: "Husk nu, at vi har en aftale i dag klokken 11".

Manden fortæller, at han synes, at praktikerne var gode til at understøtte processen i forhold til deres besøg hos brugeren Lotte, som lå på hospitalet. Han synes, at praktikerne generelt er gode til at understøtte de gode relationer mellem stofbrugerne, hvilket gør, at han faktisk har positivt socialt samvær med de andre stofbrugere. Fortællingen viser, at mens nogle brugere oplever nogle

behandlingstilbud som risikomiljøer, så oplever andre dem som konstruktive miljøer, som kan være med til at generere materielle, sociale og affektive ressourcer for dem.

Opsamling

Velfærdstilbud er en vigtig del af stofbrugernes liv, bl.a. fordi de giver adgang til forskellige former for ressourcer. Det gælder både lavtærskeltilbud og de højtærskeltilbud, som man skal visiteres til.

For en del af stofbrugerne er herberger ikke blot et sted, de besøger, men et sted, hvor de føler sig hjemme. For hovedparten af stofbrugerne, som bor på herberg, er praktikerne på herbergerne attraktive at have kontakt med, fordi kontakten opleves som en social og affektiv ressource.

I det hele taget er stofbrugerne gennemgående glade for kontakten med praktikere og har mange positive beretninger om de forskellige praktikere, de møder i hverdagen. Nogle stofbrugere fortæller dog også, at de har meget lidt kontakt med praktikerne på de tilbud, de er tilknyttet. Dette er for nogle fint, mens andre oplever det som et problem, fordi de gerne vil have mulighed for tættere kontakt med praktikerne.

Når stofbrugerne fortæller, adskiller de sjældent de enkelte praktikere og de tilbud, de er ansat ved, fra hinanden. Når de beskriver deres kontakt til tilbuddene, gør de det i form af beskrivelser af deres relationer til konkrete medarbejdere.

Tilknytningen til velfærdstilbuddene rummer også belastninger. Disse belastninger omfatter blandt andet frygt, utryghed og usikkerhed med hensyn til, hvordan man skal navigere. Her er det værd at bemærke, at for nogle stofbrugere hænger tryghed ved lavtærskeltilbud som for eksempel H17 sammen med, at de har høj gadekapital. Modsat fortæller nogle stofbrugere, som har lav gadekapital, at de frygter at komme på lavtærskeltilbud, hvor gadens logik kan dominere.

I kapitlet viser vi, at de fleste stofbrugere ikke har større problemer i forhold til at være tilknyttet de forskellige hjælpetilbud. Mange har accepteret den rolle, de skal indtage, for at kunne få hjælp fra tilbuddene. En del kommer for eksempel og får deres substitutionsmedicin uden at have meget anden kontakt med rusmiddelbehandlingen. For denne gruppe er rusmiddelbehandlingen ikke meget andet end medicinudlevering.

En mindre del af stofbrugerne har større problemer med at indgå i tilbuddene. Det er for eksempel de stofbrugere, som tager mange stoffer, og hvis liv er kaotisk, og som derfor ofte svært ved at overholde aftaler, og har generelt svært ved at leve op til tilbuddenes formelle og uformelle regler. Deres kontakt med praktikerne er ofte præget af forsøg på at undgå sanktioner i forhold til kontanthjælp eller substitutionsmedicin.

En del stofbrugere beskriver ambivalens i forhold til at komme på de forskellige velfærdsinstitutioner, fordi de både ser institutionerne som en ressource og en risiko eller belastning i deres liv. Nogle føler sig presset til at deltage i stofmiljøet, når de kommer på tilbuddene, eller oplever mistillid i mødet med tilbuddene. Samtidig beskriver en del stofbrugere tilbuddene som en vigtig del af deres hverdag og som et sted, hvor de kan bryde deres ensomhed. Ligesom de både modtager emotionel og materiel støtte ved at komme på eksempelvis deres dagbehandlingscenter.

Case 10 Livet som kvinde på den åbne stofscene

Carina er i slutningen af 40'erne, og hun har for tiden et værelse på herberget på Mændenes Hjem. I alle sine vågne timer befinder hun sig på Vesterbro midt på den åbne stofscene. Hun beskriver det som et råt miljø, især for kvinder, fordi hun oplever, at hun som kvinde i stofmiljøet er særligt udfordret på baggrund af sit køn og sin fysiske formåen. Derfor er hun altid tvunget til at være opmærksom på sin sikkerhed og til at tænke over, hvor hun går og opholder sig. For eksempel kan hun ikke lide at komme på H17 og holder sig i lange perioder væk derfra:

> Der kan jeg ikke lide at komme mere. Det er for råt. Jeg kan godt lige gå over og se, om jeg kan finde noget [stof] derovre, men især efter jeg har fået værelse her [på Mændenes Hjem], går jeg altid op til mig selv, ikke? Men jeg har det tit sådan, hvis jeg køber et fix, tager jeg altid en veninde med. Jeg har aldrig kunnet lide at tage det alene.

Carina er meget opmærksom på ikke at få en overdosis og vil gerne have, at nogen holder øje med hende. Selvom tilbuddet på H17 netop indebærer, at nogen holder øje, vælger hun alligevel oftest stofindtagelsesrummet fra, fordi hun oplever det utrygt at være der.

Carina føler et stærkt tilhørsforhold til stofmiljøet på Vesterbro. Hun har boet der i mange år, og alle hendes venner og bekendte opholder sig også på den åbne stofscene. Derudover er hun glad for personalet på Mændenes Hjem og oplever at have en tæt relation med flere af medarbejderne på herberget.

Som ung teenager løb Carina væk hjemmefra. Hendes barndomsminder er præget af seksuelle overgreb begået af hendes far og onkel og af, at hendes mor, som kendte til overgrebene, intet gjorde for at beskytte hende. Moren sagde blot til hende: "Du skal bare vende det blinde øje til." Allerede som 18-årig startede Carina med at 'gå i gaden', altså prostituere sig og tage stoffer. Men hun har også holdt pauser fra dette liv. Hun formåede at stoppe med sit stofbrug og få etableret et liv med mand og eget firma i Holbæk. I løbet af hendes 20'ere fik hun to børn og levede i en længere årrække et almindeligt borgerligt liv med sin daværende mand. I den periode var Carina helt stoffri, men pludselig fik hun og manden tilbagefald. Hun valgte i den forbindelse at aflevere børnene til kommunen. Carina fortæller berørt om situationen:

> Jeg ringede selv til kommunen tre timer efter, jeg havde taget noget, og sagde til dem: "Prøv at høre her, vi har taget noget igen – I må tage mine børn". Og tre kvarter senere blev vi kørt af sted med børnene. 45 minutter senere var de afleveret og kørt i institution. Jeg

> har aldrig hørt mine børn skrige så meget! Jeg kunne høre dem en kilometer væk. Men jeg ville selv aflevere dem.

Børnene, som nu er i 20'erne, fik hun aldrig hjem igen, men hun har stadig et nært forhold til dem. Hendes ene søn har som voksen også fået et problematisk forbrug af rusmidler, og den anden læser på universitetet.

Carina har gennem hele sit liv haft problemer med voldelige mænd. Især har faderen til hendes børn været meget voldelig over for hende. De dårlige erfaringer med mænd har gjort, at Carina har valgt ikke at have forhold til mænd mere. Nu holder hun sig til at have nære veninder og har følgende syn på parforhold: "En kæreste, dét er en hæmning. Ham har du kun til det næste fix eller til den næste sten. Jeg skal ALDRIG have en kæreste igen!"

Stoffer fylder ikke så meget længere i Carinas liv. I stedet er hun i stort omfang begyndt at drikke alkohol. Hun er altid i pengemangel, men forbruget af alkohol har den fordel, at det er billigere end stoffer, og hun skal derfor ikke skaffe lige så mange penge som før. Desuden kan Carina godt lide alkoholens virkning:

> Jamen der er mange dage, jeg ikke kan huske, og det nyder jeg, fordi jeg har et liv i helvede. Det er tit, jeg ikke kan huske, hvad jeg lavede dagen før. Men altså hvis det er på en rigtig heftig dag, kan jeg godt drikke 3 flasker [vodka].

Carina tjener stadig penge gennem prostitution, men hun er selektiv, i forhold til hvilke ting hun deltager i. Hun har gennem livet haft mange dårlige oplevelser som prostitueret og fortæller, at hun flere gange er blevet udsat for grov vold. Hun er også blevet voldtaget. Men hendes nuværende situation er anderledes: "Jeg har fire faste kunder, og dem kan jeg så ringe til, hvis jeg står og - du ved - ikke lige kan købe et eller andet."

Udover at det føles mere trygt, er der en anden fordel ved at have faste kunder. Carina fortæller, at når hendes førtidspension ikke rækker til indkøb af mad, stoffer og alkohol, kan hun ringe til en af sine kunder. En anden måde, Carina skaffer penge på, er ved en gang imellem at sælge kaffe fra en kaffevogn. Hun benytter sig i den forbindelse af det sociale frikort. Hun er begejstret for muligheden for at arbejde på det sociale frikort og ser det som en mulighed for at slippe for at sælge sex.

Kapitel 12 Brugernes oplevelser af velfærdstilbud – bolig, økonomi, beskæftigelse og sundhed

Mette Kronbæk, Nanna Kappel & Kristian Relsted Fahnøe

Hvor forrige kapitel handlede om lavtærskeltilbud, sociale støttemuligheder og rusmiddelbehandling, handler dette kapitel om stofbrugernes oplevelser i mødet med velfærdsinstitutioner, som ikke er indrettet særligt til dem, men som retter sig mod den almene befolkning.

Som det fremgår af kapitel 3 benytter de stofbrugere, der indgår i undersøgelsen, sig af mange forskellige slags social- og sundhedstilbud. Deres erfaringer med de velfærdsinstitutioner, som producerer disse tilbud, er med til at forme stofbrugernes hverdagsliv ved både at stille ressourcer til rådighed og skabe udfordringer og belastninger. I dette kapitel beskæftiger vi os med stofbrugernes oplevelser med velfærdssystemet i forhold til deres boligsituation, herunder herberg, deres økonomiske situation, herunder pensions- og beskæftigelsessystemet, samt deres kontakt med sundhedsvæsenet.

Bolig

Boligen er en af de vigtigste materielle ressourcer, der kan gøre en forskel i hverdagen for en marginaliseret stofbruger. Uden en bolig er man udsat for mange flere risici, end hvis man har en bolig, som man kan trække sig tilbage til. En bolig giver desuden mulighed for at skabe nye sociale relationer eller give sine relationer en særlig kvalitet, fordi man har sit eget private rum, man kan invitere folk ind i eller lade være. Men for nogle kan det at have sin egen bolig også være belastende, og boligen kan indebære visse risici, for eksempel en øget risiko for at dø af en overdosis.

Det var halvdelen af deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen, som havde deres egen bolig, en fjerdedel boede på herberg eller i en anden form for botilbud, og en fjerdedel havde en usikker boligsituation. Dette afsnit handler om hverdagslivet i egen lejlighed. Det efterfølgende afsnit vil handle om, hvordan hverdagslivet på et herberg kan opleves.

At have et hjem ser ud til at være noget af det mest betydningsfulde for stofbrugernes trivsel. Nogle oplever et herberg som et hjem, men de fleste fortæller, at for dem er et hjem deres egen lejlighed. Men det at sidde i en lejlighed kan også opleves som en belastning for nogle. Enten fordi de ikke kan

lide at være alene, at de ikke kan holde et hjem, ikke har nogen møbler eller har for mange ubudne gæster.

En mand fortæller om at komme tilbage fra behandling og sidde ensomt i sin egen lejlighed, og hvordan det kan føre til, at man begynder at bruge stoffer igen.

> Ligesom når du har været i behandling, ikke? Og sende dig ud til ingenting, du sidder i, du har måske en fed lejlighed, du sidder bare og glor på de vægge der, du har ikke noget netværk, du har ikke noget, ingenting. Indtil du keder dig. Og så går du ud og tager stoffer.

Det, der for nogen kan være en isoleret, ensom og dermed en belastende tilværelse i deres egen lejlighed, er for andre en ressource. Lejligheden er et sted, hvor de kan slippe for forstyrrende og eventuelt belastende relationer. Vi taler med en mand først i 60'erne, der bor i sin egen lejlighed i Nordvest, som fortæller, at han foretrækker ikke at have gæster. Han synes, at gæster forstyrrer en hverdag, som han er glad for. Men hans venner kommer en sjælden gang imellem forbi og får en kop kaffe.

> Jeg har en toværelses lejlighed, hvor jeg lever på helt min egen måde, fordi jeg bor alene. Så hvis jeg får gæster, skal jeg lige rydde en plads først, for at de kan få et sted at sidde. Hvis de så også skal lave noget [kaffe], hvor de skal bruge noget bordplads, så skal jeg også lige rydde noget plads der. Så på den måde der er det lidt besværligt at få uventede gæster. Derudover så har jeg åbenbart udviklet et samler-gen. De sidste 10-15 år har jeg fået mere og mere lort stående. Alt muligt elektronik og hvad ved jeg. Så det bruger jeg hellere pladsen på i stedet for at have en trepersoners sofa og et par lænestole klar til at tage imod eventuelle gæster.

Et tema i forbindelse med boligen er spørgsmålet om, hvorvidt stofmiljøet skal lukkes inden for dørene eller ej. Mens det ikke er så vigtigt for nogle af dem, vi har talt med, er der andre, som lægger stor vægt på at holde stofmiljøet ude. For denne gruppe kan boligen være en vigtig ressource i forhold til at kunne styre deres forhold til stoffer og deres relationer i forhold til stofmiljøet. En kvinde i 60'erne fortæller, at hun har haft sin lejlighed i 20 år, og selvom hun har været aktiv på gaden på Vesterbro alle årene, har hun formået at have et pænt og personligt hjem. Hun fortæller, at det, at hun har haft sin lejlighed, har givet hende mulighed for at få sig et stabilt liv. Hun siger:

> Mit hjem har stor betydning for mig, fordi i mit hjem findes hele mit liv. Alle mine minder, mine fotografier. Jeg har været gift tre gange. Jeg har haft flere kærester, har arvet fire gange. Når jeg er hjemme, så hygger jeg mig med mine minder. Spiller eventuelt nogle spil eller noget musik eller ser fjernsyn, eller hvad jeg nu kan finde på.

Kvinden fortæller, hvordan det at få sin egen lejlighed var en stor forandring i hendes liv. For hende blev hendes hjem mere end blot en praktisk ting. Hjemmet gav hende identitet, ved at hun kunne omgive sig med personlige ting og samtidig have mulighed for at være sig selv. Hun fortæller, at hun i starten lod bekendte sove på sofaen, men at hun måtte opgive dette, da det gjorde, at stofmiljøet blev en del af hendes hjem, hvilket hun ikke ønskede. For kvinden blev hjemmet en ressource til at mestre hverdagen, fordi det gav hende mulighed for at trække sig tilbage fra stofmiljøet.

En anden kvinde, som har været hjemløs og lever med fysiske smerter og psykiske belastninger, har også fået sin egen lejlighed. I hendes beretning spiller lejligheden en vigtig rolle som et sted, hvor hun både kan komme sig fysisk og psykisk, når hun har været ude, hvad enten det er på sit behandlingstilbud eller for at besøge en veninde eller sin familie. Hun er udmattet, når hun har været ude, og hjemmet er et sted, hvor hun kan lade op:

> Men det er også bare det der at komme ud, det er et helvede, når man skal længere, altså når man skal herop [på behandlingstilbuddet], ikke? Det er det, der er det forfærdelige ved det, hvis jeg er ude en dag, så skal jeg bruge 2-3 dage på at lade op. Så skal jeg ligge derhjemme, fordi jeg får så ondt. Det er det, der er det sørgelige ved det. Men det er sådan, det er.

Det er også psykisk stressende for hende at være ude, og selvom det nogle gange kan være ensomt, så udgør lejligheden også et sted, hvor hun kan lade op psykisk:

> Jeg tror, det er godt, jeg har været så meget alene, fordi når jeg er sammen med nogen hele tiden, så bliver jeg stresset, og så glemmer jeg mig selv, så får jeg ikke passet på mig selv og gjort de ting, jeg skal.

For nogle af stofbrugerne kan det være svært at administrere grænsen mellem hjem og stofmiljø, og nogle oplever, at hvis de har været for gæstfrie, kan deres bolig blive mere eller mindre overtaget af nogle andre, eller der kan flytte folk ind, som kan være svære at få ud igen. Det gælder for eksempel en kvinde sidst i 50'erne, som fortæller om problemer med venner, der var blevet i hendes lejlighed, uden hun ønskede det. Da hun selv tidligere var hjemløs i lange perioder og havde sovet rundt omkring på andres sofaer, ville hun gerne tilbyde det samme til andre, da hun fik en lejlighed. Hun fortæller, at hun flere gange har haft gæster, som hun har haft svært ved at få ud af sin lejlighed, og en dag hun blev indlagt, flyttede nogle mennesker ind i hendes lejlighed.

> Jeg har haft mange problemer med det. Fordi folk bare… Jeg røg lige pludselig på hospitalet, og så kom jeg ikke i min lejlighed i en periode. Så skulle en af mine venner

> passe lejligheden. Men han var der ikke nok. Så nogle mennesker var begyndt at flytte ind, og de troede, de kunne bestemme det hele. Så kunne jeg ikke få dem ud.

Kvinden fortæller, at hun måtte få nogle venner til at hjælpe med at smide gæsterne ud. For at undgå lignende problemer igen er hun stoppet med at tilbyde venner at sove på sin sofa.

Efter at have levet på institutioner eller på gaden kan det være svært for nogle stofbrugere at etablere et sted, de oplever som et hjem. De har ofte få personlige ejendele og samtidig heller ikke nogen penge til at etablere sig for. For nogle er det at etablere sig en uoverskuelig opgave. En mand sidst i 50'erne fortæller, at han har fået et værelse i Nordvest efter at have været boligløs i mange år. Manden har næsten ingenting i sin udslusningsbolig ud over en seng og en stol. Han fortæller, at når han er hjemme, sidder han i sin seng og ser fjernsyn på sin telefon, og når han keder sig, tager han ind på Vesterbro og køber kokain. Manden, som oprindeligt kommer fra Iran, fortæller, at han kun kender stofmiljøet og ikke har andre kontakter end dem, han har på Vesterbro, og han derfor bliver ved med at opsøge miljøet, selvom han på mange måder synes, at han er blevet for gammel til det. Mandens lejlighed forbliver tom, og han betragter ikke lejligheden som sit hjem, men mere et sted hvor han kan sove, i ly for stofmiljøet.

Andre arbejder på at skabe et hjem, selvom de hverken har penge eller personlige ting. En kvinde i 40'erne fortæller, at hun har boet mange år på herberg, men nu har fået en 2-værelses lejlighed. Hun fortæller:

> Jeg skal have etableret et nyt hjem. Jeg må tage én dag ad gangen. Jeg har købt et stort billede, hvor der står HOME. Det var i Netto på tilbud til 15 kr., og så var der sådan nogle… LED-lys i… Da jeg flyttede ind, der havde jeg intet. Intet overhovedet… andet end mit tøj. Jeg skal på Kofoeds Skole[36] …. Håber, jeg kan få lov til at gå rundt og vælge nogle møbler, ikke? Så det bliver rigtig godt.

Der er ikke kun praktiske udfordringer ved at flytte i egen lejlighed. Det kan også være svært at vænne sig til at være alene eller være indendørs. En mand i begyndelsen af 50'erne fortæller, at han efter at have boet på gaden i næsten 30 år har fået en lejlighed i Nordvest for 4 år siden, som han er rigtig glad for, selvom det i starten var svært at opholde sig indendørs.

[36] På Kofoeds Skole hjælper vi socialt udsatte mennesker med at hjælpe sig selv til et bedre liv. De har bl.a. en genbrugsbutik med møbler.

> Det var sgu også lidt svært i starten, du. Der sov jeg sgu i et telt inde i stuen ved altandøren. Der kunne jeg ikke klare at være indenfor… Ja, og den der altandør var åben. Jeg tror ikke, den har være lukket, siden jeg flyttede ind.

Lejligheden giver manden mulighed for at trække sig fra stofmiljøet, og holde sig skjult for nogle pushere, som han havde solgt stoffer for på et tidspunkt. Men nu har pusherne fundet ud af, hvor han bor, og vil have ham til at sælge for ham igen.

> Men dem jeg har gået og solgt [stoffer] for førhen, de har fundet ud af, hvor jeg bor henne. De er begyndt at jagte mig lidt, så jeg kan ikke være i fred. Så jeg skal have fundet et andet sted at bo.

Så selvom manden har forsøgt at trække sig fra stofmiljøet og prøver at gemme sig i sin lejlighed, kan det være svært helt at komme ud af det. Han taler om, at han må spare op og flytte væk fra København. Det er den eneste løsning, han kan se.

Andre, vi talte med, ventede på hjælp til at få et sted at bo. En kvinde omkring de 60 år, der var gadesover, fortalte, at så længe hun var hjemløs, kunne hun ikke se, hvordan hendes liv skulle blive bedre. En anden kvinde sidst i 50'erne, som også er hjemløs, fortæller, hvad det betyder for hende at have et sted at bo:

> Et sted at bo, et fast holdepunkt, et liv, gerne noget at lave. øh, se mine børn noget mere og... egentlig ikke meget mere. Jeg render rundt med plastikpose og Hus Forbi-rygsæk… det er det, ikke? Du mangler jo alt, jamen det gør da noget, og alting er dyrt … du kan sgu ikke bare gå ind og købe. Jo, det kan man jo så på Mændenes Hjem og sådan nogle steder. Men hvis man ikke lige kender til det, så ved du ikke, at du kan få billig mad altså… Og det løber lige pludselig op i de hundrede kroner, du har at leve for til en hel dag, og du skal også have smøger… Og bajere … Det er sgu dyrt… Jeg vil bare gerne have et fast holdepunkt, der er mit, og hvor jeg kan lukke min dør, og hvor jeg ikke skal… stå til ansvar for andet end mig selv, hvis du forstår, hvad jeg mener.

En manglende bolig er således en af de ting, som stofbrugerne kan opleve som en forhindring for, at de kan få bedre styr på tilværelsen og få et godt liv.

Livet på herberg

Herberger er lovgivningsmæssigt tænkt som et midlertidigt botilbud, hvor borgere med 'særlige sociale problemer' kan få eget værelse at bo på (§ 110 i Serviceloven). Men selvom det er tænkt som

et midlertidigt tilbud, fortæller mange, at de har boet på herberg i mange år og faktisk ikke ønsker at flytte derfra.

Herberger og natcaféer efter servicelovens § 110 er vigtige velfærdstilbud i nogle stofbrugeres hverdagsliv. Særligt for den halvdel af deltagerne i vores undersøgelse, som ikke har deres egen lejlighed, må herberger og natcaféer antages at udgøre vigtige tilbud. Men det kan også være vigtige tilbud for andre stofbrugere. Herberger og natcaféer er nemlig ikke kun vigtige tilbud fordi de tilbyder overnatningsmuligheder, men også fordi tilbuddene fungerer som samlingssteder for stofbrugere. Nogle kommer der således, selvom de faktisk har en bolig, mens andre kommer på herbergerne, fordi de er boligløse. Som vi skrev i kapitel 3, er det en fjerdedel af deltagerne, der svarede, at de havde en ustabil boligsituation. Blandt dem var det 19 personer (8 %), som fortalte, at de sov ’på gaden’ eller lignende, 24 (10 %) svarede, at de overnattede på væresteder, i natcaféer og lignende, mens det var 8 (3 %), som overnattede hos familie, venner eller bekendte.

Herberget er et sted, som stofbrugerne opsøger for at få adgang til ressourcer i form af soveplads, eget værelse, tøjvask, mad eller socialt samvær. Nogle stofbrugere fortæller også, at herberget er et sted, hvor de kan finde fred og tryghed, og er det eneste sted, hvor de trives, fordi de har deres venner og sociale omgangskreds der.

Andre fortæller omvendt at de oplever herbergerne som værende risikofyldte steder at opholde sig, og at de synes, det er hårdt at bo på herberg sammen med mange andre marginaliserede mennesker. Nogle fortæller, at de primært opholder sig på deres værelse bag en lukket dør, og at det er lidt som om, at utrygheden starter, så snart de åbner døren og forlader deres værelse.

Når brugerne beskriver de forskellige københavnske herberger, er der forskellige fortællinger knyttet til dem. En fortælling kan være, at Hillerødgade er et roligt sted og kan bruges til at flytte ud på, når man trænger til en pause fra den åbne stofscene.

Når vi taler med de stofbrugere, som bor eller opholder sig på herbergerne, er det tydeligt at konflikter, uro og larm hverdagen på herbergerne. En kvinde i 50’erne, som har boet på herberget i Hillerødgade, fortæller:

> Der følte jeg mig slet ikke hjemme. Jeg følte bare, at jeg havde et tag over hovedet. Jeg priser lykkelig mig over at have et tag over hovedet, men jeg vil ikke kalde det et hjem. For der er for meget larm, for meget virvar, for mange intriger, og som sagt du vender om på nat og dag, og man passer ikke på sig selv. Det var et helvede.

Nogle fortæller, at de udelukkende ser herberget som et midlertidigt sted, og at de forsøger ikke at deltage i det sociale liv på herberget. De ser det sociale samvær på herberget som en trussel mod deres sikkerhed og venter bare på at komme videre i egen bolig.

Flere af dem, vi har talt med, tilbringer det meste af deres dagligdag på herberget. De fortæller, at de behov, de har, kan praktisk talt alle opfyldes inden for herbergets rammer. En mand i 40'erne fortæller, at han har det fint med at bo på herberg, men foretrækker at være alene inde på sit værelse med sin hund. På værelset hygger han sig med sin hund og ser fjernsyn. Han ønsker ikke at deltage i de sociale tilbud på herberget, han synes, der er for meget uro og 'stofsnak'. Han holder sig derfor for sig selv og venter på at få tilbudt en lejlighed. Han fortæller, at han ikke ser andre mennesker end dem på herberget og dem fra rusmiddelcenteret, hvor han kommer to gange om ugen. Det er rigeligt med mennesker for ham.

Andre fortæller, at de betragter herberget som deres hjem og ikke har noget ønske om at komme videre i egen lejlighed. Dette hænger ofte sammen med, at de har været tilknyttet herberget gennem mange år, og at det er et af de eneste steder, hvor de føler sig hjemme. At bo på herberg kan været attraktivt, hvis man er bange for at blive ensom. En mand, som er sidst i 50'erne fortæller, at han er glad for at bo på sit værelse på herberget og ønsker at blive boende. Han siger:

> Nej, jeg skal bo sådan et sted her som her. Fordi jeg vil ikke ind i egen lejlighed… fordi jeg har det med, at så isolerer jeg mig. Og så bliver jeg alene, og det er ikke sjovt. Jeg skal have nogen at spille bold op ad.

Intervieweren spørger, hvor meget manden opholder sig på sit værelse. Manden fortæller: "Det er ikke meget. Det er kun for at sove og spise." Så manden ser herbergslivet som en mulighed for at undgå at blive ensom, hvilket er det, han er mest bange for.

Det kan være svært at finde ro, når man bor på herberg, og flere af stofbrugerne fortæller, at de har problemer med at få sovet på grund af den megen uro. En mand i 20'erne, som bor på Sundholm, fortæller, at han er glad for at bo der og føler sig tryg. Men der er alt for meget larm, synes han. Han fortæller:

> Fordi jeg var rigtig glad for det før, men så lige pludseligt så syn(t)es jeg, det blev for meget. Det blev for meget med de andre… der er fulde, og det er jeg sgu ikke god til. De råber og skriger og alt muligt. Man kan ikke få fred. Jeg har ikke sovet i flere dage, fordi jeg ikke kan få ro for dem deroppe. Det er pisse-irriterende, de råber og skriger.

En anden mand fortæller om en strategi, hvor han tager sit telt med over på Fælleden og tænder bål, når larmen bliver for voldsom på herberget.

Natcaféerne er et lavtærskeltilbud til de hjemløse, som ikke har et værelse på herbergerne, og de tilbyder enten køjesenge i sovesale eller madrasser på gulvet i et fællesrum. Her kan man komme ind fra gaden og få en soveplads for natten, hvis man møder op, når natcaféen åbner om aftenen. Dog bekymrer det nogle af stofbrugerne, at der ingen forudsigelighed er i forhold til, hvem man kommer til at sove sammen med, og om der stadig er ledige pladser, når man henvender sig.

De fleste fortæller, at natcaféerne er et godt alternativ til at sove på gaden. Dog fortæller de, at de savner et privatliv, når de sover på natcaféen. Nogle oplever, at de bliver nødt til at sove oven på deres ting, for at tingene ikke skal blive stjålet. En mand i 30'erne fortæller, at han er blevet rigtig glad for at komme på de forskellige natcaféer:

> Jeg har boet meget nede på Volden på bænke, og så fandt jeg ud af alle de der dejlige natsovestuer der, og det fungerer superfint. Der er mange gode steder: Sundholm, Hillerødgade. Der er simpelthen så mange, jeg kan blive ved med at sidde og nævne dem: spisesteder, overnatning, eventuelt et værelse, noget support, hvor der er nogle hænder på.

Fortællingerne om at bruge natcaféerne er forskellige. Nogle, som manden i citatet ovenfor, betragter natcaféen som et godt tilbud, mens andre stofbrugere beskriver natcaféerne som utrygge og med alt for meget uro. Flere beskriver, at der er meget larm og lugt i natcaféerne, fordi man sover så mange mennesker i samme rum. Dette kan være svært at holde ud og sove i. En mand forklarer, at han er nødt til enten at drikke alkohol eller tage noget beroligende for at kunne sove på en natcafé.

Økonomi

Langt de fleste af de stofbrugere, som har deltaget i undersøgelsen, modtager overførselsindkomster. Halvdelen modtager kontanthjælp, en femtedel modtager førtidspension, og yderligere en tiendedel modtager andre overførselsindkomster (kapitel 3, tabel 3). For mange af stofbrugerne er deres hverdag præget af, at de har få penge og materielle ressourcer til deres rådighed.

Fattigdom og stofbrug kan nødvendiggøre forskellige slags indkomstgenererende aktiviteter. I spørgeskemaundersøgelsen fik vi et indblik i de mange forskellige uformelle indkomstgenererende aktiviteter, som deltagerne tog del i (kapitel 3, tabel 4). Den hyppigst forekommende aktivitet var pantindsamling (18 %) efterfulgt af salg af Hus Forbi eller Illegal (10 %) og dernæst salg eller assistance ved stofsalg (8 %), tyveri og røveri (8 %), tiggeri (7 %) og endelig prostitution (2 %). Men derudover har vi også set, at lån og uformel hjælp samt brug af tilbud, som udleverer gratis eller billig

mad og tøj, også ser ud til at være vigtige måder at få adgang til materielle ressourcer på (kapitel 3, tabel 13 og 14).

Gennem vores interviews har vi fået indtryk af, at mange af deltagerne i undersøgelsen lever et meget fattigt liv. En mand fortæller om, hvordan han og hans kæreste ikke har råd til mad, fordi hun ikke er berettiget til en overførselsindkomst, og de derfor kun har hans overførselsindkomst at leve for. Manden mener ikke, at det er en realistisk mulighed, at han vil kunne få arbejde, fordi han ingen arbejdserfaringer har. Han ser derfor det at stjæle som sin eneste mulighed for at skaffe mad på bordet.

> Og når jeg kom hjem med poser med mad, så var hun jo godt klar over, at det var ikke noget, jeg havde betalt for. Og jeg lovede hende at lade være med at stjæle, ikke, fordi så ville jeg jo ryge i spjældet.

Manden beskriver et dilemma, som mange stofbrugere oplever. De har dårlig samvittighed over, at de bliver nødt til at begå kriminalitet og frygter at komme i fængsel, men har samtidig svært ved at se, hvordan de skal skaffe penge.

Nogle fortæller, at de i perioder er nødt til at låne penge eller andre ressourcer. Det vil derfor også sige, at der for mange af stofbrugerne er en tæt sammenhæng mellem sociale relationer og adgangen til materielle ressourcer. Det kan på den ene side være en del af en moralsk økonomi, hvor udvekslingen af ressourcer og tjenester er med til at forme gensidigt forpligtende relationer, som kan medvirke til at skabe en vis materiel sikkerhed (Bourgois & Schonberg 2009). Men på den anden side kan det at låne penge eller for eksempel få stoffer på forskud også være forbundet med risici.

På grund af de risici, der kan være forbundet med at låne af andre i stofmiljøet, vender nogen sig mod personer uden for stofmiljøet, når der skal lånes penge. Blandt andet familiemedlemmer, som vi så tidligere i kapitel 5.

En kvinde fra Nordvest fortæller, at hun er blevet for gammel til at lave penge, og hun derfor har svært ved at få råd til både mad og stoffer:

> Altså, jeg låner som regel af mine børn jo. Jeg har stjålet før, men det gør jeg ikke mere. Jeg er sgu blevet for gammel til at sjæle. Jeg kan ikke mere. Jamen, jeg orker ikke at sidde inde. Bare tanken. Det er trist. Så har jeg ingen penge, så har jeg ingen stoffer. Sådan er det.

Det er de færreste af de stofbrugere, vi har talt med, som har et arbejde, der ikke har tilknytning til stofmiljøet. Derimod har vi talt med en del stofbrugere, der har et arbejde i tilknytning til stofmiljøet (se kapitel 5).

Nogle stofbrugere tjener penge ved at sælge Hus Forbi, hvilket vi tidligere så også kan være en måde at komme i kontakt med andre mennesker på. En anden måde at tjene penge på er ved at udføre arbejde i forbindelse med ”det sociale frikort”[37]. Nogle af stofbrugerne fortæller, at de har fået rengøringsarbejde på H17 og Mændenes Hjem, hvor de har mulighed for at tjene penge, hvilket de er glade for. Dette gør, at de oplever, at de har en mulighed for at tjene penge på andre måder end for eksempel ved at sælge sex og kriminalitet. En kvinde i 40’erne fortæller, at hun har fået mulighed for at arbejde under det sociale frikort. Nogle gange gør hun rent på Mændenes Hjem eller Café Dugnad, og andre gange arbejder hun i en kaffevogn. Hun fortæller: ”Ja, og når jeg er ude og sælge kaffe, så er jeg enormt præsentabel. Jeg står og snakker med folk, og folk er enormt glade, ikke? Og så får jeg folk til at købe kaffe, ikke?”

Kvinden oplever gennem sit arbejde det positive ved at møde andre beboere på Vesterbro og komme i dialog med dem. Kvinden fortæller, at de job, hun har mulighed for at få gennem det sociale frikort, gør, at hun føler, hun kan bidrage med noget, mens hun samtidig slipper for at skulle sælge sex for at tjene penge til sit stof- og alkoholforbrug.

Det er kun nogle enkelte af deltagerne i undersøgelsen, som har ordinært arbejde. Men nogle af dem, vi har interviewet, har forskellige former for sort arbejde eller anden beskæftigelse. Det at have et arbejde kan være med til at give indhold og struktur i hverdagen, ligesom det kan skabe relationer til andre mennesker. Det gælder for eksempel en kvinde i 70’erne, som vi møder på Reden på Indre Vesterbro. Hun fortæller, hvordan hun pendler mellem at være hushjælp hos en forretningsmand om dagen og være i stofmiljøet om natten. Hun fortæller: ”Ja, det er ret… det er et specielt job. Og… ret meget personligt, ham og mig imellem. Men det er… et vidunderligt job, som jeg elsker overalt på jorden.” Når hun er færdig på arbejde, tager hun ind på Reden, hvor hun hygger, spiser og sover, og så står hun op næste morgen igen og tager på arbejde.

Beskæftigelsessystemet og offentlig forsørgelse

Som det fremgår af kapitel 3, oplyser hovedparten af de marginaliserede stofbrugere i spørgeskemaundersøgelsen, at de er på overførselsindkomst. Der er 28 % af de adspurgte, der oplyste, at de havde kontakt til jobcenteret. Kontakten til jobcenteret varierede fra stofbruger til stofbruger alt efter deres vurderede funktionsniveau.

[37] Et socialt frikort giver borgere med sociale vanskeligheder mulighed for at tjene penge - uden at de bliver trukket i deres forsørgelsesydelser, fx kontanthjælp, førtidspension eller boligsikring. De har mulighed for at tjene op til 20.000 kr. (2021) skattefrit om året.

Et gennemgående træk i stofbrugernes fortællinger om deres kontakt med jobcenteret er, at kontakten er begrænset, og for stofbrugerne handler kontakten mest om at sikre deres forsørgelsesgrundlag (se kapitel 8). Enkelte stofbrugere havde haft en stabil tilknytning til det ordinære arbejdsmarked, men de fleste anså det almindelige arbejdsmarked som en urealistisk mulighed. De havde derimod fokus på, hvordan de kunne sikre sig deres offentlige ydelse.

I fortællingerne er det tydeligt, at en del af den tid, som nogle af brugerne har sammen med deres kontaktpersoner, bruges på, at kontaktpersonen sørger for, at stofbrugerne lever op til de krav, som stilles i andre dele af systemet. Det fremgik også af nogle af kontaktpersonernes beskrivelser i kapitel 7.

En hjemløs kvinde omkring de 60 år fortæller, at det ikke er lykkedes hende at få pension, og hun derfor stadig er i kontakt med jobcenteret. Hun fortæller, at hun ikke selv kan overholde de aftaler, som jobcenteret sætter op med hende, og at hendes kontaktperson derfor må hjælpe hende.

> Jeg har været på revalideringsydelse i 4 år. Jeg har brug for min kontaktperson, for ellers så glemmer jeg det, og så bliver jeg sanktioneret .... Hun kommer simpelthen prompte og henter mig og kører mig derud og hjem igen [griner].

Selvom kvinden er boligløs og tæt på pensionsalderen, fortæller hun, at der er mange krav, hun skal leve op til for ikke at blive sanktioneret i forhold til sin kontanthjælp. Kvinden og hendes kontaktperson ved begge, at kvinden hverken kan huske at møde op på jobcenteret eller udfylde blanketter på nettet. Hun har derfor brug for, at hendes kontaktperson hjælper hende med at overholde de aftaler, hun har med andre dele af systemet. For mange er det afgørende, at de har en kontaktperson, fordi de ellers ville miste deres ydelser fra systemet. Dermed kommer en del af samværet med kontaktpersonen til at handle om at hjælpe borgerne med at leve op til systemernes krav eller skærme dem i forhold til disse krav. Stofbrugerne er glade for den hjælp, de får fra deres kontaktpersoner, og oplever det i høj grad som en støtte, når praktikerne går med dem til møde i kommunen.

Førtidspension

Vi har talt med flere, hvis største ønske er at blive fritaget for beskæftigelsessystemet og komme på førtidspension (se også kapitel 8). En kvinde i 40'erne fortæller, at hun gennem mange år har oplevet at skulle igennem afklaringsforløb af forskellige art, selvom hun ikke selv troede på, at hun ville blive i stand til at klare sig på arbejdsmarkedet. Hun fortæller, at hun lige har fået tilkendt førtidspension.

> Jeg er så lykkelig… Det giver en masse ro i livet… At der endelig er nogen, der kunne se, at hende her, hun har altså brug for hjælp. Hun er syg, og hun kommer aldrig til at arbejde. Jeg føler ikke, jeg er blevet taget seriøst før… Nu skal jeg ikke mere i minusgrader til Valby, Gentofte eller whatever, i aktivering kl. 7 om morgenen, fordi det har jeg været ude i. Jeg har ikke nerver til det, og jeg flipper ud, bliver vred og kaster med ting. Jeg bliver helt ustyrlig.

Kvinden fortæller videre, at der har været arbejdet på en pensionssag i tre år, men at det gik ret hurtigt med at få den igennem, da de først gik rigtigt i gang med at søge. Hun fik medhold i, at hun var berettiget til førtidspension. Det er et gennemgående træk, at de stofbrugere, der fortæller, at de har fået førtidspension, oplever det som et privilegie. De beretter om, hvor pressede og stressede de følte sig, inden de fik pensionen og derfor stadig var tilknyttet kontanthjælpssystemet. En mand sidst i 50'erne, vi møder i Nordvest, fortæller, hvordan det at få tilkendt pension har ændret hans liv.

> Jeg får pension, der er jeg en af de heldigste. Så kan jeg jo tage hen, hvor jeg vil. Det er ikke det, jeg skal diskutere med dem. Jeg kan tage alle steder hen, når jeg er på pension. Så jeg er jo ikke bundet af det der jobcenter og det der, vel? Det er faktisk en befrielse, at man ikke skal spekulere over alt det. Det er en lille befrielse.

Brugernes opfattelse af eget helbred og sundhedstilbud

Hovedparten af stofbrugerne har ikke fokus på deres eget helbred i de fortællinger, de har om sig selv. I vores spørgeskemaundersøgelse spurgte vi stofbrugerne, hvordan de opfattede deres eget helbred. Som det ses af tabel 5 i kapitel 3, fortæller lidt over halvdelen (54 %) af deltagerne, at de har en positiv oplevelse af deres eget helbred. Modsat de praktikere, vi har talt med i undersøgelsen, beskriver stofbrugerne ikke sig selv som fysisk belastet. De beskriver ikke deres kroppes begrænsninger og sundhedsudfordringer som værende af stor betydning i deres hverdag. Man kan sige, at de ikke deler den sundhedsopfattelse, som resten af samfundet er optaget af. Larsen og Bystrup skriver, at de marginaliserede er resistente overfor den samfundsmæssige sundhedstrend (Larsen & Bystrup 2013). De resterende stofbrugere i vores undersøgelse oplevede derimod deres helbred som dårligt. Nogle af de helbredsproblemer, som stofbrugerne fortæller om, er funktionsnedsættelser, som påvirker deres færden og muligheder for at bevæge sig rundt. Når stofbrugerne fortæller om deres hverdagsliv med funktionsnedsættelser, er det med en vis accept af at være fysisk begrænset, selvom de biologisk set ikke er særligt gamle.

I spørgeskemaundersøgelsen spurgte vi stofbrugerne, om de oplevede forskellige former for fysiske og psykiske gener. Som det fremgår af figur 1 i kapitel 3, oplyste 168 stofbrugere, at de havde været lidt eller meget generet af smerter i skuldre og nakke. Samtidig oplyste 108, at de havde været lidt eller meget generet af hovedpine i de sidste 14 dage. Desuden oplever ca. 70 % generende smerter i skuldre og nakke i deres hverdag.

Når stofbrugerne taler om deres kroppe, er det ofte i forbindelse med smerter. Selvom deres brug af stoffer giver dem smertelindring, fortæller flere af stofbrugerne, at de har fysiske smerter, der bevirker, at de må ligge på sofaen det meste af dagen. Denne fortælling er ofte knyttet sammen med en fortælling om, at de ikke har fået tilstrækkelig hjælp fra systemets side i forhold til udredning og behandling. Stofbrugere fortæller, at de er glade for den smertelindring, som metadonen giver. Nogle fortæller også, at metadonen virker smertelindrende mod deres tand- og rygsmerter.

Nogle af stofbrugerne beskriver, at de har fysiske problemer, der forhindrer dem i at gøre, hvad de har lyst til. Ofte er det, fordi de er gangbesværede og derfor ikke kan komme rundt i det omfang, de ønsker. En ældre mand omkring de 70 år, som bor i Nordvest, fortæller, at han ikke rigtig kommer nogen steder, fordi han ikke kan gå mere. Han fortæller, at han synes, hans liv er blevet trist og kedeligt, for han sidder derhjemme det meste af tiden. Men det har haft den konsekvens, at han ikke tager så mange stoffer mere, hvilket han er glad for.

Et andet helbredsproblem, som en del af stofbrugerne er begrænset af, er KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom). De fleste af stofbrugerne ryger cigaretter, og mange har også røget hash, hvilket kan have belastet deres lunger og givet dem KOL. En kvinde i slutningen af 40'erne fortæller, at hun har svært ved at komme rundt på grund af lungeproblemer. Hun kan heller ikke bære ret meget og må tage turen til Netto flere gange for at få købt ind:

> Jamen jeg kan ikke gå op på første sal med to bæreposer, uden at jeg skal stoppe et par gange. Min vejrtrækning kan slet ikke klare det. Mine lunger er færdige. Og så har jeg røget bong. Jeg har røget rigtig meget hash i mine unge dage… Jeg kan slet ikke trække vejret. Jeg har tre forskellige inhalatorer. Både den brune, den røde og den blå.

KOL-sygdommen gør, at kvinden oplever sig stærkt begrænset i forbindelse med almindelige daglige gøremål som indkøb på grund af lungeproblemer. Kvinden fortæller, at hun er i et behandlingsforløb for sin KOL hos sin praktiserende læge.

Kontakt med praktiserende læger

Flere af stofbrugerne beskriver deres kontakt til egen praktiserende læge som god og uproblematisk, mens andre stofbrugere har dårlige erfaringer med deres praktiserende læge. Der kan være tale om såvel strukturelle som relationelle barrierer.

En kvinde i 40'erne fortæller, at hun synes, hun har et fint forhold til sin egen læge.

> Jeg har min praktiserende læge, som jeg bruger. De har læger deroppe [i rusmiddelbehandlingen], men de siger, at vi skal bruge vores egne praktiserende læger så vidt muligt, så det gør jeg. Jeg skal faktisk til lægen i morgen. Og jeg har misset en del aftaler. Jeg udskyder det så meget som overhovedet muligt. Men nu søger jeg pension - jeg er i ressourceforløb. Det kræver simpelthen en udredning, så der er ikke så meget der. Nu skal jeg derop. Så nu har jeg en tid i morgen klokken 12, og den har jeg tænkt mig at overholde.

Som det fremgår af interviewet med kvinden, forventer rusmiddelbehandlingsstedet, at hun går til sin praktiserende læge med sine fysiske skavanker (se også kapitel 7). Hun synes, at det er svært selv at huske at bestille tid, samtidig med at hun skal overholde forskellige aftaler med lægen. Men hun er klar over, at hun skal indfri de forventninger, der er til hende, så hun på længere sigt kan få mulighed for at søge pension.

Andre stofbrugere fortæller, at de har dårlige erfaringer med deres praktiserende læge. En mand omkring de 50 år fortæller, at da han fik sin lejlighed efter at have været hjemløs i 10 år, fik han også en praktiserende læge, som han ringede til. "Da jeg skulle søge pension, fik jeg en besked oppe fra kommunen. Jeg skulle henvende mig til min egen læge, fordi jeg skulle have en helhedsundersøgelse. Altså sådan en lægeerklæring." Manden fortæller, at han ringer til sin læge, som efter han har sagt sit navn i telefonen, svarer: "Jeg kender godt din slags, og du skal ikke tro, du kan komme herop og få medicin. Og så klask. Op hos kommunen og så søge en ny læge. Ham så jeg aldrig."

Manden fortæller, at han efterfølgende valgte at skifte læge på baggrund af den telefoniske kontakt med den praktiserende læge, som han oplevede nedladende og ubehagelig. Det gennemgående i fortællingerne om kontakten til egen læge er, at det er vigtigt for stofbrugerne, hvordan deres læge behandler dem. Og når de oplever, at de bliver mødt med en negativ attitude, får det den betydning, at de ikke opsøger hjælp til deres fysiske skavanker. Dette er et eksempel på stigmatisering, og den nedladende behandling kan opfattes som en relationel barriere. Dette stemmer overens med Pedersens fund (Pedersen 2018), om at nogle socialt udsatte borgere oplever, at den praktiserende læge er en fremmed, som ikke formår at udvise imødekommenhed og forståelse for livet som socialt udsat.

Mennesker uden fast bopæl har ikke en praktiserende læge, og det betyder, at nogle af de marginaliserede stofbrugere ikke har tilknytning til en praktiserende læge. Derfor må de nøjes med at bruge de lavtærskel-sundhedstilbud, som er målrettet stofbrugerne (se mere om det i kapitel 9).

Tænder

Mange stofbrugere har problemer med deres tænder. Som det ses af figuren 1 i kapitel 3, opgiver omkring 40 % af stofbrugerne i vores spørgeskemaundersøgelse, at de oplever problemer med deres tænder. Ofte er det tandsmerter, som præger deres hverdag. En kendt bivirkning ved opioider, herunder heroin og metadon, er nedsat spytsekretion, og denne mundtørhed øger risikoen for caries (huller i tænderne) betydeligt (Sundhedsstyrelsen 2017). En kvinde i fyrrerne fortæller, hvordan hun oplever, at hendes liv med et aktivt stofbrug og brugen af metadon har ødelagt hendes tænder.

> Og tænderne. Men det er metadonen. Jeg har fået metadon i 11 år, også nu, og først der fik jeg det flydende med sukker i, og det var rimelig heftigt. Det ødelægger simpelthen alt! Det ødelægger dine tænder.

De stofbrugere, som har tandsmerter, oplever ekstra behov for stoffer for at lindre deres smerter. Men deres dårlige tænder bidrager også til, at de føler sig stigmatiserede. Dette kan gøre, at de vælger at trække sig fra samvær med mennesker uden for stofmiljøet. Tænderne er en tydelig markør for ens sociale status, og her kommer stofbrugernes pressede økonomi til at betyde, at de ikke har råd til at få lavet deres tænder. I forhold til ulighed i sundhed slår uligheden tydeligt igennem i forbindelse med dårlige tænder, fordi tandlæger ikke er en del af det offentligt finansierede sundhedssystem (Ahlmark et al. 2018; Larsen & Bystrup 2013). Derfor betyder det også meget for stofbrugerne, at de kan få hjælp til at få lavet deres tænder. En mand midt i 30'erne fortæller, at hans behandlingssted har hjulpet med at søge om hjælp til at få lavet sine tænder: "De har hjulpet mig med at få søgt til nye tænder, så det skal jeg faktisk i gang med i morgen. For næsten 45.000 *kr.* for helt nye tænder. Og der græd jeg jo i to dage, da jeg fik det at vide." Manden er lykkelig over at skal have lavet sine tænder, så han kan slippe for smerter og samtidig slippe for at skille sig ud fra andre mennesker på grund af dårlige tænder.

Oplevelser af hospitaler

Nogle af stofbrugerne lider af alvorlige sygdomme, som betyder, at de er tilknyttet en hospitalsafdeling. Andre af stofbrugerne har udelukkende akutte kontakter til sundhedsvæsenet, hvis

de enten er kommet til skade og bliver hentet i en ambulance og på den måde ender på hospital, eller hvis de har mindre uheld, der gør, at de opsøger et lavtærskeltilbud med eksempelvis en byld, og derfra så bliver overført til et hospital.

En mand i slutningen af 60'erne, som bor i sin egen lejlighed i Nordvest, fortæller, at han foretrækker at tage på hospitalet: "Når jeg er stærkt angrebet," fremfor at opsøge sin praktiserende læge, som han har valgt ikke at komme hos. Han fortæller om en episode, hvor han ligger syg hjemme, og en ven kommer på besøg og prøver at overbevise ham om, at han skal indlægges.

> Jeg ville ligge en uge mere. Det sagde jeg også til min ven, bare en uge mere. Men det går ikke, Jens, du har lungebetændelse, om en uge er du død. Så sagde jeg, det gør ikke noget, jeg skal alligevel den vej. Men så sagde han stille og roligt, den er jo gal, for det er jo begge lunger. Så kom ambulancen også. […] De fik mig sgu op på mærkerne, det gjorde de. Jamen, jeg havde det virkelig godt på den afdeling, lungeafdelingen er et enormt dejligt sted. Det er det i hvert fald, de prøver alt for at gøre det godt for en, så man har det godt. Og jeg havde jo plastikslanger over det hele.

Den ældre mand fortæller, at han var glad for opholdet på hospitalet, og at han syntes, han blev behandlet godt. Han var indlagt i 18 dage og endte med at skrive takkebrev til afdelingen med hjælp fra en sygeplejerske. Manden fortæller, at den gode oplevelse med at være på hospitalet gav ham kræfterne tilbage, og han fik mod på at blive rask. Hans fortælling om, at han udskyder sin henvendelse til sundhedssystemet, indtil at han oplever det absolut nødvendigt, er noget, som også andre stofbrugere fortæller, de gør. At kontakten til sundhedssystemet udskydes, betyder, at stofbrugernes helbredssituation kan blive livstruende (Pedersen 2009).

En del af stofbrugerne har en kronisk sygdom, som betyder, at de har langvarige ambulante behandlingsforløb i sygehusvæsenet. Vi møder en mand, som er i starten af 50'erne. Han fortæller, at han har deltaget i et langt kræftbehandlingsforløb, samtidig med han har været boligløs og boet på herberg. I forløbet har han pga. testikelkræft fået fjernet begge testikler og er i behandling med kønshormoner. Dette betyder, at han stadig kommer regelmæssigt på hospitalet og får indsprøjtninger. En anden mand fra Nordvest, der er midt i trediverne, fortæller, at han har været i HIV-behandling i årevis, og at han oplever dette som uproblematisk.

> For jeg har været til en del undersøgelser for mine lunger og for mit HIV de sidste to måneder faktisk, og jeg skal igen i morgen. Og det har jeg gjort i 14 år, hvor jeg har haft HIV. Det er egentlig godt, trygt og velkendt. I alle de år jeg er kommet der, har det altid været den samme læge og den samme sygeplejerske. Så jeg har faktisk egentlig ikke noget

> dårligt at sige om hospitalet. Jeg ville jo helst komme der så lidt som muligt, men de gange jeg har måttet ringe dertil uden for nummer, er jeg blevet taget ind lige med det samme. Som sagt den her lungebetændelse, der har været her i lidt over en måned nu. Jeg er lidt træt af, at der ikke bliver gjort noget, og det har jeg også tænkt mig at sige i morgen, når jeg skal derud…

Manden fortæller, at han har et godt samarbejde med hospitalet og er tilfreds med den behandling, han modtager. Han synes selv, at han kan overskue at følge behandlingsforløbet uden hjælp fra en kontaktperson eller lignende.

Andre stofbrugere oplever, at det er svært at overskue alle de aftaler, de har med sundhedsvæsenet. En mand i midten af 50'erne fra Nordvest fortæller, at han har mange forskellige fysiske sygdomme og derfor kommer på mange forskellige hospitaler og hospitalsafdelinger. Manden fortæller, at det kan være svært at danne sig et overblik over alle de forløb, han indgår i. Han fortæller:

> Det er som regel Bispebjerg eller Riget eller Frederiksberg Hospital. Det er de tre, Frederiksberg, det er hjertet, Bispebjerg, det er lungerne, og leveren, det er Riget. Der bliver fulgt godt op på min lever.

Manden giver udtryk for, at han har styr på sine aftaler med sygehuset og selv formår at komme til de aftaler, han har. Det kan være en udfordring med så mange sygehuskontakter, og manden fortæller, at han synes, han bruger alt for meget tid på sygehusene.

Andre stofbrugere fortæller, at de slet ikke kan overskue alle deres aftaler med hospitalet. Nogle får hjælp af deres kontaktperson, ved at denne sørger for, at de overholder aftalerne på hospitalet. Andre nævner, at det er deres familie, der hjælper dem med at overholde deres aftaler. En mand i 50'erne fortæller, at han kontakter sin søster, når han skal på hospitalet. Grunden til, at det er hans søster, der tager med, er, at han er bange for de undersøgelser, som han skal igennem. Og at hun er den eneste, der kan berolige ham.

Hepatitisbehandling

Som beskrevet i kapitel 2 har vi i vores spørgeskemaundersøgelse spurgt stofbrugerne, om de var blevet testet positiv for hepatitis C. Dette har 38 % procent af stofbrugerne i undersøgelsen svaret ja til. Hepatitis eller leverbetændelse er således en meget almindelig sygdom blandt stofbrugere og en sygdom, som optager mange af dem. En mand i 40'erne, som er smittet med hepatitis C, bliver interviewet på Vesterbro, og han fortæller, at han gerne vil have behandling for sin hepatitis, men at

det ikke kan lade sig gøre lige nu. Som han har forstået, er der regler i forhold til aktivt stofbrug, som han skal leve op til for at modtage behandlingen mod hepatitis C.

> Ja, jeg vil gerne have en behandling på et tidspunkt, ikke? Nu er min infektion i bero og på den måde ikke smitsom. Men det er jo også smitbart med kæreste og sexliv og alt muligt andet. Så jeg vil da helst gerne have behandlet det. Og nu er jeg jo i rusmiddelbehandling. Så skal man ind på Rigshospitalet, eller også skal man have vist antal års stoffrihed og sådan noget. Nej, man kan ikke bare komme og få det. Man skal ligesom have et halvt års stoffrihed, så man ikke bare ødsler kuren væk.

Som det fremgår af dette interview, så er manden interesseret i at modtage en kur mod hepatitis C, men han er ikke blevet tilbudt behandling endnu. Han siger selv, det er, fordi han stadig har et aktivt stofbrug, og derfor ikke fremstår stabil nok til at kunne få en behandling. Dette er et eksempel på en fortælling om, hvad man som stofbruger har ret til, og hvad der ikke er muligt, så længe man er på stoffer. Sådanne fortællinger har betydning for, hvilke tilbud stofbrugerne opsøger. Og selvom manden faktisk har mulighed for at få medicinsk behandling, mens han er aktiv på stoffer, opsøger han ikke denne hjælp, formentlig fordi han har hørt fra andre stofbrugere, at dette ikke er muligt.

Kontakten med psykiatrien

Som det fremgår af kapitel 3, oplyser en stor del af de stofbrugere, som har svaret på vores spørgeskemaundersøgelse, at de oplever at have psykiske problemer. I undersøgelsen svarede 34 %, at de havde fået en diagnose. De mest almindelige diagnoser, som stofbrugerne oplyste om, var angst og ADHD, men også diagnoser som borderline, depression og skizofreni blev rapporteret.

Brugerne fortæller, at de har det svært psykisk, og de kobler ofte denne mistrivsel til oplevelser, de har haft i deres liv. Et eksempel er en mand omkring de 50 år, der fortæller, at han efter at have siddet i isolationsfængslet i ½ år har fået tvangstanker og depression. Dette har gjort, at han har fået svært ved at deltage i sociale sammenhænge og sidder nu mest derhjemme og tager de piller, han har fået udskrevet, for at dæmpe sine tanker.

Hvor eksemplet ovenfor fokuserer på sammenhængen mellem belastende livsomstændigheder og psykisk lidelse, så følger her et eksempel på en bruger, der oplever, at det er svært at få ordentlig behandling, når han opsøger hjælp i psykiatrien. Der er tale om en mand i 30'erne, som vi taler med i Nordvest, og som fortæller, at han har tilknytning til psykiatrien og har været indlagt et par gange. Han fortæller, at han ikke altid oplever, at det er nemt at få den hjælp, han ønsker sig, når han henvender sig i psykiatrien, fordi der er tale om korte indlæggelser og manglende kontinuitet i

personalegruppen. Han fortæller om en indlæggelse for noget tid siden, hvor han blev udskrevet efter 5 dage.

> Altså, jeg har søgt hjælp hos psykiatrien tre gange, og det er nok noget af det dårligste, jeg nok har prøvet. Ja, de siger, tag nogle piller. Du bliver set fem gange af fem forskellige læger, og så siger den sidste: ”Nå, men nu har du det bedre”. Hvordan du så kan regne den ud, når du aldrig har set mig før? Og så ”Tag for resten de her afhængighedsskabende beroligende piller”.

Han fortæller, at han oplever, at der er blevet skåret voldsomt ned i psykiatrien, hvilket gjorde, at de havde meget travlt med at få ham udskrevet igen. Samtidig oplevede han, at personalet ser på ham som misbruger og derfor ikke mener, at han er en del af målgruppen i psykiatrien.

Opsamling

Blandt stofbrugerne i undersøgelsen havde omkring halvdelen egen bolig, en fjerdedel boede på et botilbud, og en fjerdedel havde usikre boligforhold. Hjemløshed er en af de største risikofaktorer i forhold til sundhed, problematisk forbrug af stoffer, udsathed i forhold til vold med videre. At have en bolig er derfor en vigtig ressource for marginaliserede mennesker, herunder marginaliserede stofbrugere. Omvendt kan det at have sin egen bolig eller bo på herberg involvere nogle andre risici og belastninger.

I dette kapitel har vi givet et indblik i, hvordan stofbrugere i forbindelse med deres boligmæssige situation oplever muligheder og ressourcer på den ene side og risici og belastninger på den anden. Vi har vist, hvordan det at have egen bolig giver mulighed for at trække sig fra stofmiljøet, men også at det kan medføre ensomhed. Denne ensomhed kan betyde, at man igen søger mod stofmiljøet. Omvendt har vi vist, hvordan folk fra stofmiljøet så at sige kan invadere ens lejlighed, og at det kan være svært at få ud igen.

For nogle stofbrugere er herberger en ressource. Det kan bringe dem væk fra en ustabil boligsituation. Det kan også være et sted, hvor de har socialt samvær med andre mennesker, og hvor de kan få hjælp af praktikere. Omvendt kan et herberg være et belastende og risikofyldt miljø. Det kan for eksempel være et svært sted at bo, hvis man ønsker at lægge afstand til stofmiljøet. Det kan også være et svært sted at bo, hvis man ønsker ro eller et privatliv.

For de mest marginaliserede stofbrugere kan natcaféerne være en ressource, som kan bruges til at komme væk fra en endnu mere belastende situation såsom at sove i det offentlige rum. Men natcaféerne kan også i sig selv være en belastning. Det kan være et svært sted at finde ro til at sove,

og det kan være et sted, hvor man føler sig utryg, blandt andet fordi man risikerer at få stjålet sine ejendele.

I dette kapitel præsenterede vi endnu en dimension af nogle stofbrugeres problemer med at navigere i forhold til velfærdstilbuddene, som vi også var inde på i kapitel 7. Marginaliserede stofbrugere kan have svært ved at leve op til de krav og vilkår, der er forbundet med at få adgang til ydelser og services. Det betyder, at det, der skulle fungere som velfærdstilbud, nogle gange bliver en belastning. Derfor er særligt kontaktpersonernes arbejde med at hjælpe stofbrugerne med at navigere i forhold til velfærdstilbuddene og at skærme dem fra de værste belastninger vigtigt.

Case 11 Livet som hele tiden er ved at stoppe på grund af rusmidlerne

Kirsten er omkring de 60 år og har dannet par med Hans de sidste 20 år. Kirsten bor i en lejlighed i Nordvest, mens Hans er boligløs. De har egentligt et ønske om at flytte sammen, men har ikke råd til det på grund af den gensidige forsørgelsespligt. Kirsten mødte Hans, da de var i stoffri behandling på en døgninstitution. Her blev de begge stoffri. I de tyve år, de har kendt hinanden, har de hovedsageligt været i arbejde og stoffri, dog afbrudt af nogle voldsomme tilbagefald. Det har været så slemt, at Kirsten har været ved at dø af det:

> Jeg har været på kokain her det sidste halvandet år, og det har fanden skabt. Men nu har jeg ikke taget noget i 5 dage. Og jeg rører det ikke. Jeg rører det ikke!… Ved du hvad, jeg blev indlagt på hospitalet, og jeg var lige ved at dø.

I sit sidste tilbagefald var Kirsten ved at dø flere gange. Hun fortæller, at hun, på trods af sin høje alder og af at det bliver farligere og farligere for hende med disse tilbagefald, ikke skammer sig over den manglende kontrol over sit stofbrug. Men både hende og Hans ønsker inderligt at stoppe helt med at tage stoffer:

> Vi magter ikke mere, og vi magter ikke, at vi ikke har nogen penge tilbage den ottende [i hver måned]. Og at vi skal gå rundt og låne. Det er frygteligt altså. Vi er blevet for gamle, og vi kan ikke skaffe de penge. Jeg mener, før i tiden kunne jeg bare gå ud og stjæle lidt kød.

Kirsten og Hans har søgt om at komme i stoffri døgnbehandling, men har udelukkende fået tilbudt metadonbehandling. Det, synes de ikke, er nok til at hjælpe dem ud af kokainmisbruget. De dage Kirsten ikke tager kokain, lever hun et stille og roligt liv i sin lejlighed. Hun bruger tid på at strikke, at hjælpe sin nabo, som er en ældre dame, og at passe sit barnebarn. Kirsten synes, hun trives godt hjemme i sin lejlighed, men at hun periodevis også keder sig. I disse perioder begynder livet på gaden og særligt rusmidlerne at kalde på hende. Lige for tiden er det svært for hende at blive hjemme, selvom hun godt ved, at det er farligt for hende at opsøge stofmiljøet:

> Jeg har besluttet mig for at holde mig væk derfra. Også fordi jeg bliver snydt i hoved og røv, og der er øretæver i luften. Specielt pigerne er rigtig grove over for mig. Så jeg tør ikke

> at komme derinde… Altså jeg kan mærke, at jeg er et let offer både på grund af min alder, men også [på grund af] mit køn.

At komme i stoffri døgnbehandling igen er et af Kirstens største håb. Hun ved, at det er svært, fordi hun er ældre, men er overbevist om, at det er den eneste måde, hvorpå hun kan blive stabil igen. Men hun føler, at hun snart har brugt sin sidste chance: “Der er ikke mere tilbage. Der er ikke flere muligheder. Jeg gider ikke mere.”

SKYEN

Kapitel 13 Konklusion

Katrine Schepelern Johansen, Kristian Relsted Fahnøe, Mette Kronbæk, Nanna Kappel & Esben Houborg

Bogens konklusion falder i to dele. I første del samler vi op på kendetegnene ved de tre stofmiljøer, vi har undersøgt. I anden del besvarer vi vores tre forskningsspørgsmål, som er præsenteret i indledningen.

Stofmiljøerne

De tre stofmiljøer, som vi har undersøgt i København, er: Vesterbro, Nordvest og Sundholm på Amager. Selv om stoffer er tilgængelige i alle tre kvarterer, er der markant forskel på stofmiljøerne i de tre kvarterer.

Vesterbro

Indre Vesterbro er en åben stofscene (Bless, Korf et al. 1995, Renn & Lange 1996). Det vil sige, at det er et sted, hvor stoffer handles og indtages forholdsvis åbenlyst i det offentlige rum. Her færdes mange stofbrugere i et begrænset byområde, der deles med beboere, erhvervsdrivende, turister, gymnasieelever og mange andre. Der er forholdsvis lidt interaktion mellem stofbrugere og de andre, der færdes i området, hvilket efterlader et indtryk af to parallelle verdener i samme byområde.

Nogle af stofbrugerne, der færdes på Vesterbro, bor i området, for eksempel på Mændenes Hjem, men hovedparten kommer fra andre dele af København, fra omegnskommunerne, andre dele af landet eller fra udlandet. Nogle er hjemløse, andre er tilknyttet et asylcenter, og atter andre har en bolig et sted, men opholder sig på Vesterbro længere tid ad gangen. Denne gruppe sover på nogle af lavtærskeltilbuddene i området, i det offentlige rum, eller hvor de ellers kan komme til det.

På Vesterbro findes flere lavtærskeltilbud, hvor stofbrugere og andre socialt marginaliserede mennesker kan få hjælp. Disse tilbud omfatter væresteder, stofindtagelsesrum, sundhedsklinikker, forskellige muligheder for gratis eller billig mad og overnatning.

Stofbrugere kommer på Vesterbro af forskellige årsager. Den vigtigste grund er for de fleste at deltage i stofmarkedet som sælgere eller købere eller begge dele. En anden vigtig grund for nogle er, at de kan ’lave penge’ på Vesterbro for eksempel ved at hustle, sælge sex eller sælge stoffer. For

nogle er Vesterbro også et sted, hvor man kan have socialt samvær med andre mennesker, hvad enten det er med andre stofbrugere eller med ansatte og brugere på de forskellige lavtærskeltilbud i området. Endelig er der også nogle, som kommer på Vesterbro for at bruge de forskellige tilbud i området på grund af den lettere adgang, der er til at få hjælp i området. Et eksempel kan være, at man opsøger en af sundhedsklinikkerne på Vesterbro, fordi man ikke kan eller vil bruge det ordinære sundhedsvæsen. Det vil sige, at Vesterbro tilbyder forskellige materielle, sociale og affektive ressourcer, som er attraktive for i hvert fald nogle stofbrugere. Men samtidig med at Vesterbro er et sted, der kan give adgang til ressourcer, er det også et sted, der er forbundet med en række forskellige risici og belastninger. Det handler særligt om de risici, der er forbundet med det meget aktive stofmiljø, der findes i området. Det kan for eksempel være faren for at blive udsat for tyveri, vold og overgreb eller faren for at komme til at bruge flere stoffer, end man ønsker, og måske blive 'fanget' i mere eller mindre ukontrollabelt forbrug af stoffer. Derfor kan stofmiljøet på Vesterbro også være forbundet med en følelse af ambivalens for nogle stofbrugere. De er på den ene side tiltrukket af det, men ved på den anden side godt, at det er ikke uden risici at komme der.

Sundholm, Amager

I modsætning til Vesterbro er stofmiljøet på Sundholm tydeligt afgrænset fra det øvrige bymiljø, og selv om stofaktiviteter foregår forholdsvis åbenlyst, har det ikke på samme måde karakter af en åben stofscene. Stofmiljøet er også mindre aktivt end på Vesterbro, og udbuddet af stoffer er mindre, og derfor bevæger nogle af de stofbrugere, der opholder sig på Sundholm, sig nogle gange udenfor området, særligt til Vesterbro, for at købe stoffer. Ligeledes kan det være nødvendigt at forlade området for at engagere sig i forskellige former for indkomstgenererende aktiviteter.

De mennesker, der færdes på Sundholm, er for de flestes vedkommende brugere af de forskellige tilbud eller ansatte på tilbuddene, men der kommer dog også folk fra andre dele af Amager og København for enten at benytte natcaféen i området eller for at være en del af miljøet på Sundholm. Mange af de mennesker, der opholder sig på Sundholm, overnatter på områdets botilbud, herberg og natcafé. Miljøet på Sundholm er præget af, at der udover brugerne af hårde stoffer, som har været fokus for vores undersøgelse, også er grupper, hvis primære rusmiddel er alkohol og/eller cannabis. Nogle gange interagerer de forskellige grupper med hinanden, andre gange gør de det ikke. En stor del af brugerne føler sig hjemme på Sundholm og oplever området som et sted, hvor de kan omgås andre mennesker, som de deler erfaringer med, og som ikke stigmatiserer dem. Men samtidig er det

afgrænsede miljø på Sundholm også et sted, hvor der ofte er uro, larm, intriger og voldsomme hændelser, som kan virke belastende.

Sundholm er præget af en koncentration af tilbud, der har marginaliserede borgere som målgruppe. Der findes for eksempel sundhedsklinik, værested, natcafé og beskæftigelsestilbud. Fordi området er afgrænset fra resten af det omgivende byområde, kan det nærmest opleves som en inddæmning af marginaliserede mennesker. Nogle af dem, der bor på Sundholm, fortæller, at de oplever det som en vigtig forbedring af deres situation at have fået et sted at bo, samtidig giver Sundholm dem også mulighed for at benytte sig af de forskellige tilbud, der findes i området.

Ligesom Vesterbro er Sundholm altså et sted, der på den ene side kan give adgang til materielle, sociale og affektive ressourcer, men som på den anden side også kan virke belastende. Dog virker miljøet på Sundholm til at være mindre belastende eller være belastende på en anden måde end miljøet på Vesterbro. I hvert fald for nogle stofbrugere. For som vi har været inde på, afhænger den potentielle belastning i stofmiljøet i høj grad af den enkelte bruger og dennes position i miljøet.

Nordvest

Nordvestkvarteret er geografisk større end de to andre områder, og stofmiljøet er mere spredt og mindre synligt, end det er tilfældet med de to andre områder i undersøgelsen. Stofmiljøerne i Nordvest findes især omkring nogle af velfærdstilbuddene i området, for eksempel herberget i Hillerødgade og rusmiddelbehandlingstilbuddene, men også forskellige steder i det offentlige rum, hvor små grupper af stofbrugere samles, samt i private lejligheder. Der er således ikke tale om en åben stofscene, som på Vesterbro og til dels på Sundholm. En anden forskel i forhold til de to andre stofmiljøer er, at stofmiljøerne i Nordvest primært består af mennesker, der bor i området, hvorimod stofmiljøerne på Vesterbro og Sundholm, men især på Vesterbro, omfatter mennesker, der kommer andre steder fra. Ligesom det var tilfældet med stofbrugere på Sundholm, så tager stofbrugere fra Nordvest nogle gange ind til Vesterbro for at købe stoffer, men også for at møde venner og bekendte og benytte de lavtærskeltilbud, der findes dér.

Mange af de marginaliserede stofbrugere i Nordvest har egen lejlighed i bydelen, men der findes også herberg, natcafé og botilbud. Sammenlignet med Vesterbro er der færre lavtærskeltilbud i Nordvest, og de er spredt ud over et meget større område. Der er ikke lavtærskeltilbud målrettet stofbrugere, som for eksempel stofindtagelsesrum. Desuden er en del af de tilbud, der findes i området, rettet mod lidt andre grupper af socialt udsatte end marginaliserede stofbrugere, eksempelvis mennesker, der drikker alkohol, eller folk med psykiske lidelser.

I Nordvest er stofmiljøet således mindre aktivt end stofmiljøet på Vesterbro, hvilket også gør det mindre farligt. Omvendt betyder det også, at noget af den spænding og den sociale kontakt med andre stofbrugere, som er forbundet med at komme i stofmiljøet på Vesterbro, også er mindre. Fordi en del af stofbrugerne ikke engagerer sig i andre aktiviteter end dem, der er forbundet med behandlingen, kan tilværelsen i Nordvest af nogle stofbrugere opleves som kedelig. Samtidig kan det føre til ensomhed, hvis man helt eller delvist har trukket sig fra det aktive stofmiljø, hvis man ikke har noget at sætte i stedet for. Netop ensomhed og kedsomhed var noget, som fyldte en del i interviewene med stofbrugere i Nordvest. For nogle stofbrugere er der således også en bagside ved det mindre risikofyldte stofmiljø, de oplever i Nordvest, og derfor bliver tilværelsen i Nordvest også beskrevet med en vis ambivalens af nogle stofbrugere. En anden ting, som er anderledes for stofbrugerne i Nordvest, er, at de har adgang til langt færre lavtærskeltilbud i nærområdet end stofbrugerne på Vesterbro og på Sundholm. På den måde kan Nordvest ses som et område, der på den ene side er mindre risikofyldt end Vesterbro, men på den anden side også savner den lette adgang til især materielle, men i et vist omfang også sociale og affektive ressourcer, som lavtærskeltilbuddene i de to andre områder giver.

Forskningsspørgsmålene

Vores undersøgelse har haft tre overordnede forskningsspørgsmål, som har været styrende for vores dataindsamling og vores beskrivelser og analyser i denne bog. Spørgsmålene er:

1. Hvordan oplever marginaliserede stofbrugere deres hverdagsliv i og uden for stofmiljøerne?
2. Hvordan oplever marginaliserede stofbrugere, at tilbud og indsatser påvirker deres belastninger og ressourcer?
3. Hvilke muligheder og begrænsninger oplever praktikere i deres arbejde med marginaliserede stofbrugere?

I de efterfølgende tre underafsnit besvarer vi disse tre spørgsmål.

Stofbrugernes hverdagsliv i og uden for stofmiljøerne

Langt de fleste af de stofbrugere, der har deltaget i vores undersøgelse, har et større eller mindre forbrug af illegale stoffer, hvilket betyder, at de også i større eller mindre grad færdes i stofmiljøerne rundt omkring i København.

Der er forskel på, hvordan de enkelte personer, der deltager i undersøgelsen, forholder sig til stofmiljøerne og andre stofbrugere. Nogle oplever det som forholdsvis uproblematisk at være en del

af stofmiljøerne, og nogle har deres tætteste sociale relationer med andre stofbrugere. I både spørgeskemaundersøgelsen og i de kvalitative interviews, så vi, at nogle af stofbrugerne oplever andre stofbrugere som en støtte i deres liv.

På den anden side stødte vi - især i de kvalitative interviews - også på stofbrugere, som tog afstand fra stofmiljøerne og ønskede at have så lidt at gøre med andre stofbrugere som muligt. Det var især nogle af dem, som havde lagt livet som aktive stofbrugere mere eller mindre bag sig. Især hos denne gruppe af stofbrugere hørte vi ofte om ensomhed som et problem, når man lægger stofmiljøet bag sig og ikke får de sociale relationer, man havde dér, erstattet med andre.

For en del af stofbrugerne var stofmiljøerne og forholdet til andre stofbrugere præget af ambivalens. På den ene side skaber deltagelse i stofmiljøerne ressourcer i form af stoffer og penge, samt mulighed for venskaber og socialt samvær. Dette kan bryde oplevelsen af ensomhed, som præger hverdagen for en del stofbrugere. Stofmiljøerne giver mulighed for at være sammen med mennesker, der ligner en selv, som forstår en og måske værdsætter ens evne til at begå sig i miljøet. Stofmiljøerne kan derved for nogle stofbrugere være et alternativ til andre sociale fællesskaber, hvor de oplever sig stigmatiserede.

På den anden side kan stofmiljøerne også opleves som risikofyldte, fordi de indebærer en risiko for at blive udsat for vold, overgreb og tyveri. I stofmiljøerne er der en stor sandsynlighed for at møde utryghedsskabende og voldsparate mennesker, hvilket selvfølgelig har betydning for stofbrugernes færden i miljøerne. Vi har brugt begrebet ’gadekapital’ til at beskrive de ressourcer, som det kræver at kunne klare sig i disse miljøer. En anden risiko, som også kan være med til at skabe et ambivalent forhold til stofmiljøerne, er den oplevelse, som nogle stofbrugere har af, at deltagelse i stofmiljøerne er med til at fastholde dem i et (for stort) forbrug af stoffer.

I spørgeskemaundersøgelsen så vi en divergens mellem de forskellige stofmiljøer med hensyn til, om stofbrugerne svarede, at de oplevede andre stofbrugere, som en støtte i deres liv. Det var således en markant større andel, der svarede, at de oplevede stofbrugere som en støtte i Nordvest end på Vesterbro. Det afspejler sikkert, at stofmiljøet på Vesterbro er hårdere og mere hektisk end i Nordvest, hvilket også kommer frem i de kvalitative interviews med stofbrugere.

For en stor del af stofbrugerne spiller stoffer en vigtig rolle i hverdagen og i deres interaktion og relationer med andre mennesker. Når man er sammen med andre stofbrugere, kommer samtaler og aktiviteter let til at handle om at skaffe eller bruge stoffer. Den løbende kamp for at skaffe sig adgang til stoffer kommer derfor let til at fylde meget i hverdagen. Det gælder selvfølgelig især for stofbrugere, som ikke er i behandling, men også for stofbrugere som har en ustabil boligsituation.

Stofferne i sig selv er også omgivet af betydelig ambivalens. Stofferne fungerer både som problemløser og problemskaber. De kan tilføre livet mening og nydelse og være en måde at håndtere fysiske og psykiske lidelser og belastninger på. På den anden side kan de også være med til at skabe bekymringer, stress, gæld og fysiske og psykiske problemer.

Som sagt oplever nogle stofbrugere at have tillidsfulde relationer med andre stofbrugere, mens andre oplever det modsatte. Hvis man ikke har andre at være sammen med, kan det føre til ensomhed. Imidlertid har vi set, at en del stofbrugere har relationer med mennesker, som ikke bruger stoffer, og at disse relationer spiller en vigtig rolle i deres liv. Det drejer sig om relationer med familien, men også med andre mennesker. Relationerne uden for stofmiljøerne giver mulighed for andre former for samvær, hvor stofferne ikke dominerer, og stofbrugerne fremstiller også ofte disse relationer som en støtte.

Selvom en del af stofbrugerne har værdifulde relationer med andre mennesker, som ikke bruger stoffer, så er det meget få af stofbrugerne der deltager i aktiviteter og sociale fællesskaber, som ikke er stofrelaterede. På den måde ser en væsentlig del af stofbrugerne ud til at leve en tilværelse på kanten af samfundet uden at være inkluderet i ’mainstream’-samfundets sociale fællesskaber. Med andre ord ser en del af stofbrugerne ud til at have problemer med at få realiseret det ’levede medborgerskab’, som vi omtalte i indledningen. I undersøgelsen har vi identificeret meget få sociale arenaer, der ikke var stofrelaterede på denne ene eller anden måde, som stofbrugerne kunne eller ville deltage i.

De stofbrugere, der deltager i aktiviteter uden for stofmiljøerne, beskriver disse aktiviteter som positive, og ofte optræder de som en måde at få en pause og komme væk stofmiljøerne. Både relationerne og aktiviteterne uden for stofmiljøerne kan give oplevelser af tilhørsforhold i forhold til noget andet end stofmiljøerne.

Marginaliserede stofbrugeres oplevelser af tilbud og indsatser

Der er ikke nogen tvivl om, at de mange forskellige tilbud og indsatser, som stofbrugerne benytter, har en afgørende positiv betydning for dem, da det giver dem adgang til både materielle, sociale og affektive ressourcer. Materielle i form af for eksempel mad, medicin, tag over hovedet og kontanthjælp. De sociale ressourcer tager form af eksempelvis relationer til praktikere, der anerkender dem og yder omsorg, men det kan også være andre brugere af tilbuddene. De affektive ressourcer oplever stofbrugerne eksempelvis i form af glæde ved socialt samvær, kontakt med praktikere, som følger med i deres liv eller giver dem håb for fremtiden. De to sidste typer af ressourcer afspejler sig

også i, at kontaktpersoner og behandlere kommer ind på en andenplads blandt de personer, som brugerne oplever som en støtte i deres liv. Flere af de marginaliserede stofbrugere beskriver også praktikerne som en form for pårørende. De fortæller om relationerne til praktikerne som værende nære og betydningsfulde og som en støtte til at klare hverdagens opgaver. Det er et gennemgående træk, at stofbrugere i vid udstrækning oplever praktikerne som personer, der vil dem godt, og kun i begrænset omfang som repræsentanter for et system. Så selvom disse relationer er professionaliserede og til tider flygtige, oplever stofbrugerne dem både som social og følelsesmæssigt værdifulde.

Visse velfærdstilbud fremstår dog i højere grad som præget af en vis ambivalens. Det gælder ikke mindst substitutionsbehandling. På den ene side giver tilbuddet adgang til vigtige ressourcer: substitutionsmedicin, kontaktpersoner og behandlere. På den anden side oplever nogle brugere, at systemet stiller for store krav til dem som betingelse for at få adgang til substitutionsmedicin. Det kan for eksempel være, at de skal affinde sig med at indtage medicinen overvåget, at de skal fremmøde på behandlingsstedet flere gange ugentligt, eller at de ikke kan få den dosis, som de mener, er nødvendig. Her oplever brugerne, at deres selvbestemmelse bliver begrænset, og nogle oplever, at den bliver så begrænset, at de hellere vil undvære behandlingen.

De velfærdstilbud, som understøtter socialt samvær med praktikere og andre stofbrugere, er for en del stofbrugere vedkommende afgørende for, at de faktisk deltager i konstruktivt socialt samvær. Det er særlig vigtigt for de stofbrugere, der ikke indgår i relationer eller aktiviteter, der ligger uden for stofmiljøerne. Disse tilbud har også for nogen den positive betydning, at de kan komme væk fra de uregulerede stofmiljøer, om end det kun er for en stund. Nogle brugere har også negative erfaringer med stigmatisering og afvisning i kontakten med velfærdstilbuddene. Vi har bl.a. beskrevet eksempler på dette i forbindelse med kontakten med sundhedsvæsenet, selv om der også er stofbrugere, der beretter om gode forløb her. Ligeledes viser vores undersøgelse, at det kan være svært at leve op til de betingelser, der er forbundet med at modtage kontanthjælp.

Praktikernes oplevelser af arbejdet med marginaliserede stofbrugere

Flertallet af de marginaliserede stofbrugere i vores undersøgelser har, til trods for deres marginalisering, kontakt til mange velfærdstilbud. Der er således mange aktører i spil rundt om de enkelte stofbrugere, og der bruges mange ressourcer blandt praktikerne på at koordinere de forskellige indsatser. I dette arbejde udnytter praktikerne deres personlige kendskab til de andre aktører. Det betyder, at meget af det koordinerende arbejde rundt om de marginaliserede stofbrugere er

personbåret og dermed personafhængigt, fremfor at være styret af en gennemskuelig, organiseret logik.

Praktikerne fortæller, at stofbrugerne har nemmest ved at holde kontakten til de tilbud, der er rettet specifikt mod dem og deres nogle gange kaotiske liv. Dette er for eksempel tilbud uden tidsbestilling, hvor man kan komme ind fra gaden, og hvor der er en vis tolerans i forhold til stofbrugernes adfærd. Tilbud, der i højere grad er rettet mod andre dele af befolkningen, giver i højere grad stofbrugerne udfordringer, det gælder eksempelvis tilbud i det almindelige sundhedsvæsen. Der er ikke nogen tvivl om, at de love og vejledninger, der styrer store dele af sundhedsvæsenet og beskæftigelsesområdet, er noget af det, som skaber problemer for de marginaliserede stofbrugere, fordi de har svært ved at efterleve de krav og betingelser, de involverer.

Praktikerne i lavtærskeltilbuddene og i tilbuddene rettet mod de marginaliserede stofbrugere fortæller om, at de bruger en del af deres tid på at hjælpe stofbrugerne med at fastholde kontakten til systemerne og at forsøge at undgå, at stofbrugerne oplever sanktioner. Disse ses eksempelvis i beskæftigelsessystemet, hvor manglende fremmøde til en samtale på kommunen kan betyde, at en stofbruger bliver trukket i kontanthjælpen. Eller hvor manglende afhentning af substitutionsmedicin kan betyde en markant lavere dosis næste gang, stofbrugeren fremmøder på rusmiddelcenteret.

Noget andet, praktikerne oplever, er mangel på tilbud til de mest marginaliserede stofbrugere. De fortæller, at mange af de etablerede tilbud er for firkantede eller ikke fleksible nok i forhold til at kunne etablere kontakt og rumme de mest marginaliserede. Det gælder ikke mindst dem, der også er rettet mod andre målgrupper. Eksempelvis opleves mulighederne for psykiatrisk udredning og behandling dårligt gearede til at kunne rumme folk, der ud over en psykisk lidelse også har et kaotisk stofbrug. Nogle af disse oplevelser kan ses som udtryk for, at velfærdinstitutionerne medvirker til at reproducere marginaliserede stofbrugeres ’strukturelle sårbarhed’ og dermed ikke medvirker til at reducere deres belastninger. I vores undersøgelse har vi set mange eksempler på, hvordan praktikere derfor må hjælpe stofbrugere med at navigere i forhold til velfærdsinstitutionerne og hjælpe dem med at komme uden om de barrierer, de støder på i forhold til at få den hjælp de har brug for og ret til.

Referencer

Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M. & Ekholm, O. (2018). *SUSY Udsat 2017: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007.* Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed. SDU.

Amager Vest Lokaludvalg (2017). *Bydelsplan for Amager Vest 2017-2020*. Københavns kommune.

Amager Vest Lokaludvalg (2019). *Høringssvar fra Amager Vest Lokaludvalg vedr. Københavns Kommunes Afdækning af indsatsen for udsatte stofbrugere i Københavns Kommune.*

Anderson, E. (2000). *Code of the Street: Decency, Violence, and the Moral Life of the Inner City*, WW Norton & Company.

Asmussen, V. & Kolind, T. (2005). *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling – Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.

Benjaminsen, L., Birkelund, J. F., Enemark, M. H. & Andrade, S. B. (2018). *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet: Samfundsøkonomiske aspekter*. VIVE – Det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd.

Benjaminsen, L. (n.d.) *Assertive Community Treatment (ACT). Manual*. https://socialstyrelsen.dk/filer/voksne/hjemloshed/assertive_community_treatment_act_manual.pdf, tilgået 141021.

Bless, R., Korf, D. J., & Freeman, M. (1995). Open drug scenes: A cross-national comparison of concepts and urban strategies. *European Addiction Research, 1*(3), 128-138.

Bourdieu, P. (2004). *Af praktiske grunde - omkring teorien om menneskelig handlen*. Hans Reitzels Forlag

Bourgois, P., Hart, L.K., Montero, F. & Karandinos, G. (2018). The Political and Emotional Economy of Violence in US Inner City Narcotics Markets. In: Weininger, E.B., Lareau, A., Lizardo, O. (ed.) *Ritual, Emotion, Violence*, Routledge, 46-77.

Bourgois, P., Prince, B.& Moss, A. (2004). The Everyday Violence of Hepatitis C Among Young Women Who Inject Drugs in San Francisco. *Human Organization 63*(3), 253-264.

Bourgois, P. I. & Schonberg, J. (2009). *Righteous dopefiend.* Berkeley: University of California Press.

Busch, S., Düring, S.W., Jensen, K., Johansen, K.S., Mårtensson, S. & Larsen, J.L. (2020). Kompetencecenter for Dobbeltdiagnoser svarer på syv spørgsmål til psykiatrien. *STOF. Viden om rusmidler og samfund*, nr. 35, 46-49.

Cohen, L. E. & Felson, M. (1979). Social Change and Crime Rate Trends: A Routine Activity Approach. *American Sociological Review*, *44*(4), 588-608.

Collins, R. (2014). *Interaction Ritual Chains*: Princeton University Press.

Corsi, K. F., Lehman, W. K. & Booth, R. E. (2009). The effect of methadone maintenance on positive outcomes for opiate injection drug users. *Journal of substance abuse treatment, 37*(2), 120-126.

Coumans, M. & Spreen, M. (2003). Drug Use and the Role of Homelessness in the Process of Marginalization. *Substance Use & Misuse, 38*(3-6), 311-338.

Coumans, M.A.M., Knibbe, R. A. & van de Mheen, D. (2006). Street-Level Effects of Local Drug Policy on Marginalization and Hardening: An Ethnographic Study Among Chronic Drug Users. *Journal of Psychoactive Drugs 38*(2), 161-171.

Dahl, H. (2006). The methadone game: Control strategies and responses. In: Hanson, G.R., Venturelli, P.J., Fleckenstein, A.E. (ed.) *Drugs and Society*. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 102-115.

Diderichsen, F., Andersen, I., Manual, C., Andersen, A.-M. N., Bach, E., Baadsgaard, M., Jørgensen, T. & Søgaard, J. (2011). Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. *Scandinavian Journal of Public Health, 40* (Supplement 8), 1-105.

Duff, C. (2010). Enabling places and enabling resources: New directions for harm reduction research and practice. *Drug and Alcohol Review 29*(3), 337-344.

Duff, C. (2016). Atmospheres of recovery: Assemblages of health. *Environment and Planning A, 48*(1), 58-74.

Duncan, T., Sebar, B., Lee, J. & Duff, C. (2019). Mapping the spatial and affective composition of care in a drug consumption room in Germany. *Social & Cultural Geography 22*(5), 1-20.

Ege, P. (1997). *Stofmisbrug. Baggrund, konsekvenser, behandling*. København: Hans Reitzels Forlag.

Fahnøe, K.R. (2018). Emotional Geographies of Urban Homeless People's avoidance of Places Providing Social Services. *European Journal of Homelessness 12*(2), 15-34.

Felson, M. (2002). *Crime and Everyday Life*. London: Sage.

Fields, A. & Walters, J.M. (1985). Hustling: Supporting a Heroin Habit. In *Life with heroin. Voices from the inner city*. B. Hanson, G. Beschner, J. M. Walters and E. Bovelle (ed.). Lexington: Lexington Books, 49-74.

Frølich, A., Olesen, F. & Kristensen, I. (2017). *Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng*. http://multisygdom.dk/wp-content/uploads/2017/03/Hvidbog-til-net_2_rettet1.pdf, tilgået 141021.

Fugelstad, A., Stenbacka, M., Leifman, A., Nylander, M. & Thiblin, I. (2007). Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction, 102*(3), 406-412.

Fullerton, C. A., Kim, M., Thomas, C. P., Lyman, D. R., Montejano, L. B., Dougherty, R. H. & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Medication-assisted treatment with methadone: assessing the evidence. *Psychiatric services, 65*(2), 146-157.

Gibson, D. R., Flynn, N. M., & McCarthy, J. J. (1999). Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *Aids, 13*(14), 1807-1818.

Gilchrist, G., Cameron, J., & Scoular, J. (2005). Crack and cocaine use among female prostitutes in Glasgow: Risky business. *Drugs: education, prevention and policy, 12*(5), 381–391.

Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues 39*, 143-174.

Gomart, E. (2002), Towards generous constraint: freedom and coercion in a French addiction treatment. *Sociology of Health and Illness, 24*(5), 517-549

Gomart, E. (2004). Surprised by Methadone: In Praise of Drug Substitution Treatment in a French Clinic. *Body & Society*, *10*(2-3), 85-110.

Hamer, H. P., Finlayson, M. & Warren, H. (2014). Insiders or outsiders? Mental health service users' journeys towards full citizenship. *International Journal of Mental Health Nursing 23*(3), 203-211

Holt, M. (2007). Agency and dependency within treatment: Drug treatment clients negotiating methadone and antidepressants. *Social Science & Medicine*, *64*(9), 1937-1947.

Houborg, E., Søgaard, T. F. & Kammersgaard, T. (2019). Kontrol og skadesreduktion i forhold til en åben stofscene. I: *Rusmiddelbrugere i Krydsfeltet Mellem Sektorer Og Fagligheder.* Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 91-112.

Houborg, E., Holt, J. & Bancroft, M. (2018). *Brugerundersøgelse af stofindtagelsesrummet H17*. København: Center for Rusmiddelforskning.

Houborg, E. & Holt, J.W. (2018). *Stofmiljø og hverdagsliv på Indre Vesterbro*. København: Justitsministeriets Forskningskontor.

Houborg, E., Schrøder, S. & Kammersgaard, T. (2021). *Undersøgelse af COVID-19 nedlukningens betydning for socialt udsatte stofbrugere på Vesterbro*. København: Center for Rusmiddelforskning.

Jacobsen, B., Tanggard, L. & Brinkmann, S. (2010) Fænomenologi I: Tanggaard, L., Brinkmann, S. (red.) *Kvalitative metoder En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Jakobsen, J. S., Kloster, M. L., Christensen, L., Johansen, K. S., Kappel, N., Kronbæk, M., Fahnøe, K. R. & Houborg, E. (2022). Trade-offs in substitution treatment: A qualitative study of an opioid substitution therapy clinic as an enabling and a risk-environment. *Contemporary Drug Problems 41*(1), 64-83.

Johansen, K. S. (2018) Treatment of Dual Diagnosis in Denmark: Models for Cooperation and Positions of Power. *Qualitative Studies 5*(2), 125-139.

Johnson, G. & Chamberlain, C. 2008. Homelessness and Substance abuse: Which Comes First? *Australian Social Work 61*(4), 342-356.

Klee, H. & Morris, J. (1995). Factors that characterize street injectors. *Addiction, 90*(6), 837-841.

Kronbæk, M., Fahnøe, K., Johansen, K.S, Houborg, E., Pedersen, S. M. & Kappel, N. (2022). Køn, stoffer og vold: Marginaliserede kvinders hverdagsliv på den åbne stofscene i København I: Houborg, E. Kammersgaard, T., Bach, J.S. & Bancroft, M. (red.) *Byen og Rusmidlerne*. Aarhus: Aarhus Universitets Forlag.

Kwiatkowski, I. & Booth, R.E. (2000). Differences in HIV Risk Behaviors Among Women Who Exchange Sex for Drugs, Money, or Both Drugs and Money. *AIDS and Behavior 4*(3), 233-240.

Københavns Kommune (2017). *Instruks om substitutionsbehandling.* Revideret 1.12.2019. København: Københavns Kommune.

Københavns Kommune (2020). *Høringssvar vedr. yy-markering*:

Vedr. partshøring inden rehabiliteringsmøde og brugen af YY-markeringer (kk.dk)

Besvarelse af henvendelse om opfølgende spørgsmål på YY-markeringer. (kk.dk)

Københavns kommune (2018a). *Handleplan på hjemløseområdet* | Københavns Kommune (kk.dk)

Københavns kommune (2018b*). Socialstrategi 2018-2022. En by med plads til alle*. København: Københavns kommune.

Københavns Kommune (2021). *Københavns Kommunes Tryghedsundersøgelse 2020*. www.kk.dk/artikel/tryghedsundersoegelsen

Larsen, J. E. (2002). Marginale mennesker i marginale rum. I: Järvinen, M., J. E. Larsen og N. Mortensen: *Det magtfulde møde mellem system og klient.* Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Larsen, K. & Bystrup, M.R. (2013). Marginale: Udsatte, men ikke kun socialt – om konstruktionen ”socialt udsatte” anvendt i politik, administration og videnskab. *Praktiske grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og socialvidenskab 7*(1-2), 53-72.

Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.

Lister, R. (2007). Inclusive Citizenship: Realizing the Potential. *Citizenship Studies 11*(1): 49–61.

Luhrmann, T. (2016). The culture of institutional circuit in the United States. I: Luhrmann, T. (ed.) *Our most troubeling madness*. *Case studies in schizophrenia across cultures*. Oakland: University of California Press, 153-166.

McDowell, L. (1999). *Gender, Identity and Place. Understanding Feminist Geographies.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Marsch, L. A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*, *93*(4), 515-532.

Marshall, T.H. (1950). *Citizenship, Social Class and Other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press.

Massey, D. (1994) *Space, Place and Gender*. Oxford: Polity Press.

Medicinrådet (2018). https://medicinraadet.dk/nyheder/2018/alle-med-kronisk-hepatitis-c-skal-behandles

Mol, A. (2006). *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.

Moosa-Mitha, M. (2014). Exclusionary and Inclusionary Citizenship Practices Around Faith-Based Communities. In: Dominelli, L., Moosa-Mitha. M. (ed.) *Reconfiguring Citizenship. Social Exclusion and Diversity within Inclusive Citizenship Practices*, Farnham: Ashgate Publishing Limited.

Moyle, L. & Coomber, R. (2015). Earning a Score: An Exploration of the Nature and Roles of Heroin and Crack Cocaine User-Dealers. *British Journal of Criminology* 55(3): 534-555.

Neale, J. (2001). Homelessness amongst drug users: A double jeopardy explored. *International Journal of Drug Policy*, *12*(4), 353-369.

Neale, J., & Brown, C. (2016). 'We are always in some form of contact': friendships among homeless drug and alcohol users living in hostels. *Health & Social Care in the Community*, *24*(5), 557-566.

Ning, A. M. (2005). Games of truth: rethinking conformity and resistance in narratives of heroin recovery. *Medical anthropology*, *24*(4), 349-382.

Olsen, R., Kjær, J., Wermus, B., Hansen, D. & Christiansen, R. K. (2011). Vesterbro - historisk og nu. *STOF* (11), 36-42.

Pedersen, M. U. (2005) *Heroin-afhængige i metadonbehandling. Den medicinske og psykosociale indsats.* Århus: Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, P. V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsnet*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Pedersen, P.V. (2009). *Dårligt liv – dårligt helbred Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Preble, E. & Casey, J.J. (1969). Taking care of business - the heroin user's life on the street. *International journal of the addictions 4*(1): 1-24.

Renn, H., & Lange, K.-J. (1996*). Urban districts and drug scenes: a comparative study on nuisance caused by'open'drug scenes in major European cities*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Rhodes, T., Kimber, J., Small, W., Fitzgerald, J., Kerr, T., Hickman, M. & Holloway, G. (2006). Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction, 101*(10), 1384-1393.

Rhodes, T. (2002). The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy 13*(2): 85-94.

Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach, *International Journal of Drug Policy 20*(3): 193-201.

Ross, J. I. (2018). Reframing urban street culture: Towards a dynamic and heuristic process model. *City, Culture and Society 15*: 7-13.

Rowe, M. & Pelletier, J.-F. (2012). Citizenship: A response to the Marginalization of People with Mental Illnesses. *Journal of Forensic Psychology Practice 12*(4), 366-318

Schack, J. (2017). Ordene hustler og hustle. *Nyt fra Sprognævnet 1.6.2017, https://sproget.dk/raad-og-regler/artikler-mv/svarbase/SV00017091*

Sandberg, S. (2008). Street capital: Ethnicity and violence on the streets of Oslo. *Theoretical Criminology 12*(2): 153-171.

Shannon, K., Kerr, T., Allinott, S., Chettiar, J., Shoveller, J. & Tyndall, M. W. 2008. Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social Science & Medicine, 66*(4), 911–921.

Shim, J.K. 2010. Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment. *Journal of Health and Social Behavoir, 51*(1), 1-15

Simonsen, K. (2001) Rum, sted, krop og køn. I: Simonsen, K. (red.) *Praksis, rum og mobilitet. Socialgeografisk bidrag.* Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag

Simonsen, K. (2005) *Byens mange ansigter. – konstruktion af byen i praksis og fortælling*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag

Small, W., Rhodes, T., Wood, E. & Kerr, T. (2007). Public injection settings in Vancouver: physical environment, social context and risk. *International Journal of Drug Policy, 18*(1), 27-36.

Socialforvaltningen: *Referat af Temadrøftelse om misbrug blandt de mest udsatte borgere***.**

https://www.kk.dk/dagsordener-og-referater/Socialudvalget/m%C3%B8de-08022017/referat/punkt-2 (hentet 9.2.2022)

Socialstyrelsen (2020). *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. Socialstyrelsen.

Stigaard, D. L. (2011). *Fra Hjemløshed til egen bolig. Et interviewstudie blandt tidligere hjemløse.* SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. København

Sundheds og Ældreministeriet. LBK nr. 903 af 26082019 Sundhedsloven https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903

Sundhedsstyrelsen. 2017. Vejledning til læger, der behandler opioid afhængige patienter med substitutionsmedicin. Lovkrav og anbefalinger.

Thylstrup, B., Hesse, M., Jørgensen, M. & Thiesen, H. (2019). One opioid user saving another: the first study of an opioid overdose-reversal and naloxone distribution program addressing hard-to-reach drug scenes in Denmark. *Harm Reduction Journal, 16*(1), 1-9.

Thylstrup, B., Seid, A. K., Tjagvad, C. & Hesse, M. (2020). Incidence and predictors of drug overdoses among a cohort of> 10,000 patients treated for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *206*, 107714.

von Mahs, J. (2005) The Sociospatial Exclusion of Single Homeless People in Berlin and Los Angeles. *American Behavioral Scientist, 48*(8), 928-960.

Young, J. & Matthews, R. (1992). *Rethinking criminology: The realist debate*: Sage London.

Zinberg, N.E. (1984) *Drug, set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven: Yale University Press.

Mandag - fredag
Weekends &
helligdage