

SKADES- REDUKTION I PRAKSIS

BEHANDLINGSTILBUD TIL OPIATMISBRUGERE I KØBENHAVN



09:08

DITTE ANDERSEN
MARGARETHA JÄRVINEN

09:08

SKADESREDUKTION I PRAKSIS

BEHANDLINGSTILBUD TIL OPIATMISBRUGERE
I KØBENHAVN

DITTE ANDERSEN
MARGARETHA JÄRVINEN

KØBENHAVN 2009
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

SKADESREDUKTION I PRAKSIS. BEHANDLINGSTILBUD TIL OPIAT-
MISBRUGERE I KØBENHAVN

Afdelingsleder: Lars Pico Geerdsen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelser

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7487-931-2

Layout: Hedda Bank

Oplag: 600

Tryk: Schultz Grafisk A/S

© 2009 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	INDLEDNING	15
	Kvalitative interview med brugere	17
	Kvalitative interview med behandlere	18
	Journalmateriale	19
	Behandlingssystemets struktur i København	22
	Rapportens opbygning	24
2	BEHANDLINGSINDHOLD IFØLGE BRUGERJOURNALERNE	27
	Behandlingsintensitet ifølge brugerjournalerne	29
	Temaer i behandlingskontakt ifølge brugerjournalerne	34
	Sociale handleplaner	37
	Opsummering	45

3	BEHANDLINGSSTRATEGIER	47
	Opsøgende versus afventende behandlere	48
	Forandringsorienteret versus omsorgsorienteret behandlingskontakt	53
	Den personlige relation versus den neutrale, professionelle kontakt	57
	Åbne rum versus lukkede døre	62
	Opsummering	65
4	STOFFRIHED SOM MÅLSÆTNING FOR BEHANDLINGEN?	69
	Brugernes målsætninger ifølge journalerne	70
	Behandlerne om stoffrihed som målsætning	73
	Behandlerne om stoffrihed og alder	75
	Brugerne om stoffrihed som målsætning	77
	Opsummering	80
5	SKADESREDUKTION OG METADON	83
	Skadesreduktion: baggrund	83
	Metadon: den dominerende behandlingsform for opiatmisbrugere	85
	Behandlerne om skadesreduktion	87
	Behandlerne om metadon	90
	Brugerne: Skadesreduktion, der gjorde en forskel	92
	Brugerne: ambivalens i forhold til metadon	94
	Opsummering	101
6	BEHANDLINGSFORM OG SELVBESTEMMELSE	105
	Behandlerne om brugernes selvbestemmelse	105
	Behandlere om falske og forkerte målsætninger	108
	Selvbestemmelse – eksempler fra journalerne	113
	Opsummering	125

7	PROCESSEN FRA BEHANDLINGSØNSKE TIL BEHANDLINGSTILBUD	129
	Behandlingsønsker og behandlingstilbud	130
	Behov for mere information	133
	Behov for overholdelse af aftaler	137
	Motivationskravet	142
	Behov for stabilitet	145
	Adfærdskrav	147
	På tværs af problemkategorier	150
	Opsummering	155
8	STABILISERING OG SIDEMISBRUG	159
	Brugernes sociale baggrund, uddannelse, beskæftigelse og boligforhold	160
	Stabilitet og sidemisbrug	164
	Brugerne om fremtiden	173
	Opsummering	177
9	KONKLUSIONER OG DISKUSSIONSPUNKTER	181
	Behandlingsintensitet og behandlingsindhold	182
	Behandlingsstrategier	185
	Stoffrihed og brugernes selvbestemmelse	188
	SKadesreduktion og metadonbehandling	192
	Stabilisering, sidemisbrug – og fremtiden	194
	BILAG 1:	199
	Interviewguide v. brugerinterview	199
	BILAG 2.1:	201
	Interviewguide v. behandlerinterview på rådgivningscentre	201

BILAG 2.2:	203
Interviewguide v. behandlerinterview på ambulatorier	203
 LITTERATUR	 205
 SFI-RAPPORTER SIDEN 2008	 211

FORORD

I løbet af 1980'erne og 90'erne begyndte begrebet 'skadesreduktion' at vinde indpas i behandlingssystemet for heroinmisbrugere. Med skadesreduktion søger man at give misbrugerne et bedre liv, selvom de evt. fortsætter deres stofmisbrug. I dag er skadesreduktion og længerevarende metadonbehandling en integreret del af det danske behandlingssystem. Denne rapport handler om behandlingstilbud til heroinmisbrugere i København, og om hvordan skadesreduktion kommer til udtryk i praksis.

Rapporten er baseret på følgende datamaterialer: 1) data indsamlet gennem læsning af 198 tilfældigt udvalgte brugerjournaler på ambulante behandlingscentre i København, 2) 30 kvalitative interview med heroinmisbrugere i behandling, 3) 14 kvalitative interview med behandlere på ambulante behandlingscentre i København. Undersøgelsen er således begrænset til hovedstaden og har ingen ambitioner om at beskrive behandlingsforholdene for heroinmisbrugere i øvrige dele af landet. Datainsamlingen er gennemført af forskningsassistent, cand.scient.soc. Ditte Andersen og stud.scient.soc. Rikke Plauborg.

Undersøgelsen er blevet til som led i det strategiske velfærds-forskningsprogram. Projektleder på undersøgelsen er professor Margaretha Järvinen. Rapporten er udarbejdet af Margaretha Järvinen i samarbejde med Ditte Andersen.

De medvirkende brugere og ansatte på behandlingscentrene skal have stor tak for at afsætte tid til interviews, ligesom de deltagende behandlingscentre skal have tak for at huse og assistere forskergruppen ved indsamlingen af data. Ligeledes skal Københavns Kommunes mål- og rammekontor for misbrug have en stor tak for deres imødekommenhed. Uden behandlingscentrenes og kommunens åbenhed i forhold til forskning på området, kunne denne undersøgelse ikke være gennemført. Tak også til Velfærdsministeriet for økonomisk støtte til projektet via det strategiske velfærdsforskningsprogram.

København, april 2009

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Det hyppigst anvendte behandlingstilbud til opiatmisbrugere (dvs. misbrugere af heroin og lignende stoffer) i København er ambulant metadon- eller anden substitutionsbehandling. I sin sektorplan for stofmisbrugsbehandlingen skriver Københavns Kommune, at *"Substitutionsbehandlingen tager sit udgangspunkt i den kendsgerning, at behandling der sigter mod stoffrihed oftest mislykkes."* (Københavns Kommune, 2006a: 31). I stedet for stoffrihed nævnes skadesreduktion ofte som målet for kommunens behandlingsindsats over for opiatmisbrugere. Skadesreduktion handler om, at man forsøger at reducere de sociale, sundhedsmæssige og økonomiske skader, der følger med stofmisbruget, frem for at fokusere på opnåelse af stoffrihed.

Skadesreduktionstilgangen vandt indpas i Europa i løbet af 1980'erne og er i dag et integreret element i dansk narkotikapolitik (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003: 7). Formålet med denne rapport er at se, hvordan skadesreduktionstilgangen kommer til udtryk i det praktiske behandlingsarbejde med hovedstaden som case. Rapporten er baseret på 44 kvalitative interview med brugere og behandlere og læsning af 198 tilfældigt udtrukne brugerjournaler i det københavnske behandlingssystem.

LAV INTENSITET I AMBULANT SUBSTITUTIONSBEHANDLING

Sammen med den medikamentelle substitutionsbehandling skal opiat-misbrugere modtage en psykosocial behandlingsindsats, der retter sig mod deres psykiske symptomer og sociale problemer (Sundhedsstyrelsen, 2007a). Intensiteten i den psykosociale behandlingsindsats over for opiatmisbrugere i ambulant substitutionsbehandling er i mange tilfælde lav. I 38 pct. af brugerjournalerne er der ikke registreret nogen behandlingskontakt inden for de seneste seks måneder i de centrale journalsystemer (se, hvilke journalsystemer der er tale om i kapitel 1 (Journalmateriale) og kapitel 2). Flere brugere fortæller i interview om behandlingstilbud, hvor de får udleveret fx metadon en gang om ugen (eventuelt på apotek), men derudover ikke har kontakt med behandlere. 84 pct. af brugerne har ifølge deres journaler ikke talt med en behandler om en social handleplan inden for de seneste seks måneder. I interviewene fortæller mange brugere, at de gerne vil have en mere intens kontakt til behandlingssystemet, men at de ikke selv formår at tage initiativer til en sådan kontakt.

Behandlingskontakternes *indhold* bærer også præg af, at indsatserne over for opiatmisbrugere primært er koncentreret omkring medikamentel behandling og hjælp til at løse misbrugerens sociale problematikker. Som det fremgår af både journalanalysen og interviewene med behandlere og misbrugere, har det såkaldte skadesreduktionsprincip flyttet fokus fra selve misbruget til de negative (sociale og helbredsmæssige) konsekvenser af misbruget. De interviewede behandlere og brugere har mange positive ting at sige om denne udvikling. Samtidig kan man dog med udgangspunkt i brugerinterviewene spørge, om dagens opiatmisbrugere får tilstrækkelig hjælp til at håndtere de problemer, som i det traditionelle behandlingssystem stod centralt, nemlig misbruget i sig selv.

BRUGERNE ØNSKER OPSØGENDE BEHANDLERE – OG EN KOMBINATION AF OMSORG OG FORANDRINGSTILBUD

Undersøgelsen beskriver forskellige dimensioner i behandlingskontakten, bl.a.:

- en afventende versus opsøgende behandlingstilgang
- forandringsorienteret versus omsorgsorienteret behandling
- personlige relationer versus neutrale, professionelle kontakter.

De interviewede brugere er gennemgående kritiske over for behandlingsinstitutioner, hvor behandlerne er afventende, og hvor de selv skal opsoge behandlerne, bestille tid etc., hvis de ønsker behandlingskontakt. De vil gerne have, at behandlerne er opsøgende og tager initiativer i forhold til behandling, og de kritiserer den afventende behandlingsstrategi for at lede til, at der bliver etableret for få behandlingskontakter. De bryder sig heller ikke om institutioner, hvor alle eller de fleste behandlingskontakter er forandringsorienterede, og hvor behandlerrollen er præget af 'professionel distance'. Generelt set vil brugerne hellere have, at behandlingen ikke kun handler om forandring, men også om omsorg, og at relationerne til behandlerne bærer et 'personligt præg' (se kapitel 3 for en definition af begreberne 'personligt præg' og 'professionel distance'). Brugerne er dog heller ikke fortalere for en ren omsorgsstrategi, hvor alle forandringsambitioner er opgivet. De allerfleste interviewpersoner synes at foretrække en blanding af de to modeller: Omsorg, der er kombineret med forandringsarbejde på et ambitionsniveau, som brugerne magter, samt personlige og engagerede relationer, som kan forvandles til professionelt og målrettet behandlings- og sagsbehandlingsarbejde ved behov.

BRUGERNE ER MERE POSITIVE OVER FOR STOFFRIHED, END BEHANDLERNE ER

De interviewede behandlere mener generelt ikke, at opiatmisbrugere (med undtagelse af de alleryngste) *kan* blive stoffri, og de er derfor af den opfattelse, at det er meningsløst at have denne målsætning i behandlingsarbejdet. Brugernes holdninger til målsætningen om stoffrihed er betydeligt mere komplekse. To tredjedele af de interviewede opiatmisbrugere siger selv, at de ønsker nedtrapning eller stoffrihed, men ønskerne er ofte diffuse og forbundet med forbehold. Brugerne ønsker at blive stoffri på et ikke præcist defineret tidspunkt i fremtiden, forudsat at en række problemer bliver løst først. En mindre gruppe opiatmisbrugere siger, at de ønsker substitutionsbehandling resten af livet. Brugernes journaler fortæller, at 36 pct. ønsker stoffrihed på kortere eller længere sigt, 24 pct. ønsker vedvarende substitutionsbehandling. I 38 pct. af journalerne er der ikke noteret noget om brugerens målsætning de seneste to år.

Når det gælder eksplicitte ønsker om at få døgnbehandling (enten døgnbehandling orienteret mod stoffrihed eller døgnophold orienteret mod omsorg og stabilisering), viser journalerne, at opiatmisbrugerne i 59 pct. af sagerne får det tilbud, de ønsker. Journalerne viser også, at

sagsbehandlingstiden – særligt i de komplicerede sager – kan være lang. Inden brugeren får et behandlingstilbud, forsøger behandlerne gennem et professionelt afklaringsarbejde at afgøre, hvilke brugere der skal have hvilke behandlingstilbud. Afklaringsprocessen stiller en række krav til brugerne om, at de skal give information, overholde aftaler om fremmøde, vise stabilitet og en acceptabel social adfærd. De brugere, som har svært ved at honorere disse krav, kan have tilsvarende svært ved at få de tilbud, de ønsker. Der er i undersøgelsen ingen belæg for, at de lange og krævende afklaringsprocesser skulle lede til bedre behandlingsresultater i det lange løb. Man kan tværtimod diskutere, om det er hensigtsmæssigt at kræve stabilitet, overholdelse af aftaler osv. af brugerne, før man (evt.) sender dem i døgnbehandling, og om stabilitet faktisk er et godt mål på behandlingsmotivation. Man kan lige så godt argumentere for, at et ustabilit bilt fremmøde i afklaringsprocessen er et tegn på, at brugerne har mistet kontrollen over deres liv, og at de netop derfor har behov for en mere intensiv – og umiddelbar – behandlingsindsats.

METADON PÅ GODT OG ONDT

Behandlerne opfatter metadonbehandling som en integreret og ukontroversiel del af den skadesreducerende behandlingsindsats over for opiatmisbrugere. Brugernes holdninger til metadon er mere kritiske og ambivalente. Brugerne fortæller på den ene side, at metadonen mindsker deres behov for at skaffe penge via kriminalitet og prostitution og dermed reducerer deres stressniveau og gør deres liv mere værdigt. På den anden side siger de, at metadonen bringer en ny og stærk afhængighed ind i deres liv; afhængigheden af metadonen, behandlerne og behandlingssystemet. De oplever sig selv som 'slaver' af metadonen og beskriver en angst i forhold til ændringer i behandlingssystemet, som kan afskære dem fra deres metadon. I modsætning til behandlerne, som beskriver metadon som en slags neutral og ufarlig 'medicin', fokuserer brugerne på metadonen som et stærkt afhængighedsskabende stof og på de abstinenser, som et afbrud i eller mindskning af deres metadonindtag kan medføre. Brugernes afhængighed af metadon og behandlingssystemet er temaer, som fylder meget i brugerinterviewene. Omvendt er der næsten ingen af behandlerne, som nævner disse temaer, og hvis de gør det, så er det snarest i en positiv ordlyd, som står i skarp kontrast til den negative ordlyd hos brugerne. Hellere afhængighed af metadon og behandlingssystemet end af heroin og det illegale stofmiljø, mener flere behandlere, som

også opfatter 'fastholdelse i behandling' som et entydigt positivt fænomen. Mens brugere og behandlere således har forskelligt syn på metadon, så er de enige om, at langt de fleste brugere har en eller anden form for sidemisbrug (fx heroin, kokain, hash og/eller illegale benzodiazepiner) enten regelmæssigt eller i perioder. Journalerne bekræfter dette indtryk. Metadonbehandling i sig selv forhindrer ikke sidemisbrug og er ikke en garant for stabilisering af brugernes liv.

RISIKOEN FOR MARGINALISERING

De brugere, som er omfattet af denne undersøgelse (198 brugere i journalundersøgelsen, 30 i den kvalitative interviewundersøgelse), udgør en meget udsat gruppe samfundsborgere. De fleste har en problematisk baggrund i termer af familieforhold, skolegang mv. Majoriteten står uden for arbejdsmarkedet, og mange har aldrig haft et fast arbejde. Brugerjournalerne og de kvalitative interview vidner også om meget udbredte ensomhedsproblemer hos brugerne og om følelser af marginalisering og isolering fra det normale samfundsliv. Størstedelen af interviewpersonerne lever alene, og flere fortæller, at de intet andet netværk har end et antal andre misbrugere (som de ofte ikke betragter som venner, men snarere bekendte), et eller to familiemedlemmer, som de typisk har et kompliceret forhold til, og evt. behandlere på behandlingsinstitutionen.

Mange brugere siger, at de føler sig stempet og udstødt i forhold til 'normalsamfundet'. Københavns Kommune skriver i sin sektorplan på stofmisbrugsområdet, at *"Arbejde, uddannelse og interpersonelle relationer kan varetages under en metadonbehandling, som således primært har rehabilitering/resocialisering som sit mål, mens stoffrihed bliver en irrelevant størrelse"* (Københavns Kommune, 2006a: 31). Brugernes oplevelse er imidlertid, at hvis man er på metadon, så er man 'narkoman' i kollegers, familiens og egne øjne. Målsætningen om stabilisering og rehabilitering på metadon mangler efter brugernes opfattelse en anerkendelse i samfundet, og dette gør, at også brugerne har vanskeligheder ved at tage den til sig som en acceptabel og respektabel fremtidsplan.

Et gennemgående træk i vore brugerinterview er håbløshed og mangel på orientering mod fremtiden hos brugerne. Håbløsheden kan givetvis skyldes brugernes misbrugsproblemer i sig selv og deres udsatte livssituation generelt. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at rollen som langtids-metadonbruger – i et samfund, som ligestiller metadonbrugere med 'narkomaner' – bidrager til denne håbløshed. Det er også vigtigt at

påpege, at 'stabilisering' er en behandlingsmålsætning, som ikke alle brugere har taget til sig. For brugere, som ser stoffrihed som deres eneste adgangsbillet til (re)integration i samfundet, kan stabilisering fremstå som en ikke-målsætning eller en negativ målsætning (stagnation, fastlåsthed). Skadesreduktionsprincippet indeholder dermed både en tryghed – brugere oplever, at de ikke bliver presset til noget, de ikke selv kan magte – og en potentiel resignation. Brugere møder respekt og forståelse i behandlingssystemet, som gerne vil 'anerkende' deres ret til at være misbrugere. Ude i samfundet – i arbejdslivet, uddannelsessystemet, i brugernes familie og blandt deres ikke-misbrugende bekendte – er anerkendelsen af metadonbrugere dog ofte begrænset. Brugernes status som 'kroniske' misbrugere kan dermed i værste tilfælde medføre, at de fastholdes i en position 'uden for samfundet', og at de bliver behandlet som grundlæggende anderledes end andre mennesker.

INDLEDNING

Denne rapport handler om behandlingstilbud til mennesker med opiatmisbrug i København. Misbrug af heroin og andre opiat¹ ses ofte i sammenhæng med svær social marginalisering, og som det vil fremgå af rapporten, beskæftiger vi os her med en gruppe mennesker med sammensatte problemer. Opiatmisbruget har ofte følgeskab af misbrug af andre stoffer og/eller alkohol, psykiske og/eller fysiske problemer samt ensomhed og social marginalisering i bredere forstand.

Det er rapportens formål at belyse de tilbud, som denne gruppe misbrugere modtager i det offentlige behandlingssystems regi. Vi vil komme ind på indholdet i behandlingen, behandlingsintensiteten, strategierne og målsætningerne i behandlingsindsatsen og på den rolle, metadon spiller i tilbuddene til opiatmisbrugere. Disse temaer vil blive analyseret fra to perspektiver: henholdsvis behandlingssystemets og brugernes.

Rapporten tager udgangspunkt i følgende kendsgerninger: Mange opiatmisbrugere bliver i dag betragtet som – og betragter sig selv som

1. Opiater/opioider er en fælles betegnelse for såvel naturligt forekommende som syntetisk fremstillede stoffer, der kan have en smertestillende og euforiserende virkning. Naturlige opiat udvindes af saften fra opiumsvalmuer, hvorfra man kan isolere de virksomme stoffer morfin og kodein. Blandt de syntetiske opiat er heroin, ketogan og metadon nok de mest kendte. I behandlingen af opiatmisbrugere benytter man sig primært af metadon (Rindom, 2000).

– kroniske misbrugere. Det vil sige, at behandlingstilbud med henblik på opnåelse af stoffrihed ikke nødvendigvis bliver opfattet som realistiske eller hensigtsmæssige. Målsætningen om stoffrihed er for mange misbrugere blevet udskiftet med en målsætning om skadesreduktion, her defineret som en mindskning af de negative fysiske, psykiske og sociale konsekvenser af stofmisbrug. Der eksisterer imidlertid meget begrænset viden om, hvad det såkaldte skadesreduktionsprincip betyder for det praktiske behandlingsarbejde, hvilket indhold de skadesreducerende behandlingstilbud egentlig har, og hvordan de bliver opfattet af behandlere og brugere af tilbuddene.

Formålet med denne undersøgelse er derfor at analysere det skadesreducerende behandlingsarbejdes faktiske indhold, grundprincipper og strategier. Hvis stoffrihed ikke længere er den primære målsætning i arbejdet med (alle) opiatmisbrugere, hvilke målsætninger og hvilke metoder arbejder man så med? Hvad fokuserer man på i behandlingen? Hvordan beskrives behandlingsmålsætninger og metoder af henholdsvis de ansatte i behandlingssystemet og af brugerne? Er der forskelle mellem de to gruppers perspektiver, og hvordan håndterer man eventuelle situationer med uoverensstemmelse eller uenighed? 'Stabilisering' (af selve misbruget og af brugerens livssituation generelt) bliver ofte opstillet som en målsætning for kroniske misbrugere. Men hvad betyder stabilisering i praksis, set fra behandlernes og brugernes perspektiv? Hvilke planer for og ønsker til fremtiden har brugerne, hvis målsætningen for deres behandling ikke længere er stoffrihed, men snarere stabilisering og skadesreduktion?

Rapporten er baseret på flere forskellige datamaterialer:

1. 30 kvalitative interview med opiatmisbrugere i behandling
2. 14 kvalitative interview med behandlere
3. data indsamlet gennem læsning af 198 tilfældigt udvalgte brugerjournaler på behandlingscentre i København.

Vi vil i det følgende beskrive undersøgelsens datamaterialer.

I rapporten benytter vi begrebet 'brugere' (forstået som brugere af behandlingssystemets tilbud) om de opiatmisbrugere, vi har interviewet, og om de personer, som indgår i journalmaterialet, men begrebet 'opiatmisbrugere' i de tilfælde, hvor vi fokuserer på disse personers problematiske relation til stoffer. Om de ansatte i behandlingssystemet bru-

ger vi begrebet 'behandlere', uanset om interviewpersonerne er fx pædagoger, socialrådgivere eller har en anden uddannelsesmæssig baggrund.

KVALITATIVE INTERVIEW MED BRUGERE

Interviewene med brugerne er foretaget på seks forskellige københavnske behandlingsinstitutioner² i 2006 og 2007. I alt 30 brugere (22 mænd og otte kvinder) er blevet interviewet. Den yngste bruger var 28 år på interviewtidspunktet og den ældste 58 år. Gennemsnitsalderen var 41 år.

Interviewene var løst struktureret omkring en tematisk interviewguide, som indeholdt følgende overordnede punkter: behandlingserfaring, behandlingsmålsætninger/ønsker, ansvar og indflydelse i behandlingen, metadon, socialt netværk, stoffrihed, skadesreduktion og livskvalitet (se bilag 1). Alle interview blev optaget på bånd og transskriberet i deres fulde længde.

Brugerinterviewene blev arrangeret ved, at to interviewere efter aftale med institutionernes ledelse mødte op på behandlingsinstitutioner, hvor opiatmisbrugere har en regelmæssig gang i forbindelse med metadonudlevering, lægeaftaler, behandlingssamtaler og andet. Interviewerne tilbragte tid på brugerområderne, snakkede med brugerne, fortalte om undersøgelsen og spurgte de tilstedeværende, om de ønskede at deltage³. På de fleste institutioner havde der forinden været et opslag med information om undersøgelsen og muligheden for at blive interviewet, men det var ikke interviewernes oplevelse, at disse opslag var blevet læst af brugerne. Det var dog ikke svært at finde interesserede brugere. Faktisk var det meget få af de adspurgte brugere, som afslog at deltage. Af flere årsager kan denne rekrutteringsmodel dog ikke sikre, at udvælgelsen af interviewpersoner er tilfældig. Blandt andet skal det nævnes, at nogle brugere var for dårlige til at deltage (fx pga. abstinenser eller stofpåvirkning), og at det derfor primært er brugere, som på interviewtidspunktet havde det nogenlunde godt fysisk og psykisk, der er blevet interviewet.

2. Der er tale om fire rådgivningscentre og to ambulatorier.

3. Der er en undtagelse fra denne rekrutteringsmetode. På én af institutionerne var det personalet, som arrangerede interview med de to brugere, som blev interviewet først. De efterfølgende brugere på institutionen blev rekrutteret som beskrevet i det ovenstående.

Det korteste brugerinterview varede en halv time og det længste to en halv time. De fleste interview varede mellem en og halvanden time. To af brugerne blev interviewet to gange, og en enkelt bruger blev interviewet tre gange, fordi interviewene blev afbrudt (institutionen lukkede, eller brugeren havde travlt), og det blev derfor aftalt, at interviewerens kom tilbage og fortsatte interviewet på et senere tidspunkt. 26 brugere blev interviewet individuelt, mens to interview (efter deltagernes eget ønske) blev gennemført som topersonersinterview.

KVALITATIVE INTERVIEW MED BEHANDLERE

Interviewene med behandlerne blev foretaget på ti forskellige københavnske behandlingsinstitutioner i 2006⁴. I alt blev 14 behandlere interviewet, halvdelen mænd og halvdelen kvinder. Seks havde en uddannelsesmæssig baggrund som socialrådgivere, fem var uddannede pædagoger, og tre havde en anden uddannelsesbaggrund.

Behandlerinterviewene var løst struktureret omkring en tematisk interviewguide, som indeholdt følgende overordnede punkter: institutionens målgruppe og behandlingstilbud, målsætninger i behandlingsindsatserne, stoffrihed, skadesreduktion, livskvalitet, brugeransvar og indflydelse i behandlingen (se bilag 2.1 og 2.2). Også disse interview blev optaget på bånd og transskriberet i deres fulde længde.

Behandlerinterviewene blev arrangeret ved, at interviewerne tog telefonisk kontakt til behandlingsinstitutionerne, fortalte om undersøgelsen og spurgte efter en behandler, der havde tid og lyst til at deltage i et interview. Forskellen i rekrutteringsmetode mellem behandlere og brugere skyldes praktiske hensyn. For at komme i kontakt med behandlerne må man have en forudgående aftale, da de skal have afsat tid i deres arbejdsplaner. De fleste brugere har det imidlertid svært med aftalte mødetidspunkter (hvilket vi bl.a. oplevede i forbindelse med aftaler om at genoptage afbrudte interview), og derfor havde interviewaftalerne med brugerne oftest en 'her-og-nu' karakter.

Det korteste behandlerinterview varede en halv time og det længste to timer. De fleste af interviewene varede omkring en time. Behandlerinterviewene blev hovedsageligt foretaget som enkeltpersonsinterview.

4. Fire rådgivningscentre og seks ambulatorier.

terview, hvor informanten blev opfordret til at fortælle om personlige erfaringer, holdninger og oplevelser i relation til temaerne. I to behandlerinterview var der imidlertid to deltagere. Ønsket om at blive interviewet sammen og valg af 'medinformant' er her, ligesom i brugerinterviewene, kommet fra interviewpersonerne selv.

JOURNALMATERIALE

Den tredje form for datamateriale i undersøgelsen er 198 brugeres journaler⁵. Journalmaterialet blev indsamlet i 2006-2007 i København. København er inddelt i fire rådgivningscentre, svarende til fire områder af byen (Københavns Kommune, 2006a, 2006b). Hvert rådgivningscenter har en central database med journaler for alle de brugere fra deres område, som er i behandling. Nogle af disse brugere får behandling på rådgivningscenteret, mens andre er visiteret videre til andre behandlingstilbud.

I journalundersøgelsen har vi udtrukket hver femte journal fra databaserne på to forskellige rådgivningscentre. De brugere, som (ifølge journaloplysningerne) ikke var opiatmisbrugere, men fx hash- eller kokainmisbrugere, blev sorteret fra. Vi har brugt Københavns Kommunes elektroniske brugerjournalsystem. Hvor det har været muligt og relevant, er den elektroniske brugerjournal suppleret med en ældre papirjournal. Dette gælder primært for brugere, der har været indskrevet i behandlingssystemet i en længere årrække, da man i de seneste år på institutionerne er gået helt over til elektroniske journaler.

Journalerne er blevet udtrukket og læst *på* rådgivningscentrene. Det er de blevet, for at ingen brugernavne, cpr-numre, adresser eller lignende følsomme oplysninger skulle forlade institutionerne. De involverede projektmedarbejdere har underskrevet samme tavshedspligtserklæring, som ansatte gør. Når der rapporteres på baggrund af journalerne, er oplysningerne strengt anonymiserede. Navne er ændret, og personlige karakteristika er enten ændrede eller slørede.

Ud af de 198 journaler er oplysninger fra 180 journaler blevet indtastet i en statistisk datamatrice. Her er der registreret faktuelle oplys-

5. Journalgennemgangen er godkendt af Københavns Kommune, Datatilsynet og Sundhedsstyrelsen.

ninger om brugeren samt den behandling, brugeren har modtaget. Årsagen til, at ikke alle 198 journaler indgår i den kvantitative registrering, er, at datamatricen blev videreudviklet og tilpasset i begyndelsen af journal-læsningen, og at de første 18 journaler således fungerede som en pilottest for tilpasningen af matricen.

Blandt de 180 brugere, som indgår i datamatricen, er 72 pct. mænd og 28 pct. kvinder. Den yngste er 20 år, mens den ældste er 67 år, gennemsnitsalderen er 44 år. 87 pct. har dansk oprindelse, mens de øvrige brugere har indvandrerbaggrund, heraf kommer nogle fra andre nordiske eller europæiske lande.

Journalerne viser, at 43 pct. af opiatmisbrugerne var indskrevet på et ambulatorium (herunder lægeambulatorier), 39 pct. i et rådgivningscenters behandlingsenhed, 5 pct. i et rådgivningscenters modtageenhed, 6 pct. hos egen læge og 6 pct. i dag- eller døgnbehandling på undersøgelsestidspunktet.

Ifølge journalerne var brugerne 22 år i gennemsnit, da deres opiatmisbrug startede, den yngste var 12 år ved opiatmisbrugets begyndelse, og den ældste var 52 år. For 32 brugere fremgår det dog ikke af journalen, hvornår deres opiatmisbrug begyndte.

Brugernes gennemsnitsalder, da de (ifølge deres journaler) kom i behandling første gang, var 30,5 år. Den yngste kom i behandling allerede i 12-års-alderen, mens den ældste var 61 år ved behandlingsdebuten. Oplysninger om tidspunkt for behandlingsdebut mangler for 65 brugere.

Gennemsnitsalderen for påbegyndelse af substitutionsbehandling (typisk metadonbehandling) var 32,5 år ifølge journaloplysningerne. 38 pct. af brugerne kom i substitutionsbehandling, før de var fyldt 30 år, mens 15 pct. gjorde det, allerede før de var fyldt 25 år. Det gælder imidlertid også for dette spørgsmål, at mange af journalerne ikke fortæller, hvornår substitutionsbehandlingen påbegyndtes for første gang. Det er ikke oplyst i 59 af de 180 journaler.

Den gennemsnitlige indskrivningslængde for brugerne på deres nuværende behandlingsinstitution er tre et halvt år (oplysninger mangler for én bruger). Der er både brugere med i journalundersøgelsen, som har været indskrevet under en måned, og brugere, som har været indskrevet i over ti år (dette gælder for 11 pct. af brugerne).

I journalundersøgelsen forsøgte vi at registrere en række oplysninger om brugernes sociale baggrund og livssituation (opvækst, uddannelse, beskæftigelse, boligforhold, socialt netværk, kriminalitet, sidemis-

brug, psykisk og fysisk helbred, ensomhedsproblemer osv.). Det viste sig dog at være meget varierende, hvilke informationer journalerne indeholdt om de forskellige temaer, og om der overhovedet fandtes oplysninger om dem. De få variable, som der forelå nogenlunde systematiske oplysninger om (uddannelse, indtægtsforhold, boligforhold), vil blive præsenteret i kapitel 8.

En vigtig lærdom fra vores arbejde med at trække baggrundsoplysninger fra de 180 journaler var, at disse oplysninger skal bruges med stor forsigtighed pga. deres varierende kvalitet. Det er ikke kun, fordi en del oplysninger mangler, men også fordi nogle journaler indeholder meget modstridende information. Det kan handle om helt konkrete forhold såsom brugernes familieforhold. Et eksempel: I en journal registrerer én behandler, at en bruger har to børn, mens en anden behandler (kort tid senere) skriver, at brugeren har ét barn, og en tredje skriver, at samme bruger har fire børn. Der kan også være meget modstridende oplysninger om sidemisbrug. Et andet eksempel: I en journal skriver en behandler, at brugeren 'lever stabilt uden sidemisbrug', mens en anden behandler næsten samtidig skriver, at samme bruger har et massivt sidemisbrug af opiat, kokain, hash og alkohol. Et tredje eksempel: I en journal noterer behandleren, at brugeren (en mand i 40'erne) debuterede som opiatmisbruger for et par år siden, mens en anden behandler skriver, at han debuterede da han var 25, og en tredje behandler skriver, at han startede med opiat i 18-års-alderen.

Vi nævner ikke dette som en kritik af behandlerne. Det er ganske naturligt, at man, når man læser omfattende brugerjournaler (som jo sjældent eller aldrig bliver læst i deres helhed af enkelte behandlere), finder uoverensstemmelser. Vi nævner det snarere som en kritisk kommentar til vores eget forskningsmateriale og som en advarsel i forhold til alle de dataindsamlinger og registre, som eksisterer eller planlægges, og som bygger på indrapporteringer fra institutionerne baseret på brugernes journaler. Det er vores overbevisning efter en meget grundig – og tidskrævende – gennemlæsning af de 198 brugerjournaler, at sådanne indrapporteringer om enkeltpersoners karakteristika og livssituationer indebærer en betydelig risiko for fejl. Dette hænger bl.a. sammen med, at brugere kan have en interesse i at give forskellige oplysninger om sig selv til forskellige behandlere afhængigt af, hvad de ønsker at opnå. Det hænger også sammen med, at brugerjournaler er komplekse størrelser, forfattet af mange forskellige personer og personalegrupper, som fokuserer på

vidt forskellige ting og fortolker brugernes udsagn på mange forskellige måder.

BEHANDLINGSSYSTEMETS STRUKTUR I KØBENHAVN

Denne undersøgelse er *ikke* en evaluering af behandlingssystemet i Københavns Kommune, men en analyse af indhold, målsætninger, principper mv. i behandlingstilbuddene til opiatmisbrugere i København i en tid, hvor stoffrihed ikke længere bliver betragtet som en realistisk målsætning for alle. I stedet for at tale om specifikke københavnske institutioner beskriver vi forskellige institutionsprofiler og strategier, hvilket forhåbentlig gør analysen relevant også for andre end blot de involverede institutioner i perioden for dataindsamlingen. Hovedstaden anvendes så at sige som en case til at illustrere, hvordan skadesreduktion kan fungere i praksis.

På baggrund af ovenstående vil vi ikke diskutere strukturen i det københavnske behandlingssystem i detaljer. Da empirien dog er indsamlet her, er det relevant at beskrive systemet ganske kort. De kvalitative interview med brugere og behandlere er foretaget på tre typer af institutioner, som i 2006/2007 blev kaldt hhv. rådgivningscentre, ambulatorier og behandlingsenheder.

Rådgivningscentrene blev beskrevet således af Københavns Kommune i 2003:

Indgangen til al behandling for stofmisbrug foregår via de fire rådgivningscentre, der afklarer og udreder behandlingsbehov og visiterer til behandling, samt varetager den indledende behandling (stabilisering, motivation til stoffri behandling) (Københavns Kommune, 2003: 16).

Rådgivningscentrene er den type institution, hvor alle brugere begynder deres behandlinger. Nogle brugere skal herefter visiteres videre til andre tilbud, fx ambulatorier. Ambulatorierne blev i 2003 beskrevet således:

Ambulatoriernes målgruppe er personer i længerevarende medicinsk understøttet behandling. Ambulatorierne har typisk de ældre brugere i behandling med mange års misbrug bag sig, med

store helbredsmæssige problemer, boligproblemer etc. Ambulatoriernes formål er dels skadesreduktion, dels udvikling af brugernes sociale, fysiske og psykiske funktionsniveau (ibid.).

Som det fremgår, er både indhold i behandling og målgruppe forskellig. På rådgivningscentrene tilbydes nye brugere afklaring, udredning, stabilisering og evt. motivation til stoffri behandling. Stoffri behandling vil sige, at der ikke bruges metadon eller andre former for substitutionsmedicin. På ambulatorierne tilbydes brugere længerevarende substitutionsbehandling. Brugere er typisk ældre samt belastede på forskellig måde, og formålet er ikke (nødvendigtvis) stoffrihed, men skadesreduktion og udvikling af funktionsniveau.

Den tredje institutionsform, hvor vi har interviewet brugere, er behandlingsenheder. Disse enheder opstod først efter omstruktureringen af det københavnske behandlingssystem pr. 1. september 2006. Målgruppen og opgaverne for behandlingsenhederne beskrives således i 2006: *"Der er en stor gruppe af stofmisbrugere, hvor stoffrihed ikke umiddelbart kommer på tale. Her er målene i stedet at reducere deres skader, forebygge yderligere skader og rehabilitering."* (Københavns Kommune, 2006b: 4).

Behandlingsenhedernes målgruppe og opgaver i det nye system beskrives altså meget lig ambulatoriernes. Det er brugere, hvor behandlingen er orienteret mod skadesreduktion frem for stoffrihed. I det nye system suppleres behandlingsenhederne af de såkaldte modtageenheder, der overtager rådgivningscentrenes rolle som indgang til behandling for nye brugere. En modtage- og behandlingsenhed kaldes nu tilsammen et rådgivningscenter. Modtageenhederne skal tilbyde stoffri behandling på lavt interventionsniveau, udredning og visitation til andre tilbud (ibid.).

Undersøgelsens data er således indsamlet i en periode, hvor det københavnske behandlingssystem var under omstrukturering. De fleste behandlerinterview blev gennemført ca. et halvt år før omstruktureringen (et enkelt blev gennemført ca. to måneder efter omstruktureringen). Det er ikke vores indtryk, at behandlernes opfattelser og holdninger i interviewene var præget af de forestående ændringer, som knapt nok var kendte på interviewtidspunktet. Af de 30 brugere blev 21 interviewet omkring tre måneder før omstruktureringen, mens ni brugere blev interviewet nogle måneder efter. Indtrykket fra brugerinterviewene er, at brugerne var påvirkede af ændringerne i behandlingssystemet. Nogle brugere var utrygge, fordi de ikke vidste, hvad ændringerne ville komme

til at betyde for 'deres' behandlingsinstitution, eller fordi de var blevet flyttet til institutioner og personale, som var nye og ukendte for dem. To af brugerinterviewene fremstår som rene forsvarstaler for den institution (et ambulatorium), som brugerne var indskrevet på ved tidspunktet for interviewet, men som brugerne frygtede ville blive nedlagt. Disse to interview har vi brugt meget få citater fra i rapporten, da vi som sagt ikke er interesseret i de enkelte institutioner, men i mønstre på tværs af institutionerne.

RAPPORTENS OPBYGNING

Efter dette indledende kapitel følger et kapitel, hvor vi ser på behandlingsindholdet i den ambulante behandling af opiatmisbrugere i København. Kapitlet beskriver behandlingsintensiteten og behandlingens fokus: Hvor mange behandlingskontakter har 180 brugere haft i en halvårsperiode, ifølge journalerne, og hvilke emner bliver der fokuseret på i disse kontakter (den medicinske behandling, misbrugsproblemerne, sociale forhold, somatiske og psykiske problemer etc.)? I kapitlet ser vi også på brugernes handleplaner. Hvor mange sociale handleplaner har brugerne sammenlagt (i perioden 1997-2007) i deres journaler på rådgivningscentrene, og hvor stor en andel af brugerne har en aktuell handleplan?

Kapitel 3 beskriver forskellige behandlingsstrategier på de københavnske institutioner, identificeret på basis af de kvalitative interview med behandlere og brugere. Vi gennemgår fire forskellige dimensioner i behandlingsstrategierne:

- opsøgende versus afventende behandlere
- forandringsorienteret versus omsorgsorienteret behandling
- den personlige relation versus den neutrale, professionelle relation
- åbne rum versus lukkede døre.

I kapitel 4 ser vi på forskellige målsætninger for behandlingsindsatserne med specielt fokus på stoffrihed som behandlingsmålsætning. Kapitlet redegør for brugernes behandlingsmålsætninger, sådan som disse er beskrevet i journalerne, og analyserer derefter behandlernes hhv. brugernes opfattelser af og holdninger til stoffrihed, udtrykt i de kvalitative interview.

Kapitel 5 analyserer fænomenet skadesreduktion og metadonbehandling, beskrevet gennem interview med behandlere og brugere. Skadesreduktionsprincippet er, som det vil fremgå af dette kapitel (og andre kapitler i rapporten), dominerende i dagens ambulante behandlingstilbud til opiatmisbrugere i København og et princip, som har stor opbakning blandt de interviewede behandlere. Brugernes holdninger til skadesreduktion og metadonbehandling har indtil nu været et relativt udforsket område, hvorfor vi vil bruge en del plads på at beskrive brugernes perspektiver, forventninger og ønsker (sådan som disse kommer til udtryk i både interview og brugerjournaler) i rapporten.

Hovedtemaet for kapitel 6 er brugernes selvbestemmelse i behandlingen. Kapitlet bygger på interviewene med behandlere, hvor disse udtrykker stor opbakning til selvbestemmelsesprincippet, og på en række cases fra brugerjournalerne, som viser, hvordan selvbestemmelsesprincippet bliver udfordret i forskellige situationer.

I kapitel 7 går vi i dybden med afklarings- og visitationsprocessen på behandlingsinstitutionerne. Kapitlet bygger udelukkende på journalmateriale og fokuserer specielt på de mere komplicerede sager, hvor der ikke umiddelbart er enighed om, eller klarhed over, om behandlingen skal være orienteret mod forandring eller stabilisering. Kapitlet beskriver de faktorer, der lægges vægt på i afklaringsprocessen, og de krav, visitationen stiller til brugerne.

Kapitel 8 handler om brugernes livssituation og sidemisbrug. Stabilisering af brugernes livssituation er som allerede nævnt en central målsætning i behandling, som bygger på et skadesreduktionsprincip. Kapitlet belyser brugernes livssituation (social baggrund, indtægtsforhold, boligforhold) i relation til behandlingens stabiliseringsmålsætning samt brugernes problemer med sidemisbrug. Desuden handler kapitlet om brugernes planer og ønsker til fremtiden.

Kapitel 9 sammenfatter rapportens indhold og de vigtigste konklusioner.

BEHANDLINGSINDHOLD IFØLGE BRUGERJOURNALERNE

I dette kapitel ser vi på indholdet i den behandling, opiatmisbrugere modtager på ambulante behandlingsinstitutioner i København. Behandlingsindholdet vil blive belyst ud fra journalundersøgelsen, hvor vi i gennemlæsningen af 180 journaler har registreret forskellige former for behandlingskontakt. Som det fremgik af forrige kapitel, er journalerne udtrukket tilfældigt, og opiatmisbrugere i alle behandlingstyper indgår i udtrækket.

Vi har i gennemlæsningen af journalerne registreret alle kontakter, brugeren har haft i det sidste halve år før journalundersøgelsen, dvs. i perioden 1. oktober 2006 til 1. april 2007. Alle journalførte kontakter er medtaget, uanset om brugeren har talt med en socialrådgiver, pædagog, læge, sygeplejerske, psykolog eller en anden person, som er en del af behandlingssystemet. I udgangspunktet er alle former for kontakt med. Der er dog få undtagelser: Udsendte breve (fx med tilbud om handleplan), som brugeren ikke har responderet på, er ikke talt med som kontakt, fordi man ikke kan vide, om brevet er modtaget og læst. Kontakt i forbindelse med medicinudlevering er talt med, såfremt der er noteret noget ud over selve udleveringen, dvs. hvis en behandler fx noterer, at man har talt med brugeren om medicin, bolig, behandling, familie eller noget andet i forbindelse med udleveringen. Hvis der i et skema er registreret, at medicinen er udleveret, men ikke er registreret kontakt ud over

selve udleveringen, er det ikke talt med som behandlingskontakt. Telefonsamtaler er talt med, hvis de handler om noget med relation til behandling eller brugerens liv, men ikke, hvis det fx er en opringning om aflysning af en samtale.

Vi omtaler kontakterne som behandlingskontakt, fordi der er tale om kontakt mellem brugeren og en person fra behandlingssystemet. Som det fremgår, har vi imidlertid optalt næsten enhver registreret kontakt mellem bruger og personer fra behandlingssystemet. Så når vi kalder det behandling, er det på baggrund af en meget lempelig definition af begrebet. Servicestyrelsen definerer behandling som en *"målrettet indsats på baggrund af systematisk udredning"* (www.socialebegreber.dk – definitioner af begreber på stofmisbrugsområdet). Vi har ikke kun registreret kontakter, som lever op til denne definition, men også medtaget ad hoc kontakter om alt fra tandbehandling til sociale problemer.

Man kan diskutere, om det er rimeligt at kalde disse kontakter for behandling. Som Pedersen & Nielsen (2007: 43) skriver, er det ikke helt i tråd med vejledningen til behandlingsgarantien, når man definerer udredning, omsorg og almindelig socialrådgivning som behandling. På den baggrund kan man sige, at det, vi har optalt, formelt er kontakt snarere end *behandlingskontakt*. Da der er tale om kontakt mellem brugeren og behandlingssystemet, vil vi dog fortsætte med at kalde det behandlingskontakt, men understrege den vidtfavnende definition.

Inden vi præsenterer resultaterne af registreringen, er det også nødvendigt at understrege, at behandlingsindholdet i denne del af undersøgelsen bliver beskrevet ud fra brugernes journaler. Vi har taget udgangspunkt i Københavns Kommunes elektroniske brugerjournal, fordi det er den form for journal, alle brugere har i rådgivningscentrenes centrale databaser. Københavns Kommune skriver i deres kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug:

Den elektroniske brugerjournal føres, således at den sociale og medicinske behandling dokumenteres. Den elektroniske brugerjournal skal understøtte det tværfaglige behandlingsarbejde samt samarbejdet mellem institutionerne og rådgivningscentrene. (Københavns Kommunes kvalitetsstandard, udateret⁶)

6. Alle kommuner skal formulere en kvalitetsstandard ifølge Servicelovens §139 (LBK nr. 1117 af 26/09 2007). I kvalitetsstandarden skal kommunen bl.a. beskrive, hvordan de monitorerer be-

En del brugere har endvidere papirjournaler, hvor der er notater af ældre dato. Hvis det var muligt at opspore papirjournalen, har vi i journalundersøgelsen også gennemgået denne. Hvis behandlerne gør sig private notater vedrørende kontakt med deres brugere, indgår det ikke i datamaterialet. Lægens notater indgår i datamaterialet, hvis de er i den elektroniske brugerjournal eller brugerens papirjournal på behandlingscenteret.

Det er således indholdet af *rådgivningscentrenes journaler*, der er gennemgået, og dermed det behandlingsindhold, som er dokumenteret her. Der kan være brugere, som har en mere intensiv behandlingskontakt, end rådgivningscentrenes papirjournaler og den elektroniske journal bevidner, men det er i så fald ikke en behandlingskontakt, der løbende registreres på kommunens rådgivningscentre.

BEHANDLINGSINTENSITET IFØLGE BRUGERJOURNALERNE

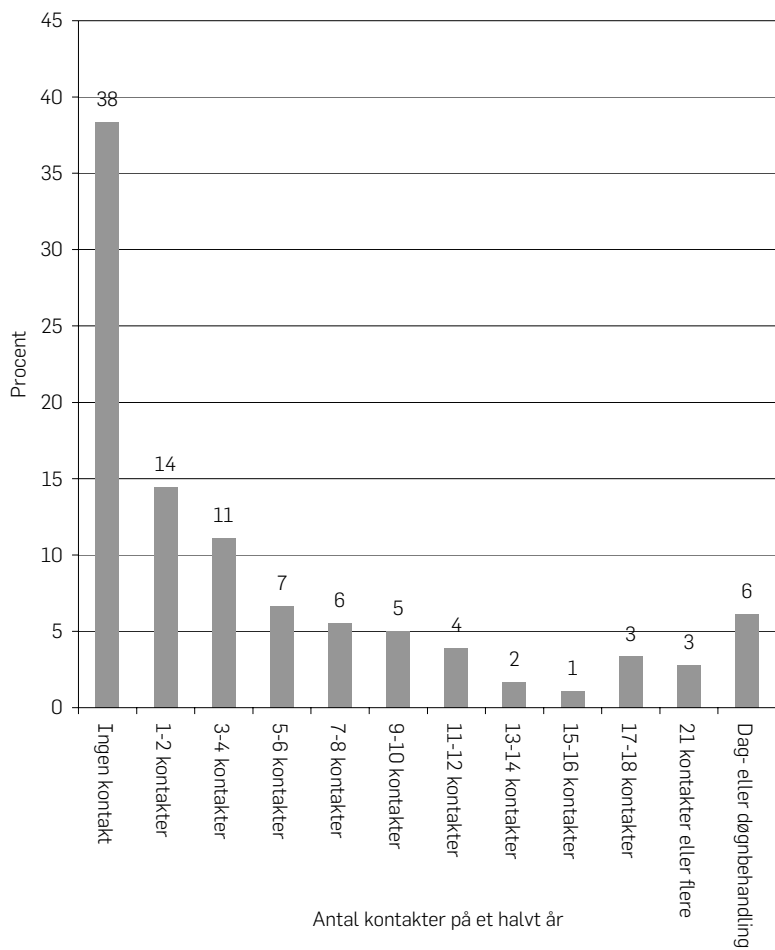
Hyppighed i behandlingskontakt er det første, som vi skal se på. Hvor ofte er der registreret behandlingskontakt (se definition ovenfor) mellem brugerne og personer fra behandlingssystemet? Vi har optalt antallet af registrerede kontakter i rådgivningscentrenes journaler for en periode på seks måneder – fra 1. oktober 2006 til 1. april 2007. Den procentvise fordeling af brugernes antal behandlingskontakter fremgår af figur 2.1.

I 69 af de 180 journaler var der ingen notater om behandlingskontakt på det halve år i rådgivningscentrenes brugerjournaler. Det svarer til 38 pct. af brugerne. 11 af de 180 brugere (svarende til 6 pct.) er i dag- eller døgnbehandling. For denne gruppe er det ikke meningsfuldt at optælle antallet af behandlingskontakter på samme måde som for brugerne i ambulant behandling, da man må formode, at deres behandlingskontakt er af en løbende karakter. Ingen kontakt på den ene side og dag- eller døgnbehandling på den anden side udgør de to yderpoler i behandlingsintensitet. I gruppen mellem disse to poler finder man 56 pct. af brugerne. I figur 2.1 fremgår det, at 14 pct. har en eller to registrerede behandlingskontakter på det halve år, 11 pct. har tre eller fire behandlingskontakter i perioden osv.

handlingsindsatsen. Kvalitetsstandard skal være lettilgængelig og som minimum offentliggøres på internettet (BEK 622 af 15/06/2006 og VEJ nr. 7 til Serviceloven). Københavns Kommunes kvalitetsstandard findes her:
www3.kk.dk/Borger/SocialeTilbud/Stofafhaengighed/Kvalitetsstandardarden.aspx (19. marts 2009)

FIGUR 2.1

Antallet af registrerede behandlingskontakter i 180 tilfældigt udtrukne brugerjournaler på et halvt år.



Anm.: Figuren gengiver registrerede kontakter i rådgivningscentrenes brugerjournaler for halvårsperioden 1. oktober 2006 til 1. april 2007.

Servicestyrelsen definerer ambulant behandling som en behandling, hvor der leveres en ydelse mindst to gange om måneden⁷. I undersøgelsen har vi noteret behandlingskontakter for seks måneder. Hvis behandlingen skal leve op til Servicestyrelsens definition på ambulant behandling, skal der således være minimum 12 behandlingskontakter (ydelser) i perioden. Behandlingsintensitet, hvor der leveres en ydelse sjældnere end hver 14. dag, defineres ikke som social stofmisbrugsbehandling (Vejledning til monitorering af ydelser: 5, <http://www.vbgs.dk/wm146706>). I stedet bruger Servicestyrelsen betegnelsen ad hoc om en behandlingsintensitet, hvor der leveres en ydelse sjældnere end hver 14. dag (www.socialebegreber.dk – ad hoc).

Ser vi på antallet af behandlingskontakter med disse definitioner, fremgår det, at næsten halvdelen af brugerne får ad hoc behandling (se figur 2.2) – eller rettere ad hoc ydelser, eftersom denne lave intensitet ifølge Servicestyrelsen principielt ikke kan kaldes behandling. Denne gruppe, svarende til 81 brugere, har mellem én og elleve kontakter på de seks måneder.

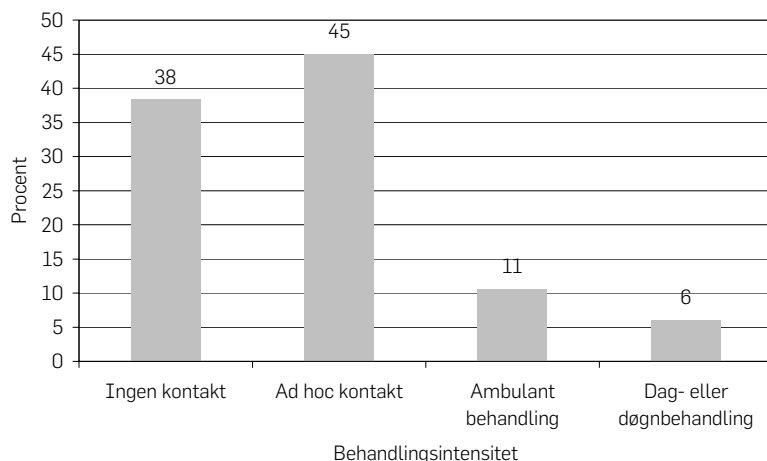
Servicestyrelsens definitioner kan altså bruges til at inddele de indskrevne opiatmisbrugere i fire hovedgrupper⁸: En gruppe (38 pct.), som ingen registreret behandlingskontakt har i perioden, en gruppe (45 pct.), som har ad hoc kontakt, en gruppe (11 pct.), som har en behandlingsintensitet på mindst 12 behandlingsydelser i perioden, hvilket vil sige ambulant behandling, og en gruppe (6 pct.), som er i dag- eller døgnbehandling. Servicestyrelsen skriver i deres definition af behandlingsbegrebet, at ad hoc kontakter er en *”mulig intensitet i forbindelse med stabiliserende indsatser”* (www.socialebegreber.dk – ad hoc). De 45 pct., der ifølge journalerne får ad hoc ydelser, kan således formodes at modtage det som en stabiliserende indsats.

7. Servicestyrelsens definitioner kan ses dels på www.socialebegreber.dk og i Vejledning til monitorering af ydelser (DanRIS-Ambulant), som er tilgængelig her: <http://www.vbgs.dk/wm146706>

8. Ydelser inden for social stofmisbrugsbehandling har ikke en specifik definition i Servicestyrelsens begrebsdatabase. I ovenstående inddeling bruger vi Servicestyrelsens definitioner på behandlingsintensiteter i forlængelse af vores optællinger af behandlingskontakter. Vores definition af behandlingskontakt udspecificeres i begyndelsen af kapitlet. De registrerede behandlingskontakter regnes her for ydelser.

FIGUR 2.2

Brugerjournalernes registrerede behandlingskontakter inddelt efter Servicestyrelsens definitioner på behandlingsintensitet (ekskl. medicinudlevering uden øvrig registreret kontakt).



Anm.: Figuren gengiver registrerede kontakter i rådgivningscentrenes brugerjournaler for halvårsperioden 1. oktober 2006 til 1. april 2007.

Der skal knyttes tre kommentarer til dette undersøgelsesresultat.

For det første skal man være opmærksom på, at vi her har optalt antal kontakter ud over metadonudlevering. Vi har ikke registreret det som en kontakt, hvis brugeren blot er kommet for at afhente sin metadon, men alle kontakter *ud over* selve udleveringen af medicin er talt med. Det gælder også kontakter *om* udlevering. Hvis en sygeplejerske i udleveringen fx har snakket med brugeren om afhentning af metadon på apotek og har noteret det i journalen, så er det registreret som en behandlingskontakt. Det samme gælder naturligvis, hvis lægen noterer en samtale med brugeren om den medicinske behandling.

Man kan diskutere, om udlevering af substitutionsmedicin i sig selv bør regnes som en behandlingsydelse. I Sundhedsstyrelsens "Vejledning om lægers ordination af afhængighedsskabende lægemidler" fremgår det, at:

Den medikamentelle behandling skal ledsages af en psykosocial behandling, der retter sig mod stofmisbrugerens psykiske symptomer og de sociale problemstillinger, stofmisbrugeren frembyder, inklusive bolig-, uddannelses-, forsørgelses- og beskæftigelsesmæssige problemer. (Sundhedsstyrelsen, 2007a: 23).

Udlevering af substitutionsmedicin bør ikke stå alene, men skal suppleres med psykosocial behandling. Hvor intensiv den psykosociale behandling skal være, eller hvor ofte brugeren skal mødes med behandlere, for at man skal kunne tale om en psykosocial behandlingsindsats, bliver dog ikke specificeret af Sundhedsstyrelsen.

For det andet bør man være opmærksom på, at der kan være behandlingskontakter, som ikke er noteret i journalen. Klienterne kan have hyppigere kontakt, end det fremgår af deres journaler. Vores grundlæggende antagelse (baseret på interview og observationer) er dog, at de fleste egentlige behandlingskontakter – jf. Servicestyrelsens definition – bliver registreret i journalerne. Dette er da også en nødvendighed, hvis kontakterne skal bidrage til *”en målrettet indsats på baggrund af systematisk udredning”* (www.socialebegreber.dk – behandling) – og hvis notatpligten skal overholdes⁹. *”Monitorering og skriftlighed er en betingelse for en strategisk og fremadrettet behandling, der ikke skal starte ved punkt nul hver gang, der tales med klienten”*, som Pedersen (2005: 171) skriver i en rapport om den medicinske og psykosociale indsats over for heroin-afhængige. Dermed ikke sagt, at de ikke-registrerede kontakter er værdiløse i behandlingsarbejdet – tværtimod omtaler mange brugere de spontane, ustrukturerede samtaler med behandlingspersonalet som endda meget værdifulde (se kapitel 2).

For det tredje kan man overveje, om brugerne har en mere intensiv behandlingskontakt, som *er* journalført, men i andre systemer end dem, vi har haft adgang til i journalundersøgelsen. For at undersøge den hypotese har vi set nærmere på behandlingskontakten for 80 rådgivningscenterbrugere. Det er en gruppe på 80 brugere, som ikke er visiteret videre til systemer, hvor de kunne indgå i andre journalsystemer. Hvis man udelukkende ser på brugerne fra rådgivningscentrene (modtage- og behandlingsenhederne), har 20 pct. af brugerne ingen registreret kontakt med behandlingssystemet på det halve år. 66 pct. af brugerne på rådgivningscentrene har mellem én og 11 kontakter, dvs. ad hoc kontakt, og 14

9. Jf. offentlighedslovens §6 stk. 1.

pct. har så hyppig behandlingskontakt, at det kvalificerer til Servicestyrelsens definition på ambulant behandling. Andelen af brugere, som ifølge deres brugerjournaler *ikke* modtager 'social stofmisbrugsbehandling' (af den intensitet, som Servicestyrelsens definition af begrebet forudsætter), er således stort set den samme blandt rådgivningscenterbrugerne (86 pct.) som blandt samtlige brugere (83 pct.).

Den kvantitative journalundersøgelse står endvidere ikke alene i vores undersøgelse, men er suppleret med et kvalitativt materiale: interview med brugere og behandlere, samt besøg på behandlingsinstitutioner. Indtrykket fra det kvalitative materiale underbygger i store træk den kvantitative journalundersøgelses billede af behandlingsintensiteten. Mange brugere fortæller således, at behandlingen primært består af metadonudlevering, og at kontakten til behandlerne derudover er sparsom (for mange, ikke for alle brugere). Med hensyn til ikke-journalførte kontakter gav besøgene på institutionerne endvidere det indtryk, at der er store traditionsbestemte variationer. På nogle institutioner tog behandlerne løbende kontakt med deres brugere på fællesarealer i institutionen. Disse kontakter blev sjældent journalført. På andre institutioner blev behandlingskontakten struktureret omkring aftalte møder mellem bruger og behandler. Disse mere formaliserede kontakter blev som regel journalført. Det kvalitative materiale vil blive præsenteret mere detaljeret i senere kapitler.

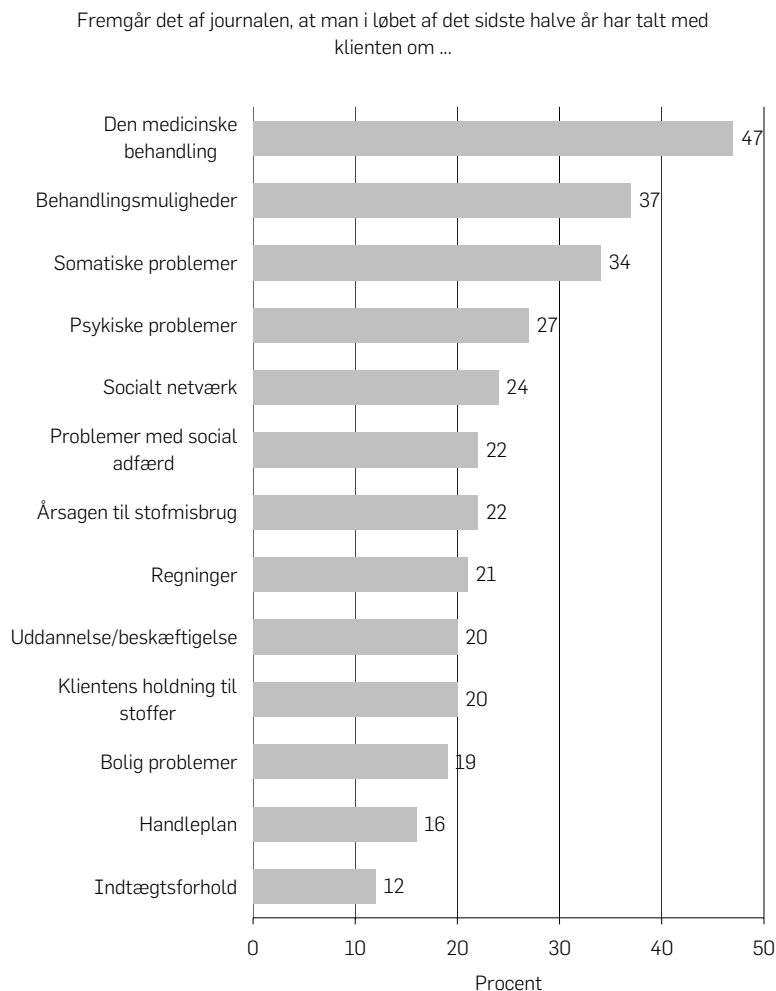
TEMAER I BEHANDLINGSKONTAKT IFØLGE BRUGERJOURNALERNE

Hvad handler brugernes kontakt med behandlerne om? I journalundersøgelsen har vi ikke blot talt antallet af kontakter mellem brugere og behandlere, vi har også noteret, hvilke temaer der har været berørt i de registrerede behandlingskontakter. Denne del af journalundersøgelsen drejer sig stadig om perioden 1. oktober 2006 til 1. april 2007. Alle de temaer, der har været berørt i en behandlingskontakt er registreret. En enkelt behandlingskontakt, såsom en visitationssamtale eller handleplanssamtale, kan dække mange eller alle temaer, så antallet af behandlingskontakter og antallet af temaer berørt i behandlingskontakten hænger ikke nødvendigvis sammen for den enkelte bruger.

I figur 2.3 er der en oversigt over, hvor mange brugere der ifølge journalerne har talt med deres behandler om forskellige tematikker.

FIGUR 2.3

Temaer berørt i brugerjournalernes registrerede behandlingskontakter i en halvårsperiode.



Anm.: Figurens grundlag er registrerede behandlingskontakter i rådgivningscentrenes brugerjournaler for halvårsperioden 1. oktober 2006 til 1. april 2007.

Det tema, som flest brugere har diskuteret med en behandler, er den medicinske behandling. I 47 pct. af brugernes journaler er der i halvårsperioden noteret en eller flere kontakter, der har handlet om brugerens medicinske behandling. Disse brugere har talt med en behandler (ofte lægen) om ordination, dosis, medicinskift og/eller bivirkninger ved medicinen. Ifølge journalerne modtager minimum 87 pct. af brugerne substitutionsbehandling. Det er en minimumsangivelse, fordi det i nogle journaler ikke fremgik, om brugeren var i substitutionsbehandling på det undersøgte tidspunkt. Tilsammen viser disse tal, at 40 pct. af brugerne modtager substitutionsmedicin, uden at substitutionsmedicinen ifølge deres elektroniske brugerjournal på rådgivningscentrene har været diskuteret i løbet af det sidste halve år. Der er ingen notater i disse journaler om, at en læge eller anden behandler (fx en sygeplejerske) har spurgt brugeren, om dosis er rigtig, om der er bivirkninger, andre ønsker til medicinen, ønske om nedtrapning eller andet.

Behandlingsmuligheder har 37 pct. af brugerne ifølge deres journal diskuteret med en eller flere behandlere. Temaet behandlingsmuligheder dækker over enhver snak om behandlingsform og behandlingsønsker i forhold til brugerens nuværende og fremtidige behandling. Fler-tallet af brugerne (63 pct.) har altså ifølge deres elektroniske brugerjournal på rådgivningscentrene ikke talt med hverken læge, sagsbehandler eller anden kontaktperson om deres behandlingsmuligheder. Medicinsk behandling og behandlingsmuligheder kan være sammenfaldende. Hvis formen, mulighederne og brugerens ønske i forhold til medicinsk behandling har været diskuteret, så er det registreret, at man har talt med brugeren både om den medicinske behandling og om behandlingsmuligheder.

Somatiske og psykiske problemer er berørt i hhv. 34 pct. og 27 pct. af brugernes sager ifølge deres elektroniske brugerjournal på rådgivningscentrene. Forhold vedrørende socialt netværk diskuteres i 24 pct. af journalerne. I denne kategori indgår behandlingskontakter, der handler om ensomhed. Kategorien problemer med social adfærd er i nogen udstrækning overlappende. Hvis der i en samtale har været diskuteret problemer med ensomhed som følge af problemer med social adfærd, så er det noteret, at begge temaer er berørt i kontakten med brugeren. Problemer med social adfærd er berørt i 22 pct. af journalerne.

Årsagen til eller baggrunden for fortsat stofmisbrug har man diskuteret med 22 pct. af brugerne ifølge de elektroniske brugerjournaler

på rådgivningscentrene. Dette tema sigter på behandlingskontakter, der tager fat i selve afhængigheden og tilgrundliggende problemstillinger. Brugerens holdning til stoffer er et nært beslægtet tema. Det dækker nemlig over brugerens syn på stoffer, herunder fordele og ulemper ved stofferne, nydelsen og nødvendigheden. Man har ifølge journalerne talt med 20 pct. af brugerne om dette tema. Disse to temaer – baggrunden for stofmisbrug og brugernes relation til stoffer – er nok de temaer, der normalt tænkes på, når man taler om 'misbrugsbehandling'. Det er derfor interessant, at de kun er aktuelle i en femtedel af journalerne (mere om dette i kapitel 5).

Regninger har været et tema i behandlingskontakten for 21 pct. af brugerne ifølge deres journal, uddannelse eller beskæftigelse for 20 pct. af brugerne, boligproblemer for 19 pct. og indtægtsforhold for 12 pct. af brugerne. 16 pct. af brugerne har ifølge journalerne diskuteret handleplan i løbet af halvårsperioden. Forekomsten af handleplaner bliver behandlet i næste afsnit.

SOCIALE HANDLEPLANER

Ifølge Servicelovens §141 skal personer med alvorlige sociale problemer tilbydes en handleplan. Handleplanen skal angive formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen og andre særlige forhold, fx vedrørende behandlingen. Handleplanen skal så vidt muligt udarbejdes i samarbejde med borgeren. I bekendtgørelse nr. 622 af 15. juni 2006 om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter Servicelovens § 101 fremgår det, at kommunalbestyrelsen skal fastsætte en kvalitetsstandard for stofmisbrugsbehandlingen. I Vejledning nr. 7 til Serviceloven slås det fast, at kvalitetsstandard skal beskrive målsætninger for brugen af handleplaner, samt hvordan og hvornår handleplanerne skal revideres. Det fremgår også af vejledningen, at behandlingsindsatsen og handleplaner skal koordineres på en måde, som *"skal sikre en sammenhæng mellem den medikamentelle og psykosociale behandling og indsatsen over for de sociale problemstillinger, der i øvrigt kan være aktuelle for stofmisbruger"* (Vejledning nr. 7 til Serviceloven, kap. 3, 21).

I Københavns Kommunes kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug fremgår det, at man som bruger vil få tilbudt en

social handleplan inden for de første to måneder af behandlingen. Handleplanen skal give brugeren mulighed for at formulere, hvordan hans/hendes sociale situation er, hvad han/hun gerne vil ændre på eller opnå, samt hvilken hjælp og støtte han/hun har brug for aktuelt og fremover. Det fremgår af kvalitetsstandarden, at rådgivningscenteret vil sørge for sammenhæng mellem brugerens behandlingsplan og sociale handleplan, og at brugerne vil blive tilbudt en samtale med deres kontaktperson, hvis handleplanen er mere end seks måneder gammel (Københavns Kommunes kvalitetsstandard, udateret). Københavns Kommune skriver i deres sektorplan for indsats over for stofmisbrug 2006-2008, at status i maj 2006 er, at 46 pct. af brugerne har fået udarbejdet en handleplan. 70 pct. af brugerne har fået tilbudt en handleplan, men en del har ikke ønsket det (Københavns Kommune, 2006a: 41)¹⁰.

I journalundersøgelsen har vi registreret to ting omkring handleplaner. For det første har vi registreret, hvor mange handleplaner, der er sammenlagt i brugerens journal på rådgivningscenteret, dvs. den samlede forekomst af handleplaner i hele brugerens behandlingsforløb, som kan strække sig over mange år. For det andet har vi registreret, om man i løbet af det sidste halve år før journalundersøgelsen, dvs. i perioden 1. oktober 2006 til 1. april 2007, har talt om handleplaner ifølge brugerjournalen.

Gennemgangen af de 180 journaler viser, at der samlet set er en eller flere handleplaner i 60 pct. af journalerne. I dette tal indgår både nye og gamle handleplaner. Det vil sige, at 40 pct. af brugerne aldrig (så vidt man kan se af deres journal på rådgivningscentre) har haft en handleplan i løbet af hele deres behandlingsforløb.

I gennemgangen af journaler har vi registreret alle former for handleplaner i både papirjournaler og den elektroniske brugerjournal. Nogle handleplaner er meget kortfattede, andre er omfattende. De fleste er skrevet på computer, men nogle er håndskrevne – i nogle tilfælde udfyldt i hånden af brugeren selv. Nogle er udformet på baggrund af et elektronisk handleplansskema, andre er mere improviseret strukturerede. Nogle handleplaner fremstår meget gennearbejdede og er måske udar-

10. Det er uklart, om det er 46 pct. af alle brugere, eller om det er 46 pct. af de 70 pct., der har fået tilbudt en handleplan, som reelt har en. Ordlyden i sektorplanen er helt præcis: *"Status i maj 2006 er, at 70% har fået tilbudt at få udarbejdet en social handleplan, og 46% har fået udarbejdet en plan, resten har ikke ønsket det."* Vi tolker det ovenstående sådan, at 46 pct. af alle brugere ifølge sektorplanen har fået udarbejdet en handleplan.

bejdet over en række møder mellem bruger og behandler, andre fremstår meget overfladiske.

Alt, hvad der kaldes handleplan i journalen, er talt med. Hvis en handleplan er fulgt op efter fx seks måneder, så er det talt med som endnu en handleplan. Det vil sige, at en justering af en handleplan i denne undersøgelse er talt med som en ny handleplan. Kun i de tilfælde, hvor en handleplan er en direkte kopi af en tidligere handleplan, og denne handleplan ikke længere *kan* være aktuel, fx fordi oplysningerne er forældede, har vi ikke talt handleplanen med¹¹. Oversigtstabel 2.1 viser, hvor mange handleplaner der indgår i opiatmisbrugernes journaler.

TABEL 2.1

Antal handleplaner i brugerjournalerne.

	Antal brugere	Brugere i pct.
<i>Antal handleplaner</i>		
0	72	40
1	45	25
2	27	15
3	16	9
4	5	3
5	4	2
6	6	3
7	2	1
8	3	2
I alt	180	100

Anm.: Tabellen gælder registrerede handleplaner i rådgivningscentrenes brugerjournaler for perioden 1997-2007.

Det fremgår af tabel 2.1, at 40 pct. af brugerne ikke har nogen handleplan i deres brugerjournal. 25 pct. af brugerne har fået udarbejdet en enkelt handleplan i løbet af deres samlede behandlingskarriere, 15 pct. af brugerne har fået udarbejdet handleplaner to gange osv. Det højeste

11. Vi har heller ikke talt 'tomme' handleplaner med. Nogle handleplaner er lagt ind i den elektroniske brugerjournal med en dato, men indeholder kun standardiserede handleplansspørgsmål, ingen svar. Det vil sige, at der fx er en handleplan med datoen 16. juni 2006 i brugerens elektroniske journal, men skemaets spørgsmål om brugerens nuværende situation og ønsker til fremtiden står ubesvarede. Er skemaerne udfyldt den mindste smule, er de talt med. Står der fx under "Brugerens mål/ønsker?", at "Brugeren ønsker at fortsætte med substitutionsbehandling på lægeambulatoriet X" – og intet andet, så er det talt med som en handleplan. Vores definition på handleplan er således bredt inkluderende.

antal handleplaner, vi har fundet i de 180 journaler, er otte handleplaner. Det fandt vi i tre journaler.

Kravet om handleplaner blev indført med Lov om social service 10. juni 1997. Handleplanerne skal løbende fornys. Man kunne derfor tro, at sandsynligheden for at finde handleplaner i journalen ville være større jo længere tid, brugeren har været indskrevet i behandlingssystemet. Journalgennemgangen indikerer dog den modsatte tendens.

Som det fremgår af tabel 2.2, har 71 pct. af de brugere, som har været indskrevet i tre år eller mindre, mindst en handleplan, mens dette kun gælder for 41 pct. af de brugere, som har været indskrevet i over tre år. Disse tal gælder som sagt handleplaner i hele brugerens behandlingsforløb. Når andelen af brugere med handleplan er højere blandt de relativt nyindskrevne brugere, kan det derfor tyde på, at Københavns Kommune i stigende grad udarbejder handleplaner for nyindskrevne brugere.

TABEL 2.2

Forekomst af handleplaner hos brugere, som har været i behandling i hhv. højst tre år og over tre år. Procent.

	Minimum én handleplan i brugerens journal.	Ingen handleplaner i brugerens journal.	I alt	Antal i alt
Brugeren har været indskrevet i behandling i højst 3 år	71	29	100	115
Brugeren har været indskrevet i behandling i over 3 år	41	59	100	64
I alt	60	40	100	179

Anm.: $\chi^2 = 16,2$, $P = 0,000$. Længde på indskrivning var uoplyst for en enkelt bruger, som ikke indgår i tabellen.

60 pct. af brugerne har altså, fra handleplanskravet blev indført i 1997 og frem til journalundersøgelsen 2007, fået udarbejdet i hvert fald én handleplan. Dette tal siger dog ikke noget om, hvor mange af brugerne der har en *aktuel* handleplan. I journalundersøgelsen har vi ud over at registrere antallet af handleplaner i hele brugerens behandlingsforløb også registreret, om man har talt med brugeren om en handleplan i løbet af de sidste seks måneder. Som det også fremgår af figur 2.3, har 16 pct. af brugerne talt med en behandler om en social handleplan i løbet af de

sidste seks måneder. I Københavns Kommunes sektorplan beskrives ydelsesmålet for sociale handleplaner således: *"Alle brugere i behandling skal have tilbudt en social handleplan, som skal opdateres løbende med en opfølgning mindst hver 6. måned"* (Københavns Kommune 2006a: 63 – vores understregning). De seks måneder er derfor en rimelig grænse for, hvornår man kan kalde en handleplan aktuel. I andelen på 16 pct. er medtaget kontakt, hvor behandleren har talt med brugeren om en handleplan, uden at det har ført til udarbejdelsen af en egentlig handleplan (fx fordi brugeren har takket nej). Man må på den baggrund konkludere, at andelen af indskrevne opiatmisbrugere med en aktuel handleplan er under 16 pct.

Hvilke brugere har talt med en behandler om handleplaner inden for de sidste seks måneder? Tabel 2.3 og 2.4 viser sammenhængen mellem, om brugeren har talt med sin behandler om en handleplan inden for de sidste seks måneder og hhv. brugerens alder og indskrivningslængde.

TABEL 2.3

Sammenhæng mellem alder, og om brugeren ifølge rådgivningscenterets brugerjournal har talt med behandlerne om en handleplan. Procent.

	Brugeren har ifølge journalen talt med behandlere om en handleplan i halvårsperioden.	Brugeren har ifølge journalen ikke talt med behandlere om en handleplan i halvårsperioden.	I alt	Antal brugere i alt
<i>Alder</i>				
20-35 år	36	64	100	36
36-50 år	17	83	100	89
51 år og ældre	2	98	100	55
I alt	16	84	100	180

Anm.: $\chi^2 = 19,0$, $P = 0,000$. Halvårsperioden refererer til 1. oktober 2006 til 1. april 2007.

Journalundersøgelsen viser, at handleplaner især er et tema i behandlingskontakten med brugere under 35 år. I denne gruppe har 36 pct. drøftet handleplaner en eller flere gange inden for de sidste seks måneder med en eller flere behandlere. For gruppen af de 36-50-årige brugere er andelen halveret. Her er det 17 pct., som har talt om handleplaner i løbet af de seks måneder. Næsten ingen i den ældste alderskategori har talt om handleplaner med deres behandler i løbet af det sidste halvår. Også

blandt de unge er det dog de færreste, der har talt med deres behandler om en handleplan i løbet af de sidste seks måneder.

Sammenhæng mellem indskrivningslængde og handleplans-samtaler fremgår af tabel 2.4.

Tabel 2.4 tyder på, at man især taler om handleplaner med brugere, som er i begyndelsen af et behandlingsforløb. 45 pct. af de brugere, der har været indskrevet seks måneder eller kortere, har ifølge deres brugerjournal talt om handleplaner i løbet af deres indskrivningstid. Allerede i gruppen af brugere, der har været indskrevet i 7-12 måneder, er andelen af brugere, som har diskuteret handleplan, helt nede på 14 pct. Har brugeren været indskrevet i over et år, fremgår aktuelle handleplans-overvejelser kun af 8 pct. af journalerne, og for de brugere, der har været indskrevet i over fem år, er andelen nede på 4 pct.

TABEL 2.4

Sammenhæng mellem, hvor længe brugeren har været indskrevet i behandling, og om brugeren ifølge brugerjournalen på rådgivningscenteret har talt med behandlerne om en handleplan. Procent.

	Brugeren har ifølge journalen talt med behandlere om en handleplan i halvårsperioden.	Brugeren har ifølge journalen ikke talt med behandlere om en handleplan i halvårsperioden.	I alt	Antal brugere i alt
<i>Indskrivnings- længde</i>				
6 mdr. eller kortere	45	55	100	38
7-12 mdr.	14	87	101	52
13 mdr.-5 år	8	92	100	37
Over 5 år	4	96	100	52
I alt	16	84	100	179

Anm.: $\chi^2 = 30,7$, $P = 0,000$. Halvårsperioden refererer til 1. oktober 2006 – 1. april 2007. Længde på indskrivning var uoplyst for en enkelt bruger, som ikke indgår i tabellen.

Årsagen til, at nogle brugere ikke har en handleplan, kan være, at de ikke ønsker en handleplan. Tilbuddet om en handleplan er obligatorisk, og det skal af journalen fremgå, at kommunen har vurderet spørgsmålet om en konkret handleplan (jf. Socialministeriet, 2006: pkt. 97; Karnov, 2006: 1024). En handleplan i sig selv er derimod ikke obligatorisk, og Socialministeriets vejledning siger ikke noget om, *hvordan* kommunerne skal

give tilbuddet. Københavns Kommune er dog opmærksom på, at det kan kræve en motivationsindsats at få brugeren med til at udarbejde en handleplan:

Erfaringer med arbejdet med den sociale handleplan er, at det indebærer et motivationsarbejde i forhold til brugeren, og at de brugere, der har det sværest, har svært ved at indgå i et konstruktivt samarbejde om handleplanen. Brugere, der ser tilbage på deres forløb, har ofte skiftet holdning til handleplansarbejdet undervejs. Når de får det bedre, er det lettere at gå ind og lave aftaler om fremtiden og overhovedet lægge planer. Således følges behandlingsarbejdet og handleplansarbejdet ad. (Københavns Kommune, 2006a: 40)

Ved gennemgangen af de 198 journaler er det tydeligt, at motivationsarbejdet i forhold til udarbejdelse af handleplaner er af meget varierende intensitet. I nogle tilfælde gør behandlerne et stort stykke arbejde. De opsøger og forsøger at motivere brugerne til at medvirke ved fx at forklare dem, hvad de kan bruge en handleplan til. I andre tilfælde bliver der udsendt et kortfattet, standardiseret brev med tilbud om handleplanssamtale. Her er et eksempel på et sådant brev fra august 2006:

Social handleplan

Når du er i behandling for stofmisbrug, har du ret til at få et tilbud om en social handleplan. Du tilbydes derfor en samtale med en behandler, hvor der kan udfærdiges en social handleplan. Hvis du skulle være interesseret i at få lavet en handleplan eller har nogen spørgsmål, er du velkommen til at ringe på nedenstående tlf.nr.

Venlig hilsen

[...]

Hvis brugerne ikke reagerer på de udsendte breve, går man ud fra, at de ikke er interesseret. Brevene henviser til brugernes ret til en handleplan, men indeholder ikke motiverende begrundelser for, at de skal bruge dette tilbud. Tværtimod understreger en del behandlere over for brugerne (mundtligt eller skriftligt), at det ikke får nogen konsekvenser, hvis de ikke ønsker at lave en handleplan.

Journalgennemgangen viser som sagt også meget store kvalitetsforskelle i de handleplaner, som faktisk udarbejdes. Nogle handleplaner bliver udarbejdet over flere samtaler mellem bruger og behandler. De er meget detaljerede omkring indsats og målsætning og bliver løbende fulgt op. En af de interviewede behandlere beskriver, hvordan han forsøger at udarbejde relevante og gennearbejdede handleplaner:

Jeg giver som regel brugerne handleplanen med hjem helt tom, og så siger jeg: ”Jeg vil godt have til næste gang, hvor vi skal lave handleplanen, at du selv har sat nogle ønsker og mål op for, hvad du vil med dit liv.” Fordi jeg har tit oplevet det, at jeg indkalder en bruger til en samtale: ”Nu skal vi lave en handleplan.” Den handleplan, den bliver så lavet på en halv time, og det bliver tit nogle urealistiske mål og ønsker fra brugerens side, der bliver klasket ned på papiret ... Ved at give dem det med hjem, så begynder de at reflektere og overveje, hvad de egentlig vil med deres liv. Så man får noget mere relevant i handleplanen i stedet for, at det bare bliver en handleplan, der skal laves, fordi der skal laves en handleplan i forhold til lovgivningen. (Behandler på ambulatorium)

Forløb som dette, hvor brugerne aktivt inddrages og motiveres til udarbejdelse af en social handleplan, fandt vi også dokumenteret i nogle brugerjournaler, og handleplansarbejde af denne type fremstår kvalitetsmæssigt stærkt. I den anden ende af kvalitetsskalaen er der eksempler på handleplaner, som er kopieret og lagt ind i den elektroniske brugerjournal med en ny dato. I nogle tilfælde kan det måske være rimeligt at ’genbruge’ en handleplan, fx hvis mål og midler i behandlingsindsatsen ikke er ændret, men i nogle af eksemplerne *kan* handleplanerne ikke være aktuelle og kan ikke have behandlingsmæssig værdi. Et konkret eksempel på, hvad vi taler om her, er en handleplan, der blev skrevet for en bruger i sommeren 2006. Den er kopieret og indsat i den elektroniske brugerjournal igen med en ny dato i januar 2007. Handleplanen kan ikke længere være aktuel, da den nævner datoer for planlagte møder i august 2006 og taler om nedtrapning fra subutex, selvom brugeren i efteråret 2006 gik fra subutex til metadon. I en anden journal skriver man i 2004 en handleplan for, hvad der skal ske efter brugerens løsladelse fra fængsel. Hand-

leplanen er kopieret og indsat igen i 2006, selvom det nu er et par år siden, brugeren blev løsladt.

Hvordan behandlerne griber handleplansarbejdet an, afhænger dels af procedurer, dels af ressourcer. Nogle behandlere opsøger brugerne på institutionen og giver dem handleplanen med hjem. Andre behandlere udsender et brev med tilbud om en handleplan. Procedurerne er forskellige og i en vis grad op til behandlerne. Behandlernes fremgangsmåde er imidlertid også påvirket af, hvilke ressourcer de har til rådighed. For det første er antallet af brugere af betydning for, hvor meget tid behandlerne kan investere i at motivere en bruger til handleplansarbejde, og hvilke kvalitetskrav de kan sætte til handleplanen. For det andet er det afgørende, om behandleren er på en institution, hvor det er muligt at opsøge og motivere brugeren, dvs. om der er opholdssteder (fx en brugercafé eller et værested) på institutionen, hvor behandlerne kan møde brugerne uden forudgående aftaler – og om opsøgende arbejde, hjemmebesøg og lignende indgår i institutionens arbejdsformer.

OPSUMMERING

I 180 tilfældigt udtrukne journaler for opiatmisbrugere på københavnske rådgivningscentre har vi registreret alle kontakter, brugerne (ifølge noter i deres journaler) har haft til behandlingssystemet i en halvårsperiode, nemlig fra 1. oktober 2006 til 1. april 2007. Servicestyrelsen definerer ambulant behandling som en behandling, hvor der leveres en ydelse mindst to gange om måneden. Om behandlingsintensitet, hvor der leveres en ydelse sjældnere end dette, bruger Servicestyrelsen betegnelsen ad hoc. Hvis man bruger disse definitioner og tæller vores registrerede behandlingskontakter som ydelser, viser optællingen følgende: 11 pct. af brugerne har ifølge brugerjournalen en ambulant behandlingskontakt (12 kontakter eller flere i halvårsperioden); 45 pct. har stabiliserende ad hoc kontakt (mellem én og elleve registrerede kontakter i journalen), mens 38 pct. ingen registreret behandlingskontakt har haft i perioden. 6 pct. var i dag- eller døgnbehandling.

Journalanalysen viser, at den medicinske behandling er det emne, som oftest diskuteres i behandlingskontakterne. Ifølge brugerjournalerne har 47 pct. af brugerne diskuteret deres medicinske behandling med en læge eller en anden behandler inden for de seneste seks måneder. Det

betyder omvendt, at en stor gruppe opiatmisbrugere får substitutionsbehandling, uden at medicinen (ifølge rådgivningscentrenes brugerjournaler) er genstand for diskussion i løbet af et halvt år. Ifølge journalerne har 37 pct. af brugerne diskuteret deres behandlingsmuligheder (behandlingsform og behandlingsønsker) med en eller flere behandlere i løbet af et halvt år. Det betyder samtidig, at næsten to tredjedele af brugerne ifølge journalnotaterne ikke i halvårsperioden har diskuteret deres behandlingsmuligheder med hverken deres læge, sagsbehandler eller anden kontaktperson.

Andre (psykosociale) behandlingstemaer, som fylder relativt lidt i journalerne er 'årsager til misbrug' og 'klientens relation til stoffer'. Det generelle indtryk af analysen er, at behandlingskontakterne dækker over et meget bredt spektrum af temaer, afhængig af brugerens sociale problemer (boligproblemer, økonomiske problemer etc.) og somatiske tilstand. Fokus i behandlingskontakten ligger således ikke primært på brugerens afhængighedsproblemer, som det gør i en mere klassisk psykosocial og/eller terapeutisk behandlingsmodel, men på substitutionsbehandling og på en lindring af diverse skadevirkninger, som misbruget har medført. Dette er helt i tråd med det såkaldte skadesreduktionsprincip, som vil blive beskrevet i kapitel 5.

Kapitlet viser også, at 40 pct. af opiatmisbrugerne ifølge brugerjournalerne aldrig har haft en handleplan i hele deres behandlingsforløb, og at mindst 84 pct. ikke har en aktuel handleplan (hvor 'aktuel' hentyder til de sidste seks måneder før journallæsningen). Tilbuddet om en handleplan er obligatorisk, men det er formen på tilbuddet ikke. Nogle brugere modtager derfor tilbuddet fra en behandler, de møder personligt, mens andre modtager tilbuddet i et kortfattet, standardiseret brev, hvorefter de selv skal henvende sig, hvis de ønsker en handleplan. Formen på tilbuddet må forventes at have betydning for, hvor mange brugere der faktisk får en handleplan. Aktuelle handleplaner forekommer hyppigst blandt de yngste brugere (20-35 år), mens de er sjældent forekommende i aldersgruppen 36-50 år og næsten ikke-forekommende i alderskategorien 50+. Også for den yngste brugerkategori gælder det dog, at majoriteten (64 pct.) ikke har en aktuel handleplan ifølge oplysningerne i journalerne.

BEHANDLINGSSTRATEGIER

I dette kapitel skal vi se på behandlingsstrategierne i de forskellige ambulante tilbud til opiatmisbrugere i Københavns Kommune. Der er ikke tale om en gennemgang af forskellige behandlingsinstitutioners nedskrevne behandlingsstrategier, men en analyse af behandlingsstrategier, som de bliver beskrevet af behandlere og brugere i vores kvalitative interview. I modsætning til foregående kapitel bygger dette kapitel altså ikke på journaler, men på interview med behandlere og brugere (for en beskrivelse af interviewmaterialet, se kapitel 1).

Vi fokuserer på en række forhold, hvor det er tydeligt, at der er afgørende strategiske forskelle mellem behandlere og mellem institutioner. Konsekvenserne af forskellene er tydelige, og det er forskelle, som brugere og behandlere tillægger betydning. Vi gennemgår fire forskellige dimensioner i behandlingsstrategierne:

1. opsøgende versus afventende behandlere
2. forandringsorienteret versus omsorgsorienteret behandlingskontakt
3. den personlige relation versus den neutrale, professionelle relation
4. åbne rum versus lukkede døre.

Det skal understreges, at de fire dimensioner i praksis er overlappende.

Samtlige interviewpersoner, såvel behandlere som brugere, som citeres i dette og de følgende kapitler, er blevet anonymiseret. Vi har

således givet interviewpersonerne nye navne, og vi oplyser ikke, hvilke institutioner behandlerne arbejder på og brugerne er indskrevet i. Vi har også ændret eller sløret en del andre oplysninger i interviewcitaterne, som ikke har betydning for de behandlede temaer.

OPSØGENDE VERSUS AFVENTENDE BEHANDLERE

Det, vi først skal se på, er strategien for, hvordan behandlingen skal nå fra behandler til bruger. Her kan man skelne mellem to typer strategier, nemlig den opsøgende og den afventende behandlingsstrategi. Den opsøgende behandler henvender sig uopfordret til brugeren (enten personligt på institutionen eller pr. telefon), mens den afventende behandler primært har kontakt med brugeren, når han/hun henvender sig og ønsker en tid til samtale. Det er et strategisk forhold, som af indlysende grunde har betydning for behandlingstilbuddet.

I det københavnske behandlingssystem kan man møde eksempler på både opsøgende og afventende behandlere. Iben er et eksempel på en opsøgende behandler. Hun fortæller:

Vi følger jo op på tingene løbende ... Hvis der er en bruger, som jeg ikke har set i et stykke tid, så opsøger vi dem. Og de kommer jo også i huset. Vi er i dialog med dem, også bare om små og store ting, når vi spiser morgenmad (Iben, behandler).

Christel, en anden opsøgende behandler, fortæller:

Vi tager ret meget fat i dem [brugerne]. Altså, hvis jeg går rundt nede på værestedet, og jeg kan se, at der er en, der har det dårligt ... er [det] ikke sådan, at vi sidder, og fordi de ikke selv kommer og beder om hjælp, at vi siger: ”Jamen, det er sgu hans eget ansvar. Vi gør ikke noget, før han kommer og beder om det.” (Christel, behandler)

Iben, Christel og andre opsøgende behandlere har flere træk til fælles. For det første tager de selv initiativ til behandlingskontakt. Det gør de løbende, hvis der er en bruger, de ikke har set i lang tid, eller hvis de ser en bruger, der har det dårligt. For det andet benytter de brugernes regel-

mæssige gang i huset strategisk til at skabe sig et indtryk af, hvordan brugerne har det. Behandlerne er fx i dialog med brugerne under morgenmaden og gør deres iagttagelser nede i værestedet.

Nils er et eksempel på en afventende behandler. Han fortæller:

De, som henvender sig med nogle ønsker, tager jeg fat i. Alle mulige andre, som ikke har henvendt sig med noget ønske eller et eller andet, jamen, dem rører jeg jo ikke, fordi sådan har min tid været prioriteret ... De, som henvender sig og ønsker en tid, får en tid, og de, som henvender sig mange gange, får mange tider ... Det er lidt strategisk, at der, hvor man skal sætte ind, jamen, det synes jeg et eller andet sted, det er i forhold til dem, som beder om hjælp, ikke? Det er jo ikke til at vide med de andre, om de overhovedet ønsker nogen hjælp. (Nils, behandler)

Line, en anden afventende behandler, siger:

[Brugerne] har i virkeligheden en høj grad af ansvarlighed for deres egen behandling. De er jo nødt til at komme og sige til os, hvis de ønsker, der skal ske nogen som helst ændringer, fordi ellers så sker der ikke nødvendigvis noget. Så de skal helst være i stand til at sige til. Og det er selvfølgelig ikke dem alle, der er det ... Måske har de det fint nok, dem derude ... Jeg ved ikke, om der sådan ligefrem er nogen, der bliver rigtigt tabt, men det er man selvfølgelig bekymret for, når man har en sagsmappe, hvor der måske er en bruger, som man ikke aner, hvad går og laver. (Line, behandler)

De afventende behandlere venter på, at brugerne kommer til dem. De kan møde en bruger tilfældigt i medicinudleveringen, men det er ikke noget, de bruger som en strategi i deres behandlingskontakt på samme måde som de opfølgende behandlere. De afventende behandlere har typisk heller ikke de samme anledninger til behandlingskontakt, som de opfølgende behandlere. Nils og Line er behandlere på en institution, hvor brugerne ikke har deres daglige gang på samme måde som på de institutioner, hvor Iben og Christel arbejder. Nils og Line spiser fx ikke morgenmad med deres brugere og kan derfor ikke bruge dette som anledning til opfølgende behandlingskontakt. Det er dog ikke kun de fysiske og

praktiske rammer på institutionen, som er afgørende for behandlingsstrategien, men også behandlernes opfattelse af, hvilken strategi der er mest hensigtsmæssig. Som citatet med Nils viser, kan man bruge den afventende rolle strategisk, som en måde at tilrettelægge og prioritere sin tid. Det giver samtidig brugerne en ansvarlighed i forhold til behandlingen, som Line betoner.

Hvad siger brugerne? Oplever de behandlerne som værende opsøgende eller afventende? Og hvad ønsker de? 28 af de 30 interviewede brugere fortæller, at de foretrækker opsøgende behandlere. Mange af brugerne har erfaringer med begge typer behandlere, fordi de i behandlingssystemet har mødt både den opsøgende og den afventende strategi. Ligesom behandlerne fortæller brugerne, at der er brug for tid og anledninger til opsøgende behandlingskontakt. Brugerne siger, at kontakten på nogle behandlingsinstitutioner er begrænset til medicinudleveringen, og at dette er en dårlig anledning til behandlingskontakt. De lægger også vægt på, at behandlerne skal have tid til at snakke med dem. Brugeren Lasse formulerer det således:

Jeg ved godt, at selvfølgelig skal folk have deres medicin, men det hjælper ikke, at man bare lossrer folk ud et sted, hvor de bare skal ind og få deres medicin, og så skal de bare ud igen. Der skal sgu ligesom tages lidt hånd om dem, i hvert fald engang imellem, hvor der er en, der lige siger: "Hvordan har du det i dag? Har du gang i noget?" Eller: "Hvad kunne du tænke dig?" ... De har dårligt nok tid til at sidde og snakke med nogen derude [på institution X] ... For eksempel kan en sagsbehandler have 30-40 klienter, og det er jo mange at have. Eller nogen har 60. Det er jo helt vildt. Så der er ikke noget at sige til, at de løber sur i det. (Lasse, 47 år, bruger)

Karin er en anden bruger, som foretrækker de opsøgende behandlere frem for de afventende behandlere:

[Institution Y] er et godt sted og i stedet for at komme på [lægeambulatorium Z]: "Her har du bare [metadon] til en uge, så klar dig selv!" Det bryder jeg mig ikke om. Altså, som narkoman, skal der være nogen, der har hånd i hanke med én, fordi ellers lader man bare stå til ... Og man har ingen familie, så det er rart,

at der er en behandler eller en sygeplejerske eller et eller andet, der lige tager fat i én og siger: ”Du er sgu god nok, lad mig lige hjælpe dig lidt op.” (Karin, 40 år, bruger)

Karin forbinder lægeambulatorier med steder, hvor man får udleveret metadon til en uge ad gangen og ellers må klare sig selv. Det er ikke et behandlingstilbud, hun bryder sig om. Institutionen, hvor hun kommer nu, er derimod et godt sted, synes hun. Hun er glad for, at behandlerne har ’hånd i hanke med én’ og ’tager fat i én’. Hun er således tilfreds med det behandlingstilbud, hun modtager nu.

Omar er en tredje bruger, som gerne vil have opsøgende behandlere. I modsætning til Karin, befinder han sig imidlertid aktuelt på en institution, hvor behandlerne er afventende:

Her spørger de ikke selv, hvordan det går, og hvad man går og laver. Man skal selv have fat på en sagsbehandler eller en læge eller et eller andet og fortælle dem om sit problem. På et tidspunkt kan jeg huske, at jeg kom her, det er et stykke tid siden, og jeg havde det meget dårligt. Og folk kunne også se det på mig ... Men der var ingen, der tog fat i mig og sagde: ”Hallo, Omar, hvad er der galt?” ... Det er meget sådan koldt. De spørger ikke: ”Hvordan går det nu?” ”Har du det bedre?” ”Skal du have mere medicin?” Eller: ”Skal du trappes ned i medicin?” Nej, nej slet ikke ... du skal selv presse på med det hele. (Omar, 34 år, bruger)

En anden bruger, som er misfornøjet med sin behandlingsinstitution, fordi behandlerne er afventende, er Ulrik. Han fortæller, at han gerne vil trappe sin metadondosis ned, men at han ikke får taget sig sammen til det. Ulrik mener, at det bl.a. skyldes, at hans eneste behandlingskontakt på centeret er metadonudleveringen:

Når du kommer her om morgenen, så er du altså småsløj og har det skidt og vil bare have din metadon og hjem igen. Så derfor vil du ikke ind og sidde og snakke med lægen ... Og det er jo rent faktisk det tidspunkt, du skal gøre det på ... Folk, de nærmest står og banker [på døren til metadonudleveringen] ... ”Skynd dig nu lidt.” Og: ”Hold kæft mand, nu har jeg siddet her

i fem minutter og ventet.” ... Hvis de [behandlerne] kom og prikkede mig på skulderen og sagde: ”Hey, hvordan så? Har du lyst til noget? Har du nogen tanker i hovedet?” ... Jeg går rent faktisk med nogen tanker i hovedet, men jeg får ikke gjort noget ved dem, da der ikke er nogen, der ligesom kommer til mig. (Ulrik, 36 år, bruger)

Lasse, Karin, Omar og Ulrik er ikke de eneste brugere, som giver udtryk for, at de ønsker opsøgende behandlere, men oplever (eller tidligere har oplevet) behandlingstilbud, hvor man får udleveret metadon og derudover ikke får anden behandlingskontakt end den, man selv opsøger. Af de 30 interviewede brugere er der kun én, som siger, at han helst vil være i fred for behandlere. Det er Kim, som siger:

Jeg har bare sagt til dem, at de skal lade mig være ... ”Bare lad mig være. Giv mig mine ’doner’ [metadon]. I skal ikke snakke om behandling, jeg vil bare have det, til jeg dør.” ... Hvis jeg har et problem, så kommer jeg til dem. De skal ikke hele tiden komme rendende til mig, fordi så bliver jeg stresset. (Kim, 37 år, bruger)

Kim siger også, at hans ønske efterkommes – behandlerne respekterer, at han ikke ønsker anden kontakt end den, han selv opsøger.

I betragtning af, at næsten samtlige brugere siger, at de foretrækker opsøgende behandlere, og at mange klager over behandlere, som er afventende (og ingen klager over det modsatte), så er det tankevækkende, at flere behandlere tror, at brugerne har oplevet problemer med opsøgende behandlere. Behandleren Ute siger fx, at mange af brugerne på hendes behandlingscenter har været ’behandlingsmishandlede’ af velmenende pædagoger og: *”Nu skal de have fred til at have deres stoffer fra nu af, og til de dør eller beslutter sig til, at de ikke vil have stoffer mere ... Det er meningen, at de skal have balle her.”* Andre behandlere mener, at personalet ikke skal *”være efter”* brugerne, da brugerne ikke ønsker dette. Thorkild siger fx, at brugere skal have lov til *”at tusse rundt”*, uden at nogen *”prikker dem på skulderen”*. Og Christel siger, at brugere skal have lov til at *”gå i fred og bare hente deres medicin”*, uden at behandlerne blander sig i deres tilværelse. Det samlede indtryk fra de 30 brugerinterview og de 198 læste brugerjourna-

ler er imidlertid ikke, at brugere generelt har svært ved at få fred fra deres behandlere, men snarere, at de faktisk ønsker mere opøgende kontakt.

FORANDRINGSORIENTERET VERSUS OMSORGSORIENTERET BEHANDLINGSKONTAKT

Det næste, vi skal se på, er behandlernes strategiske orientering i forhold til indholdet i behandlingskontakten. Her giver det mening at skelne mellem behandlere, der er omsorgsorienterede, og behandlere, der er forandringsorienterede. Det skal understreges, at det ikke er forskellen mellem skadesreduktions- og stoffrihedsorientering, vi her beskriver (denne analyseres i senere kapitler), men en mere generel forskel mellem en orientering mod omsorg for brugerens forhold i nutiden hhv. en orientering mod brugerens fremtidige forhold. En forandringsorienteret kontakt er fremadrettet og handler om, at der skal ske en forandring i brugerens liv. Forandringen kan lige så vel være revalidering, aktivering eller genoptagelse af kontakt til familie som stoffrihed. En omsorgsorienteret kontakt handler om omsorg for brugeren 'her og nu', om brugerens nære, aktuelle hverdag, herunder hverdagen på behandlingsinstitutionen og relationen mellem brugere og behandlere. Det er således både indholdet og tidsperspektivet, som er forskelligt for de to kontaktformer.

Behandleren Dorrit er forandringsorienteret i sin kontakt med brugerne. Hun fortæller:

Jeg har flest samtaler med dem, som i den grad er motiverede for en forandring, og som giver udtryk for det og selv kan formulere det ... Jeg tror virkelig på den der med, at når folk kommer selv, så er de motiverede. Det, vi så typisk gør her i huset, er, at hvis du forestiller dig en eller anden gryde med 43¹² stykker et eller andet i, så de, der koger oven på, det er dem, der vil noget. Det er dem, der kommer her ... Men så i perioder, så tager man ... en eller anden op af gryden, prøver at kalde vedkommende til nogle samtaleforløb og noget afklaring: "Ønsker du nogen forandring?" ... Så tager man simpelthen én ad gangen og

12. Dorrit er kontaktperson for 43 brugere på rådgivningscenteret samt for 5-8 brugere, som er visiteret til døgnbehandling, hvis behandling hun også skal følge op på.

kigger lidt på dem. Og så har folk måske tider her i tre uger og brænder alle sammen af. Jamen, så lader jeg vedkommende ligge dernede og koge lidt rundt i det der liv endnu, og så tager jeg en anden en op og kigger på. Og så til sidst fanger man jo nogen af dem, der måske kan tage imod noget motivation. (Dorrit, behandler)

Dorrit har altså flest samtaler med de brugere, som ønsker en forandring og kan give udtryk for det. De brugere, hun ikke har samtaler med, mener hun ikke er interesserede i forandring. Ligesom de afventende behandlere i forrige kapitel, mener Dorrit, at der er en ressource-rationalitet i, at man bruger sin behandlertid på de brugere, som er motiverede. En gang imellem kontrollerer hun dog, om de brugere, som ikke selv henvender sig, egentlig ønsker 'nogen forandring'. Hun indkalder dem til samtaler, men hvis de ikke møder op til de aftalte tider, så lader hun dem 'koge videre'.

Line, som er behandler på et andet center, er også forandringsorienteret og mener også, at muligheden for behandlingskontakt er betinget af brugernes ønsker om forandring:

Hvis de ikke selv er motiverede for behandling, så er det lidt vores holdning, at så virker det heller ikke ... Det er jo ikke nødvendigvis sikkert, at de har lyst til, at der skal ske noget. I hvert fald kan man måske bare lige snakke med dem om det, så vi ved, om de har det okay derude på sidelinjen, eller om de egentlig gerne ville have, at der skete noget. (Line, behandler)

De forandringsorienterede behandlere har ikke nødvendigvis kontakt med alle deres brugere, men de tilbyder en mulighed for kontakt for brugere, som er motiverede for en forandring. Baggrunden for strategien er en formodning om, at det slet ikke er sikkert, at brugerne har lyst til, at der skal ske noget, samt at behandlingskontakten alligevel er frugtesløs, hvis ikke brugeren er motiveret.

For de omsorgsorienterede behandlere er motivation til og et formuleret ønske om forandring derimod ikke en forudsætning for kontakt. Behandlingskontakten handler ikke om, at 'der skal ske noget' i brugerens liv – i hvert fald ikke på kort sigt. Ilse, en af de omsorgsorienterede behandlere, fortæller:

Vi bygger meget på, at vi har en relation til vores klienter, og det får vi jo også, fordi vi er lige omkring hinanden hele tiden ... De skal ikke bestille en tid for at komme til at tale med os ... Man kan se på dem, hvordan de har det, fordi du ser dem hele tiden. Man kan sige: ”Hov, hvorfor humper du i dag?” Eller: ”Er der noget i vejen? Du ser lidt trist ud.” Eller, hvis det går godt, så sige: ”Nej, hvor ser du godt ud i dag.” ... og sådan. (Ilse, behandler)

I stedet for at handle om forandring fokuserer kontakten på, hvordan brugerne har det her og nu og på brugerens hverdag. I stedet for brugernes fremtidsplaner handler kontakten om fysisk og social omsorg og om praktiske ting såsom værestedets indretning, dagens aviser, morgenkaffen, næste biograftur osv. På Utes center bliver de kollektive brugermøder betragtet som en helt central del af behandlingsarbejdet:

På de der fredagsmøder, der planlægger vi simpelthen, hvad der skal foregå i næste uge. Hvordan ser mandag ud? Hvordan ser tirsdag ud? Hvordan ser onsdag ud? ... Og så ses vi næste fredag, og så tager vi den derfra. Og nogen gange kan man godt sige, at de møder kan virke sådan lidt ’trummerummende’, men jeg tror, de er vigtige, fordi det er også der, hvor de lige pludselig er skide tossede på én af medarbejderne eller flere af medarbejderne: ”I er krafteddermame også altid så’n og så’n.” Så snakker vi om det. (Ute, behandler)

Brugermøder er altså en af de anledninger til kontakt med brugerne, som nogle institutioner tilbyder, og som handler om alt muligt andet end, hvilke forandringer der evt. skal ske i *den enkelte* brugers liv. Den omsorgsorienterede behandlingsstrategi er ofte mere kollektivt fokuseret end den forandringsorienterede: På flere omsorgsorienterede institutioner betragter man således relationerne i brugergruppen og mellem brugergruppen og personalegruppen som et vigtigt led i behandlingen.

Hvordan oplever brugerne hhv. den forandringsorienterede og den omsorgsorienterede behandlingskontakt? Hvilken type behandlingskontakt foretrækker de og hvorfor? Brugernes svar på disse spørgsmål falder i to kategorier. For det første er der en gruppe brugere, som omtaler den omsorgsorienterede kontakt i meget positive vendinger. Disse

brugere lægger vægt på, at behandlingssystemet tilbyder praktisk omsorg og pleje: morgenmad, mulighed for at gå i bad, sårpleje etc., og de betragter ofte 'deres' institution – personalet, de øvrige brugere, institutionens aktiviteter – som en væsentlig del af deres hverdagsliv. For det andet er der en gruppe brugere, som ser ud til at foretrække en blanding af omsorgsorientering og forandringsorientering. Disse brugere er glade for omsorg og fællesaktiviteter, men ønsker samtidig, at behandlingsarbejdet er indstillet på at hjælpe dem til forandring. De frygter, at en ren omsorgsorientering er med til at fastholde dem i en livsstil og et miljø, som er fokuseret på stoffer (legale såvel som illegale).

Omvendt er der ingen af de interviewede brugere, som kun ønsker en behandlingskontakt, der er fokuseret på forandring. Tværtimod giver flere brugere udtryk for, at en ren forandringsorientering i behandlingsarbejdet kan have den uintenderede effekt, at man som bruger passiviseres. Den forandringsorienterede behandling er ganske enkelt for krævende, hvis den står alene, og specielt hvis den er kombineret med en afventende strategi fra behandlernes side. Uzair fortæller:

De siger, at har jeg noget på hjerte, så kan jeg jo bare bede om at snakke med dem ... Det, man skal snakke med de kontaktpersoner om, er jo, hvis man har nogle tanker om, hvad man vil gøre eller sådan noget. Så kan man snakke med de kontaktpersoner, og så vil de også hjælpe én. (Uzair, 32 år, bruger)

Uzair går og overvejer, hvordan han kan komme i gang med en nedtrapning og uddannelse eller aktivering, men han vil ikke henvende sig til sin kontaktperson, før han har en konkret plan. Han mener ikke, at det er problematisk, at man skal bestille tid. *"Det er meget let at få en samtale,"* siger han, men han skal altså have formuleret en plan, *før* han tager kontakt, og får derfor i praksis ingen samtaler om sine overvejelser.

Omar befinder sig i en lignende situation. Han fortæller:

Den sagsbehandler, hende har jeg talt med én eneste gang. Én eneste gang. Og der var det også mig selv, der sagde: "Jeg vil gerne snakke med dig." "Jeg vil gerne snakke med dig." "Jeg vil gerne snakke med dig." – Jeg ved ikke, hvor mange gange. "Om hvad?" spørger hun så i starten, i stedet for bare at give mig en tid, hvor vi snakker sammen. I stedet for, at jeg skal forklare,

hvad og hvorfor og hvordan. Fuck det! Det kan man også blive meget sur over nogle gange.” (Omar, 34 år, bruger)

Omar synes altså ikke, at det er let at få en samtale. Han oplever, at han skal formulere et formål med behandlingskontakten, og det kan han tydeligvis ikke overkomme. Resultatet er, ifølge Omar selv, at han ikke kommer videre i sin planlægning – eller i sit liv i det hele taget. Omar hører til blandt de brugere, som ønsker, at ’der skal ske noget’, men som ikke selv magter at tage initiativet til forandring, og som derfor ønsker, at behandlingssystemet hjælper ham på vej.

DEN PERSONLIGE RELATION VERSUS DEN NEUTRALE, PROFESSIONELLE KONTAKT

Det tredje aspekt af behandlingsstrategien, vi skal se på, handler om bruger-behandlerrelationen som en personlig relation versus en neutral, professionel kontakt. Med betegnelsen personlig relation beskriver vi et forhold, hvor personer har afgørende betydning for kontakten, dvs. at én behandler ikke blot kan erstattes af en anden behandler. Den personlige relation behøver ikke at være privat, og den kan godt være professionel, men behandleren og brugeren oplever, at ’de kender hinanden’. Det, vi beskriver som den neutrale kontakt, er den mere distancerede, professionelle behandlingskontakt, hvor én behandler kan erstattes af en anden, såfremt den nye behandler har samme viden og kendskab til brugeren. Bruger og behandler kender ikke hinanden ud over det, der er nødvendigt i forhold til behandlingen af brugerens problemer.

Tony er én af de behandlere, som tilstræber en neutral, professionel kontakt. Han siger:

[Det er vigtigt], at der er nogen, der gider snakke med dem, gider forholde sig til dem som borgere, ikke objekter ... Selvfølgelig skal vi som professionelle styre, at man ikke bliver venner. Det er ikke det, det handler om. De får ikke en ny familie. Vi skal stadigvæk holde vores professionelle distance. (Tony, behandler)

Andre behandlere bruger udtrykket ’medafhængige behandlere’ om de kolleger, der ikke kan holde den professionelle distance til brugerne.

Dorrit fortæller, at det kan være sværere at få sendt 'sin' bruger i omsorgsbehandling¹³, hvis man er *"en medafhængig medarbejder og synes alle, der har det lidt skidt, skal have en måned eller to i omsorg."* De medafhængige behandlere *"har alt for meget hjerte for alle sammen,"* forklarer hun. Dorrit selv lægger distance til rollen som medafhængig medarbejder og mener, at den ikke bidrager til at løse brugernes problemer. Den medafhængige behandler kan ikke skelne mellem brugere, som virkelig behøver et specifikt (døgn)behandlingstilbud, og brugere, som har det bedst i ambulant behandling. Den neutrale behandler derimod bruger ifølge Dorrit sin professionalisme til at matche brugerne med de behandlingstilbud, som passer deres behov.

Ikke alle behandlere vægter den neutrale behandlingsrelation og den professionelle distance. For nogle interviewpersoner er det en helt bevidst del af deres behandlingsstrategi, at de opbygger en personlig relation til brugerne. Det har det fx været for Ute:

Det er jo relationer, vi arbejder med, og dengang, da vi ikke troede, vi skulle lukkes, der snakkede vi jo om livslange relationer. Så vi startede også altid med, at når vi sagde goddag til nye folk, så sagde vi: "Goddaw, vi skal følges ad, indtil én af os ikke er her mere." (Ute, behandler)

Den tætte, personlige relation står for Ute ikke i modsætning til at være professionel som behandler. Tværtimod bruger hun de personlige, langvarige relationer til brugerne som et fagligt redskab i behandlingsarbejdet.

Hvilke holdninger giver brugerne udtryk for i forhold til de personlige hhv. neutrale behandlingsrelationer? Professionel distance versus personlige relationer var ikke noget, vi spurgte brugerne om i interviewene, men over halvdelen af brugerne fortalte spontant om det, de oplever som meget betydningsfulde personlige relationer til deres behandlere. Lennart er én af de brugere, som beskriver sin behandler, Gorm, i meget positive og følelsesbetonede vendinger:

13. Med omsorgsbehandling menes ophold på en døgninstitution, hvor formålet ikke er stoffrihed, men en forbedring af brugerens livskvalitet.

Den mand, han har reddet mit liv op til flere gange ... Jeg har ringet efter ham og sagt: ”Nu har jeg taget en overdosis, jeg dør snart” ... Så kommer han så ud til mig og kører mig på skadestuen, og jeg bliver reddet ... Der er ikke noget, jeg ikke snakker med den mand om. Han ved alt om mig. Alt. Det er lige før, jeg tror, han kender mig bedre, end jeg selv gør. (Lennart, 37 år, bruger)

Lennart sammenligner Gorm og den behandlingsinstitution, hvor han er kontaktperson, med en tidligere kontaktperson, Hanne, på en anden behandlingsinstitution:

Hun var god nok til de praktiske ting, men jeg ville aldrig kunne ringe til hende og sige: ”Nu har jeg taget en overdosis, kom og hjælp mig.” Det ville hun aldrig nogensinde drømme om at gøre. Når hun havde fri klokken fire, så havde hun fri. Så var der ikke ti vilde heste, der kunne få hende til at lave noget omvendt. Men sådan er Gorm bare. Han dropper alt. Det er lige før, han dropper sin egen kone for at komme og hjælpe folk. (Lennart, 37 år, bruger)

Lennart mener også, at behandlerne på Hannes institution ’føjte sig hævet over’ brugerne, mens han på Lennarts institution oplevede, at brugere og behandlere var ’mere lige’:

Jeg kan godt lide den måde, at medarbejderne anså os for at være mere lige ... Man kunne gå hen til én af medarbejderne og sige: ”Hva’ så dit gamle røvhul.” Og så vender han sig om og siger: ”Ja, og i lige måde.” (Lennart, 37 år, bruger)

Forholdet til Gorm betyder rigtig meget for Lennart – hvor meget, det betyder, fremgår af følgende citat:

Jeg er ikke motiveret til at komme ud af metadonen på nuværende tidspunkt ... Jeg har det udmærket med at komme ned og hilse og snakke med Gorm ... Jeg har ikke fortrudt det [at jeg startede med metadon som 18-årig] i forhold til, at jeg har fået Gorm som behandler. Det har jeg ikke fortrudt. Men at jeg er

blevet *hooked* på lortet og skal have det hver dag, jo, det har jeg selvfølgelig fortrudt. Men hvis jeg ikke havde gjort det, så havde jeg aldrig lært Gorm at kende. (Lennart, 37 år, bruger)

Lennarts relation til Gorm er speciel. Der er ikke andre brugere, som fortæller om behandlere, som er så vigtige for dem, at de ligefrem ønsker at blive i metadonbehandling for at kunne bevare kontakten til deres behandlere. Derimod er der flere interviewpersoner, som spontant fortæller, at de personligt prægede behandlingsrelationer er det, som skal til for at motivere dem til forandring. Jasper er én af disse brugere. Han har været bruger på to forskellige behandlingsinstitutioner, en, hvor behandlingsarbejdet fulgte den professionelt distancerede model, og en (hans nuværende institution), hvor relationerne mellem behandlere og brugere er tætte og personlige. Han beskriver forskellen på denne måde:

Her kan man sidde og snakke med folk, spille dart, læse aviser og ellers spille noget billard og måske træne lidt fodbold. Der er alle muligheder. Det er simpelthen for at motivere folk til noget ... Det er ikke bare sådan en allehånde professionel distance. Der er sgu virkelig interesse i det ... Der er ingen grænser ... Hvorimod der, hvor jeg gik før, fik man sin metadon, og der var ikke en skid andet ... Og hvis man skulle have en kop kaffe, så skulle man betale to kroner for den. Her får man den gratis. Det betyder selvfølgelig også noget. (Jasper, 46 år, bruger)

Jasper fortæller, at "*det betyder utroligt meget*", at behandlerne motiverer ham, og han er nervøs for at blive sendt tilbage til den institution, hvor han tidligere gik.

Nickos derimod er blevet flyttet fra en institution, hvor behandlingsrelationen var tæt og personlig, til en institution, hvor den er præget af professionel distance. Han foretrækker klart sin tidligere behandlingskontakt:

Jeg havde en, der hed Tine, en behandler ... og hun holdt fast i mig i mange år ... Hun hjalp mig sådan, da jeg var på metadon. "Lad os gøre det sammen," sagde hun. "Vi gør det sammen. Når du nedtrapper, så står jeg ved siden af dig." ... Hun var virkelig én, der forstod. Når du fortæller hende fra hjertet, hvad du føler,

så er det ligesom, du fortæller det til din mor. Sådan en følelse gav hun. (Nickos, 32 år, bruger)

De personlige behandlingsrelationer står således højt på mange brugeres ønskeliste – hvilket måske ikke er så mærkeligt, da disse relationer forbindes med interesse, engagement og ekstraordinære hjælpeindsatser fra behandlernes side. De neutrale, professionelle relationer derimod bliver af brugerne opfattet som kølige og distancerede og som forbundet med et bureaukratisk system, hvor det er vanskeligt at komme i kontakt med behandlerne, og hvor man ikke engang bliver tilbudt en kop kaffe, uden at man skal betale for det.

De positive tilkendegivelser til trods er det vigtigt at påpege, at også de personlige behandlingsrelationer kan være forbundet med problemer. For det første kan disse relationer forstærke brugernes afhængighed af behandlingssystemet i den forstand, at behandlerne og behandlingsinstitutionen som helhed bliver brugernes centrale – eller eneste – sociale netværk. Flere brugere omtaler faktisk 'deres' behandlingsinstitution på denne måde: Det er her, de kommer, når de vil møde andre mennesker. Det er institutionens arrangementer (ferieture, biografbesøg, fællesspisning), der er deres eneste sociale aktiviteter, det er institutionens ansatte og brugere, som er deres eneste venner osv. Problemet med denne form for institutionalisering er ikke bare, at brugernes hele liv kommer til at kredse om institutionen og dermed om stoffer (legale og illegale) og misbrugsbehandling, men også at brugerne får meget svært ved at frigøre sig fra institutionen igen, hvis dette bliver aktuelt.

For det andet, og sammenhængende med det første, så er de personlige og tætte relationer i institutionsregi meget sårbare. Behandlingsrelationer varer typisk *ikke* resten af livet. Institutioner omstruktureres, behandlere holder op, og nye kommer til, brugere flyttes til andre institutioner, og det kan medføre problematiske brud i behandlingsprocessen, hvis en bruger er afhængig af én behandler. Ulriks behandlingshistorie er et eksempel. Han havde en nær, personlig relation til Rasmus, sin tidligere kontaktperson, men måtte flytte institution i forbindelse med en større kommunal omstrukturering:

På [institution X] startede vi [Ulrik og Rasmus] på det, hvor vi sagde, at én gang om måneden skulle jeg gå ned [i dosis], og så når jeg var nede på ti, så skulle vi tage det op igen og sige: ”Skal

vi holde den lidt her, eller er du klar til at fortsætte?”. Men så [knipser] er det igen nye regler, nye papirer, nye kontaktpersoner. Så blev det stoppet. Og så er det så, at man igen kommer der om morgenen og bare vil have sin metadon og så videre. Ikke prøve at tage sagen op, for nu er der kommet nye regler, nye kontaktpersoner, nye læger, nye sygeplejersker. (Ulrik, 36 år, bruger)

Ulrik er altså i gang med nedtrapningen sammen med Rasmus, og da han mister kontakten til ham, stopper nedtrapningen også. Han tager ikke sagen op med de nye behandlere. Hvis en bestemt behandler bliver forudsætningen for en behandlingsplan, så er den skrøbelig i et system, hvor behandler skift er næsten uundgåelige.

Endelig skal det nævnes, at de personlige behandlingsrelationer er en ressourcemæssig umulighed på mange behandlingsinstitutioner. Det er ganske enkelt umuligt at have tid og kræfter til at opbygge og vedligeholde venskabslignende relationer til alle brugere, hvis man er kontaktperson for 30-50 personer.

ÅBNE RUM VERSUS LUKKEDE DØRE

Det sidste aspekt af behandlingsstrategien, som vi skal se på, drejer sig om indretningen og brugen af institutionernes rumlige forhold¹⁴. Har brugerne deres behandlingskontakt i åbne fælles rum, eller er behandlingskontakt noget, der foregår på kontorer bag lukkede døre? Der er meget synlige og konkrete forskelle mellem institutionerne, forskelle, man umiddelbart bemærker, når man træder ind på en institution. Nogle institutioner har skranker, lange korridorer og enkeltmandskontorer med døre ud til en gang. Andre har åbne fællesområder, hvor brugere og behandlere kan mødes uformelt, og store kontorer, som flere behandlere deler. I afsnittet kommer vi ind på den betydning, hhv. åbne rum og lukkede døre har for behandlingskontakten.

14. En mere udførlig analyse af den rumlige indretning i det københavnske behandlingssystem og dennes betydning for interaktionen mellem behandlere og brugere findes i Stax (2005: 128-143). Her findes også skitser over, hvordan indretningen ser ud på udvalgte københavnske institutioner.

Behandlerne er meget bevidste om betydningen af de rumlige forhold. Karsten fortæller, hvordan indretningen af hans institution er en del af behandlingsstrategien over for brugergruppen:

Her har vi et åbent landskab, alle kan komme i kontakt med alle. Altså, det kan du ikke på [nævner andre institutioner]. Der bliver du sluset ind, får din medicin, og så kan du gå igen. Og så kan du måske få en samtale ... [Men] det er jo ikke lige tit, at den her brugergruppe kan finde ud af at koordinere og bestille en tid, hvis de har et problem. (Karsten, behandler)

Det åbne landskab gør det let for brugerne at få kontakt til behandlerne, og det kan ifølge Karsten være nødvendigt, fordi brugergruppen ikke altid kan finde ud af at bestille tid. De åbne rum muliggør spontane samtaler mellem brugere og behandlere, og akut opståede problemer kan behandles her og nu. Når behandlerne på de åbne institutioner skal have mere strukturerede samtaler med brugerne, fx omkring handleplaner, visitation og lignende, så foregår det dog typisk bag lukkede døre.

Den mere strukturerede behandlingskontakt på de lukkede kontorer stiller højere krav til brugerne end den mere tilfældige kontakt i det åbne institutionsmiljø. Det er ikke alle brugere, som kan og/eller vil leve op til de krav, den strukturerede behandlingskontakt stiller. Brugeren Kalle fortæller:

De må jo regne med, at vi er de mennesker, vi er, og vi kan ikke møde op til alle de der samtaler. Hvis vi laver [aftaler om] fem samtaler, så kommer vi, hvis de er heldige, til de tre, måske kun til de to, og så skal man begynde helt forfra i det der forløb. En gang til og en gang til og til sidst er det bare nederlag på nederlag på nederlag, og så gider man ikke. Så holder man op. Det er egentlig meget enkelt. (Kalle, 37 år, bruger)

Nogle brugere synes, at det at gå hen til en skranke og bestille tid til en samtale med deres behandlere, er en vanskelig udfordring. Nickos vil gerne snakke med sin behandler om bl.a. sit sidemisbrug og sin bolig- og beskæftigelsessituation. Han fortæller:

De hiver slet ikke fat i mig ... og jeg er helt flov over selv at skulle gå hen og sige i receptionen, at jeg vil snakke med Stine [kontaktperson]. Men til sidst så sagde Omar til mig: ”Gå nu op og sig det.” Og så gik jeg op og sagde det i receptionen: ”Jeg vil godt have et møde med Stine.” Og så fik jeg en tid til næste mandag. (Nickos, 32 år, bruger)

Derfor er der mange brugere, som er meget glade for institutionerne med ’åbne døre’. Naja fortæller:

Jeg er kanon glad for at komme her. Altså, det er sådan her på [denne institution], at det er ligesom en stor familie, og så har vi den der åbne døres politik. Jeg kan altid bare gå ind til min behandler. Der er ikke noget med, at jeg skal bestille tid og det ene og det andet. Når jeg har et problem akut, så tager han imod mig, og så løser vi det. (Naja, 33 år, bruger)

Brugerne lægger både vægt på de åbne døre, fordi det gør kontakten til behandlerne lettere, og de kan få vendt deres akutte problemer med behandlerne med det samme. Det handler dog også om, at forholdet til behandlerne føles mere ligeværdigt, når man kan tale med behandleren uden at bestille tid. Joan fortæller om en behandler og de åbne døre:

Han var bare den fedeste behandler, og det var nok også det der med, at han satte sig fuldstændigt ned på vores plan ... De åbne døres politik ville han meget gerne have indført. Det fik han også. Altså, dørene står altid åbne. Så ved man også, når man kommer til en lukket dør, så ved man, din behandler sidder inde og snakker med en anden klient. (Joan, 42 år, bruger)

Brugerne sætter altså pris på de åbne døre og den ligeværdige, ustrukturerede kontakt i de åbne rum, men i visse situationer er det i orden, at dørene lukkes. Ulf har været på den samme behandlingsinstitution i ni år og forklarer, hvordan de åbne døres princip kom til at fungere på stedet:

Vi fik en god behandling, og vi blev regnet som mennesker. Vi fik et selvværd op at stå. Vi fik medindflydelse, det vil sige, vi fik et ansvar, og så kom mennesket frem i os, så de kunne lade dø-

rene være åbne. Der opstod tillid. Skrivebordene blev fjernet, blev gjort usynlige, så man bare kunne gå ind og sige: ”Hva’ så, hej Nikolaj, har du tid til at snakke med mig i dag?” Eller: ”Hva’ så, din langhårede satan, skal vi ha’ os en lille boksekamp?” Eller sådan noget lignende. Altså, det er mere kammeratligt, men samtidig slutter det kammeratlige i det øjeblik, man skal ind og have noget sagsbehandling. Så kommer fagmanden frem i dem, og så kommer klienten op [i os]. Og så ryger skrivebordet mere eller mindre frem, hvor vi sidder ved siden af hinanden og arbejder med det problem, der eventuelt kan være socialt. (Ulf, 58 år, bruger)

De åbne døres politik står ifølge denne bruger altså ikke i modsætning til en individfokuseret, professionel indsats. Tværtimod synes han – og mange andre brugere – at foretrække en kombination af åbne rum præget af tillid og ligeværd mellem brugere og behandlere på den ene side og en professionel behandlingsindsats bag lukkede døre på den anden side, hvor behandlerne er ’fagmænd’. Hvis brugerne skal vælge mellem de to indretningsformer, er der dog ingen, som foretrækker de lukkede døre, da de oplever det som en forhindring for deres kontakt til behandlerne.

OPSUMMERING

I kapitlet har vi analyseret fire behandlingsdimensioner, identificeret på basis af interviewene med behandlere og brugere:

- afventende versus opsøgende behandlere
- forandringsorienteret versus omsorgsorienteret behandlingskontakt
- personlige relationer versus neutrale, professionelle kontakter
- åbne rum versus lukkede døre.

Interviewene viser følgende mønster: De interviewede brugere har relativt negative holdninger til behandlingsinstitutioner, hvor dørene til behandlerne ’altid er lukket’, og behandlerne er afventende. De bryder sig heller ikke om institutioner, hvor alle eller de fleste behandlingskontakter er forandringsorienterede, og hvor behandlerrollen er præget af distance. Generelt set vil brugerne hellere have, at kontakten til behandlerne fore-

går i åbne rum, at behandlere er opsøgende, og at behandlingen ikke kun handler om forandring, men også om omsorg. Brugerne er dog heller ikke fortalere for en ren omsorgsstrategi, hvor alle forandringsambitioner er opgivet. De allerfleste interviewpersoner synes at foretrække en blanding af de to modeller: Omsorg kombineret med forandringsarbejde (på et ambitionsniveau, som brugerne magter) samt personlige og engagerede relationer, som kan forvandles til professionelt og målrettet behandlings- og sagsbehandlingsarbejde ved behov. Kun i forhold til én af dimensionerne tager brugerne (alle bortset fra to personer) klart stilling. De vil gerne have, at behandlerne er opsøgende og tager initiativer i forhold til behandlingskontakt, og de kritiserer den afventende behandlingsstrategi, da denne ofte leder til, at der bliver etableret for få behandlingskontakter.

De fire dimensioner i behandlingskontakten hænger indbyrdes sammen. For eksempel er der en forbindelse mellem de åbne rum og behandlernes mulighed for at være opsøgende. Der er også en indre logik i, at den afventende behandlingsstrategi ofte er kombineret med forandringsorienteret behandling. Når behandlingskontakt skal aftales og struktureres som møder indlagt i behandlerens kalender, skal formålet ofte fastlægges, og dermed skal kontakten gerne 'handle om noget'. Det oplagte tema i en aftalt behandlingskontakt er forandringer – ikke nødvendigvis stoffrihed eller nedtrapning, men noget andet og mere end vejret og kaffen.

De forskellige behandlingsstrategier er ikke kun noget, der vælges af hver enkelt behandler. Forhold som indretning, institutionens målgruppe og ressourcer er med til at forme behandlernes strategi. Hvis behandleren sidder på et kontor i en anden del af huset end den, hvor brugerne henter deres medicin, og institutionen i øvrigt er indrettet med en receptionsskranke, hvor brugerne forventes at bestille tid, så er det svært at være opsøgende. Alligevel findes der frihedsgrader for, hvor på de fire dimensioner behandlerne ønsker at placere deres behandlingsindsats. De forskellige strategier har således deres baggrund i forskellige holdninger til behandling. Nogle behandlere er fx overbevist om, at en afventende og forandringsorienteret behandlingskontakt er den bedste for brugerne. De mener, at brugerne har godt af at tage ansvar for deres egen behandling og bestille tid til samtaler, hvor de har et klart formuleret ønske eller en plan. Andre behandlere mener omvendt, at en ensidig forandringsorientering skræmmer nogle brugergrupper væk. Udsatte

opiatmisbrugere har ikke kræfter til – og måske heller ikke interesse i – at lægge planer for fremtiden, at bestille tid til samtaler og at møde op til de aftalte tider. Nogle behandlere mener, at det primært er omsorg, brugerne behøver, og indhold i hverdagen gennem fællesaktiviteter og samvær med andre brugere på institutionen. Uformelt samvær og en opsøgende behandlingskontakt fra behandlernes side er ifølge disse interviewpersoner afgørende for, at brugerne får den hjælp, de behøver. Andre behandlere igen kritiserer den opsøgende og intervenierende behandlingsstrategi for at være 'omklamrende'. Brugernes bliver 'klientgjort' og lærer ikke at tage ansvar for deres egne problemer, siger disse kritikere, hvis de konstant bliver 'prikket på skulderen' af velmenende behandlere.

Det samlede indtryk er, at man kan skelne mellem to overordnede behandlingsmodeller i det københavnske behandlingslandskab, og denne sondring handler ikke kun om den tidligere inddeling i rådgivningscentre og ambulatorier eller den nuværende inddeling i modtagerenheder og behandlingsenheder (jf. kapitel 1). Der er på den ene side en behandlingsmodel, hvor behandlingen bliver tilrettelagt ud fra en afventende behandlingsstrategi, og hvor forholdet mellem bruger og behandler overvejende kan beskrives som en neutral, professionel kontakt. På den anden side er der en behandlingsmodel, hvor behandlerne er opsøgende, kontakten er omsorgsorienteret, institutionslandskabet er åbent, og forholdet mellem bruger og behandler har karakter af personlige relationer.

I den første model er kravene til brugerne relativt høje. De skal selv tage initiativ, og de skal finde ud af at møde op til aftaler. Til gengæld får de en struktureret behandling. På den anden type institution er behandlingen mindre struktureret og målsætningerne ofte mindre 'ambitiøse' (ifølge behandlere og brugere). Til gengæld er kravene til brugerne lavere. De skal ikke møde op på faste tidspunkter i lange afklarende forløb, behandlerne er lettilgængelige og kommer måske oven i købet på hjemmebesøg. Det, man måske spejder lidt forgæves efter, er det behandlingstilbud, som er struktureret og målbevidst og samtidig opsøgende. Et behandlingstilbud, hvor man kombinerer forskellige tilgange (opsøgende og afventende) og forskellige målsætninger (forandring og omsorg), er ganske vist ressourcekrævende. Ikke desto mindre er det sådanne behandlingstilbud, som bedst svarer til de ønsker og behov, som brugerne beskriver. Det, de interviewede brugere efterlyser, er altså behandlingstilbud, hvor man ikke er fastlåst i én behandlingsmodel: den forandringsorienterede, afventende model, som mange gange stiller (for) store

krav til brugerne, *eller* den omsorgsorienterede model, hvor forandring og udvikling (mere eller mindre) er opgivet. Mange interviewpersoner er tilfredse med den behandlingsform, de modtager på interviewtidspunktet; andre fremfører adskillige kritikpunkter. I mange tilfælde handler kritikken netop om dualismen i behandlingssystemet, det vil sige, at brugerne enten oplever, at de 'er havnet' på institutioner, hvor man kun er afventende og tilbyder behandling fokuseret på forandring, eller at de befinder sig i behandlingstilbud, hvor man kun fokuserer på omsorg, og fra hvilke der 'ingen vej er tilbage' til en mere ambitiøs og struktureret behandlingsmodel.

STOFFRIHED SOM MÅLSÆTNING FOR BEHANDLINGEN?

Dette kapitel (og kapitel 5) handler om, hvilke ønsker og målsætninger brugerne har i forhold til deres behandling, hvilke målsætninger institutionerne arbejder med, og hvilken betydning brugernes alder tillægges i forhold til behandlingsmålsætning. I analysen sonderer vi mellem to hovedmålsætninger: stoffrihed og skadesreduktion. I nærværende kapitel går vi i detaljer med den første type målsætning, mens vi i det efterfølgende kapitel diskuterer skadesreduktion og substitutionsbehandling.

Det kan måske virke overraskende, at vi skelner mellem stoffrihed og skadesreduktion. Kan de to målsætninger da ikke kombineres, kan man spørge? Kan stoffrihed ikke være en langsigtet målsætning i en behandlingstilgang, som starter med skadesreduktion gennem substitutionsbehandling? Svaret på spørgsmålene er, at de to tilgange naturligvis kan kombineres, og at de også nogle gange bliver kombineret i praksis, men at hovedparten af behandlingsindsatserne er todelt, således at man *enten* arbejder skadesreducerende *eller* med stoffrihed som mål (se også Andersen & Järvinen, 2006). De interviewede behandlere opererer med en meget klar distinktion mellem behandling orienteret mod stoffrihed og behandling orienteret mod skadesreduktion. De betragter disse som samhørende med to separate behandlingsideologier – 'traditionel' stoffri behandling versus skadesreduktion via substitutionsbehandling, og identificerer typisk deres egen behandlingsindsats over for opiatmisbrugerne

med sidstnævnte ideologi. Af den grund analyserer vi stoffrihed hhv. stabilisering på substitutionsbehandling som to separate målsætninger.

Kapitlet bygger på tre materialetyper: kvantitative oplysninger fra journalerne, kvalitative interview med behandlere og kvalitative interview med brugere.

BRUGERNES MÅLSÆTNINGER IFØLGE JOURNALERNE

Hvilke overordnede målsætninger har brugerne med deres behandling ifølge oplysningerne i deres journaler? Ønsker de stoffrihed eller vedvarende substitutionsbehandling? I gennemlæsningen af brugernes journaler har vi registreret oplysninger om, hvorvidt brugerne ønsker stoffrihed, om de ønsker fortsat substitutionsbehandling, eller om det er noteret, at brugeren ikke ved, hvad hun/han ønsker. Fordelingen fremgår af tabel 4.1.

TABEL 4.1

Brugernes aktuelle målsætninger ifølge deres journaler på rådgivningscentrene.

	N	Pct.
Bruger ønsker stoffrihed	64	36
Bruger ønsker substitutionsbehandling	43	24
Bruger ved ikke	4	2
Det fremgår ikke af journalen, hvilken målsætning bruger har (aktuelt) ¹	69	38
I alt	180	100

1: 'Aktuelt' betyder, at behandlerne har diskuteret målsætning med brugeren inden for de sidste to år.

Journalerne fortæller altså, at 36 pct. af brugerne ønsker stoffrihed på kortere eller længere sigt, 24 pct. ønsker vedvarende substitutionsbehandling, og 2 pct. ved ikke, mens en forholdsvis stor andel af journalerne ikke indeholder aktuelle oplysninger om dette¹⁵. Brugernes øn-

15. 7 pct. af opiatmisbrugerne er ikke i substitutionsbehandling. For denne gruppe gælder, at de kan ønske at blive eller fortsat være stoffrie eller få substitutionsbehandling. De kunne principielt også tænkes at udtrykke et ønske om at fortsætte et opiatmisbrug uden at ønske substitutionsbehandling, men vi har ikke set journaler, hvor et sådant ønske er noteret.

ske/målsætning kan naturligvis ændre sig over tid. Det er fx ikke usædvanligt, at brugerne tidligere i deres behandlingsforløb har ønsket stoffrihed, men at de opgiver denne målsætning efter et antal år i substitutionsbehandling. Vi har i registreringen taget udgangspunkt i det nyeste notat vedrørende brugerens målsætning. Det er selvfølgelig vigtigt at understrege, at når det handler om journaldata, så er det behandlernes notater og fortolkninger af brugernes ønsker, som bliver analyseret. Hvis behandlerne angiver, at brugerne er ambivalente og/eller modsiger sig selv, er det registreret som 'ved ikke'.

I registreringen af brugernes ønsker/målsætning har vi anvendt en meget lempelig definition på 'aktuel'. Såfremt der er en angivelse af, hvilken målsætning brugeren har inden for *de seneste to år*, så er det medtaget som en aktuel målsætning. Det vil sige, at for 38 pct. af brugerne er der ingen behandlere, hverken læger eller socialarbejdere, der inden for de seneste to år har noteret noget i journalen om, hvorvidt brugeren ønsker stoffrihed eller fortsat substitutionsbehandling.

I forhold til dette undersøgelsesresultat skal der knyttes de samme forbehold som til undersøgelsesresultaterne præsenteret i kapitel 2. For det første kan behandlerne have talt med brugerne om deres ønsker og målsætninger uden at notere det i journalen, og for det andet kan vi ikke udelukke, at der er brugt andre journalsystemer end dem, som vi har haft adgang til, som er de centrale kommunale journalsystemer i papir og elektronisk form. Som beskrevet i kapitel 2 er formålet med de kommunale elektroniske brugerjournaler dog at dokumentere behandlingen, hvorfor man skulle forvente, at relevante samtaler om brugerens målsætning registreres her. Behandlerne har måske en bedre fornemmelse af, hvad brugerne ønsker, end det kommer til udtryk i journalerne, men som skrevet i kapitel 2, så er monitorering og skriftlighed en betingelse for strategisk og fremadrettet behandling.

Handleplaner skal ifølge serviceloven og den kommunale kvalitetsstandard indeholde oplysninger om formålet med den givne indsats (se afsnit i kapitel 2: Sociale handleplaner), og handleplansskemaerne indeholder ofte et punkt som hedder "Brugerens mål/ønsker". Ifølge Københavns Kommunes kvalitetsstandard skal handleplanen revideres hver sjette måned. I handleplanerne fremgår brugerens målsætning/ønsker i forhold til stoffrihed og substitutionsbehandling stort set altid. I de journaler, hvor målsætningen ikke fremgår, er der typisk heller ikke mange andre oplysninger om brugeren.

Hvilken betydning har alder for, om brugerne har en målsætning om stoffrihed eller vedvarende substitutionsbehandling? I nedenstående tabel er brugerne opdelt i tre alderskategorier.

TABEL 4.2

Sammenhæng mellem brugerens alder og målsætning ifølge journalerne på rådgivningscentrene. Procent.

	Ønsker stoffrihed	Ønsker fortsat substitutionsbehandling	Målsætning fremgår ikke af journalen ¹	I alt ²	Antal brugere i alt
<i>Alder</i>					
20-35 år	68	15	18	101	34
36-50 år	41	28	31	100	87
51 år og ældre	9	26	66	101	55
I alt	36	24	39	99	176

1: Fire brugere ved ifølge journalen ikke, hvad deres målsætning for behandlingen er. De indgår ikke i analysen bag ovenstående tabel.

2: Summer ikke op til 100 på grund af op- og nedrundinger.

Anm.: $\chi^2 = 37,9$, $P = 0,000$.

Som det fremgår af tabel 4.2, falder andelen af brugere med stoffrihed som behandlingsmålsætning fra den yngste til den ældste aldersgruppe. Mens 68 pct. af de 20-35-årige og 41 pct. af de 36-50-årige har dette mål, så er tilsvarende andel i den ældste aldersgruppe (50+) 9 pct. Samtidig er der også en tendens til, at målsætningen 'fortsat substitutionsbehandling' er mindre udbredt (15 pct.) blandt de yngste brugere end i de to andre alderskategorier (28 pct. hhv. 26 pct.). Der er også et mønster i kategorien 'målsætning fremgår ikke af journalen'. Her topper de ældste brugere med hele 66 pct. uoplyst, mens de 36-50-årige har 31 pct., og de 20-35-årige har 18 pct. uoplyst. De mangelfulde oplysninger om behandlingsmålsætning i 50+gruppen – og delvist også i aldersgruppen 36-50-årige – hænger sandsynligvis sammen med, at fortsat substitutionsbehandling bliver betragtet som en selvfølgelighed i disse grupper. I resten af dette kapitel (og i kapitel 5) vil vi dog argumentere for, at det primært er blandt behandlerne, man finder denne holdning, mens brugerne selv ser ud til at være betydeligt mere ambivalente.

BEHANDLERNE OM STOFFRIHED SOM MÅLSÆTNING

Brugernes målsætninger med behandlingen (stoffrihed eller fortsat metadonbehandling) har været et centralt tema i vores interview med behandlere. Hvordan ser behandlerne på stoffrihed som målsætning i behandlingsarbejdet med opiatmisbrugere, hvilke grupper af brugere har denne målsætning, og hvordan skal man som behandler forholde sig til den?

Her følger et uddrag fra et interview med behandleren Tony, som besvarer et spørgsmål om, hvilke målsætninger man arbejder med på institutionen:

Tony: Fokus er på det sociale, på funktionsniveauet. Hvordan fungerer de, og hvordan har de det? ... Det er ikke, fordi vi er imod det [stoffrihed]. Men vi tror grundlæggende på, at det handler om ... at støtte brugeren på den vej, som brugeren ønsker, for brugerens skyld ...

Interviewer: Hvad er dit indtryk, er det et ønske hos jeres brugere, ønsker de stoffrihed?

Tony: Næ, ikke alle. Nogen gør. Nogen er blevet oplært gennem mange år med, at man skal sige stoffrihed. Altså, brugerne er jo vænnet til, igennem mange års brug af behandlingssystemerne, at det, man skal sige, når man går ind ad døren, er: ”Jeg vil være stoffri.” I ugevis kan de holde sådan et spil kørende ... Og det bruger vi en del tid på, specielt med nye brugere, at lære dem, at det imponerer os ikke. Altså: ”Okay, hvis du vil være stoffri – fint – så gå lige ud og snak med sygeplejersken om, hvor meget mindre [metadon] du vil have.” Altså, jeg synes sådan set, det er uinteressant. (Interview med Tony, behandler)

Tony mener, at det kan være en konsekvens af brugernes tidligere erfaringer med behandlingssystemet, hvis de siger, at de vil være stoffri, idet brugerne er blevet ’oplært’ til at sige det, som ’systemerne’ helst vil høre. Tony finder målsætningen om stoffrihed uinteressant og vil hellere tale om brugernes liv. Han understreger, at det ikke er, fordi han er imod stoffrihed – det er bare ikke den målsætning, som står i centrum for behandlingsarbejdet på den institution, hvor Tony arbejder.

Antagelsen på Tonys institution, såvel som på flere andre, er nemlig, at stoffrihed er et urealistisk mål for de allerfleste opiatmisbrugere, og at stoffri behandling for disse brugere kan medføre mere skade end gavn. Tony begrundet sin skepsis over for målsætninger om stoffrihed og stoffri behandling på denne måde:

Ved at lægge stoffrihed op som målet ... der mener jeg i virkeligheden, at man kreerer endnu flere nederlag for den enkelte bruger ... De, der er dårligst socialt fungerende, har en chance for at gennemføre – jeg plejer at kalde det en risiko for at gennemføre – deres behandling på mellem 5 og 10 pct. ... Og man skal da for fanden ikke give de dårligste, mest udslåede endnu flere nederlag. (Tony, behandler)

En anden behandler, Ute, siger følgende om stoffrihed:

Det er ikke vores arbejde at motivere folk til stoffrihed på den måde. Det er meningen, at de skal have helle her ... Det er folk, hvor man siger, nu skal de have fred til at have deres stoffer fra nu af, og til de dør, eller de beslutter sig til, at de ikke vil tage stoffer mere ... Fordi de her, de er behandlingsmishandlede, havde jeg nær sagt, alle sammen. (Ute, behandler)

Ute og en del af de andre behandlere opfatter det ikke som deres opgave at motivere brugerne til stoffrihed – snarere tværtimod. De skal sørge for, at brugerne får fred, indtil de eventuelt på egen hånd beslutter, at de ikke vil tage stoffer mere. Med udtrykket behandlingsmishandlede pointerer Ute, at behandling, der insisterer på stoffrihed som målsætning, kan være negativ for brugerne. Hun sammenligner brugernes indskrivning på ambulatoriet med den forandring, der sker i en kontanthjælpsmodtagers liv, når han eller hun får bevilget pension. Ligesom en pensionsmodtager opnår økonomisk sikkerhed og slipper for aktivering og andre krav om modbydelser, får hendes brugere *"forsyningsikkerhed med hensyn til deres stoffer"* og slipper for *"velmenende pædagoger og folk, der selv er blevet stoffri, og som lige har fundet ud af, hvordan det er, man skal gøre det her."* (Ute, behandler).

Det er vigtigt at påpege, at disse negative holdninger til målsætningen om stoffrihed ikke kun findes ude på de institutioner, der tidligere hed 'ambulatorier'. En udtalt skepsis til stoffrihed som behandlings-

målsætning findes i de fleste af vores behandlerinterview. Behandlerne mener generelt ikke, at opiatmisbrugere (med undtagelse af de yngste) *kan* blive stoffri, og de er derfor af den opfattelse, at det er meningsløst at have denne målsætning i behandlingsarbejdet. Behandling fokuseret på stoffrihed har ingen anden effekt end, at det giver brugerne nye nederlag – og dertil kommer, at stoffri døgntilrettelæggelse er langt dyrere end ambulant substitutionsbehandling.

Stoffri døgntilrettelæggelse bliver ikke kun betragtet som nyttesløs for brugerne, men også som decideret skadelig. En vekslen mellem stoffrihed og tilbagefald er mere negativ for brugernes psykiske og fysiske tilstand end en stabil tilværelse i substitutionsbehandling, mener de fleste interviewede behandlere. En anden tendens i interviewmaterialet er, at behandlerne nedtoner betydningen af overhovedet at have en behandlingsmålsætning i forhold til stofbrug og -misbrug. Fortsat stofbrug (legalt og/eller illegalt) blandt brugerne er ganske enkelt ikke det vigtigste spørgsmål for de interviewede behandlere, der ofte mener, at man i det 'traditionelle' behandlingssystem har været alt for fokuseret på brugernes forhold til stoffer – på bekostning af andre ting i deres liv (mere om dette i næste kapitel). Dette kan være en del af forklaringen på, at en så stor andel af journalerne (38 pct.), som tidligere nævnt, mangler oplysninger om aktuel behandlingsmålsætning.

BEHANDLERNE OM STOFFRIHED OG ALDER

Behandlerne tillægger alder stor betydning, når målsætningen for behandlingen skal fastlægges. Vedvarende substitutionsbehandling bliver betragtet som en naturlig løsning for 'ældre' brugere – typisk brugere, som er 35-40 år eller ældre – mens unge brugere, og specielt dem under 25 år, skal have andre og mere intensive behandlingstilbud ifølge de interviewede behandlere.

Behandleren Line svarer følgende på spørgsmålet om, hvordan behandlingsmålsætningen bliver fastlagt for forskellige grupper af brugere:

Altså, helt typisk, så er det vel meget, hvor gamle de er. Hvis vi har én, der har været på heroin de sidste 20 år, så tænker man måske ikke umiddelbart, at han skal være stoffri i morgen, men

hvis der kommer en eller anden ung, som kun har været på det det sidste år, så tror jeg, man er meget fokuseret på, at det helst skal stoppe i en fart ... Man er mere tilbøjelig til at prøve og overtale ham til noget mere intensiv behandling, hvis han bare ønsker substitutionsbehandling. (Line, behandler)

En anden behandler, Thorkild, siger:

Folk, som i en lang årrække har været på banen eller scenen, eller hvad det kaldes, og som har et utal af behandlingsforsøg bag sig og har valgt at sige, at: "Nu stopper jeg forsøgene med at blive afgiftet, nu vil jeg erkende, at jeg lever med en metadonunderstøttet behandling resten af mit liv." Dem vil man jo ikke begynde at pace ind i et stoffrit behandlingsprogram. Det kommer der ikke noget godt ud af. Så dem lader vi for så vidt skabe målsætningerne for sig selv ... [Men] hvis man træder ind som ganske ung her i huset og tror, at man på det tidspunkt skal være en lykkelig metadonist, så vil jeg nok sige, at man vil få nogle behandlere efter sig, som vil opstille nogle lidt større eller lidt andre mål for vedkommendes behandling, og hvor der måske er nogle lidt andre ting end lige at have øjnene rettet mod medicinskabet. (Thorkild, behandler)

Målsætningerne for de unge bør altså være mere ambitiøse og behandlingen mere intensiv. Som Karsten siger: *"Vi har fokus på de unge mennesker, fordi de kan nå at reddes endnu."* Når det gælder målsætninger for gamle brugere, så lader man dem i højere grad 'skabe målsætningerne for sig selv' (Thorkild, ovenfor), hvilket i praksis betyder, at man ikke tager initiativ til diskussioner om evt. stoffrihed eller metadonnedtrapning. Forskellen i behandlingspraksis over for unge og ældre brugere er tæt sammenvævet med behandlernes opfattelser af, hvem der kan, og hvem der ikke kan blive stoffri. Behandlerne mener, at stoffri behandling er specielt nyttesløs for de ældre. Karsten fortæller: *"De fleste af de brugere, vi har, de er oppe i alderen ... Nu er de kommet til et sted i deres liv, hvor de får metadonen, og så kan de få et tåleligt liv, til de bliver puttet i graven."* Ole omtaler brugerne på sin institution som de *"ældre, mere kroniske brugere"*. Og flere behandlere refererer til behandlingsstatistik, som viser, at uendelig få af de ældre bliver stoffri.

Alder er imidlertid ikke kun et spørgsmål om fysisk alder. Også unge brugere kan have lang erfaring inden for stofmisbrugsområdet. Behandleren Thorkild siger: *"Du kan sagtens være en ganske ung misbruger og så have en meget høj misbrugsalder."* (Thorkild, behandler). 'Misbrugsalder' handler dels om, i hvilken alder man har påbegyndt misbruget, dels også om ens familiemæssige baggrund. Ilse beskriver en bruger på følgende vis: *"Han er ud af stofmisbrugsfamilie, så det kan godt ske, at han kun er i 20'erne, men han er en gammel stofmisbruger, sådan karrieremæssigt."* Fænomenet misbrugsalder bruges ofte som forklaring på, at den vedvarende substitutionsbehandling ikke kun omfatter brugere i alderen 35-40+, men også yngre brugere. Dette betyder, at målsætningen om, at unge misbrugere *"skal have nogle lidt større eller lidt andre mål for deres behandling"* (Thorkild, ovenfor), er en regel med mange undtagelser. Hvis de unge er nået langt i deres misbrugskarriere, så hører de ikke nødvendigvis til kategorien af brugere, som man *"kan nå at redde endnu"*. (Karsten, ovenfor)

Forventningen om, at ældre brugere ikke bliver stoffrie, er meget dominerende på de københavnske behandlingsinstitutioner. Den danner baggrund for behandlernes vurdering af brugernes målsætninger og dermed også for den enkelte behandlers handlen i forhold til individuelle brugere, dvs. hvilke tilbud behandleren vil foreslå eller ikke foreslå i forhold til en bestemt bruger, hvordan behandleren reagerer på et evt. ønske om døgnbehandling etc.

BRUGERNE OM STOFFRIHED SOM MÅLSÆTNING

Ovenfor har vi set på behandlernes holdninger til brugernes målsætninger og på deres beskrivelser af disse målsætninger i journalmaterialet. I de kvalitative interview med brugere har vi spurgt samtlige interviewpersoner, hvilken målsætning de selv har med den behandling, de aktuelt befinder sig i. Svarene fordeler sig på denne måde: 20 af de 30 interviewede brugere fortæller, at de ønsker at blive helt stoffrie og/eller, at de gerne vil trappe ned i deres metadondosis, seks personer ønsker hverken nedtrapning eller stoffrihed, og to siger, at de ikke har besluttet sig til, om de vil blive stoffrie eller fortsætte på metadon resten af livet (to personer får ikke metadon på interviewtidspunktet).

Det er vigtigt at nævne, at interviewpersonerne ikke kan siges at være repræsentative for alle opiatmisbrugere i Københavns Kommunes

behandlingssystem. Mens journalerne blev udtrukket tilfældigt blandt alle opiatmisbrugere i kommunens behandlingssystem, blev 21 af de 30 interviewede brugere kontaktet på forskellige ambulatorier og behandlingsenheder. Ambulatorierne og behandlingsenhederne har netop ældre og mere 'belastede' brugere som målgruppe (jf. kapitel 1), hvilket betyder, at vi har en overrepræsentation af sådanne brugere i det kvalitative interviewmateriale. Interviewpersonerne udgøres således i overvejende grad af brugere, for hvilke behandlerne betragter vedvarende substitutionsbehandling som 'naturlig' – måske så naturlig, at man for længst har opgivet at diskutere behandlingsmålsætninger med dem. Dette gør det overraskende, at så mange af de interviewede brugere har ønsker om stoffrihed og/eller nedtrapning.

For en del brugere er stoffri behandling eller nedtrapning noget, som skal ske på et ikke nærmere defineret tidspunkt i fremtiden. Ofte skal visse præmisser være opfyldt først. Brugeren Ian siger fx: *"Mit langsigtede mål er, at hvis jeg får lidt mere indhold i tilværelsen, som jeg ikke synes, jeg har lige i øjeblikket, ikke vanvittig meget i hvert fald, så vil jeg faktisk godt på nedtrapning."* (Ian, 46 år, bruger)

Ian ønsker nedtrapning, men det er et langsigtet mål, som afhænger af, at han får noget mere indhold i tilværelsen. Han har derfor ikke diskuteret sine ønsker med behandlerne på institutionen, og det er lang tid siden, nogen har spurgt ham om, hvad han ønsker i forhold til behandlingen.

Carlos siger følgende om sin målsætning med behandlingen:

Selvfølgelig håber jeg at komme ud af det, men eftersom der næsten ikke er nogen døgninstitutioner tilbage, kan jeg godt se, at det er rimelig urealistisk ... Altså, jeg kan stå og være motiveret nu. – "Ja, du kan komme af sted om fem måneder." Jamen, så er jeg ikke motiveret om fem måneder, fordi så er min situation totalt – altså den ændrer sig fra dag til dag ... Så jeg tror, at jeg dør af det på et tidspunkt. (Carlos, 41 år, bruger)

På spørgsmålet, om han kunne tænke sig stoffri behandling her og nu, hvis han blev tilbudt en sådan behandling, svarer Carlos:

På et tidspunkt kunne jeg godt. Ikke lige nu og her ... Men havde du spurgt mig [for nogle måneder siden], så tror jeg helt klart,

at jeg havde sagt ja. Og det kan godt være, at jeg om et halvt år vil ønske det. (Carlos, 41 år, bruger)

Astrid siger i begyndelsen af interviewet, at hun ønsker at trappe helt ud af metadonbehandling, men siger til sidst i interviewet: *"Jeg har været på junk i næsten 35 år. Jeg skal være glad, hvis jeg kan komme lidt ned på donerne. Jeg tør ikke love mig selv noget igen."* (Astrid, 52 år, bruger)

Flere brugere er tøvende på denne måde. De drømmer om enten stoffrihed eller nedtrapning, men de tør ikke love sig selv noget, da de ikke ved, om de kan klare sig uden metadon, og om de ville kunne gennemføre en stoffri behandling – eller om de overhovedet har en chance for at blive tilbudt en sådan behandling.

I interviewmaterialet er der imidlertid også brugere, som giver indtryk af at være meget afklaret i forhold til stoffrihed. De efterspørger stoffri behandling og/eller metadonnedtrapning her og nu, men siger, at der ikke bliver diskuteret behandlingsmålsætninger med dem på behandlingsinstitutionen, eller at behandlerne direkte fraråder stoffri behandling eller nedtrapning.

En af de yngste interviewpersoner, Niklas, fortæller, at han i hele den periode, han har været indskrevet på sin nuværende institution (Niklas er blevet flyttet hertil fra en anden institution), har ønsket stoffri døgnbehandling, men at behandlerne har forholdt sig afvisende til hans ønsker:

I de syv måneder, jeg har gået her, har jeg hver dag sagt til dem, at jeg godt vil videre med mit liv ... Jeg står klar og parat til at tage skridtet og komme videre i [døgn]behandling, men det vil de ikke sende mig i. De har skaffet mig arbejde [aktivering] og en lejlighed, og så ved jeg ikke, hvad de så har tænkt sig. Om jeg så skal i behandling, efter jeg har fået alt det? Det synes jeg er helt åndssvagt. Hvorfor kommer jeg ikke i behandling først? ... De siger, jeg ikke skal have så travlt, men jeg mener, at når personen er klar til at komme i behandling, så skal manden have lov til at komme i behandling ... Jeg kan ikke forstå, hvorfor jeg ikke bare bliver sparket af sted. Det har jeg spurgt dem om mange gange, men de kan ikke lige give mig et svar på det. (Niklas, 28 år, bruger)

Vi talte efterfølgende med Niklas' behandler. Han forklarede, at beslutningen om, at man ikke ville sende Niklas i døgnbehandling, var baseret på nogle faglige vurderinger om, at det var bedst for Niklas at blive nedtrappet ambulant, samtidig med at han faldt på plads i sin nye lejlighed og i beskæftigelsesprojektet. Man vurderede, at hans ønske om døgnbehandling hang sammen med, at han havde svært ved at håndtere hverdagens problemer, men at det netop var det, han havde brug for at lære. Niklas er et eksempel på en ung bruger, som meget eksplicit og gentagne gange beder om at blive sendt i stoffri døgnbehandling (umiddelbart), men hvor behandlerne mener, at man først skal løse hans andre problemer (bolig, beskæftigelse), før man tager fat på hans stofmisbrug. Mens Niklas ser ud til at foretrække en mere klassisk tilgang til misbrugsproblemer (fokus på misbrug), ser behandlerne ud til at foretrække en tilgang, hvor misbruget bliver skubbet lidt i baggrunden til fordel for et fokus på brugerens sociale problemer (jf. diskussionen om skadesreduktion i næste kapitel).

Seks af de 30 interviewede brugere ønsker som nævnt hverken nedtrapping eller stoffrihed. For denne gruppe er det vigtigt, at de er sikret metadon resten af livet. Norbert fortæller: *"Jeg har papirer på, at jeg kan få det [metadon] resten af livet ... De kan ikke tage det fra mig."* (Norbert, 41 år, bruger). Det giver en tryghed.

OPSUMMERING

Opsummerende kan vi konstatere, at der i journalmaterialet er flere brugere, som gerne vil være stoffrie (36 pct.) end brugere, som gerne vil fortsætte med substitutionsbehandling (24 pct.), men at der i øvrigt er mange journaler (38 pct.), hvor brugerens målsætning ikke fremgår. Behandlingsmålsætning har en klar sammenhæng med alder, således at andelen af brugere, som ønsker stoffrihed (ifølge journalen) falder med stigende alder. Samtidig stiger antallet af journaler, hvor behandlingsmålsætningen er uoplyst, med alderen, således at 66 pct. af de ældste brugere (50+) ikke har en skriftlig nedfældet målsætning for deres behandling mod 18 pct. blandt de yngste. En del af forklaringen på dette ligger sandsynligvis i behandlernes professionelle tilgang til gruppen af ældre opiat-misbrugere. De interviewede behandlere vurderer, at stoffrihed er en urealistisk målsætning for ældre misbrugere – en kategori, som omfatter

alle eller de fleste i alderen 35-40+, men også en del unge brugere med 'høj misbrugsalder'. Hvis man, som de fleste behandlere, vi har interviewet, er overbevist om, at stoffri behandling er nyttesløs eller direkte skadelig for mange opiatmisbrugere, er det heller ikke forventeligt, at man diskuterer behandlingsmålsætningen stoffrihed med dem, hvis ikke brugerne selv giver udtryk for at ønske dette. Behandlerne går ud fra, at vedvarende substitutionsbehandling er det bedste alternativ for brugerne, og denne opfattelse er så selvfølgelig på mange institutioner, at man måske ikke engang ser det som meningsfyldt at opdatere brugernes behandlingsmålsætning i brugerjournalen.

Brugerinterviewene tegner et mere kompliceret billede af behandlingsønskerne. Blandt de interviewede brugere ønsker to tredjedele enten metadonnedtrapning eller stoffrihed. Brugernes holdninger er dog også præget af forestillingen om, at stoffrihed er en urealistisk målsætning for ældre opiatmisbrugere, og at det primært er de yngste misbrugere, som skal have tilbudt stoffri behandling. Det er således blandt vores yngste interviewpersoner, at vi finder de klareste forventninger om andre tilbud end substitutionsbehandling – og den største overraskelse og skuffelse, hvis sådanne tilbud ikke gives fra behandlingssystemets side. De ældre brugere har i en vis udstrækning accepteret, at stoffri behandling sandsynligvis er en urealistisk målsætning for dem. Direkte adspurgt *ønsker* majoriteten af dem dog fortsat, at stoffrihed og/eller metadonnedtrapning skal være en målsætning i deres behandling. De tager dog mange forbehold og giver udtryk for stor usikkerhed i forhold til deres mulighed for faktisk at gennemføre en stoffri behandling eller nedtrapning. Et ønske om stoffrihed udtalt i vores interview er således ikke det samme som, at brugerne er parat til stoffri behandling her og nu.

SKADESREDUKTION OG METADON

Det københavnske behandlingssystem for opiatmisbrugere er i høj grad præget af det såkaldte skadesreduktionsprincip. Kapitlet stiller skarpt på, hvilken betydning dette princip har for misbrugsbehandlingen i praksis, og hvordan behandlere hhv. brugere forholder sig til skadesreduktion. Kapitlet bygger primært på de kvalitative interview med behandlere og brugere og kun i mindre udstrækning på journalundersøgelsen. Vi starter med lidt baggrundsinformation om fænomenet skadesreduktion, da denne er vigtig for en forståelse af dagens ambulante behandlingssystem og for holdningerne til behandlingsmålsætninger, behandlingsstrategier, brugerinddragelse etc. blandt behandlere og brugere.

SKADESREDUKTION: BAGGRUND

Begrebet skadesreduktion beskriver en tilgang til stofmisbrug, som sigter mod at reducere de sundhedsmæssige, sociale og økonomiske skader af misbrug uden at insistere på stoffrihed (jf. Riley et al., 1999). Skadesreduktion refererer både til konkrete og praktiske tiltag som fixerum, undervisning i mindre risikabel fixeteknik, etablering af lavtærskeltilbud, sprøjtebytteordninger mv. og mere bredt til en tilgang og tankegang, som fokuserer på en reduktion af skader for både stofmisbrugeren selv og dennes omgivelser frem for opnåelse af stoffrihed. Diskussionerne om

skadesreduktion startede i løbet af 1980'erne, og i dag har man gennemført skadesreducerende tiltag i en lang række europæiske lande (O'Hare, 1992; Laursen, 1995; Marlatt, 1996; Asmussen & Dahl, 2002; Tammi, 2004).

I Danmark konkluderede Alkohol- og Narkotikarådet allerede i en rapport fra 1984 om behandling af stofmisbrugere ("*At møde mennesket, hvor det er*"), at nogle stofmisbrugere ikke kunne forventes at blive stoffrie, og at der var behov for akutte hjælpeforanstaltninger samt længerevarende metadonbehandling. Rådet skrev endvidere:

Misbrugere, der ikke umiddelbart føler behov for ophør med misbruget – eller som ikke er i stand hertil på et givet tidspunkt – bør ikke falde uden for behandlingssystemets hjælpemuligheder. Behandlingstilbudene skal derfor ikke ensidigt sigte på at "helbrede" misbruget, men også kunne tilbyde rehabiliterende foranstaltninger, mens misbruget pågår. (Alkohol- og Narkotikarådet, 1984: 188)

Rådet anbefalede på den baggrund, at man arbejder med "*graduerede målsætninger*" og "*opgiver det hidtidige krav om stoffrihed som en betingelse for hjælp*" (ibid. 196).

I 2003 skrev regeringen i sin handlingsplan mod narkotikamisbrug, at: "*Skadesreduktion er og bør fortsat være et integreret element i narkotikapolitikken*" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003: 7). I de senere år er der åbnet op for flere skadesreducerende tiltag. Efter en årrække med injicerbar metadon på forsøgsbasis blev det i 2006 besluttet at indføre metadoninjektion som behandlingsmulighed (Sundhedsstyrelsen, 2006a), og i 2008 blev det muligt at ordinere heroin (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008). Det diskuteres stadig, hvor grænsen for skadesreducerende tiltag skal gå, men ikke om skadesreduktion principielt er en legitim del af stofmisbrugsbehandlingen.

På det kommunale niveau er skadesreduktion ligeledes en integreret og ukontroversiel del af tilgangen til stofmisbrug. I Københavns Kommune beskrives behandlingen af svage og ældre stofmisbrugere som netop 'skadesreducerende' (Københavns Kommune, 2006a: 29). Kommunen skriver endvidere i sin sektorplan for stofmisbrugsbehandlingen:

Substitutionsbehandlingen tager sit udgangspunkt i den kendsgerning, at behandling, der sigter mod stoffrihed, oftest mislykkes. Den psykiske afhængighed (stoftrangen) er vanskelig at afbøde og endnu sværere at udrydde ... Arbejde, uddannelse og interpersonelle relationer kan varetages under en metadonbehandling, som således primært har rehabilitering/resocialisering som sit mål, mens stoffrihed bliver en irrelevant størrelse. (ibid: 31)

Denne kommunalpolitiske holdning: *"at behandling, der sigter mod stoffrihed, oftest mislykkes"* afspejles hos kommunens behandlere, der, som beskrevet i forrige kapitel, opfatter stoffrihed som en nyttesløs, måske endda skadelig, målsætning. I overensstemmelse med den kommunalpolitiske linje, bliver stoffrihed ofte *"en irrelevant størrelse"* i behandlernes arbejde med opiatmisbrugere. I stedet for stoffrihed arbejder man med andre mål af skadesreducerende karakter.

Et centralt indhold i den skadesreducerende behandlingsindsats er metadonbehandling. Før vi går videre til at beskrive interviewpersonernes holdninger til fænomenet skadesreduktion, vil vi kort introducere temaet metadon.

METADON: DEN DOMINERENDE BEHANDLINGSFORM FOR OPIATMISBRUGERE

Skadesreduktionsprincippet indtog i det danske behandlingssystem er forløbet parallelt med en markant øgning i anvendelsen af substitutionsbehandling (Narkotikarådet, 2000; Pedersen, 2007; Sundhedsstyrelsen, 2007b), således at den absolutte majoritet af alle opiatmisbrugere i dag modtager metadon eller en anden form for substitutionsmedicin. I 2006 var der ifølge Sundhedsstyrelsens statistik¹⁶ 1.957 registrerede opiatmisbrugere i Københavns Kommune. Der er formodentlig flere opiatmisbrugere, idet der ikke er registreret hovedstof for 390 personer indskre-

16. Den statistik, der her henvises til, er Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB). Kan ses her: http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Stofmisbrugere_i_behandling/DSN.aspx.

vet i kommunens behandling, hvoraf flere kan være opiatmisbrugere. Af de 1.957 registrerede opiatmisbrugere var 80 pct. i ambulant substitutionsbehandling, 5 pct. i stoffri eller substitutionsunderstøttet døgnbehandling, 3 pct. i ambulant stoffri behandling og 12 pct. i en uoplyst behandlingstype. Ambulant substitutionsbehandling er således hovedbehandlingsformen for opiatmisbrugere i Københavns Kommune. I praksis var og er andelen formodentlig større end de 80 pct., som fremgår af Sundhedsstyrelsens statistik, da antallet af brugere med uoplyst behandlingstype er ret stort. I substitutionsbehandlingen er metadon det primære stof. Af de 1.564 brugere i ambulant substitutionsbehandling, drejer det sig for 1.412 brugere om metadon. Det svarer til 90 pct. De sidste 10 pct. får buprenorphin eller anden substitution med opiater¹⁷.

I vores journalundersøgelse er andelen af brugere i ambulant substitutionsbehandling (ekskl. ambulant dagbehandling) 86 pct. Det er 6 pct. højere end i Sundhedsstyrelsens statistik, men andelen af uoplyste er lavere i vores undersøgelse (6 pct.). 3 pct. af brugerne er i ambulant stoffri behandling (ekskl. ambulant dagbehandling), hvilket svarer til Sundhedsstyrelsens tal. Andelen af brugere i stoffri eller substitutionsunderstøttet dag- eller døgnbehandling er 6 pct. Journalundersøgelsens brugere afspejler således Sundhedsstyrelsens tal ganske godt. Brugerne er da også udvalgt via tilfældig udtrækning i den elektroniske brugerjournal.

Metadon er også det dominerende substitutionspræparat i journalundersøgelsen. 89 pct. af de registrerede substitutionsordinationer er i form af metadon. Blandt de substitutionsdoser, der er registreret i de elektroniske brugerjournaler på rådgivningscentrene, er gennemsnittet på 93 mg, med en variation fra 20 mg til 340 mg pr. dag.

I de næste afsnit skal vi se på, hvordan behandlerne i det københavnske behandlingssystem forstår og praktiserer skadesreduktion, og hvordan de beskriver metadonbehandlingen på de involverede institutioner. Derefter ser vi nærmere på, hvad brugerne siger om skadesreduktion og metadonbehandling.

17. I Sundhedsstyrelsens vejledning om afhængighedsskabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed anbefaler man, at buprenorphin fremover anvendes som førstevalgspræparat på grund af den bedre sikkerhedsprofil (Sundhedsstyrelsen, 2007a).

BEHANDLERNE OM SKADESREDUKTION

Alle behandlere blev spurgt om, hvad de forstår ved skadesreduktion. Thorkilds svar på spørgsmålet er typisk:

Jeg forstår det som et mål for, at klienten primært får en behandling, hvori der indgår målsætninger om, at de får et bedre helbred. De får flere kvaliteter ind i deres tilværelse, end de havde som udgangspunkt. Og det kan jo være meget små mål om, at de for eksempel holder op med at fixe deres metadon. (Thorkild, behandler)

Behandlerne forstår begrebet skadesreduktion meget bredt. Mange dele af behandlingshverdagen kan således forstås og fortolkes som skadesreduktion. Behandleren Ilse siger: *"Når vi sørger for, at der er morgenmad til dem, at de kan få lidt mad i maven, jamen, så ved vi, [at] for mange af dem er det måske det eneste, de får at spise den dag, så det er jo også skadesreduktion."* (Ilse, behandler). Behandleren Thorkild uddyber:

Det kan jo være meget små, kortsigtede mål. Det er jo ofte noget om tænder. Det er jo første punkt på dagsordenen, for de har jo dårlige tænder alle sammen ... Og så er det nogle helbredsmedsige tilbud, at de får passet deres HIV, hvis de har det. De får spisebilletter ned til de forskellige væresteder ... Det kan også være, at det drejer sig om at få ryddet bulen derhjemme og få en hovedrengøring. (Thorkild, behandler)

Behandleren Karsten, der bruger den engelske term *harm reduction*, siger:

Harm reduction, det er også et begreb, vi kender her i huset og forsøger at arbejde efter ... Vi prøver at reducere de følgeskader, de kan have i forhold til det liv, de lever ... Det kan være lige fra, at vi ser nogen, der er afmagrede og prøver at støtte dem op omkring noget sund kost, vi kan ansøge om støttestrømper, fordi deres blodomløb i benene er dårligt, vi kan ansøge om bløde madrasser, hvis der er nogen, der er ekstremt tynde, så de får ligesår. Så det er meget bredt, det der *harm reduction*. (Karsten, behandler)

Sund kost, støttestrømper og bløde madrasser – det er konkrete ting, som reducerer misbrugets følgeskader. Ud over disse mere praktiske foranstaltninger lægger Karsten også vægt på vidensformidling som en del af skadesreduktionen:

Vi prøver at højne deres vidensniveau i forhold til de følgevirkninger, der kan være, fordi man er stofmisbruger ... Via nogle små foredrag – vi har lige haft et hepatitis-foredrag – prøver [vi] at fortælle dem om, hvordan de kan få det, og hvordan de kan undgå det, og hvordan de skal beskytte sig... Og jeg synes, at i forhold til det her hepatitis, har det virkelig sat en bølge gennem huset og en forståelse. (Karsten, behandler)

Skadesreduktion forbindes af Thorkild, Ilse, Karsten og de øvrige behandlere primært med nogle små, ofte praktiske mål, der skal forbedre brugernes helbred – og livskvalitet generelt. De skader, de sætter ind overfor, er bl.a. underernæring, liggesår, hepatitis, fixeskader, blodpropper, dårlige tænder og manglende rengøring i hjemmet. Skadesreduktionsprincippet flytter så at sige behandlingsfokus fra spørgsmålet om stoffrihed – og langsigtede 'behandlingsmålsætninger' i det hele taget – til praktiske, hverdagslige ting, som kan være afgørende for brugernes fysiske og psykiske tilstand og forbedre deres livskvalitet væsentligt her og nu. Behandleren Ole sætter som mange andre interviewpersoner skadesreduktion i modsætning til målsætningen om stoffrihed. Han siger:

Min målgruppe ... det er de ældre, det er de mere kroniske. Det er dem, hvor behandlingsindsatsen ikke er målrettet stoffrihed. Det er primært med udgangspunkt i *harm reduction*, et fokus på oparbejdelse af en vis grad af livskvalitet. (Ole, behandler)

Behandlerne sætter ofte dagens skadesreduktionssystem i skarp kontrast til tidligere tiders behandling, som de mener var alt for ensidigt fokuseret på opnåelse af stoffrihed. Skadesreduktionsprincippet har ifølge dem medført, at behandlingen nu tager udgangspunkt i den enkelte brugers livssituation og ønsker. Fokus er nu endelig flyttet til brugernes livskvalitet, siger behandlerne, og til hvordan man sikrer den, uanset om brugerne fortsætter med at bruge stoffer eller ej.

Nogle behandlere udtrykker dog samtidig ambivalens i forhold til skadesreduktion. Behandleren Hanne mener, at skadesreduktion *kan* betyde, at man fastholder brugerne i misbrug:

Jeg synes ikke, *harm reduction* betyder, at man skal give op, jeg synes bare den måde, det foregår på, i hvert fald i Københavns Kommune, der ser jeg bare meget, at folk bliver opgivet. Altså, hvis man skal være kontaktperson for 30-40 mennesker, så kan jeg ikke se, at du kan komme ret meget i dybden med mange af de her misbrugere og lave et ordentligt motivationsarbejde, så de eventuelt kan blive motiverede til at få et andet liv ... Der er meget forskellige holdninger til, hvad *harm reduction* er. Jeg er med på at møde mennesket, hvor det er, for ellers kommer du ingen vegne med dem. Det synes jeg er indlysende nok. Men man skal også passe på, at man ikke – synes jeg – fastholder folk i deres misbrug, fordi man enten ikke har overskud eller ressourcerne til at arbejde med dem. (Hanne, behandler)

Behandleren Christel beskriver skadesreduktionens gode og dårlige sider på en måde, som opsummerer den ambivalens, som nogle behandlere føler i forhold til skadesreduktion. Skadesreduktionsprincippet indebærer på den ene side ”*en accept af [brugernes] tilværelse, som de nok ikke har oplevet så meget før, hvor de har måttet skjule deres misbrug og undskyldte og skamme sig ... De oplever i hvert fald en større rummelighed*” (Christel, behandler). På den anden side er der i skadesreduktionstilgangen en risiko for, at behandlingssystemet ’parkerer folk’ og glemmer deres udviklingspotentiale, mener Christel:

Hvis man ligesom sætter folk hen på en hylde, og man lader være med at udfordre dem, og man sygeliggør dem og så videre – at de ligesom kommer i sådan en passiv tilstand – så synes jeg, det er negativt. Hvis man måske glemmer, at ethvert menneske har nogle udviklingspotentialer. (Christel, behandler)

Behandlerne Hanne og Christel udtrykker altså en vis ambivalens i forhold til skadesreduktionsprincippet. Det overordnede indtryk af de interviewede behandleres holdninger til skadesreduktion er dog, at de næsten er entydigt positive. De allerfleste behandlere mener, at skadesre-

duktion er til brugernes bedste, og at dagens behandlingssystem, hvor tyngden altså ligger på metadonbehandling og praktisk hjælp snarere end på stoffri behandling, svarer bedre til brugernes behov og ønsker, end den 'traditionelle' behandling orienteret mod stoffrihed gjorde.

BEHANDLERNE OM METADON

De behandlere, som vi har interviewet, opfatter metadon som en integreret og ukontroversiel del af skadesreduktionsprincippet. Som behandleren Thorkild siger: *"Hvis du er opiatmisbruger og har været det i mange år og ønsker en metadonunderstøttet behandling, så er det ikke noget vi rejser som det store spørgsmål ... De har prøvet, og mange af dem kan jo ikke blive stoffri."* Ingen af de interviewede behandlere sætter spørgsmålstegn ved, om metadon skal være en så dominerende del af behandlingen, som den faktisk er, eller om metadonbehandlingen for de fleste brugere skal være vedvarende.

Det skal understreges, at metadonbehandling, sådan som den bliver beskrevet og praktiseret i København, oftest er vedvarende vedligeholdelsesbehandling og ikke et led i en nedtrapning af brugerne til stoffrihed. Mange behandlere er direkte negativt indstillet til metadonnedtrapning. De siger, som Ilse i dette citat, at nedtrapning ofte indgår i brugernes planer, men at det er en dårlig idé:

Indimellem er de fuldstændig sikre på, at hvis de bare får trappet sig ud af alt deres metadon, så vil alting være meget bedre, men når vi så også snakker om, at de måske også skulle trappes noget ned af deres sidemedicin, og at det også kunne være, at de skulle prøve at få styr på deres sidemisbrug med alle de benzo'er [benzodiazepiner], de render og køber ved siden af – så er det straks en anden snak. Det er ikke det, de gider høre. (Ilse, behandler)

Ilse fortæller om brugere, som har insisteret på, at de skal bruge metadon til nedtrapning, og som derfor har mindsket deres metadondosis med den konsekvens, at de har trappet deres sidemisbrug op i stedet. En metadonnedtrapning, som resulterer i et øget sidemisbrug, er der intet formål med, mener behandlerne, og derfor ønsker de ikke at motivere deres brugere til nedtrapning. Metadonbehandlingen kommer af samme grund

– ligesom de skadesreducerende tiltag generelt – til at stå i et modsætningsforhold til stoffrihed. Behandleren Ib fortæller:

Det er misforstået at betragte stoffrihed som et absolut gode. I de 15 år, jeg har arbejdet i den her branche, så har jeg jo set mennesker, som har forsøgt at blive stoffri i betydningen også medicinfri, metadonfri og subutexfri, og som kæmper med det, som har det som det eneste fokus i deres liv og får nederlag på nederlag på nederlag. Og det er en forbandelse for de mennesker, for det er så enormt enøjjet. (Ib, behandler)

Nedtrapning kan give skadevirkninger, fortæller Ib, fx i form af nederlag for brugerne, men det kan også koste brugerne livet, hvis de får tilbagefald. Også behandleren Thorkild pointerer dette: *"Nogle af dem vil jo også stadig i en høj alder prøve at blive nedtrappet, og så viser historien, at det kan de ikke ... Historien viser, at der faktisk er mange, der dør efter en afgiftning, fordi de får tilbagefald."* Nedtrapning er altså både urealistisk for de fleste og potentielt skadeligt. Behandleren Robert forklarer, hvorfor stoffrihed som målsætning ikke er relevant for mange brugere:

De er simpelthen for skadede til at blive stoffri ... Alle vil være stoffri, men problemet er bare, at det [stofferne] er en nødvendighed for dem. Så de ønsker selvfølgelig medicinen, fordi det gør dem raske ... Og de skal også have deres sidemisbrug, for ellers kan de heller ikke være normale ... Hvis de blev fuldstændigt stabiliserede – jamen, det ville de slet ikke kunne rumme. (Robert, behandler)

Tilsvarende sætter behandleren Ute spørgsmålstegn ved både, om brugerne på hendes institution kan blive stoffri, og om der ville komme noget godt ud af det:

Er stoffrihed et mål i sig selv? ... Det er klart, giver du dem en masse stoffer, det er jo kontra, at de skal blive stoffri ... Hvis vi gjorde vores folk stoffri, er min påstand, at så ville 75 pct. af vores folk stå og banke på døren til det psykiatriske system. Det er en påstand, og jeg kan jo ikke rigtigt vide det, for det kommer aldrig til at ske. (Ute, behandler)

Brugerne skal altså ikke nedtrappes, ifølge de interviewede behandlere, men holdes på en stabil metadondosis for at undgå, at de optrapper sidemisbrug, oplever psykiske nederlag, får behov for psykiatrisk behandling, kommer alvorligt til skade eller dør ved tilbagefald.

BRUGERNE: SKADESREDUKTION, DER GJORDE EN FORSKEL

Også i brugerinterviewene har vi konsekvent spurgt til interviewpersonernes opfattelse af og holdninger til fænomenet skadesreduktion. Analysen af brugernes holdninger vanskeliggøres dog af, at majoriteten af brugerne (25 ud af 30) ikke kender begrebet skadesreduktion. Dette er i og for sig interessant, da skadesreduktion er et begreb, som bliver brugt meget ofte på institutionerne, ikke bare i vores interview, men også i diverse skriftlige materialer fra institutionerne. Skadesreduktion er altså et helt centralt begreb i institutionernes selvforståelse og beskrivelse af virksomheden – det er bare ikke et begreb, som ret mange brugere kender.

Kasper er én af de få brugere, som kender begrebet skadesreduktion. Han deltager i et 'fixeprojekt' på en af institutionerne, et projekt, hvor brugerne kan injicere deres metadon under hygiejniske forhold og under overvågning af en sygeplejerske. Kasper bruger dette projekt som et positivt eksempel på skadesreduktion:

Skadesreduktion ... det er jo for eksempel fixeprojektet ... Jeg har haft otte blodpropper. Det er, fordi jeg har boet på gaden. Jeg har fixet det der flydende metadon i mange år, og det er ikke lavet til at fixe. Her har vi fixerum. Vi får det rent, dvs. vi får ikke alle de skader ind i kroppen ... Det er under sterile forhold, så du ikke bliver smittet med alle mulige sygdomme. (Kasper, 33 år, bruger)

Kasper har erstattet en risikabel og skadelig adfærd (injektion af metadon fremstillet til at drikke) med en mindre risikabel og skadelig adfærd (injektion af dertil egnet metadon under sterile forhold). Han mener, at skadesreduktion både *"sparer mennesker for en masse lidelser"* og: *"Det sparer også samfundet for utroligt mange penge, både fængsler [og] hospitalsophold, for man*

får ikke alle de sygdomme, [og] du skal ikke ud og lave penge, så du er kriminel.” (Kasper, 33 år, bruger).

I mediebilledet og de politiske debatter bliver skadesreduktion ofte diskuteret i forbindelse med netop fixerum, heroinordination etc. I interviewene med brugerne fylder disse tiltag dog relativt lidt. Da brugeren Carlos bliver spurgt, hvad han synes om fixerum, svarer han fx:

Jeg har det lidt ambivalent med det der fixerum, jeg er ikke rigtig klar over, om jeg går ind for det eller ikke går ind for det ... Alt-så, jeg synes hellere, vi skulle have noget morgenmad. Det mener jeg ville være vigtigere ... Vi bliver kørt ned af et fixerum, hvor mad og sundhedspleje vil køre os op. Dét, ville jeg synes, var det vigtigste. (Carlos, 41 år, bruger)

Andre brugere mener, at fixerum er en god idé. Adspurgt om, hvad han mener om fixerum, siger Uzair fx: *”Med et fixerum ... tror jeg, narkomanerne vil fixe meget mere rent og ikke smitte hinanden med alle mulige sygdomme – og så slipper folk udenfor også for at se på det og lære det.”* (Uzair, bruger, 32 år). Der er dog ingen brugere, som kommer ind på disse tiltag af sig selv, som noget de mangler eller har manglet i behandlingen, mens mange af brugerne uopfordret fortæller, at servering af morgenmad på institutionen betyder rigtig meget. Det er skadesreduktion, som de oplever gør en forskel.

Det betyder ikke, at fixerum og sprøjtebytteordninger ikke også kan gøre en afgørende forskel. Der kan være flere forklaringer på, at brugerne ikke efterspurgt disse tilbud i interviewene. For det første kan det hænge sammen med, at fixeri er forholdsvis tabubelagt, og nogle brugere har måske ikke brudt sig om at fortælle om deres behov for disse tilbud. For det andet har brugerne måske mere erfaring med andre former for tilbud og dermed bedre grundlag for at efterspørge dem. Man efterspørger sjældent det, man ikke kender til. For det tredje har vi talt med de mest belastede stofmisbrugere i behandlingssystemet. Der kan være en gruppe stofmisbrugere *uden for* behandlingssystemet, som har mere brug for fixerum og sprøjtebytteordninger. For det fjerde har vi interviewet i en periode, hvor en del af brugerne har oplevet, at de har mistet (eller er ved at miste) morgenmad og værested. Deres fokus rettes selvfølgelig let mod det, de for nylig har mistet eller i en nær fremtid risikerer at miste.

BRUGERNE: AMBIVALENS I FORHOLD TIL METADON

Det mest fremtrædende træk i brugernes holdninger til metadon er ambivalens. Der er således en minoritet af brugerne, som er entydigt positivt indstillet til metadon, og en anden minoritet, som er entydigt negativ, mens det store flertal giver udtryk for en udpræget ambivalens. Det skal her understreges, at brugernes ambivalens i forhold til metadon ikke betyder, at de ønsker at afslutte deres metadonbehandling. Tværtimod er mange brugere bange for at miste deres substitutionsmedicin, da de synes, at denne hjælper dem, og da de (efter en årrække i behandling) er afhængige af metadon. Negative eller ambivalente holdninger til metadon betyder (i de allerfleste tilfælde) ikke, at brugerne her og nu ønsker en anden behandlingsform, eller at de oplever, at behandlingssystemet 'på-dutter' dem en behandling, som de ikke efterspørger. Brugernes holdninger til og oplevelser af metadonbehandling er mere komplekse end som så – og fyldt med modsætninger – hvilket forhåbentlig vil fremgå af de efterfølgende afsnit.

AMBIVALENS: METADON TIL ALLE ELLER FORSIGTIGHED VED UDSKRIVNING AF METADON

Brugernes ambivalens viser sig for det første i deres svar på spørgsmålet, om det skal være let eller svært at komme i metadonbehandling. Her siger brugerne på den ene side, at metadon skal udskrives til alle, som ønsker det, og i de doser, brugerne selv ønsker. Nogle brugere mener, at også de helt unge misbrugere (personer under 20 år) skal motiveres til substitutionsbehandling, da det er det eneste, som kan hjælpe dem væk fra kriminalitet og prostitution. De fleste brugere mener dog (ligesom de interviewede behandlere), at man skal være forsigtig med at udskrive metadon til de yngste brugere.

På den anden side er der en gruppe brugere, som mener, at udskrivningen af metadon i dag er alt for generøs. Naja siger fx:

Da jeg startede med at få metadon [for 15 år siden], der var det sgu svært at få det. I dag kan Gud og hver mand jo gå op og få metadon. Dengang jeg startede med metadon, hvis du fik 12 metadoner [60 mg], så fik du meget. Sådan er det jo ikke i dag. De får jo helt vilde doser, og alle kan bare få det ... Jeg fortæller,

hvor meget jeg har behov for, og så får jeg det. (Naja, 33 år, bruger)

Problemet med metadonbehandlingen er ifølge disse brugere, at metadon i dag bliver brugt som et slags 'universalmiddel' uden hensynstagen til, hvor langt brugerne er kommet i deres problemudvikling, og at brugerne ofte bliver optrappet på metadon, således at de med tiden kommer op på meget høje doser. Flere brugere siger også, at de selv kom i metadonbehandling i en alt for tidlig alder og på et tidspunkt, da de endnu ikke var 'afhængige' og derfor burde være blevet sendt i stoffri behandling. Georg udtrykker det på denne måde:

[Metadon] er noget lort. Jeg skulle aldrig have gjort det ... Altså, det kan jo bruges til en hurtig afgiftning og så færdig. Eller til dem, som alligevel har tænkt sig at blive ved resten af livet. Men hvis man på et eller andet tidspunkt alligevel har tænkt sig at holde op igen, så skal man ikke begynde at tage metadon, for du kan ikke komme af med det. Du kan ikke ... Du kan jo se nogle doser, man kommer op på. (Georg, 54 år, bruger)

En anden bruger, Annie, fortæller:

Altså, stod det til mig, så havde jeg aldrig taget den første [metadon] ... Det ville være bedst at blive trappet helt ud af det og ikke få metadon, simpelthen komme ud af det. Og så skulle der være noget at bakke op om bagefter selvfølgelig, så folk kunne undgå at få den der metadon, fordi lige så snart de får den, så bliver det også lidt sådan en sovepude, fordi man bare kan spise dem, og så bliver man jo ikke syg, så ruller den bare videre, og så inden man ser sig om, så har man fået dem i – nu har jeg lige pludselig fået dem i 13-14 år, og det er lang tid at gå og spise så mange piller. (Annie, 49 år, bruger)

Brugere som Naja, Georg og Annie (og flere andre) mener altså, at systemet har gjort dem en bjørnetjeneste ved at tilbyde dem metadon så tidligt og i så store doser. I dag kan de ikke længere blive stoffri, siger de, efter mange år i metadonbehandling, men hvis man havde 'taget fat i' dem tidligere og sendt dem i stoffri behandling samt 'bakket op om dem'

efter behandlingen, så var de aldrig blevet de 'kroniske misbrugere', de er nu.

AMBIVALENS: STRESSREDUKTION OG NY FORM FOR AFHÆNGIGHED

Brugernes ambivalens handler for det andet om, at metadonen på den ene side reducerer stressniveauet i deres liv, men på den anden side skaber en ny form for afhængighed (metadonafhængighed), som er meget svær at komme ud af igen.

Mange brugere oplever, at de har 'forsyningssikkerhed' i forhold til (en del af) deres stofbehov, og at de derfor ikke længere er nødt til at begå kriminalitet, hvilket reducerer stressniveauet i deres liv. Danny siger fx: "*Uden metadon] så skal jeg ud og stjæle for 10.000 kroner eller 20.000 kroner om dagen for at få skide 4.500 kroner alt i alt ... Når du er narkoman, er det et 24-timers job.*" (Danny, 48 år, bruger). Når man først har fået metadon, er man ikke længere 'døgnnarkoman', som Danny formulerer det.

Joan, der tidligere skaffede penge ved prostitution, fortæller ligeledes, at metadon gør pengebehovet mindre presserende:

Der er mange piger, der ikke behøver at gå på gaden, fordi de har [stof] til, at de kan blive raske næste dag, for de kan gå op og hente deres doner [metadon] ... Det [er] bare så fedt at gå hjem og vide, at morgen-dyttet [dagens første stof, her: metadon] er der, at det ikke er noget, der skal ud og laves [penge] til, før man kan få det. At det bare er der, det er simpelthen luksus. (Joan, 42 år, bruger)

Metadonen fremstilles i disse interview som noget, der har gjort en afgørende positiv forskel i brugernes liv. Mange brugere fortæller således, at metadon gør livet som misbruger lettere og mindre udsat.

På den anden side beskriver brugerne metadon som 'et helvedes stof', som har gjort deres liv mere kompliceret. Brugeren Thomas siger ligefrem: "*Man troede jo af vanvittige grunde, at metadon var en form for harm reduction. Det er det ikke. Det er det stik modsatte; det er skadesforværende.*" (Thomas, 51 år, bruger).

Brugeren Astrid beskriver de problematiske aspekter ved metadon på denne måde:

Metadon er så stærkt, og man bliver så afhængig af det. Der er ikke nogen, der fatter, hvor afhængig man bliver af det. Jeg troede ikke, man kunne blive så afhængig af det. Det er meget svært at slutte med det. Det er sværere at slutte med metadon end med heroin. (Astrid, 52 år, bruger)

Astrid og mange andre brugere sammenligner metadon med heroin. Oftest var det ikke noget, der blev spurgt til fra interviewerens side, men noget brugerne spontant begyndte at tale om, når interviewerne spurgte til metadonbehandling. Ulrik siger fx følgende om metadon i sammenligning med heroin:

Metadon går i marven på folk og ... jo længere tid du har taget metadon, jo længere tid tager det [at blive clean]. Så der er slet ingen tvivl om, at metadon er, hvad det angår, et langt værre stof end ren heroin. (Ulrik, 36 år, bruger)

Forestillingen om, at det er (meget) sværere at nedtrappe fra metadon end fra heroin er meget udbredt blandt brugere¹⁸. Carlos siger:

Det er 100 gange sværere at komme ud af metadon end ren heroin. Meget, meget sværere. Der er nogen, der endda påstår, at alle de år, du har været på metadon, lige så mange år tager det at komme væk fra det. (Carlos, 41 år, bruger)

Og Nina, der har en del erfaring med nedtrapning af både heroin og metadon, beskriver forskellen på denne måde:

Det er nemmere, når du har været på heroin, hvis det kun var heroin, fordi der går en uge, og så vender den. Men med metadon, der kan der gå – jeg har hørt, at nogen ikke har sovet i en måned, simpelthen. Så bliver du altså tosset oppe i hovedet ... Altså, kroppen vil have det. (Nina, 43 år, bruger)

18. Det er vigtigt at understrege, at stofferne og deres egenskaber her beskrives ud fra brugernes forestillinger og oplevelser, ikke ud fra dokumenterede fakta, men forestillinger har som bekendt ofte konsekvenser i praksis.

Nogle brugere siger, at de gerne vil have metadonnedtrapning, men at det er farligt, fordi man kan dø af metadonabstinenser. Jasper siger:

Det er livsfarligt at stoppe med [metadon]. Det kan man simpelthen dø af, fordi abstinensreaktionerne er så – man risikerer at få hjertekvababbelse, og det har jeg faktisk lægelige ord på, at det er fuldstændig korrekt. Man kan ikke tage en kold tyrker, som man kan med heroin. Det er også rasende ubehageligt, skulle jeg hilse og sige. Der er ikke nogen, der kan forestille sig, hvor rædselsfuldt det er. Men det kan man altså ikke med metadon, fordi det er livsfarligt at gøre det. Så der skal man altså trappe ned, og det er over et halvt år. (Jasper, 46 år, bruger)

Andre brugere mener, at metadonbruget i sig selv er farligt og går ud over helbredet. Annie siger følgende:

Jeg er pisse bange for det [metadon]. Altså, det jeg ser, det er, at folk i min alder, altså når man når der omkring de 50, så begynder de at dø. Det er det, jeg ser, og det gør mig rigtig bange, rigtig bange, det gør det. Og det er ikke engang folk med et kæmpe sidemisbrug eller noget ... Og så ved jeg ikke, om det har noget med mængden [metadondoser] at gøre eller hvad, det er jeg ikke ekspert nok til at gå op i ... Der er ikke mange [der bliver gamle]. Vi har haft en her, der blev 62, det tror jeg er den ældste, og det er ligesom lidt tidligt. (Annie, 49 år, bruger)

Prisen for stressreduktionen synes således høj fra nogle brugeres perspektiv.

AMBIVALENS: TRYGHED OG UTRYGHED I FORHOLD TIL METADONBEHANDLINGEN

For det tredje (og sammenhængende med de ovenforstående temaer) udtrykker interviewpersonerne ambivalens i forhold til, om metadonen skaber tryghed eller utryghed i deres liv. På den ene side er de indskrevet i et behandlingssystem, hvor man ikke fratager dem eller nedtrapper metadonen, hvis ikke de selv ønsker det. De oplever, at de har 'ret til' at få deres metadon resten af livet, hvis det viser sig nødvendigt. På den anden side er uventet mange af dem bange for ændringer i behandlings-

systemet, strukturelle forhindringer etc., som potentielt kan medføre, at de mister deres metadon igen. Brugerne beskriver politiske scenarier, hvor det 'kunne tænkes', at metadonudskrivningen bliver mere restriktiv eller helt ophører. De frygter krig og naturkatastrofer, ikke på grund af den ødelæggelse, disse kunne medføre, men fordi de kunne betyde, at muligheden for at få metadon forsvinder.

Brugeren Carlos siger:

Jeg tænker da også på krig, eller hvis Dansk Folkeparti kommer til magten ... Hvis [metadon] bliver forbudt her, jamen så bliver jeg taget og puttet i et fængsel, til jeg er *clean*. Det er da en skræk ... Eller hvis der bliver en muslimsk-kristen krig, eller hvad ved jeg. Altså, bare der var en juleaften, hvor jeg skulle hente oppe på apoteket, hvor [metadonen] ikke var der. Jeg gik helt i panik, og det var kun én dag. (Carlos, 41 år, bruger)

Ian fortæller, at han har en konstant skræk for at miste sin metadon:

Jeg går altid med den tanke: "Tænk nu, hvis der er lukket." Så skal jeg fandeme ud og finde nogle penge, og så skal jeg købe noget i en fart for ellers så ... Den skræk går man på en eller anden måde med. Har jeg nu overset, har jeg nu misset en dato, hvor der er lukket dernede? ... Jeg går næsten og er angst. Er der nu åbent i dag, eller strejker de alle sammen? (Ian, 46 år, bruger)

Brugerne er bange for abstinenserne eller er ligefrem bange for at dø. Karin siger: "Man tænker, bliver der krig eller oversvømmelse eller et eller andet, hvad så, skal jeg så bare ligge og være syg? Dør jeg af det?" (Karin, 40 år, bruger) – Interviewpersonernes ambivalens på dette punkt handler altså også om, at metadonbehandlingen – og deres angst for metadonabstinenser – har medført, at de er blevet afhængige af behandlingssystemet. Georg svarer følgende på spørgsmålet "Hvad er afhængighed?" med tilføjelsen "Det er et svært spørgsmål" fra interviewerens:

Nej, det er så nemt, så det er næsten dumt ... Altså, du bliver så syg, hvis du ikke får det [metadon], simpelthen. At have den i baghovedet hele tiden, hvis jeg ikke har min metadon ... Jeg har

besluttet mig ... Hvis jeg ikke får min metadon, så hænger jeg mig ... Hvis jeg taber mine flasker henne på apoteket, eller en eller anden render ind og stjæler min taske ... eller hvis jeg sidder ude på Vestre, så jeg ikke kan få noget, eller et eller andet. Eller hvis jeg bliver døv eller blind eller et eller andet, så jeg ikke kan sige noget, så vil jeg da prøve at begå selvmord. Fordi jeg bliver så syg [hvis ikke jeg får min metadon]. (Georg, 54 år, bruger)

Spørgsmålet om, hvad afhængighed er, var tænkt som en indgang til en diskussion af heroinafhængighed, men flere af brugerne svarede interviewerens ved at beskrive deres afhængighed af metadon – og af behandlingssystemet. Carlos besvarer spørgsmålet på denne måde:

Jamen, det er jo som på en eller anden måde at have nogle usynlige håndjern på, for som jeg sagde lige før, du skal spørge folk, som er betydeligt yngre end dig selv, om du kan få fri og fortælle, hvad du skal. Altså, hvad rager det dem? Jeg skal komme her hver dag. Ellers så skal jeg spørge, om jeg må tage med min mor eller min søster på tre-dages rejse eller et eller andet ... Jeg skal jo spørge dem om alt. (Carlos, 41 år, bruger)

Carlos og flere andre brugere fortæller således, at de er kede af at skulle være afhængige af at møde regelmæssigt på institutionen. Afhængigheden er specielt slem, mener et par brugere, hvis behandlerne er yngre end brugeren. Flere interviewpersoner bruger ordet 'slave' af metadon og behandlingssystemet. En anden interviewperson bruger begrebet 'stavnsbundet' til at beskrive sin relation til behandlingssystemet. Han kan ikke rejse frit i Danmark eller i udlandet uden først at koordinere det med sin behandlingsinstitution (som skal acceptere, at han kan få en større mængde metadon med i kufferten), og han kan ikke uden videre flytte til en anden kommune, siger han, da mange andre kommuner ikke udskriver så høje metadondoser, som man gør i København.

Brugernes afhængighed af metadon og af behandlingssystemet er temaer, som fylder rigtig meget i brugerinterviewene. Omvendt er der næsten ingen af behandlerne, som nævner disse temaer, og hvis de gør det, så er det snarest i en positiv ordlyd, som står i skarp kontrast til den negative ordlyd hos brugerne. Hellere afhængighed af metadon og behandlingssystemet end af heroin og det illegale stofmiljø, mener flere

behandlere, som også opfatter 'fastholdelse i behandling' som et entydigt positivt fænomen. Brugere derimod er ofte fortvivlede over at have fået endnu en form for afhængighed – afhængighed af metadon og afhængighed af behandlingssystemet – ind i deres liv, om end mange af dem også betoner, at metadonen og kontakten til behandlingssystemet har hjulpet dem meget.

Generelt er det vigtigt at notere, at brugerne forholder sig væsentligt mere kritisk og ambivalent til metadon, end behandlerne gør. Mens metadon for behandlerne fremstår som en ukontroversiel del af en skadesreducerende behandlingsindsats, så er metadonbehandlingen omgivet af stærke følelser – positive så vel som negative – blandt brugerne.

OPSUMMERING

I kapitlet har vi vist, at de fleste behandlere, vi har interviewet, er varme tilhængere af en skadesreduktionstilgang, hvor fokus er flyttet fra brugernes indtag af stoffer til konsekvenserne af deres stofbrug. Fordelen ved skadesreduktionstilgangen er, ifølge behandlerne, at den er baseret på et realistisk udgangspunkt: Man erkender, at de fleste opiatbrugere ikke kan 'helbredes' for deres misbrugsproblemer, og at man derfor skal fokusere indsatsen på en forbedring af deres livskvalitet. Mens man i det traditionelle behandlingssystem havde stoffrihed som målsætning for alle brugere, uanset hvad brugerne selv ønskede, så har skadesreduktionsprincippet ifølge behandlerne medført lydhørhed i forhold til brugernes behov og ønsker.

Metadonbehandling er for de interviewede behandlere en central del af skadesreduktionstilgangen – andre dele er en række praktiske tiltag i forhold til bolig, økonomi, helbred og hverdagslige ting som servering af morgenmad, specialmadrasser, sårpleje og rene sprøjter. Metadon er, ifølge behandlerne, et stof, som ikke længere er omgivet af restriktioner og moralske diskussioner. Metadon hjælper brugerne med at håndtere deres misbrugsproblemer og stabiliserer deres liv sådan, at de kan fokusere på andre ting end at skaffe penge til stoffer. Metadonnedtrapning er derfor ikke noget, brugerne skal opfordres til, siger behandlerne, da det typisk medfører, at brugerne trapper deres sidemisbrug af illegale stoffer op i stedet. Metadonnedtrapning kan, ligesom stoffri behandling, være farligt, idet mislykkede nedtrapnings-/behandlingsforsøg giver brugerne

nye nederlag, ligesom tilbagefald kan betyde, at brugerne tager stoffer i så store doser, at de dør af det. Et stabilt (eller relativt stabilt) liv i vedvarende metadonbehandling kan altså på mange måder være at foretrække frem for et turbulent liv, hvor brugeren veksler mellem nedtrapning og optrapning og mellem korte perioder af stoffrihed og voldsomme tilbagefald.

Blandt brugerne er holdningerne til metadon – og skadesreduktionstilgangen generelt – langt mere komplicerede. 'Skadesreduktion' er for det første et begreb, som få brugere kender. Nogle brugere erklærer sig dog enige i perspektivets grundlæggende ideer, når de får dem forklaret. De fremhæver institutionernes praktiske tilbud (ikke mindst morgenmad, men også fællesaktiviteter, sundhedstilbud osv.) som positive, og flere mener også, at fixeprojekter og fixerum er en god idé. Andre er uenige og mener, at fixerum er 'nedbrydende' i modsætning til fx morgenmad og sundhedspleje, som alle er enige om, er gode tilbud.

Brugerne nævner mange positive effekter af metadonbehandling. Den vigtigste er, at metadonen mindsker behovet for at skaffe penge gennem kriminalitet – og for kvindernes vedkommende, prostitution – og bl.a. derfor reducerer stresseniveauet i brugernes liv. Selvom metadonbehandlingen har disse positive konsekvenser, har den samtidig en række negative konsekvenser. Brugerne kritiserer metadonbehandlingen for, at den skaber en ny og problematisk afhængighed i deres liv. I modsætning til behandlerne, som beskriver metadon som en neutral medicin, fokuserer brugerne på metadonen som et afhængighedsskabende stof og på de abstinenser, som et afbrud i eller mindskning af deres metadonindtag ville medføre. Brugerne oplever, at de er 'slaver', at de har 'usynlige håndjern på', at de er 'lænket til metadon' og derfor også, at de er afhængige af behandlingssystemet på en problematisk måde. Dette undersøgelsesresultat er i overensstemmelse med Steffen Jöhnckes analyse af metadonbehandling, hvor brugerne også betonedede den dobbeltafhængighed (dvs. afhængighed af både stoffer og system), som følger med stofmisbrugsbehandlingen (se Jöhncke, 1997). Flere af de interviewede brugere i vores undersøgelse siger, at de fortryder, at de nogensinde startede i metadonbehandling. De mener, at de fik startet på metadonbehandling for tidligt, og/eller at de med tiden er kommet op i alt for høje metadondoser, og at dette ulykkeligt har medført, at de i dag ikke længere kan komme ud af deres misbrugs- og afhængighedsproblemer – en afhængighed, som altså ikke kun omfatter stoffer, men også behandlingssystemet.

met. Denne kritik betyder ikke, at brugerne ønsker begrænsninger i deres nuværende metadonbehandling. Hvis de ønskede det, kunne de bare meddele behandlingssystemet, at de ønsker at stoppe behandlingen, da metadonbehandling jo i alle tilfælde er frivillig. Tværtimod er mange brugere bange for at miste deres metadon, da de synes, at metadonbehandling hjælper dem, og da de (efter en årrække i behandling) er afhængige af deres substitutionsmedicin. Brugernes kritiske holdning til metadonen skal snarere ses som en gøren opmærksom på, at metadon ikke kun medfører positive ting i deres liv, at metadon ikke løser deres afhængighedsproblemer, men forandrer dem, og at det er vanskeligt at håndtere det komplekse forhold, det er for ethvert menneske at være afhængig af både et stærkt stof og et behandlingssystem, der administrerer det, samtidig med at man evt. stadig er afhængig af illegale stoffer.

BEHANDLINGSFORM OG SELVBESTEMMELSE

Dette kapitel handler om brugernes selvbestemmelse i forhold til, hvilken behandling de skal have. I kapitlet bruger vi to typer datamateriale: Interview med behandlere og brugerjournaler. Vi indleder kapitlet med at beskrive behandlernes syn på brugernes selvbestemmelsesret og fortsætter herefter med en analyse af brugerjournalerne for at få et indblik i praksis på området. Fokus vil ligge på journaler, hvor der er uklarhed eller direkte uenighed om, hvilken behandlingsform brugerne skal tilbydes. Vi fokuserer på disse journaler, da det jo i sagens natur er i tilfælde af uenighed, at princippet om brugernes selvbestemmelsesret kommer mest på prøve.

BEHANDLERNE OM BRUGERNES SELVBESTEMMELSE

I interviewene med behandlerne står det meget klart, at de mener, at det er og bør være brugerne, som definerer behandlingsform og behandlingsmålsætning. En behandler siger fx: *"Brugerindflydelse har de jo i den grad i forhold til den behandling, som vi hver især udøver, for vi gør jo aldrig noget, uden at de er med i det. Så det er helt klart dem, der styrer det."* (Iben, behandler). En anden behandler fortæller, at det er brugerne, *"der sætter dagsordenen for mit arbejde"* (Nils, behandler), og en tredje behandler siger: *"Min vurdering tager*

altid udgangspunkt i klientens ønske. Altid. Også, fordi der jo overhovedet ingen tvang er.” (Dorrit, behandler)

Behandlerne oplever, at det, at man giver brugeren ansvar og indflydelse, er en god og tidssvarende måde at gribe behandlingen an på. De sætter tilgangen i modsætning til tidligere tiders behandling. Behandleren Thorkild siger fx:

Der er en meget stor brugerindflydelse på, hvilken form for behandling den enkelte tilbydes, og det er jo meget ofte den behandling, som brugeren selv peger på. Og der er jo nok sket et skift fra tidligere, hvor der nok i behandlerkredse var en tendens til, at man opdragede brugerne til en bestemt form for behandling, som lå tæt på de mål, behandleren gerne ville nå. (Thorkild, behandler)

Problemet med den tidligere tilgang, hvor man ikke lyttede så meget til brugerne, er, at man dermed fratog dem ansvaret. Man ’klientgjorde’ brugerne, som Thorkild udtrykker det senere i interviewet.

Den forskel, behandlerne beskriver, er det, der i socialfaglig litteratur omtales som overgangen fra det mere traditionelle behandlingsparadigme til *”empowerment”* (Adams, 1996; M. Andersen et al., 2000; J. Andersen et al., 2003; Lee Stevens, 2004; Bjerger, 2004). I den traditionelle behandling var det ifølge dette ræsonnement behandlerne, som *”vidste bedst”*, hvad der var godt for brugerne. Resultatet var, at der blev skabt distance mellem på den ene side behandlingen og på den anden side brugerens egne behov og ønsker. Brugere havde ikke ejerskabet til deres egne problemer eller til løsningen af dem og oplevede derfor heller ikke, at de havde ansvar for behandlingen. I dagens behandlingssystem derimod, siger behandlerne, er det brugerne selv, som opstiller målsætninger (fx stoffrihed eller stabilisering ved hjælp af substitutionsbehandling), og som bestemmer behandlingsformen (fx ambulante behandling eller døgnbehandling). Kun på denne måde kan brugerne generobre retten til – og ansvaret for – deres egne problemer og undgå ’klientgørelse’ (jf. Juul Kristensen, 2003; Lee Stevens, 2004). I modsætning til tidligere, siger de interviewede behandlere, forholder dagens behandlere sig neutrale i forhold til brugernes stofbrug. Hvis brugerne ønsker stoffrihed, så får de hjælp til at opnå det, men hvis de ønsker at fortsætte med at bruge stoffer og/eller mener, at de ikke kan holde op med det, skal de

derimod hjælpes til at få et så godt liv som muligt på stoffer. Skadesreduktionsprincippet (jf. foregående kapitel) er således tæt forbundet med et ideal om, at brugerne skal have den behandling, som de selv ønsker og har brug for.

Behandlerne lægger vægt på, at de kan motivere og støtte brugerne i opstillingen og realiseringen af målsætninger, men uden at tvinge nogen til noget. Ilse fortæller fx, at en del af hendes brugere ville have gavn af antabusbehandling, men *"du kan jo ikke tvinge antabus i nogen"* (Ilse, behandler). Ib forklarer: *"Det er jo klart, at brugeren er den eneste, som rigtig kan gøre noget ved det. Vi har mere en motiverende supportfunktion."* (Ib, behandler). Tony formulerer sit budskab til brugerne således:

Vi vil gerne hjælpe jer, vi vil gerne anvise jer nogle hjælpemuligheder, men I bliver altså nødt til at spille med her. I har ansvaret for, at vi får jeres ønsker og drømme på bordet. I har ansvaret for at sige: "Det vil jeg." Eller: "Det vil jeg ikke." Så må vi sammen finde ud af, hvordan vi kommer derhen. (Tony, behandler)

Tony påpeger også, at princippet om brugernes selvbestemmelsesret indebærer, at man indimellem må acceptere, at brugere vil noget, som behandleren opfatter som skadeligt:

Så må man også acceptere, at det her menneske vil altså noget, som man sådan set godt kan se, at det er sgu skadeligt for ham, men det brænder han for, og det vil han. Han vil fixe kokain, jeg kan ikke gøre en skid for, at han ikke fixer coke ... men så kan jeg i hvert fald være her og sammen med ham åbne og anvise nogle andre muligheder at gøre tingene på og nogle andre mulige måder at leve på. (Tony, behandler)

Denne opfattelse er helt i overensstemmelse med skadesreduktionsprincippet, hvor brugeren selv gives ansvaret, og behandleren forventes at acceptere brugerens beslutninger og valg, også i tilfælde, hvor disse ikke svarer til behandlerens forestillinger om, hvad der er bedst for brugeren.

BEHANDLERE OM FALSKE OG FORKERTE MÅLSÆTNINGER

Som det fremgår af ovenstående afsnit, er behandlerne meget klare i målet, når de taler om brugernes ansvar for og indflydelse på egen behandling. Princippet om brugernes selvbestemmelsesret er på mange måder afgørende for hele det behandlingskoncept, som skadesreduktionstilgangen udmunder i: Skadesreduktionstilbud til dem, som ikke ønsker eller mener, at de kan magte stoffrihed. 'Anerkendelse' af brugerens ret til at være stofbruger er således et begreb, som ofte bliver brugt i skadesreduktionssammenhæng, og dette begreb giver ingen mening, hvis ikke udgangspunktet er, at det er brugeren selv, der vælger en (fortsat) identitet som stofbruger.

I interviewene med behandlerne diskuterer vi imidlertid ikke kun brugernes selvbestemmelse på et principielt plan, vi beder også behandlerne komme med konkrete (anonyme) eksempler på, hvordan man vælger behandlingsform til forskellige brugere. Og her bliver tingene mere komplicerede. Her fremgår det nemlig, at behandlerne hyppigt problematiserer brugernes egne behandlingsønsker og i stedet (på baggrund af en professionel vurdering) overtager ansvaret i beslutningsprocessen. I dette afsnit præsenterer vi nogle eksempler på situationer, hvor selvbestemmelsesprincippet må vige for behandlernes professionelle stillingtagen til, hvad der er bedst for brugerne.

Dobbeltydigheden kan optræde hos en og samme behandler. Behandleren Dorrit er et eksempel. På det principielle plan tillægger hun brugeren ansvaret for at opstille og realisere målsætninger ved fx at understrege, at det offentlige kun kan hjælpe brugere, hvis de selv vil. Om sin behandlingspraksis generelt siger hun: *"Min vurdering tager altid udgangspunkt i klientens ønske. Altid."* (Dorrit, behandler). Da hun fortæller om en konkret bruger, er det imidlertid tydeligt, at hendes vurdering er i modstrid med brugerens ønske. Dorrit siger:

Jeg har en kvinde lige nu, som har været i døgnbehandling som ung, og som har været i substitutionsbehandling i mange år her i centeret ... Hun har lidt det mønster, at hun kan blive stoffri i døgnbehandling, og hun kan holde to-fire måneder i København, og så er hun på [stoffer] igen ... Nu er hun næsten 50, hun er smadder, smadder syg af leverbetændelse, som er ved at blive behandlet. Så begynder jeg at tænke: "Jamen, er det livskvalitet?

Skal jeg ikke tage den betragtning her om, at metadon kan være ligesom insulin til sukkersyge?” ... Hun vil stadig egentlig godt være stoffri ... For hvert tilbagefald hun tager, bliver hun mere psykisk og fysisk dårlig ... Selvfølgelig skal jeg prøve at hjælpe hende med at få en forståelse af hendes egen situation og så også sige min bekymring højt til hende. Hvis hun holder fast i: ”Ja-men, jeg vil være stoffri, jeg vil gerne i døgnbehandling,” så har hun jo ret til at søge døgnbehandling ... og det skal jeg nok hjælpe hende med og lave indstillinger og hele moletjavsen, og så skal det op på visitationsmøde her i huset. Og der vil jeg da helt klart fremlægge mine faglige synspunkter på det ... Lige for hende her, der tror jeg, at stabilisering ville være det bedste. (Dorrit, behandler)

Dorrit tager her et fagligt ansvar for brugerens behandling. Hun mener, at hun kan se et mønster i kvindens behandlingshistorie, som taler imod ønsket om stoffri behandling. Dorrits opfattelse af kvindens situation er i fuld overensstemmelse med holdningerne hos majoriteten af de interviewede behandlere (jf. foregående kapitel), som mener, at en veksling mellem stoffrihed og stofbrug er psykisk og fysisk ødelæggende for brugerne. Hvis kvinden holder fast i sit ønske om døgnbehandling og målsætningen om at blive stoffri, så har hun ret til det, konstaterer Dorrit, som også siger, at hun vil hjælpe hende med at skrive indstillingen. Hun vil dog forinden forsøge at få kvinden til at forstå sin egen situation (en situation, hvor vekslinger mellem stoffrihed og tilbagefald truer kvindens liv), ligesom hun også vil fremlægge sine faglige synspunkter på visitationsmødet og her give udtryk for, at hun mener, stabilisering vil være det bedste for denne bruger.

Det interessante ved eksemplet er, at det beskriver et møde mellem to aspekter af de institutionelle strukturer:

- regler og procedurer, som sikrer, at brugeren har ret til at få sit ønske behandlet
- regler og procedurer, som medfører, at det alligevel er behandlingspersonalets stillingstagen, som vejer tungest i praksis.

Det første aspekt (brugerens ret) er lovfæstet, men hvis det strider mod behandlerens faglige vurdering, står det alligevel svagt. Dorrit fortæller, at

hun vil forsøge at give kvinden en forståelse for sin egen situation, dvs. – må vi formode – at Dorrit vil forsøge at få hende til at indse, at stabilisering ved hjælp af substitutionsbehandling alligevel er en bedre målsætning for hende end stoffrihed. Hvis det lykkes, og det antager vi, at der en vis sandsynlighed for (ud fra vores læsning af en række lignende sager i journalmaterialet), vil kvinden formentlig ikke søge døgnbehandling. Skulle hun imidlertid insistere på sin egen forståelse af situationen og gå videre med sin ansøgning, så er det usandsynligt, at ønsket vil blive godkendt af visitationsudvalget, når det følges af en negativ faglig vurdering fra hendes kontaktperson.

Vi skal understrege, at vores analyse ikke handler om, hvorvidt behandleren Dorrit eller de behandlere, vi citerer nedenfor, har ret eller ej i deres professionelle vurderinger af, hvad der er bedst for brugeren. Vi bruger eksemplerne til at vise, at behandlingsbeslutninger – *selvfølgelig*, kunne man fristes til at sige – ikke kun handler om brugerens ønsker, men også om behandlernes professionelle vurderinger, behandlingsressourcer og behandlingssideologi. Vi bruger dem også til at vise, at dagens behandlingssystem måske ikke er så meget anderledes end det traditionelle behandlingssystem, når det kommer til brugernes muligheder for selv at vælge behandling. Idealer og lovgivning om brugerinddragelse og brugeres ret til frit valg møder i de sociale systemer en praksis, hvor de professionelle har både ret og pligt til at tage ansvar og handle på baggrund af deres personlige skøn, baseret på faglighed og professionel erfaring. Det professionelle skøn er et centralt og klassisk karakteristikum for (front-linje) bureaukrater i sociale systemer (Weber, 2003; Lipsky, 1980), og pointen i vores analyse er at tydeliggøre denne faktors virke i praksis. Det forekommer, at der blandt behandlerne er en mangel på opmærksomhed mod, at brugerne ikke altid selv vælger behandlingstilbud, fordi personalets skøn, forestillinger, behandlingssystemets struktur mv. spiller afgørende ind. Endvidere vil analysen af de efterfølgende journaler eksemplere vise, at der er særlige udfordringer forbundet med brugernes selvbestemmelsesret, når det handler om svært marginaliserede brugere.

I ovenstående eksempel drejede det sig om en ældre bruger, som skulle motiveres til en anden målsætning end stoffrihed, nemlig stabilisering. I det næste eksempel drejer det sig om en ung bruger, og her er situationen vendt på hovedet, idet behandlerne mener, at brugeren skal

tilbydes en anden behandling end substitutionsbehandling, som brugeren selv ønsker. Det er en sag, som behandlerne Line og Nils har siddet med:

Nils: Det var sådan en 23-årig, som havde været på heroin i otte år og fixet i to-tre år ... Fordi han var så ung, blev det besluttet, at han i hvert fald skulle til nogle afklarende samtaler med vores psykolog, fordi hans ønske var, ja, det han bare gav udtryk for, det var, at han skulle i substitutionsbehandling, og så skulle der laves en nedtrapningsplan. Det var sådan set et fint nok ønske, fordi han udtrykte sådan set et ønske om stoffrihed, men vi synes måske, det lød urealistisk på den måde.

Line: Man så en risiko for, at hvis man bare gav ham substitutionsmedicin, så ville han måske blive hængende her rigtigt, rigtigt længe, og det var bedre at gøre en anden indsats og prøve at få ham gjort stoffri lidt hurtigere.

Brugerens ønske om at blive stoffri vurderes at være 'fint nok', fordi der her er tale om en bruger, hvor de stoffri behandlingsmuligheder ikke betragtes som værende udtømte på trods af, at brugeren har en relativt høj 'stofmisbrugsalder' (jf. kapitel 4 om alder og behandlingsmålsætninger). Problemet med brugeren i Nils og Lines eksempel er således ikke, at hans målsætning er forkert, men at han foreslår en urealistisk behandlingsform. Han vil gerne i substitutionsbehandling, men det er ikke en behandlingsmodel, som Nils og Line billiger for denne unge bruger. Line begrundet sin afstandtagen til brugerens planer med, at der er en risiko for, at han "*bliver hængende*" i metadonbehandling "*rigtigt, rigtigt længe*". De to behandleres bedømmelse af situationen kan også have en sammenhæng med den generelle skepsis til metadonnedtrapning, som blev beskrevet i foregående kapitel. Behandlerne forventer ganske enkelt ikke, at brugerne formår at holde sig væk fra illegale stoffer i de perioder, hvor de reducerer deres metadondosis.

Både eksemplet med Dorrits ældre bruger og Nils og Lines unge bruger handler om, at behandlerne korrigerer brugerens målsætning ud fra deres faglige ekspertise og overblik. De vurderer, om ønskerne er realistiske og ambitiøse nok eller måske for ambitiøse, og det gør de på baggrund af deres indsigt i brugernes behandlingshistorik, misbrugsmønstre, alder og sociale situation i øvrigt. Denne indsigt søges formidlet til

brugeren, enten ved, at behandleren selv prøver at få brugeren til at forstå sin egen situation, eller ved, at brugeren sendes til afklarende samtaler – eller ved, at visitationsudvalget i sidste hånd nægter at imødekomme brugerens ønsker.

Behandlerne fortæller imidlertid ikke kun om 'forkerte' målsætninger, men også om 'falske' målsætninger. Det drejer sig bl.a. om brugere, der siger, at de ønsker stoffrihed, men hvor behandlerne vurderer, at ønsket ikke er reelt.

Behandleren Christel beskriver, hvordan hun forsøger at komme bag om de falske ønsker, som nogle brugere har:

Nogle [brugere] taler os efter munden, hvis man kan sige det på den måde. De prøver at sige det, som de fornemmer, nok er det rigtige i denne her sammenhæng, de er i. Så kan det godt være, at der er nogen, der er meget velformulerede, hvor der egentlig ikke er overensstemmelse med deres egentlige ønsker ... Det er jo sådan en mavefornemmelse, man næsten har, kan man sige. Er det, de siger, overbevisende? ... Altså, jeg finder også meget ud af tingene ved at arbejde nede på værestedet og være sammen med dem. (Christel, behandler)

Ved at bruge pædagogisk relationsarbejde, tale med brugerne og bruge sin intuition afgør Christel, om de formulerede ønsker er overbevisende og i overensstemmelse med brugerens egentlige ønsker. Nogle gange mener Christel, at der blot er tale om, at brugeren taler behandleren efter munden. Brugerne er måske ikke helt klar over, at behandlingssystemet er forandret (fra den traditionelle behandlingsmodel til skadesreduktionsmodellen), men tror fortsat, at behandlerne generelt arbejder ud fra målsætningen om, at alle skal efterstræbe stoffrihed.

Hensigten med at formulere en falsk målsætning (stoffrihed) kan også være et ønske om at komme væk fra gaden via en døgnbehandling eller bare få metadon, fortæller andre behandlere. Nils siger, at man som behandler må vurdere, om der *"ligger et reelt ønske bag ved om at blive stoffri, eller er det noget, man siger, også for at komme i medicinsk behandling?"* Line fortæller, at nogle brugere *"bare har brug for en pause, [fordi] der lige er lidt for mange mennesker i hælene på én, som vil have penge. Og så er det måske meget rart lige at komme af sted."* Brugerne ønsker altså ikke reelt at holde op med at tage stoffer, men måske snarere en pause fra gaden, en 'rekreation' i en

periode, eller metadon, som de i virkeligheden har tænkt sig at kombinere med indtagelse af illegale stoffer.

Uanset hvad baggrunden for en falsk målsætning er, gælder det for behandlerne om at erstatte den med en reel og realistisk målsætning. Dette er ikke altid let, men vurderes som både ønskeligt og nødvendigt af behandlerne, idet falske målsætninger er et meget uheldigt udgangspunkt for en behandlingsproces.

SELVBESTEMMELSE – EKSEMPLER FRA JOURNALERNE

Vi går her videre med analysen af brugernes selvbestemmelsesret, men vender nu blikket mod journalmaterialet. Hvilket billede tegner journalanalysen af beslutningsprocessen i relation til behandlingsform? Hvilken tyngde har brugernes henholdsvis behandlernes vurdering af situationen, og hvordan takles de situationer, hvor der er uenighed mellem brugernes ønsker og det, som behandlingssystemet kan og/eller vil tilbyde?

I mange journaler fremgår det, at bruger og behandler i perioder ikke er enige om, hvad målsætningen med behandlingen skal være. I dette afsnit vil vi præsentere fire eksempler på uoverensstemmelser mellem brugernes udtalte ønsker og behandlernes stillingtagen og ageren. De fire sager er valgt, fordi de repræsenterer forskellige strategier i forhold til uenighed og forskellige udfald i beslutningsprocessen.

Vedrørende de præsenterede journaluddrag skal det understreges, at brugernes navne naturligvis er ændret, at karakteristiske træk i nogle tilfælde kan være ændret¹⁹, og særlige forløb sløret²⁰ af hensyn til brugernes anonymitet. Forhold, der har betydning for brugerens behandling, analysens tema og pointer er derimod ikke ændret. Institutioner, behandlingssteder og behandlere optræder anonymt. Udsagn i kantede klammer: [] er vores indsætninger. Kursiveret skrift er direkte journaluddrag, resten er vore resuméer. Vi refererer ikke (i alle eksempler) alle kontakter, som brugeren har med behandlingssystemet, men kun dem, der er relevante for det behandlede tema. De refererede journaluddrag

19. Det kan fx være uddannelse, jobønsker eller antal børn, som vi har ændret, dvs. forhold, som ikke har direkte relevans for analysen af behandlingsforløbet.

20. Vi skriver fx, at man taler om specifikke forhold eller problemer med familie, kriminalitet, fysiske sygdomme uden at beskrive, hvad det præcis drejer sig om.

skal altså *ikke* læses som en beskrivelse af, hvor ofte brugerne har kontakt til behandlingssystemet.

Her præsenteres første case, hvor uoverensstemmelsen handler om, hvorvidt brugeren Anna, 23 år, skal sendes i substitutionsbehandling på ambulatorium, eller om hun skal tilbydes forandringsorienteret ambulant behandling.

Case A

Anna er opiattmisbruger og indskrives i 2002 i metadonbehandling på et københavnsk rådgivningscenter. Hun er på det tidspunkt 23 år og har aldrig været i døgnbehandling. I juni 2004 får Anna en handleplan, hvor det noteres, at hun snarest ønsker at komme på ambulatorium, bl.a. med henblik på at påbegynde en gartneruddannelse. Journalen giver et indtryk af, at Anna ikke ved, hvad et ambulatorium er. Efter godt en måned orienterer behandleren hende om, at hun er nr. 9 på ventelisten til ambulatoriet, og han noterer i journalen: *"Der er ikke andet at gøre end at vente."*

Oktober 2004: Anna har været på besøg på ambulatoriet, og det var ikke en god oplevelse, noteres det i journalen. Behandleren på rådgivningscenteret skriver: *"Jeg har d.d. talt med ambulatorium X ... Man mener ikke, Anna vil være i målgruppen for ambulatorium X, idet brugerne der fortrinsvis er mænd (ældre og hærdede)."*

November 2004: Anna indskrives alligevel på Ambulatorium X, men møder ikke op. Hun udskrives og indskrives på rådgivningscenteret igen.

Januar 2005: En ny behandler på rådgivningscenteret noterer: *"Har d.d. haft en samtale med Anna efter hendes eget ønske. Annas far deltager i samtalen. Annas far starter med at fortælle, at de synes, det er svært at finde ud af, om vi egentlig kan hjælpe Anna herfra med andet end at udlevere metadon. Han synes ikke, der sker nogen ting, og der udskiftes sagsbehandler hele tiden. Han synes, de har brug for at vide, om der er noget, vi kan hjælpe med, og hvis ikke, at vi så melder klart ud ... Anna fortæller, at hendes ønske om at starte på ambulatorium X var et desperat forsøg på at komme i forbindelse med et sted, hvor der kunne hjælpes. Hun oplevede imidlertid, at ambulatoriets brugere var alt for 'hard core' stofmisbrugere, og at de også var meget gamle i forhold til hende. Det, Anna ople-*

ver at have brug for, er at få mulighed for at arbejde med sig selv – arbejde med selvudvikling ... Anna vil gerne tilknyttes et sted, hvor der er andre relativt unge med misbrugsproblematik, og hvor der er mulighed for kurser, selvudvikling og lignende.”

Anna får ikke andre behandlingstilbud for sine misbrugsproblemer og fortsætter i metadonbehandling på rådgivningscenteret. Fem måneder senere kontakter Ambulatorium X (hvor Anna ikke ville indskrives) rådgivningscenteret og siger, at de vil indkalde Anna til samtale, og at de ønsker 'noget skriftligt' om hende. Behandleren på rådgivningscenteret (igen en ny behandler) kontakter Anna for at få lavet en handleplan. Anna udebliver dog fra mødet og også fra et møde, som ambulatorium X indkalder hende til.

August 2005: En fjerde behandler på rådgivningscenteret noterer: *”Der er modtaget mail fra Ambulatorium X, som oplyser, at Anna er udeblevet fra samtalen. Hun havde forinden ringet til dem og oplyst, at hun ikke ønsker at blive indskrevet der, da hun ikke mener, hun tilhører deres målgruppe. Jeg har kort drøftet samtalen med Pelle [leder på rådgivningscenteret]. Anna er gennem mere end tre år kommet her på rådgivningscenteret og hentet sin medicin. Hun har ikke ønsket, at der skulle ske yderligere i forhold til hendes behandling. I og med at hun kommer og henter sin metadon, vurderes hun umiddelbart at høre under Ambulatoriets målgruppe. Det vurderes nødvendigt at indkalde Anna til en samtale for at høre, om hun mener, der skal ske andre tiltag i forhold til hendes behandling, eller hvor præcist hun er lige nu.”*

September 2005: Anna udebliver fra et møde på rådgivningscenteret, men møder op dagen efter. Behandleren noterer: *”Ved samtalen taler vi om overflytning til Ambulatorium X. Anna har haft meget modstand imod dette, da hun ikke føler, hun passer ind derhenne. Ved samtaler siger hun dog okay til overflytningen, hvis vi ikke kan finde andre steder til hende. Anna har ikke noget ønske om døgnbehandling lige nu. Hun vil gerne selv trappe sig ned fra de nuværende 45 ml metadon til ca. 10 ml. Herefter vil hun muligvis gerne have lidt hjælp til at klare det sidste [...] Der synes ikke umiddelbart at være et bedre tilbud til Anna lige p.t.”*

Anna bliver nu overflyttet til Ambulatorium X. Hendes målsætning er ifølge journalen fortsat den samme, som den hele tiden har været, nemlig stoffrihed, som hun gerne vil opnå gennem metadonnedtrap-

ning. Herefter vil hun færdiggøre en gartneruddannelse.

Et par uger senere ringer Anna til rådgivningscenteret og fortæller, at hun nu er startet på Ambulatorium X som aftalt. Hun har desuden på eget initiativ kontaktet Projekt B (behandlingstilbud til unge) og aftalt med dem, at hun påbegynder uddannelsen med deres hjælp. Rådgivningscenteret siger okay til Annas planer.

Juni 2006: Anna har gennemført det første faglige forløb via nævnte behandlingstilbud for unge, været til eksamen og fået gode karakterer. Hun er stadig indskrevet på Ambulatorium X, hvorfra hun får metadon.

Denne case er et eksempel på, at en bruger bliver indskrevet i et behandlingstilbud (Ambulatorium X), som hun eksplicit giver udtryk for, at hun ikke ønsker. Både ambulatoriets medarbejder og Anna selv vurderer, at hun ikke passer ind dette sted, hvis brugere er 'ældre og hærdede'. Anna har ganske vist selv foreslået ambulatoriet til at begynde med, men siger senere, at det var et desperat forsøg på at komme hen til et sted, hvor hun kunne få mere hjælp end på rådgivningscenteret. Det fremgår af journalen, at Anna gentagne gange fortæller, at hun gerne vil sendes til et behandlingssted, hvor hun sammen med andre unge kan arbejde med selvudvikling. Den misbrugsbehandling, som rådgivningscenteret tilbyder hende, er imidlertid ikke fokuseret på selvudvikling og forandring, men på stabilisering, hvilket både Anna og hendes far er forundrede over.

Paradoksalt nok bliver det faktum, at Anna har fået udleveret sin metadon fra centeret i flere år, et argument for, at hun ikke *ønsker* andet end substitutionsbehandling, og at hun derfor skal overføres til et ambulatorium. Uklarheden omkring Annas behandlingsmålsætning har mange mulige forklaringer. Den kan bl.a. hænge sammen med, at hun tidligt i forløbet selv har nævnt Ambulatorium X, og med, at hun skifter behandler fire gange, hvorfor nye medarbejdere skal sætte sig ind i hendes sag. En tredje mulig forklaring er, at behandlerne mener, at stabilisering er en bedre målsætning for Anna end den stoffrihed, hun selv ønsker at opnå gennem metadonnedtrapning. Behandlernes vurdering ser ud til at være, at Anna sagtens kan gennemføre sin uddannelse, mens hun er i substitutionsbehandling, mens Anna selv gerne vil nedtrappes til stoffrihed og først derefter påbegynde sin uddannelse. Anna bliver indskrevet på Am-

bulatorium X, da rådgivningscenteret ikke mener, at der ”er bedre tilbud til hende lige p.t.” Det, behandleren ikke kan finde, ender Anna dog med selv at finde: Et tilbud målrettet unge, hvor de også kan hjælpe hende i gang med gartneruddannelsen.

I den næste case handler uoverensstemmelsen om, hvorvidt Besim skal i døgnbehandling eller ej.

Case B

Besim indskrives på et københavnsk rådgivningscenter i 2002. Han er på det tidspunkt 45 år. Han har flygtningebaggrund, har arbejdet som buschauffør i en årrække, men fortæller, at han blev arbejdsløs og påbegyndte et opiatmisbrug i 1999 på grund af smerter efter en trafikulykke. Besim har aldrig været i døgnbehandling og modtager substitutionsbehandling på rådgivningscenteret, men siger, at han ønsker ”en hurtig nedtrapning”.

April 2003: Besim ønsker døgnbehandling på institution Y. Han har selv fundet en brochure og tager derud til samtale. Institution Y melder dog tilbage til rådgivningscenteret, at de ikke mener, at det er en god idé, at Besim kommer derud, da hans dansk kundskaber er for ringe til at følge deres behandling. De mener ikke, de har ressourcer nok. Sagen stilles i bero.

Oktober 2003: En behandler på rådgivningscenteret noterer, at Besim gerne vil høre om mulighederne for døgnbehandling, men der er ingen opfølgning på det i journalen.

Juni 2004: Besim overflyttes til Ambulatorium Y. I indstillingen står der: *”Vi har én gang talt om døgnbehandling, hvilket ikke kunne realiseres, da Besim ikke taler særlig godt dansk.”*

December 2005: Kontaktpersonen på Ambulatorium Y noterer, at Besim er faldet godt til på ambulatoriet, men er en *”meget stille, ydmyg og genert mand, som det er let at overse”*. Til handleplansmødet i december spørger Besim igen til døgnbehandling og foreslår denne gang en anden institution.

Januar 2006: Kontaktpersonen på ambulatoriet skriver en indstilling

til døgnbehandling, som sendes til rådgivningscenteret.

Februar 2006: Visitationsudvalget giver afslag på Besims ansøgning med begrundelsen, at det er urealistisk, at Besim med sit nuværende stofmisbrug kan klare institutionens afgiftningsprogram. Besims kontaktperson på ambulatoriet skriver: *"Besim er meget skuffet over, at han ikke kan komme i behandling med det samme, idet han desværre har en forestilling om, at han bliver stoffri med det samme – bare han kommer i behandling! Rådgivningscenteret mener ikke, at Besim kan tåle at komme i behandling, idet han er angst og lider af posttraumatisk stress-syndrom. Det vil derfor ikke være godt for ham at blive clean, idet han har for meget angst efter alle de traumatiske oplevelser."*

Juni 2006: Kontaktpersonen på ambulatoriet noterer i en statusrapport: *"Besim har været i behandling siden 2004 her på Ambulatorium Y, og der har på ingen måde nogensinde været problemer med ham. Besim har i denne periode ikke mistet sin medicin og har altid overholdt sine samtaler. Han er en meget stille og rolig mand, og han fortæller selv, at han er meget ensom. To gange har han deltaget på koloni-ture, hvor det har været en succes. Besim vil så gerne i behandling, idet han bruger mange penge på sidemisbrug. Han kan i perioder være ked af det, idet han sådan ønsker at komme i behandling. Dette har han desværre fået afslag på. Det vil klart anbefales, at hans sag endnu engang bliver taget op, så han evt. kan komme i behandling. Besim er meget genert og tilbageholdende, og han kan meget let blive overset, hvis man ikke lige selv tager fat i ham."*

April 2007: Der er ifølge journalen endnu ikke sket noget i sagen i forhold til ovenstående opfordring om at se på Besims ønske om døgnbehandling igen.

Case B beskriver en bruger, som i fire-fem år beder om at få komme i døgnbehandling. Han tager (som Anna ovenfor) selv initiativer ved at tage kontakt til det første behandlingstilbud, han ønsker, og ved senere at finde frem til et alternativt behandlingssted. I modsætning til Anna er hans bestræbelser dog (foreløbig) ikke kronet med succes. I det første tilfælde bliver han afvist med begrundelsen, at han ikke taler dansk godt nok – og rådgivningscenteret prøver ikke at finde et alternativt stoffrit behandlingssted til ham. I det andet tilfælde bliver hans ansøgning afvist med begrundelsen, at Besims misbrug er for omfattende til, at han kan

klare den foreslåede stoffri behandling. Det fremgår klart af journalen, at behandlere ikke betragter stoffri behandling som det rigtige tilbud til Besim. Vedvarende substitutionsbehandling evt. i kombination med diverse omsorgstilbud er det bedste for Besim, da han er for traumatiseret (jf. flygtningebaggrund) til at blive stoffri. Samtidig er der dog sympati for Besims ønsker fra kontaktpersonens side, som tydeligvis mener, at han burde have lov til at prøve stoffri døgntilbehandling på trods af, at prognosen bedømmes at være dårlig. Besim har altid overholdt sine aftaler på ambulatoriet, et faktum, som i mange andre tilfælde ses som et tegn på, at brugeren er motiveret og stabil nok til at blive sendt i tilbehandling. Besims ønske om døgntilbehandling noteres flere gange i journalen, men det behandles kun én gang formelt. De andre gange kommer det aldrig så langt som til en ansøgning, et faktum, som viser, at der er mange andre måder at 'afslå' en brugers ønsker på end at gøre det gennem det formelle visitationssystem.

Den tredje case handler også om valget mellem stoffrihed og stabilisering. I modsætning til de to tidligere eksempler er der her tale om en case, hvor brugeren og behandlerne efterhånden bliver enige om, hvilken tilbehandlingsform der skal sættes på.

Case C

Casper har været i døgntilbehandling tre gange samt i metadonnedtrapning hos egen læge, før han indskrives i det københavnske tilbehandlingssystem som 34-årig. Han har været stoffri i flere perioder, bl.a. i en et-årig periode i 1990'erne, hvor han arbejdede med løntilskud. Han indskrives i 1995 og får metadonbehandling, men ønsker stadig nedtrapning til stoffrihed i 1998.

Februar 1998: Behandleren på rådgivningscenteret skriver: *"Casper har i løbet af efteråret haft et kaotisk misbrug. Han er blevet øget i metadon. På et tidspunkt var han oppe på 90 ml, derudover havde han et sidemisbrug næsten dagligt ... D.d. har han ikke haft et sidemisbrug i 14 dage, og metadonen er reduceret til 60 ml ... Set i lyset af, at han sommeren 1997 var på 45 ml metadon, og planen var yderligere nedtrapning, er tanken om stoffrihed ikke lige nærliggende."*

Oktober 1998: Behandleren skriver: *"Casper havde det tydeligt dårligere end ved vores tidligere samtaler. Han har haft et stærkt forøget sidemisbrug og plager sig selv med dårlig samvittighed ... Samtidig havde han meget ondt i ryggen... Jeg*

harde en drøftelse med ham om evt. overflytning til fx Ambulatorium Z for at give sig selv lov til at være stofmisbruger og dermed få mere ro over sig. Hans hovedmål i livet er at blive stoffri, og det mislykkes hele tiden for ham. Aftalen blev, at han går hjem og tænker over mit forslag, udfylder en foreløbig handleplan, og at vi snakker sammen igen om to uger.”

November 1998: Behandleren noterer: *”Casper har hele tiden holdt fast på, at han ville være stoffri. Denne plan giver ham en masse dårlig samvittighed specielt over for kæresten, da der ikke rigtigt er ændringer, og han har et stort sidemisbrug ... Jeg brugte et billede på, at han ikke [på grund af sin dårlige ryg] kunne løfte den store sten, der bedder stoffrihed. Han har overvejet mit forslag om at komme på vedvarende metadon og opgive tanken om stoffrihed. Vi har aftalt, at jeg drøfter dette på behandlingsmødet og anbefaler, at han kommer på Ambulatorium Z.”*

Januar 1999: Behandleren noterer bl.a.: *”Efter vores samtale, hvor han blev støttet i at ændre sin trangstanke om at blive stoffri, har det virket, som om han er blevet noget afklaret om, at fremtiden for ham er metadon og at være tilfreds med det.”*

Februar 1999: Behandleren skriver: *”Casper har helt accepteret, at han ikke bliver stoffri.”*

I denne case er der altså kun en uoverensstemmelse til at begynde med. Casper ønsker nedtrapning til stoffrihed, men rådgivningscenterets behandler vurderer ikke, at det er en realistisk målsætning. Man mindsker dog hans metadondosis. Dette behøver brugerne strengt taget ikke behandlerne accept af, da de jo bare kan trappe ned selv, men her sker dosisreduceringen altså i samarbejde med lægen på rådgivningscenteret. Konsekvensen af nedtrapningen er dog den, som behandlerne har forudsagt: Casper øger sit sidemisbrug og får det ”tydeligt dårligere”. Behandleren diskuterer nu en alternativ behandlingsmodel med Casper – en model, som bedre harmonerer med skadesreduktionsprincippet. Casper skal ”give sig selv lov til at være stofmisbruger” og ”dermed få mere ro over sig”. Det er her vigtigt at minde om, at skadesreduktionstilgangen netop hviler på forestillingen om, at mange brugere ønsker at fortsætte med deres misbrug, og at målsætningen om stoffrihed derfor er en ’falsk’ målsætning eller en målsætning, som ikke er brugerens egen, men andre menneskers (her Caspers kærestes). Og Casper opgiver efterhånden mål-

sætningen om stoffrihed – en målsætning, behandleren kalder for ”en tvangstanke”. Casper er nu blevet afklaret om, at ”fremtiden for ham er metadon og at være tilfreds med det.”

Caspers case er et usædvanlig klart eksempel på, hvordan brugerens mere ’traditionelle’ målsætninger om nedtrapning og stoffrihed er i modstrid med behandlernes (ofte mere rendyrkede) skadesreduktionstilgang, og hvordan brugerens målsætninger kan ændre sig i behandlingsprocessen. I Caspers tilfælde ender forløbet tilsyneladende godt. Han accepterer, at han ikke bliver stoffri og er nu blevet en bruger, hvis målsætninger og ønsker stemmer overens med det tilbud, Ambulatorium Z kan tilbyde.

Den fjerde og sidste case i dette kapitel beskriver en bruger, som har været i stoffri behandling, og som ønsker at vende tilbage til denne, men ikke umiddelbart får lov til det. Brugeren har været igennem flere døgnbehandlinger tidligere, og behandlerne er tydeligvis usikre på, om det er en god idé, at han prøver igen. Alligevel ender forløbet på rådgivningscenteret med, at han får bevilget stoffri døgnbehandling, ikke kun én, men fire gange. I modsætning til Caspers case ovenfor, er det altså her behandlingssystemet og ikke brugeren, som tilpasser sig. Case D viser også, hvor indviklede disse sager kan være, og hvor mange andre ting de handler om (uklarhed omkring, hvad brugeren egentlig vil, kaotiske perioder i brugernes liv, tvivl omkring hvilken institution der passer brugeren bedst osv.) end brugermålsætninger vs. behandlermålsætninger.

Dennis’ case beskriver en lidt anden type behandlingskarriere end de tre tidligere eksempler (Anna, Besim og Casper). Dennis har prøvet døgnbehandling i flere omgange, allerede da uddraget fra hans journal starter. Han er 33 år gammel og begyndte at tage heroin som meget ung; han er derfor tæt på at være en ’ældre’ misbruger i behandlingssystemets øjne. Dennis ønsker stoffri behandling, mens behandlerne tydeligvis ikke er overbeviste om, at dette er det rigtige valg for ham, og de foreslår derfor substitutionsbehandling. Men, som det også fremgår af journalen, bliver Dennis alligevel bevilliget døgnbehandling i flere omgange. Dennis samarbejder ikke specielt godt med behandlingssystemet. Han går fra behandlingerne i utide, han ombestemmer sig og mener, at han alligevel ikke har det godt i døgnbehandling, og han kritiserer behandlerne for at have sendt ham til de forkerte institutioner på trods af, at han selv har valgt dem.

Case D

Dennis er 33 år, da journaluddraget begynder. Han begyndte med rygeheroin som 15-årig, men har haft flere stoffri perioder i sit liv. Han har været i døgnbehandling fire gange, inden uddraget starter samt afsonet nogle domme i fængsel. Året inden uddraget har Dennis gennemført en døgnbehandling og opnået stoffrihed. Han er stadig tilknyttet efterbehandling, men henvender sig i 2003 på rådgivningscenteret i forbindelse med et tilbagefald.

Januar 2004: Dennis henvender sig på rådgivningscenteret en fredag fem minutter i lukketid med ønsket om at komme i afgiftning. Behandleren noterer: *"Dennis mener, det er meget presserende, og at han kun har brug for et par uger for at blive stoffri ... Jeg fortæller ham, at den beslutning kan jeg ikke tage her og nu, men jeg må indbente informationer om ham fra [efterbehandlingen] og desuden tale med hans socialrådgiver."* Behandleren kontakter efterbehandlingen, og man bliver enige om, at Dennis først kan bevilges afgiftning, efter at man har talt *"grundigt om hans efterfølgende liv, da han forben ikke har haft i sinde at lægge sin indbrudskarriere på hylden."* Behandleren informerer Dennis om dette og skriver efterfølgende i journalen: *"Det er Dennis skuffet over og kan ikke lige afgøre, hvornår han så kan komme ind og tale med mig."*

I løbet af de følgende uger går det, ifølge journalen *"rapidt ned ad bakke"* for Dennis. Hans søster og en god ven oplyser behandleren om, at Dennis er *"gået helt i hundene, og at de aldrig har set ham sådan før."* Dennis *"dingler og er helt usammenhængende i sin respons."* Behandleren prøver at tale med Dennis om substitutionsbehandling, *"men det vil han ikke børe tale om."*

Februar 2004: Behandleren skriver: *"Dennis kommer i dag noget mindre påvirket end sidste gang. Han vil gerne i afgiftning, hvilket vi talte om første gang, han kom her. Søsteren har fortalt, at han har gentaget dette mange gange. Som det ser ud nu, har han også brug for det. Når Dennis er stabil, vil jeg indstille ham til et afgiftningsophold hurtigst muligt."* Et andet sted i journalen samme måned skriver behandleren: *"Vi [fik] sat Dennis på stabiliserende medicin. Dette skulle til, før jeg ville indstille ham til døgn. Da Dennis får en forklaring på, hvorfor det skal være således, accepterer han dette, om end først modvilligt. Det er gået stødt fremad, men man kan godt mærke, at Dennis gerne vil ud af medic-*

nen og i behandling.”

April 2004: Behandleren på rådgivningscenteret skriver: *”Dennis har været forsvundet fra radaren i nogle dage ... Det viser sig, at han har ladet sig udskrive fra [psykiatrisk afdeling] og så er landet i hænderne på politiet ... Dennis er meget langt ude i øjeblikket. Han har haft selvmordstanker og har det generelt meget dårligt med sin nuværende situation.”* Rådgivningscenteret beslutter nu at tilbyde Dennis en plads på døgninstitution. Dennis takker ja og bliver sendt i døgnbehandling allerede dagen efter.

Dennis bliver i døgnbehandlingen i to måneder. Han kontakter rådgivningscenteret og siger, at han ønsker behandling, men ikke på dén døgninstitution. Det aftales, at han skal starte i en afklaringsgruppe, men han møder ikke op. En måned senere ønsker han døgnbehandling på en anden institution, som han får tilbudt to måneder senere. Mens han er i et ’for-forløb’ til døgnbehandlingen, fortryder han dog og ønsker i stedet ambulant nedtrapning. Han møder stabilt i en afklaringsgruppe i halvanden måned og ønsker så døgnbehandling igen:

August 2004: Behandleren skriver: *”Dennis møder op i dag til lagesamtale hjulpet af sin søster og en ven. ... Vennen og søsteren har meget travlt med at kræve, at vi hjælper Dennis ... Vi taler lidt om mulighederne for at komme i døgn, og jeg siger, at han ikke kan komme i akut døgn. Dennis siger, at nu mener han det – han vil ud af det. Jeg gør ham opmærksom på, at det har jeg hørt ham sige flere gange før ... Jeg siger, at vi ville gøre ham en bjørnetjeneste, hvis vi nu ville sende ham i døgn. Det er gjort flere gange før, når han har været så ’væltet’ – uden gode eller varige resultater.”* Det bliver besluttet, at Dennis ”skal gå i et længerevarende motivationsforløb, og trappe meget langt ned ift. metadon i ambulant regi”, før han kan sendes i døgnbehandling.

Oktober 2004: Dennis bliver bevilget afgiftningsprogram i døgnregi som forberedelse til den egentlige døgnbehandling.

November 2004: Dennis går fra afgiftningsprogrammet med begrundelsen *”at han ikke ved, hvorfor han er der, da han ikke har det godt, når han er i døgnbehandling.”* Behandleren skriver endvidere: *”Vi drøfter i den forbindelse muligheden for, at han på sigt overflyttes til et ambulatorium, hvilket er i orden med ham, så længe han også kan få en nedtrapningsplan der.”*

December 2004: Behandleren skriver: *"Dennis henvender sig d.d. og oplyser ... at søsteren har sat ham på gaden ... Han står i rådgivningscenterets reception med sin taske og sine ting ... Vi finder frem til, at det kunne være en idé for Dennis at starte i afklaringsgruppe frem for bare at sige, at han vil i døgnbehandling."*

Dennis går i afklaringsgruppe i to-tre måneder med et fremmøde på 100 pct. Visitationsudvalget på rådgivningscenteret siger ja til endnu en ansøgning om døgnbehandling i maj 2005, men inden denne bliver effektueret, kommer Dennis i fængsel. Et år senere, i maj 2006, er han tilbage på rådgivningscenteret. Igen følger en længere udrednings- og afklaringsproces, hvor Dennis siger, at han ønsker døgnbehandling, og at han *"tidligere ikke har været nær så motiveret, som han er nu."*

Marts 2007: Dennis bliver bevilget én måneds afgiftning og tre måneders stabilisering på døgninstitution.

Dennis afbryder behandlingen og vender senere tilbage til rådgivningscenteret med et ønske om behandling på en anden døgninstitution. Ansøgningen bliver dog afvist af visitationsudvalget i juni 2007, og her slutter vores læsning af Dennis' journal.

Det er på det nærmeste umuligt at finde ud af, hvad det er, der gør, at den meget behandlingsrutinerede Dennis flere gange får 'en ny chance' i døgnbehandlingssystemet. En mulig forklaring kunne være, at metadonen ikke har en stabiliserende effekt på Dennis; han fortsætter med kriminalitet, sit forbrug af hårde stoffer og har mindst en overdosis i den periode, journaluddraget dækker. Behandlerne ser måske afgiftning i døgnregi som den eneste mulighed for Dennis, hvis han skal holdes i live. På den anden side er der mange andre brugere, som også fortsætter med sidemisbrug, og som har det lige så dårligt som Dennis, uden at de bliver sendt i døgnbehandling. Argumentationen i journalerne er tværtimod ofte den, at brugere med voldsomt og kaotisk misbrug *ikke* skal sendes i stoffri døgnbehandling, da de ikke kan magte det. En anden mulig forklaring er, at Dennis, sit kaotiske liv til trods, har ressourcer, som andre brugere ikke har. Han er tydeligvis en viljestærk og insisterende

de person, som kan argumentere godt for sin sag, og som desuden har et netværk (søsteren, en god ven), som ikke har misbrugsproblemer, og som støtter ham i hans kontakter med rådgivningscenteret. Hvad forklaringen end er, viser forløbet, at ikke alle brugere lader sig påvirke af behandlernes stillingtagen, men at det tværtimod (gang på gang) lykkes for nogle at overbevise behandlingssystemet om, at de skal have en ny chance i døgnbehandling, uden at dette nødvendigvis leder til positive behandlingsresultater.

OPSUMMERING

Dette kapitel har handlet om brugernes selvbestemmelse i forhold til behandlingsform og behandlingsmålsætninger. Vi startede kapitlet med en beskrivelse af behandlernes principielle holdninger til selvbestemmelse. Det billede, som behandlerinterviewene tegner, er meget klart. Brugernes selvbestemmelse er et af de helt centrale principper i behandlingsarbejdet. Behandlerne opfatter dette som nyt og mener, at det i det tidligere behandlingssystem i alt for høj grad var personalet, som bestemte målsætninger og behandlingsform, men at udgangspunktet for deres eget arbejde altid er brugernes ønsker. Samtidig præsenterer behandlerne konkrete eksempler på situationer, hvor de ikke følger brugernes ønsker, hvis disse er for 'ambitiøse' (ældre brugere, som ønsker stoffrihed, men ville have bedst af stabilisering) eller for 'uambitiøse' (unge brugere, som ønsker substitutionsbehandling, men ville have bedst af stoffri behandling). Behandlerne beskriver også 'falske' målsætninger hos brugerne. Det kan fx dreje sig om brugere, som tror, at behandlerne foretrækker stoffrihed som målsætning, og som derfor snakker behandlerne 'efter munden' og siger, at de ønsker stoffri behandling på trods af, at de helst vil fortsætte med at bruge stoffer (legale og/eller illegale).

Også journalanalysen indikerer, at principperne om selvbestemmelse og brugernes eget ansvar i behandlingsprocessen bliver stillet over for store udfordringer i praksis. Konflikter mellem på den ene side brugernes ønsker og handlinger og på den anden side de behandlingsformer, som institutionerne kan og vil tilbyde, er ofte forekommende i vores journalmateriale. De tydeligste uoverensstemmelser finder man i journaler, hvor brugerne efterspørger stoffri døgnbehandling eller mere gene-

relt behandlingsindsatser fokuseret på forandring, mens behandlerne hellere vil tilbyde dem substitutionsbehandling og omsorg.

De fire cases, vi har gennemgået, viser forskellige måder at håndtere uoverensstemmelse på. I den første case (Anna, 23 år) leder uoverensstemmelsen i behandlingsmålsætninger i første omgang til handlingslammelse. Anna ønsker forandringsorienteret behandling ('selvudvikling'), men bliver visiteret til et ambulatorium, hvor hovedprincipperne for behandlingsarbejdet er stabilisering og omsorg (jf. kapitel 1). Anna vægrer sig, og der går flere år, før der kommer en afklaring. Afklaringen bliver, at Anna på den ene side accepterer substitutionsbehandlingen på ambulatoriet og på den anden side selv finder et forandringsorienteret tilbud, som hun kan supplere ambulatorie-tilbuddet med. I den anden case (Besim, 45 år) opnås der ingen afklaring. Besim bliver ved med at efterspørge stoffri behandling, men bliver afvist med forskellige begrundelser og kommer derfor i vedvarende substitutionsbehandling, hvor han ifølge sin kontaktperson risikerer at blive 'overset'. Den tredje case (Casper, 38 år) starter med en uoverensstemmelse, men ender med, at Casper ombestemmer sig i forhold til behandlingsmålsætningen og herefter befinder sig godt med det ambulatorietilbud, han modtager. Den fjerde case (Dennis, 33 år) viser, at brugerne kan komme igennem med deres ønsker også i situationer, hvor disse afviger fra personalets vurderinger af situationen. Eksemplet viser imidlertid også, at dette ikke altid betyder, at den opnåede behandling leder til et positivt resultat. Tværtimod synes Dennis' stoffri behandlingskarriere at fortsætte i en uendelighed, uden at det hverken løser eller lindrer hans problemer.

Eksemplerne rejser en diskussion om, hvor grænserne for brugernes selvbestemmelse går i virkelighedens behandlingssystem, og hvor de bør gå. På den ene side kan man argumentere for, at behandlerne med deres faglige indsigt og erfaring kan vurdere, at brugerne skader sig selv i forfølgelsen af urealistiske målsætninger, og at de derfor har en etisk forpligtelse til at informere brugerne om deres betænkeligheder. Det *er* måske ikke hensigtsmæssigt, at en bruger som Dennis fortsætter med mislykkede døgnbehandlingsforsøg, når hans behandlingshistorie viser, at de typisk ender med voldsomme tilbagefald. På den anden side kan man spørge, om det er hensigtsmæssigt, at behandlerne, som det er tilfældet i ganske mange journaler, prøver at tale brugerne fra deres ønske om stoffrihed, specielt når det drejer sig om brugere (som Anna og Besim), som aldrig har prøvet stoffri behandling og/eller døgnbehandling.

Vi bruger eksemplerne i dette kapitel til at vise, at behandlingsbeslutninger ikke kun handler om brugerens ønsker, men også om behandlernes professionelle vurderinger, behandlingsressourcer og behandlingsideologi. Vi bruger dem til at vise, at der også i dagens behandlingssystem findes grænser for brugernes muligheder for selv at vælge behandlingsform og behandlingsindhold, og at det nok ikke kan være anderledes. I den konkrete visitations- og udredningsproces kan behandlerne ikke bare sende brugerne til det behandlingstilbud, brugerne ønsker. De bliver nødt til at veje disse ønsker mod deres egen vurdering af brugernes behov, behandlingsprognose og tidligere erfaringer med behandling og mod de behandlingsressourcer, de har til rådighed. Idealer og lovgivning om brugerinddragelse og brugeres ret til frit valg møder i virkelighedens behandlingsverden en praksis, hvor de ansatte har både ret og pligt til at tage ansvar og handle på baggrund af deres professionelle skøn. Det forekommer, at der blandt de interviewede behandlere ikke altid er opmærksomhed omkring dette faktum: at brugernes ønsker og planer kun er *et* element (om end det vigtigste) i visitationsprocessen, og at der er særlige udfordringer forbundet med brugernes selvbestemmelsesret, når det handler om svært marginaliserede mennesker.

PROCESSEN FRA BEHANDLINGSØNSKE TIL BEHANDLINGSTILBUD

I dette kapitel går vi i dybden med afklarings- og visitationsprocessen. Når en bruger præsenterer et behandlingsønske, er det selvfølgelig ikke altid, at behandlingssystemet kan efterkomme det (jf. foregående kapitel). Behandlingsressourcerne er begrænsede, behandlerne bedømmer ikke altid brugerens ønsker som realistiske, brugerne kan ændre holdning fra den ene dag til den næste, der kan være venteliste til det tilbud, brugeren ønsker osv. Behandlingssystemet har derfor behov for et visitationssystem, hvor brugernes ønsker bliver vejret i forhold til behandlingsressourcer, og hvor brugeren 'matches' med det tilbud, som (givet eksisterende behandlingskapacitet) bedst synes egnet til at dække hans eller hendes behov.

I kapitlet vil vi se på behandlingen af brugerønsker, med specielt fokus på brugernes kontakter til behandlingssystemet i den periode, hvor deres ønsker og behov bliver udredt. Hvilke beslutninger leder brugernes ønsker til? Hvordan foregår udredningen, og hvilke forhold spiller ind på processen? Hvad sker der i de komplicerede sager, det vil sige sager, hvor det ikke umiddelbart kan afgøres, hvilken behandlingsform brugeren skal tilbydes?

Kapitlet bygger udelukkende på undersøgelsens journalmateriale.

BEHANDLINGSØNSKER OG BEHANDLINGSTILBUD

I gennemlæsningen af de tilfældigt udtrukne journaler har vi registreret forløbene omkring behandlingen af brugernes ønsker om døgnbehandling. Når det er noteret i journalen, at en bruger ønsker døgnbehandling, har vi registreret, hvornår ønsket er fremsat, og hvad ønsket førte til (tilbud, afslag, tilbud om andet etc.). Ønsker om døgnbehandling er naturligvis ikke de eneste relevante ønsker at se på, når det gælder denne gruppe opiatmisbrugere. Ønsker om forskellige ambulante behandlings tiltag og omsorgstilbud er lige så relevante, og journalerne vidner da også om, at brugerne (selvfølgelig) efterspørger mange andre former for hjælp end døgnbehandling. Når vi i Figur 7.1. alene fokuserer på ønsker om døgnbehandling, skyldes det primært, at det er den form for behandlingsønsker og visitationsprocedurer, som er klarest beskrevet i journalerne.

Det skal understreges, at de ønsker, vi ser på i det følgende, ikke kun vedrører stoffri døgnbehandling, men også ønsker om ophold på behandlingsinstitutioner med fokus på pleje og omsorg.

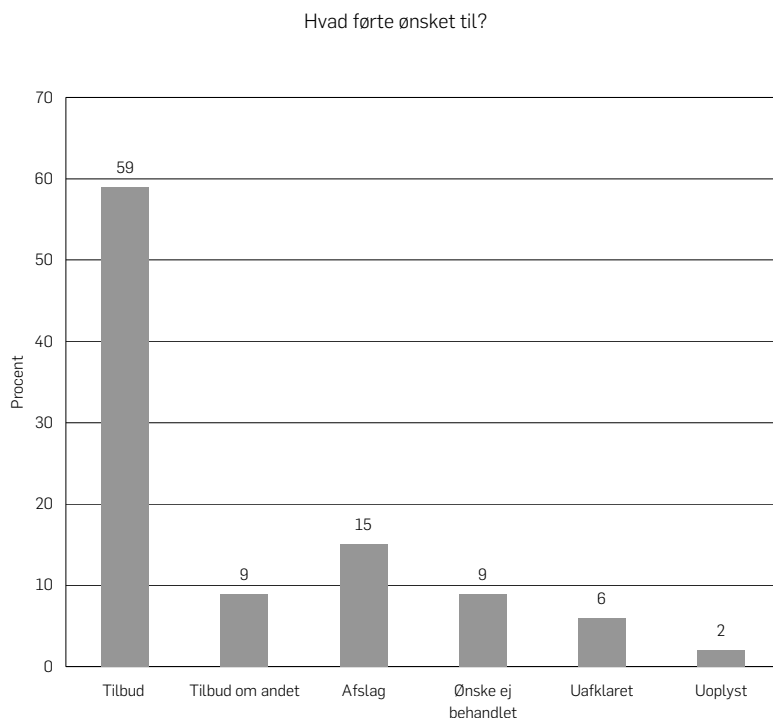
I de 180 journaler var der i alt registreret 130 ønsker om døgnbehandling. Retningslinjerne for registreringen har været, at ønsker om døgnbehandling, som er motiveret (foreslået) af en behandler, er talt med, hvis det fremgår, at det også er brugerens ønske. Hvis brugeren ønsker at konvertere en fængselsstraf til døgnbehandling, er det ikke talt med som et ønske om døgnbehandling, da denne type sager indeholder mange andre hensyn end dem, vi fokuserer på her. Ønsker om døgnbehandling før 1997 er ikke registreret. Hvis brugeren har ønsket døgnbehandling ad flere uafhængige omgange, så er det registreret som flere forløb. Det betyder, at en bruger kan være registreret for flere døgnbehandlingsønsker, og at det ikke kan tolkes på den måde, at 130 af de 180 brugere har ønsket døgnbehandling i løbet af de sidste 10 år. Tværtimod forholder det sig sådan, at det blot er 64 brugere, som tilsammen er registreret for 130 ønsker om døgnbehandling.

Vi har noteret, hvad de registrerede ønsker om døgnbehandling førte til. Brugeren kan få tilbud om den ønskede døgnbehandling eller afslag. Brugeren kan også få et andet tilbud end det, han/hun ønskede. Desuden er der ønsker om døgnbehandling, som ifølge journalen ikke er blevet behandlet, og ønsker, hvor processen stadig er i gang (kategorien

'uafklaret'). Endelig er der nogle journaler, hvor det ikke fremgår, hvad ønsket førte til ('uoplyst'). Fordelingen ses af figur 7.1.

FIGUR 7.1

Oversigt over, hvilke beslutninger registrerede ønsker om døgnbehandling førte til ifølge brugerjournalerne på rådgivningscentrene.



Som det fremgår af figuren, fik brugerne i 59 pct. af tilfældene det tilbud om døgnbehandling, de ønskede. I denne gruppe er der både brugere, som får behandling på et specifikt, ønsket behandlingssted, og brugere, som blot ønskede døgnbehandling et eller andet sted og fik det. 9 pct. af brugerne fik tilbud om noget andet end det, de havde ønsket. Det drejer sig om tilbud af substituerende art, fx døgnbehandling på en anden institution end den, de havde ønsket sig. 15 pct. af brugerne fik afslag. Afsla-

get kan både være kommet formelt fra et visitationsudvalg eller tidligere i forløbet fra en behandler, der ikke mente, det var rigtigt/relevant for brugeren at søge døgnbehandling²¹. I 9 pct. af journalerne fremgår det, at ønsket aldrig er blevet behandlet. Det kan fx skyldes, at behandleren ikke forholder sig til det, at der skiftes behandler, og at den nye behandler ikke følger op, at brugeren 'skifter system' (fx indskrives i psykiatrien eller indsættes til afsoning), og/eller at brugeren ikke møder op til efterfølgende afklarende samtaler. I 6 pct. af journalerne er der et ønske om døgnbehandling, som endnu ikke er færdigbehandlet, og i 2 pct. af journalerne er det ikke muligt at sige noget om, hvad ønsket førte til.

Man kan knytte flere typer af kommentarer til disse resultater. Man kan enten lægge vægten på det positive faktum, at majoriteten af brugerne før eller siden faktisk får det tilbud, de har ønsket, eller et tilsvarende tilbud. Eller man kan betone det potentielt problematiske i, at mindst en fjerdel af brugerne aldrig får tilbudt den døgnbehandling (stoffri behandling eller ophold på omsorgsinstitution), som de selv mener at have behov for. I nærværende kapitel har vi valgt et tredje fokus. Vi vil se på, *hvorfor* brugerne ikke altid (umiddelbart eller i det hele taget) får – eller kan få – de tilbud, som de ønsker. Bag tallene i figur 7.1. gemmer der sig et professionelt afklaringsarbejde, hvor behandlingssystemet prøver at finde frem til, hvilke brugere der skal placeres i hvilke tilbud. Nogle sager er relativt lette at visitere: En ung bruger, som udtrykker behandlingsmotivation, og som aldrig (eller kun få gange) har været i døgnbehandling, bliver typisk sendt i stoffri døgnbehandling uden alt for omfattende udredninger. Andre sager *er* komplicerede og kan lede til et omfattende – og langstrakt – afklaringsarbejde: En ældre bruger, som har et utal af behandlingsforsøg bag sig, men som endnu engang ønsker (stoffri) døgnbehandling med forklaringen om, at denne gang er hans eller hendes motivation stærkere end før. Eller en bruger, som hele tiden ombestemmer sig, og som til ét møde ønsker omsorgsbehandling, til næste møde efterspørger ambulant metadonbehandling og til næste møde igen ønsker stoffri døgnbehandling. I andre sager igen er det vanskeligt for en udefrakommende journallæser at forstå, hvorfor visitationsprocessen

21. Formelt har brugeren naturligvis ret til at søge døgnbehandling, men i praksis kan behandleren godt notere i journalen, at brugeren siger, at han/hun ønsker døgnbehandling, men at behandleren ikke vil gå videre med det. Nogle gange er sådanne forløb fulgt op af forklaringer om, at brugeren skal afklares eller stabiliseres mere, før man vil søge om døgnbehandling, eller brugeren skal udtrykke ønsket i længere tid/viser mere motivation, før man vil gøre noget ved det.

bliver så langstrakt (der kan dog være forklaringer, som ikke fremgår af journalerne).

Vi vil i det følgende se nærmere på en række komplicerede sager, hvor behandlingstiden af sagerne ofte er lange. Det skal betones, at disse sager *ikke er repræsentative* for hele journalmaterialet. Vi har valgt at gengive nogle af de komplicerede sager netop for at vise, at der mange gange findes en forklaring på, at sagsbehandlingen trækker ud. Vi har også valgt de komplicerede sager, fordi det er i dem, man tydeligst kan se, hvilke krav udrednings- og behandlingsprocessen stiller til brugerne – krav, som nogle brugere har meget store problemer med at leve op til. Også i den følgende gennemgang ligger fokus på sager, hvor brugerne søger døgnbehandling (begrundelsen for denne afgrænsning er givet ovenfor), men vi har også medtaget nogle eksempler, hvor der søges om dagbehandling og/eller psykologsamtaler.

BEHOV FOR MERE INFORMATION

Vi starter gennemgangen med en præsentation af den – ganske brede – kategori: behov for mere information. Man kan måske hævde, at de fleste af de cases, vi vil analysere i indeværende kapitel, handler om behandlingssystemets behov for mere information eller yderligere 'afklaring'. Alligevel er der en gruppe cases, hvor afklaringsbehovet er specielt tydeligt, og hvor efterspørgslen af yderligere information om brugerne gang på gang leder til, at visiteringsprocessen bliver forlænget.

Vores gengivelse af de enkelte sager starter den dag, hvor behandleren noterer brugerens behandlingsønske i journalen. Det skal understreges, at brugeren selvfølgelig kan have nævnt sit behandlingsønske tidligere, uden at dette er blevet registreret (det kan vi i sagens natur ikke vide). Journaluddragene starter derfor der, hvor behandleren har opfattet brugerens ønske som så klart formuleret, at det skal noteres i journalen. Vi skal her som i foregående kapitel understrege, at journaluddragene *ikke* skal læses som en beskrivelse af brugernes samtlige kontakter til behandlingssystemet. Vi har i præsentationen af sagerne i de kommende afsnit kun medtaget de kontakter, som er relevante for det behandlede tema. De fleste journalførte kontakter er dog med.

Den første case beskriver en mand, som ønsker døgnbehandling, men som først bliver bevilget dette efter en lang afklaringsproces.

Case E

Eskild er 43 år, da journaluddraget begynder, og indskrevet på et ambulatorium. Han har været i døgnbehandling 11 gange. Et af disse ophold varede over 9 mdr., og efter dette var Eskild stoffri i ca. et år. Resten af opholdene er mellem 3 dage og 5 mdr. Uddraget er fra 2006.

Behandleren på rådgivningscenteret noterer: *"Eskild ... er på eget initiativ startet i aktivering. Han ønsker en meningsfuld hverdag med henblik på at komme i stoffri behandling."* På et visitationsmøde bliver det besluttet, at Eskild skal til en række afklarende samtaler, før han kan tilbydes døgnbehandling.

På det første afklaringsmøde bliver Eskild bedt om at redegøre for sine begrundelser for at søge døgnbehandling. Følgende begrundelser bliver noteret: Eskild vil gerne *"blive stoffri, ændre livsstil, holde på sine stoffri venner, finde en kæreste, købe et lille hus på landet og få et arbejde."* Behandleren skriver endvidere: *"Eskild giver udtryk for at være mere motiveret til døgnbehandling denne gang end tidligere."* (Behandler, rådgivningscenter)

Efter den anden afklaringssamtale noterer behandleren: *"Eskild mødte til samtale d.d. Han havde medbragt og udfyldt hjemmeopgave 'Forberedelse til behandling – hvorfor og hvordan'. Eskild fremstår meget motiveret, møder stabilt til vores samtaler og overholder de aftaler, vi laver."* (Behandler, rådgivningscenter)

To uger senere glemmer Eskild, at han havde en aftale om at se en specifik behandlingsinstitution. Han vil gerne have en ny aftale.

Efter den tredje afklaringssamtale skriver behandleren: *"Undertegnede fortæller Eskild, at jeg har snakket med Aktiveringsprojekt X om, hvordan det går, og at lederen der er i tvivl om, hvorvidt Eskild vil være stoffri. Eskild fortæller, at han også selv kan være i tvivl. Jeg spørger, om det er, fordi han er bange for, om han kan klare det, hvilket han svarer ja til."* (Behandler, rådgivningscenter)

Efter den fjerde afklaringssamtale bliver der noteret: *"Eskild er meget positivt indstillet over for Dagbehandlingsinstitution 1 efter at have set stedet med egne øjne ... Han har endvidere kun hørt positivt om stedet og kan godt se sig selv*

i dagbehandling derovre. Eskild vil gerne afgiftes på Døgninstitution 2, idet han også har hørt gode ting om det sted.” (Behandler, rådgivningscenter)

Tre uger senere bliver Eskilds ansøgning om døgnbehandling behandlet i rådgivningscenterets visitationsudvalg. Behandleren skriver efterfølgende: *”Visitationsudvalget mente, at der manglede en mere detaljeret beskrivelse af bl.a. Eskilds tidligere beskæftigelsesforløb ... [Vi skal] arbejde videre med følgende punkter, før sagen kan komme på visitationsmøde igen: erhvervsanamnese, historie, gode/mindre gode forløb; ressourceafdækning/erhvervsafklaring, handleplan; hvornår er Eskild startet i aktivering (i denne omgang); snakke med Eskild om muligheden for at finde et job/færdiggøre kurser sideløbende med at han er på daglig dosis metadon ...; undersøge muligheden for, om Institution 3 kunne være en behandlingsmulighed; lave ambivalensskema med fordele og ulemper ved at blive stoffri.”* (Behandler, rådgivningscenter)

I de efterfølgende to-tre måneder bliver der udarbejdet en handleplan for Eskild. Et ’ambivalens-skema’ og en interviewguide (et skema med en række spørgsmål om bl.a. mål og ressourcer) udfyldes.

Herefter bliver Eskilds ansøgning igen behandlet i rådgivningscenterets visitationsudvalg. Behandleren skriver: *”Det er på visitationsmøde d.d. blevet besluttet, at Eskild skal yderligere afklares, før der kan blive tale om evt. dag- eller døgnbehandling. Den yderligere afklaring skal ske ved psykolog X, som i samarbejde med Eskild skal lave nogle forskellige test for mere præcist at finde ud af, hvilken form for behandling Eskild bedst vil kunne profitere af.”* (Behandler, rådgivningscenter)

To måneder senere er psykologens vurdering af Eskilds behandlingsbehov færdig, og visitationsudvalget beslutter nu at tilbyde Eskild to måneders afgiftning og tre måneders stabilisering på døgnbehandlingsinstitution 3.

Eskild indskrives på døgnbehandlingsinstitution 3. Han går dog fra døgnbehandlingsinstitutionen efter knap en måneds indskrivning.

Journaluddraget følger Eskild i knap et år af hans liv. Eskilds ønske om døgnbehandling bliver behandlet af visitationsudvalget fire gange i peri-

oden. Trods afklaringen af, hvilken behandling Eskild bedst vil profitere af, går Eskild fra døgnbehandlingen efter knap en måned.

Behovet for information om Eskild hænger sammen med mange forskellige ting. For det første kompliceres Eskilds sag af det faktum, at han har sidemisbrug, og at hans kontaktperson på aktiveringsstedet og hans behandler (og Eskild selv) derfor kommer i tvivl om, hvorvidt han faktisk vil være stoffri. For det andet trækker det ned for Eskild, at han allerede har været i døgnbehandling en del gange, og visitationsudvalget vil derfor ikke uden videre bevilge ham et nyt behandlingsophold. Visitationsudvalget knytter afklaringsprocessen til en række spørgsmål om Eskilds relation til arbejdsmarkedet (erhvervsanamnese, erhvervsafklaring, mulighed for at finde et job osv.). Logikken er tilsyneladende den, at Eskilds tilknytning til aktivering/erhvervsliv denne gang (i modsætning til tidligere behandlingsgange) kan være udslagsgivende for hans behandlingsprognose. Journalnotaterne signalerer dog samtidig en vis skepsis over for Eskilds behandlingsmuligheder, en skepsis, som nok hænger sammen med både hans behandlingshistorie og alder. Eskild, 43 år, er en ældre misbruger i behandlingssystemets optik. Journaluddraget slutter da også med, at Eskild i utide forlader behandlingsinstitutionen og den behandling, han har arbejdet for at få bevilget i næsten et år. Efter journaluddragets afslutning (og efter 14 dage i aktivt misbrug) får Eskild en ny chance. Han bevilges fire måneders behandling på en ny institution, men magter ikke afgiftningen og forlader behandlingsstedet efter tre dage.

Det er ikke muligt at sige noget om, hvad den lange afklaringsproces betyder for udfaldet på Eskilds behandlingskontakt. Det er muligt, at en hurtigere afgørelse havde øget hans mulighed for at gennemføre behandlingen. Eskild mener selv, at udsættelsen førte til, at hans misbrug blev endnu voldsommere. Han siger, at hans ”motivation var helt i top” (citater fra journal) i begyndelsen af processen, men senere faldt, da han gentagne gange fik at vide, at han skulle igennem yderligere afklaring. Eskild forklarer også sine afbrudte behandlingsforløb med, at han ikke blev visiteret til den institution, hans selv havde ønsket. Det er imidlertid også muligt, at en umiddelbar visitering til døgnbehandling og til den institution, Eskild selv havde valgt, ikke havde hjulpet ham, men at han efter kort tid alligevel var vendt tilbage til rådgivningscenteret med nye ønsker om stoffri behandling, som så havde medført nye afklaringsprocesser (og nye behandlingsforsøg og måske nye afbrud osv.).

Eskilds case viser, at behovet for information (afklaring, udredning) er ressourcekrævende både for behandlingssystemet og brugeren. Eskilds behandler, visitationsudvalget, psykologen m.fl. bidrager til afklaringen, og Eskild møder op til en lang række møder, samtaler og test. Ikke alle brugere har de ressourcer, det kræver at deltage i disse langstrakte afklaringsprocesser, fx de brugere, som har svært ved at overholde aftaler. Det ser vi på i følgende afsnit.

BEHOV FOR OVERHOLDELSE AF AFTALER

For at udredningen af brugernes behandlingsbehov skal kunne forløbe planmæssigt er det nødvendigt, at brugerne møder op på behandlingscenteret til de aftalte tider. Analysen i dette afsnit knytter an til diskussionen i kapitel 3 om behandlingsstrategier (opsøgende henholdsvis afventende behandlere, og forandlingsorientering vs. omsorgsorientering i behandlingsarbejdet). Udredningen af brugernes behandlingsbehov og behandlingsmuligheder følger en arbejdsmodel, hvor kontakten mellem behandlere og brugere er skemalagt, struktureret og forandlingsorienteret. Modellen er sårbar over for brugernes udeblivelser, som dog ofte er en konsekvens af deres kaotiske livsstil. For nogle brugere bliver de brudte aftaler en direkte forhindring i deres forsøg på at få bevilget døgnbehandling eller andre ønskede behandlingsformer, fx psykologhjælp. Det illustrerer Frederikkes journal.

Frederikkes primære problem i forhold til ønsket om døgnbehandling er tilsyneladende, at hun ikke formår at overholde sine aftaler med behandlerne på rådgivningscenteret. De involverede behandlere er for så vidt positive over for hendes ønske om døgnbehandling. Det vurderes allerede i begyndelsen af journaluddraget, at Frederikkes ønske er reelt, idet hun er ”reflekterende og fornuftigt argumenterende hele vejen igennem samtalen.” Frederikke har også den rigtige alder til døgnbehandling. Hun er 28 år og derfor (måske) endnu ikke defineret som ’kronisk misbruger’. Behandlerne er dog også enige om at stille visse krav til Frederikke og noterer tidligt i processen, at de gerne vil indstille hende til behandling, *hvis* hun møder op til en række afklarende samtaler. Det har Frederikke noget besvær med. Hun møder op til de to første møder, men udebliver uden afbud fra et tredje møde og kommer for sent til to efterfølgende møder. Ud fra journalnotaterne virker Frederikke meget

opmærksom på, at behandlerne kræver, at hun møder til tiden, hvilket bl.a. ses i dette notat: *"Hun understreger, at hun er motiveret, og at udeblivelsen ikke var et tegn på, at hun ikke tager sit ønske om døgnbehandling alvorligt."*

Case F

Frederikke er 28 år, da journaluddraget begynder og indskrevet på et rådgivningscenter. Hendes misbrug begyndte som barn, hvor hun voksede op i en misbrugsfamilie. Forud for nedenstående journaluddrag har hun haft et par år med fast arbejde. Hendes misbrug eskalerer dog, og hun mister jobbet. Hun har derefter været i tre døgnbehandlinger, er blevet stoffri, men fik for nogle måneder siden et voldsomt tilbagefald og ønsker døgnbehandling igen. Hun injicerer heroin og er en måned inden uddraget blevet udsat for et voldsomt overfald i stofmiljøet. Uddraget er fra 2005.

Frederikke er til samtale vedrørende sin anmodning om at komme i døgnbehandling. Hun kommer for sent, undskylder og forklarer, at hun sov over sig. Behandleren på rådgivningscenteret skriver: *"Frederikke understreger, at hun er motiveret, og at udeblivelsen ikke var et tegn på, at hun ikke tager sit ønske om døgnbehandling alvorligt."* Frederikkes besøg på rådgivningscenteret starter ganske dramatisk med, at hun kaster op i modtagelsen. Hun undskylder mange gange, men får at vide, at hun naturligvis ikke kunne gøre for det. Der bliver ryddet op, og mødet starter. Behandleren noterer: *"Frederikke oplyser, at hun har et stærkt ønske om at komme i døgnbehandling. Hun siger, at hun ikke har flere kræfter tilbage, og at hun virkelig er nede og skrabe albuerne for alvor. Hun har haft seks overdoser inden for de sidste uger ... Frederikke overvejer at tage sit eget liv, fordi hun ikke kan klare det her liv længere ... Jeg vurderer, at Frederikkes motivation er reel, idet hun er reflekterende og fornuftigt argumenterende hele vejen igennem samtalen. Hun fortæller, at hun er parat til at arbejde og gøre, hvad der skal til for at understrege og vise, at hun er motiveret for at ende sin misbrugskarriere og blive clean."* (Behandler, rådgivningscenter)

Frederikke møder til samtale en uge senere og nævner en specifik institution, hvor hun gerne vil i behandling. Hun udebliver dog fra næste afklaringsamtale, men henvender sig senere for at få en ny tid.

Følgende uge kommer Frederikke for sent til det aftalte møde. Be-

handleren skriver: *"Det præciseres for Frederikke, at vi gerne indstiller hende til behandling, men at det som minimum kræver, at hun møder op til de samtaler, der er nødvendige i denne afklaringsproces. Hun lover at komme til tiden næste gang og giver udtryk for forståelse for, at hun må vise, at hun er interesseret i behandling, og at hun kan gøre dette ved at møde til vores samtaler. Jeg informerer Frederikke om, at hun, når hun kan klare det hårde arbejde, det er at være i misbrugsmiljøet, at skaffe sig stoffer mv., er dette et tegn på, at hun også har de kræfter og ressourcer til at møde til samtaler her for at komme i behandling, hvis det er det, hun virkelig ønsker."* (Behandler, rådgivningscenter)

Fire dage senere er der igen problemer med Frederikkes fremmøde. Hun kommer ikke til den aftalte tid kl. 12:30, hvor der var planlagt et halvanden times møde til udarbejdning af behandlingsindstilling. Frederikke møder op kl. 13:00 og spørger, om det var i dag, hun havde tid. Behandleren bekræfter, at det var i dag, men siger, at hun kommer for sent, og at hun kan få en ny tid tre dage senere. Behandleren skriver: *"Frederikke spørger, hvornår der kommer svar på hendes ansøgning om døgnbehandling. Hun orienteres om, at hun skal bidrage konstruktivt til afklaringsforløbet ... startende med at overholde fremmødeaftalerne."* (Behandler, rådgivningscenter). Frederikke får en ny tid til samtale, og behandleren skriver: *"Hvis Frederikke igen udebliver fra samtalen, overvejer jeg at overføre hende til ambulatorium."* (Behandler, rådgivningscenter)

I de følgende måneder er Frederikke til to møder med to forskellige socialrådgivere på centeret, men de taler ifølge journalen kun om økonomi og ikke om døgnbehandling.

Følgende notat i journalen (en måned senere) handler om, at Frederikke har henvendt sig for at få en anden afhentningsordning i forhold til metadon. Hun får tid til en ny samtale, hvor emnet skal være overflytning til ambulatorium.

Frederikke bliver nu overført til ambulatorium med henblik på længerevarende substitutionsbehandling, og der er ingen yderligere notater om døgnbehandlingsønsker i hendes journal.

Frederikkes journal viser også, hvordan behandlerne forklarer afklaringskravene for brugerne, og hvordan de fortolker udeblivelser og forsinkelser. Det faktum, at Frederikke kan klare det hårde liv i misbrugsmiljøet, opfattes som en indikation på, at hun også burde kunne klare at møde op til samtaler. Når hun ikke møder op (til tiden), bliver det betragtet som et tegn på, at hendes ønske om behandling ikke er stærkt nok. En anden mulig fortolkning kunne være, at Frederikkes uformåen i forhold til at overholde aftaler er et tegn på, at hun har mistet kontrollen over sit liv og er mærket af det hårde liv i misbrugsmiljøet (bl.a. det voldsomme overfald og de mange overdoser, hun har oplevet den seneste måned), og at hun derfor heller ikke kan overholde aftaler, men at hun ikke desto mindre, eller måske netop derfor, har et akut behov for intensiv hjælp (i dette tilfælde døgntil behandling, som hun selv efterspørger). Sådan ser de involverede behandlere dog ikke på Frederikkes situation. De synes snarere at betragte afklaringsprocessen som et forsøg, hvor man tester brugerens vilje til forandring. Og hvor logikken synes at være, at hvis brugerne ikke lever op til kravene i afklaringsfasen, så er de heller ikke tilstrækkeligt motiverede til at gennemføre en døgntil behandling.

Dette skal dog ikke opfattes således, at behandlingssystemet altid og ubetinget kræver, at brugerne møder op til de aftalte tider. Der er også eksempler på det modsatte i journalerne. Brugere, som ikke vil eller formår at møde op til afklaringsmøder, og som alligevel får bevilget den døgntil behandling, de ønsker. Case G er et eksempel herpå.

Case G

Gertrud er 19 år, da journaluddraget starter. Hun er vokset op i en familie med tungt misbrug, og hun har, siden hun var ti år, boet hos forskellige plejefamilier og på institutioner. Hun begyndte, ifølge oplysningerne i journalen, med hash som 14-årig. Et år, før hun henvender sig på rådgivningscenteret, er hun startet med heroin, som hun finansierer gennem prostitution. Uddraget er fra 2004.

På Gertruds første møde med rådgivningscenteret taler hun med behandleren om familieforhold, netværk, misbrug, skolegang, bolig og behandlingsønsker. Gertrud siger, at hun ønsker døgntil behandling.

Gertrud udebliver fra møde nr. to. To uger senere skriver behandleren: *"Gertrud er ikke kommet til aftalt samtale for 14 dage siden. Hun har ikke*

givet en lyd fra sig siden. Jeg indkalder hende skriftligt til samtale. Kommer hun ikke, skal hun udskrives.” (Behandler, rådgivningscenter)

Gertrud møder en uge senere sammen med sin storesøster. Hun siger, at hun *”ville ønske, at hun havde styr på tingene, at hun ikke hele tiden havde følelsen af, at hendes tilværelse var ved at vælte.”* Gertrud ønsker døgnbehandling. Storesøsteren støtter dette og fortæller, at *”det er første gang, Gertrud beder om hjælp.”* Behandleren skriver videre: *”Søsteren og Gertrud vil gerne have, at Gertrud kommer af sted med det samme. Jeg forklarer, at der ingen akutpladser findes. Normale visitationsprocedurer gennemgås. Især søsteren er utilfreds med dette. Jeg forstår, at Gertrud og hendes familie gerne vil have, der sker noget med det samme – især når man tager Gertruds familiehistorie i betragtning. Men når dette er sagt, så har Gertrud et stort ansvar selv. Hun kom ikke til sidste samtale, og vi har intet hørt fra hende før i går ... Gertrud ønsker som sagt døgnbehandling. Jeg vurderer dette som en god idé. Det skal nærmere afklares, hvilken type døgnbehandling der vil være bedst for Gertrud, samt der skal lægges en erhvervsplan. Ny tid givet i næste uge, hvor der skal laves en handleplan for, hvilken type døgnbehandling, længde af behandling, hvad der skal ske efter behandlingen, hvilke punkter Gertrud ønsker at arbejde med i behandlingen m.m.”* (Behandler, rådgivningscenter)

En uge senere udebliver Gertrud igen uden afbud. Visitationsudvalget beslutter at tilbyde hende døgnbehandling, såfremt hun møder til afklaringssamtale med behandler samt forsamtale på døgninstitution.

I de følgende uger møder Gertrud til afklaringssamtale med behandler og til forsamtale på en døgninstitution. Nogle dage efter forsamtalen bliver hun indskrevet på døgninstitutionen. Hun forlader dog institutionen efter 14 dage, da hun *”føler sig dårligt behandlet.”*

Nogle af forholdene fra Frederikkes afklaringsforløb går igen i Gertruds. Gertrud har besvær med at møde op og får at vide, at hvis hun ikke kommer til aftalerne, så kan hendes ønske om døgnbehandling ikke behandles. Da hun udebliver, indkaldes hun pr. brev, og da hun ikke reagerer, udskrives hun. Hun møder dog op sammen med et familiemedlem, og her noterer behandleren: *”Gertrud ønsker som sagt døgnbehandling. Jeg vurderer dette som en god idé.”* Behandleren er altså positivt indstillet ligesom

i Frederikkens sag, men vil afklare døgnbehandlingsbehovet først. Ligesom Frederikke udebliver Gertrud dog fra efterfølgende aftaler, men i modsætning til Frederikke får Gertrud alligevel et tilbud om døgnbehandling.

Der kan naturligvis være mange ting, der ligger til grund for de forskellige beslutninger i de to forløb, men alder og behandlingserfaring er formodentlig to vigtige faktorer. Gertrud er knap ti år yngre og har (ifølge hendes egne oplysninger til behandleren) meget kort tids erfaring med heroinmisbrug. I modsætning til Frederikke, som havde tre behandlingsforsøg i bagagen, har Gertrud aldrig været i stoffri døgnbehandling. Gertrud tilhører dermed en brugerkategori (ung, få eller ingen behandlingsforsøg), som ifølge behandlernes opfattelse skal have mere intensiv behandling end den brugerkategori (ældre, flere behandlingsforsøg), som Frederikke, 28 år, tydeligvis er på vippen til at blive placeret i (jf. interview med behandlere tidligere). Derfor kræves der heller ikke så mange 'beviser' fra Gertruds side – her i form af fremmøde til aftalte tider – som der kræves af Frederikke. At Gertrud udebliver fra de aftalte møder, bliver altså ikke i denne case en forhindring for døgnbehandling. På trods af, at 19-årige Gertrud "har et stort ansvar selv", som behandleren formulerer det, så stilles der alligevel ikke de samme krav til hende som til de ældre brugere.

MOTIVATIONSKRAVET

Et tredje og helt afgørende aspekt i afklaringsprocessen er brugernes behandlingsmotivation. Overbevisningen blandt behandlerne er, at hvis brugerne ikke er motiverede, så er behandlingen nyttesløs. Behandlerne taler også om brugernes ambivalens. De oplever, at mange brugere både ønsker at kvitte stofferne og samtidig fortsætte med stofferne – et mønster, som også kan ses i vores interview med brugere. Behandlerne opfatter nogle af brugernes ønsker som 'falske' eller 'forkerte', dvs. de mener, at brugerne giver udtryk for et ønske, som de i virkeligheden ikke har, eller at de har et ønske, som er urealistisk eller uhensigtsmæssigt (jf. kapitel 6). Inden behandlerne vil indstille brugerne til stoffri behandling, vil de derfor afklare, om brugernes motivation er stærk nok, og om den er reel.

Vi har i dette afsnit valgt at præsentere to lidt mindre komplicerede cases. To sager, hvor brugerne på relativt kort tid formår at overbevise behandlerne om, at de *er* motiverede.

Case H

Henrik er 31 år, da journaluddraget starter og indskrevet på et rådgivningscenter. Hans opvækst var præget af omsorgssvigt og misbrug, og han begyndte med intravenøst heroinmisbrug som 18-årig. Henrik har forud for nedenstående journaluddrag haft ni ophold i døgnbehandling. Han har opnået stoffrihed i flere perioder, den længste på et år, hvor han påbegyndte en uddannelse. Uddraget er fra 2006/2007. Henrik er igen i tilbagefald efter seks måneders stoffrihed.

Henrik henvender sig på rådgivningscenteret, da han er i tilbagefald, og ønsker døgnbehandling. Han behandles samme dag i 'ad hoc visitationsudvalg' og indskrives med det samme i ambulant substitutionsbehandling.

Visitationsudvalget beslutter to uger senere, at Henrik skal tilbydes tre afklarende samtaler. Henrik møder punktligt til de tre samtaler, men han henter ikke sin metadon regelmæssigt, og han er uden kontanthjælp (*"han har ikke formået at få ansøgt om kontanthjælp"*, skriver behandleren).

Ved tredje afklarende samtale spørger behandleren Henrik, hvorfor han ikke er mødt stabilt til metadonudleveringen: *"Henrik oplyser, at han er stresset, skal skaffe penge til stoffer og ikke kan overskue at tage herhen. Vi taler om, hvad der ligger til grund for, at han formår at møde til de afklarende samtaler. Henrik fortæller, at midt i alt sit kaos, holder han fast i sit ønske om at komme i døgnbehandling og finder derfor ressourcerne til at møde op [til afklaringsamtaler]. Han er fortsat meget motiveret for at blive stoffri."* (Behandler, rådgivningscenter)

En måned senere bevilges Henrik to måneders døgnbehandling, efterfulgt af tre måneder i dagbehandling.

Henrik opnår stoffrihed i døgnbehandling, men møder påvirket i den efterfølgende dagbehandling. Han tilbydes 14 dages ophold i døgnbe-

handlingen igen. Han har været stoffri i fire måneder, da vi læser journalen i 2007.

Henrik har meget omfattende behandlingserfaring (ni ophold) og må på den baggrund forventes at skulle gennemgå en lang afklaringsproces, før der eventuelt bliver bevilget yderligere et behandlingsophold. En afgørende faktor i Henriks case er dog, at han på trods af sin udsathed – han formår ikke at søge om kontanthjælp og henter ikke altid sin metadon – formår at holde fast ved sine afklaringssamtaler på rådgivningscenteret. Dette tolker behandleren som et tegn på Henriks stærke motivation. Afklaringsprocessen bliver derfor relativt kort for Henrik, som kommer i døgnbehandling efter to måneder og tilmed bliver tilbudt 14 dages døgnbehandling igen umiddelbart efter sit tilbagefald.

Et andet eksempel på en bruger, som behandlerne vurderer, opfylder kravet om behandlingsmotivation, er Iben:

Case I

Iben er 36 år. Hun blev misbrugt som barn og begyndte opiatmisbrug som 19-årig, misbruget finansieres bl.a. via prostitution. Hun har fire døgnbehandlingsforløb bag sig og har opnået perioder af stoffrihed ved i hvert fald tre af disse. I 2004 møder Iben endnu engang op på rådgivningscenteret for at diskutere døgnbehandling.

Ved det første møde skriver behandleren: *"Iben ønsker virkelig at komme i behandling, men magter ikke meget"* (behandler, rådgivningscenter). Iben udebliver fra den anden og tredje afklaringssamtale, men møder senere frem og undskylder. Hun udebliver også fra et aftalt besøg på en døgnbehandlingsinstitution.

En måned efter indskrivning kommer Iben på besøg på døgnbehandlingsinstitutionen (som hun tidligere udeblev fra). Det bliver besluttet, at Iben kan starte i døgnbehandling næste dag. Iben gennemfører kun en del af behandlingen, hvorefter hun vender tilbage til rådgivningscenteret og bliver bevilget nye afklaringssamtaler.

Afklaringsforløbet, som strækker sig over nogle måneder, ender med, at behandleren igen indstiller hende til døgnbehandling. Behandleren

skriver bl.a. følgende: ”*Konklusion på samtaleforløb: Det går ned ad bakke med Iben ... Jeg mener ikke, at hun behøver at ’bevise’ yderligere motivation, men anbefaler, at hun snart kommer i behandling.*” (Behandler, rådgivningscenter)

Som i tilfældet med Henrik ovenfor hører Iben til blandt de svageste og mest udsatte brugere. I modsætning til Henrik formår Iben ikke at holde fast ved sine samtaler (heriblandt et aftalt besøg på en behandlingsinstitution) med behandlingssystemet. Dette leder dog ikke til, at hun ’diskvalificerer’ sig selv til behandling. Afklaringsprocessen bliver forlænget, men ender med, at Iben bliver indstillet til døgnbehandling på trods af, at hun har en relativt omfattende behandlingserfaring i forvejen. Brugerens motivation bliver i denne case sammenkædet med hendes meget udsatte livssituation. ”Det går ned ad bakke med Iben”, som behandleren skriver, og Iben skal derfor i døgnbehandling hurtigst muligt. Det fremgår ikke af journalen, om Iben gennemfører behandlingen eller ej og med hvilket resultat.

BEHOV FOR STABILITET

Stabilitet er ofte en forudsætning for at leve op til de krav, afklarings- og behandlingsprocessen stiller. Man kan tale om to former for stabilitetskrav. For det første skal brugerne, hvis de skal visiteres til forandringsorienteret behandling, ikke være alt for ’kaotiske’. En bruger, som er i en meget dårlig forfatning, fysisk og psykisk, kan ikke nødvendigvis klare et krævende, fx terapeutisk, behandlingsforløb her og nu. For det andet skal brugerne, som tidligere konstateret, være nogenlunde stabile i deres behandlingsønsker. Hvis brugerne ændrer behandlingsønske for hyppigt, så når de aldrig igennem afklaringsprocessen og får det behandlingstilbud, de ønsker, idet tilbud og ønsker bliver forskudt i forhold til hinanden.

I følgende case refererer en behandler til en bruger, hvis behandlingsønske er ustabil.

Case J

Jan er 31 år, har været opiatmisbruger i ca. 11 år. Han er hjemløs, indskrevet i Falck-ordningen²² og ønsker døgnbehandling. Uddraget er fra 2006.

"Vi prøver at opstille rammerne for et behandlingstilbud, men det er vanskeligt, da Jan hele tiden skifter holdning. Han tilkendegiver, at han selv kan komme ud af sit misbrug, i næste øjeblik tilkendegiver han, at han har brug for hjælp til at komme ud af sit misbrug." (Behandler, rådgivningscenter)

I case J er det brugerens behandlingsønske, der er ustabil. I næste case er behandlingsønsket stabilt, men brugeren ustabil. Brugeren ønsker psykologsamtaler, men på grund af hendes ustabilitet mener behandlerne ikke, at det er en god idé at bevilge den ønskede behandling.

Case K

Karen er 29 år, da journaluddraget starter, og indskrevet på et ambulatorium. Forud for nedenstående journaluddrag er gået et halvt år præget af sidemisbrug, en voldelig partner, abort, økonomiske vanskeligheder og andre problemer. Karen er allerede blevet bevilget psykologsamtaler, men de afbrydes på grund af udeblivelser. Hun udtrykker et ønske om at genoptage psykologsamtalerne. Uddraget er fra 2006/2007.

Behandleren skriver følgende om Karens ønske om psykologsamtaler:

"Vedr. psykolog er det vores vurdering, at Karen her og nu skal sætte fokus på at få ro i sit liv, komme sidemisbruget til livs mv., da psykologforløb forudsætter stabilitet, idet erfaringerne indtil nu viser, at hun ikke formår at passe samtaler hos psykolog, når hun er i en ustabil periode. Psykologsamtalerne vil komme på tale, når Karen har været stabil gennem en periode." (Behandler, ambulatori-

22. Familie- og Arbejdsmarkedsudvalget i Københavns Kommune tiltrådte august 2001 en indstilling om at udlicitere et tilbud til stofafhængige til Falck. Tilbuddet målrettes brugere, som på grund af vold, trusler eller andet ikke kan rummes i behandlingen (jf. <http://www2.kk.dk/of/beslut.nsf/print/9666DFA1EB4F74C9C1256BAD00310BB9>). Falck udleverer eller udbringer medicinen, ordningen kaldes også medicinkontakten og betegnes som midlertidig, jf. <http://www.kk.dk/Borger/SocialeTilbud/Stofafhaengighed/Kvalitetsstandardarden.aspx#Medicinkontakten> (19.marts 2009)..

um)

En måned senere er Karen til en ny samtale på ambulatoriet. Hun ønsker stadig psykologsamtaler, men behandleren *"informerer Karen om, at vi vil se stabiliteten et stykke tid endnu, førend vi laver henvisning"* (Behandler, ambulatorium).

Tre uger senere er behandleren på hjemmebesøg hos Karen, som gerne vil vise sin lejlighed frem, efter at den er blevet sat i stand. Karen viser også behandleren en række eksamensbeviser og anbefalinger, hvoraf det fremgår, at hun indtil 2003 var en god og stabil arbejdskraft. Hun fortæller, at hun nu er begyndt på et kreativt kursus, og at hun på lidt længere sigt godt kunne tænke sig et deltidsjob. Behandleren noterer: *"Det aftales, at Karen snarligt kan begynde hos psykolog."*

Karen møder stadig stabilt til samtaler med behandler og psykolog samt til sine kurser, da vi læser journalen 10 måneder senere.

I Karens sag er det tydeligt, at stabilitet opstilles som et krav før psykologsamtaler. Baggrunden er bl.a. den, at Karen har et sidemisbrug, som behandlerne ser som en forhindring for gennemførelsen af et vellykket psykologforløb. En medvirkende faktor er også, at Karen allerede én gang har fået bevilget psykologsamtaler, som hun imidlertid ikke formåede at gennemføre. Journaluddraget viser, at Karen ikke er så marginaliseret som mange af de andre brugere (hun har været på arbejdsmarkedet i flere år), og hendes tilstand bliver stabiliseret i den periode, uddraget dækker. Behandlerne bedømmer derfor, at hun nu kan klare at fortsætte med psykologsamtalerne, hvilket tydeligvis er en rigtig bedømmelse, da Karen fortsat har stabilt fremmøde 10 måneder senere.

ADFÆRDSKRAV

I dette afsnit vil vi komme ind på en kategori af udfordringer i visitations- og behandlingsprocessen, som knytter sig til brugernes 'problemadfærd'. Case L beskriver en bruger, som gennem længere tid har en pro-

blemadfærd, som gør, at behandlerne har store vanskeligheder med at hjælpe ham.

Case L

Leif er 35 år, da uddraget starter. Hans opiatmisbrug begyndte, da han var ca. 20, men han kom først i kontakt med behandlingssystemet 10 år efter. Han er hjemløs. Leif bliver indskrevet på et ambulatorium fire måneder, før uddraget starter, og lige fra begyndelsen noteres det, at der er problemer med hans adfærd. Leif er ifølge journalen højlydt, uroskabende, utilfreds og truende over for personalet, og han generer andre brugere. Uddraget er fra 2005-2006.

Behandleren på ambulatoriet noterer, at Leif ønsker at komme i gang med en (døgn)behandling.

Leif begynder at gå til afklarende samtaler, men får ganske snart karantæne i en måned fra ambulatoriet, fordi han har været truende over for en sygeplejerske. Han skal hente sin medicin hos Falck, men behandleren fra ambulatoriet vil aftale samtaler med ham der.

To dage senere skriver behandleren bl.a.: *"Opringning fra Leif fra herberg X [hvor Leif bor], han sidder sammen med en ansat på herberget. Leif giver udtryk for sin utilfredshed med, at han skal afhente sin medicin hos Falck. Leif mener ikke, at han har truet personalet på ambulatoriet."* (Behandler, ambulatorium)

Følgende uge noterer behandleren: *"Ansats fra Falck oplyser, at Leif har fortalt, at han er interesseret i at komme i behandling på døgninstitution. Undertegnede oplyser, at Leif kan kontakte mig med henblik på mulig samtale."* (Behandler, ambulatorium). Og følgende uge igen: *"Opringning fra Falck. Leif ønsker at få oplyst, hvordan det går med planer om døgnbehandling."* (Behandler, ambulatorium)

Nogle dage senere møder behandleren fra ambulatoriet til samtale med Leif i Falck. Følgende noteres: *"Leif har stadigvæk en truende adfærd. Blandt andet udtaler han, at han vil sætte ild til ambulatoriet ... Leif giver udtryk for, at han gerne vil i behandling ... Han fortæller, at hans stofmisbrug har taget overhånd, og at han vil ud af det ... Ambulatoriet vil arbejde intensivt på, at*

Leif kan komme i behandling." (Behandler, ambulatorium)

Leifs karantæne fra ambulatoriet bliver forlænget på grund af hans truende adfærd.

I de følgende måneder bliver karantænen forlænget yderligere to gange. I mellemtiden arbejder en behandler fra et andet behandlingstilbud på at finde et egnet botilbud til Leif. Behandleren fra det andet tilbud kontakter ambulatoriet og fortæller følgende: "*Leif er meget misbrugende i øjeblikket. Han har fejlfikset et par gange. Leif er bange for, at han ikke overlever nuværende periode.*" Behandleren giver udtryk for, at også hun er bekymret for Leifs liv. Leifs behandler på ambulatoriet er enig og skriver, at han vil tage kontakt til rådgivningscenteret med henblik på indstilling til døgnbehandling.

Herefter følger en periode, hvor ambulatoriet kontakter rådgivningscenteret, og hvor man forbereder en indstilling til døgnbehandling. Før man når længere med den, får Leif en dom på fire måneders fængsel for vold. Tre måneder senere oplyser rådgivningscenteret, at de har modtaget en handleplan fra fængslet med henblik på en § 78 anbringelse (behandling) af Leif. Rådgivningscenteret beder ambulatoriet om uddybning af behandlingsplan, faglig vurdering af behandlingsbehov, oplysninger om tidligere behandlingserfaringer, forløb og resultater heraf. Leif bliver herefter bevilget seks måneders nedtrapning og stof-fri behandling.

Det tiltænkte behandlingssted springer fra, da de ikke mener, de kan rumme Leifs adfærd alligevel. Rådgivningscenteret finder en anden døgninstitution, og Leif bevilges tre måneders behandling på denne. Han bliver bortvist fra institutionen efter knap halvanden måned på grund af stofindtag.

Leifs problematiske adfærd komplicerer afklarings- og behandlingsprocessen på flere måder. For det første vanskeliggør hans adfærd forløbet, fordi den medfører en karantæne fra ambulatoriet pga. truende adfærd. Karantænen betyder, at der er mange flere parter, som involveres i forløbet (Falck, et andet behandlingstilbud, et herberg, ambulatoriet og råd-

givningscenteret). Leif bliver ved med at få sin metadon via Falck i en meget lang periode (som fortsætter efter journaluddraget) på trods af, at medicinudlevering via Falck i princippet er tænkt som en midlertidig løsning²³. Det gør hans afklaringsproces omstændelig, fordi Leif i det meste af forløbet primært har behandlingskontakt til en behandler fra et andet behandlingstilbud, som videreformidler Leifs ønsker til ambulatoriet, som igen formidler dem videre til rådgivningscenteret.

Leifs adfærd forlænger processen yderligere, da den medfører en fængselsdom for vold. Det betyder, at endnu flere behandlere (fra kriminalforsorgen) involveres i hans behandlingsforløb. Og endelig springer behandlingsstedet fra på grund af Leifs problematiske adfærd, hvorefter han kommer på en anden institution, som dog ikke kan beholde ham på grund af tilbagefald.

PÅ TVÆRS AF PROBLEMKATEGORIER

Den sidste type udfordringer, vi skal se på i visitationsprocessen, vedrører brugere, hvis problemprofil ikke umiddelbart kan håndteres af stofmisbrugsbehandlingssystemet. Det drejer sig om brugere, som er indskrevet i stofmisbrugsbehandling (rådgivningscenter eller ambulatorium), men som har behandlingsbehov, der (i det mindste delvist) falder uden for dette systems regi. Resultatet kan være, at afklaringsprocessen bliver meget langtrukket, og/eller at brugerne bliver sendt frem og tilbage mellem forskellige tilbud.

Der er en del eksempler i journalerne på problemer mellem systemerne for alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Case M illustrerer dette:

23. Jf.

<http://www.kk.dk/Borger/SocialeTilbud/Stofafhængighed//Kvalitetsstandardarden.aspx#Medicinkontakten> (19. marts 2009).

Case M

Mikkel er 40 år, da journaluddraget starter, og indskrevet på et ambulatorium, hvor han får metadon. Han har været misbruger, siden han var ca. 15 år, han er hjemløs og har et omfattende misbrug af både stoffer og alkohol. Forud for nedenstående journaluddrag (fra 2003/2004) har han ønsket døgnbehandling.

Behandleren på ambulatoriet skriver indstilling til døgnbehandling på en institution, som primært modtager alkoholmisbrugere. Det følgende er et uddrag fra ambulatoriets ansøgning: *"Planen er, at Mikkel indstilles til ca. et halvt års alkoholbehandling. Mikkel oplyser, at 'når sprutten er væk, vil han fokusere på metadonen' ... Hans mål er at blive alkoholfri gennem afgiftning og døgnbehandling og derefter nedtrappe [metadonbehandlingen] ambulant via ambulatoriet."*

Fem uger senere noteres bl.a. følgende om visitationsmødets beslutning: *"Drøftet ansøgning om døgnbehandling på visitationsmøde d.d. Der henvises til kontakt til Københavns Alko-enhed, da døgnbehandling vedr. alkohol skal visiteres gennem denne instans."*

Herefter følger en længere udredningsproces, hvor behandleren på rådgivningscenteret bl.a. kontakter den foreslåede behandlingsinstitution og finder frem til, at denne har specialiseret sig i at behandle personer, som har et alkoholmisbrug og samtidig er i metadonbehandling. Der hersker dog tvivl om, hvorvidt betalingen for opholdet skal foretages af Sundhedsforvaltningen eller af Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. Behandleren har kendskab til, at et andet rådgivningscenter har visiteret en bruger til samme institution og mener derfor, at Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen burde have betalingsansvaret.

En måned efter det første afslag giver visitationsudvalget endnu et afslag og skriver: *"I indstillingen er det ikke tydeligt, hvilken behandlingsopgave institutionen skal varetage. Er det primære behandlingsbehov alkoholrelateret, eller er der tale om en kombination af alkoholmisbrug og stofmisbrug? Behandling for alkoholmisbrug varetages af Hovedstadens Sygehusfællesskab, som også har det økonomiske ansvar."*

Ambulatoriet udfærdiger nu en ny indstilling, som præciserer formålet med behandlingen på den foreslåede institution, men visitationsudvalget på rådgivningscenteret giver igen afslag. Begrundelsen er den samme som tidligere, nemlig at behandlingen angår alkohol, og at sagen derfor hører hjemme i Hovedstadens Sygehusfællesskabs regi. Ambulatoriet klager over beslutningen på vegne af Mikkel.

Tre uger senere bliver Mikkels sag genbehandlet i visitationsudvalget på rådgivningscenteret, som fastholder afslaget.

Der er mange aktører involveret i Mikkels sag: et ambulatorium, et rådgivningscenter, en døgninstitution m.fl. I det samlede forløb (som ikke her er refereret i sin helhed) gives der hele fem afslag på døgnbehandling med den begrundelse, at ansøgningen er rettet til det forkerte system. Behandlerne på ambulatoriet og rådgivningscenteret bliver ved med at tro på, at stofbehandlingssystemet har ansvaret for betalingen og indsender derfor ansøgninger gang på gang. Visitationsudvalget insisterer lige så mange gange på, at det er sundhedsforvaltningens område og vil derfor ikke sende Mikkel i behandling på stofbehandlingssystemets regning. Det fremgår ikke af journalen, om Mikkel nogensinde får en alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, og der tages i afslagene ikke stilling til hans behov for behandling, kun til hvilket system han (ikke) hører hjemme i.

Psykiatrien er et andet system, som stofmisbrugsbehandlingen grænser op til. Psykisk syge stofmisbrugere (de såkaldt dobbeltdiagnosticerede) er blevet beskrevet som nogle af de mest udsatte brugere i misbrugsbehandlingssystemet siden 1980'erne (Brandt, 1987a, 1987b), og problemer med psykisk syge misbrugere, der 'falder mellem to stole', er velkendt (se fx Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002; Styrelsen for social service, 2006a, 2006b; Sønderby, 2007; Stevnhøj, 2007; Jakobsen et al., 2008). Det er derfor ikke overraskende, at disse problematikker også dukker op i vores journalmateriale. Case N er et eksempel:

Case N

Niels er 30 år i 2004, hvor uddraget er fra, og indskrevet på et rådgivningscenter. Hans opiatmisbrug har stået på i ca. 10 år. Niels beskrives i journalen som en dobbeltdiagnosticeret bruger, og journalen vidner om en længerevarende uenighed mellem psykiatrien og stofmisbrugsbehandlingssystemet om, hvem der skal udrede og behandle Niels. Inden journaluddraget er Niels blevet indstillet til to forskellige stofmisbrugstilbud, som begge har afvist ham, og til tre psykiatriske tilbud, hvoraf to har afvist ham, og han selv har afvist det tredje.

I rådgivningscenterets indstilling til tredje ambulante stofmisbrugsbehandling bliver det bl.a. noteret: *"Niels har været indlagt flere gange på diverse psykiatriske afdelinger. Han er ligeledes søgt henvist til behandling på [psykiatrisk tilbud 1] samt [psykiatrisk tilbud 2]. Sagen er hver gang blevet tilbagevist med begrundelse om stofudløst psykose, hvilket betyder, at Niels ikke tilhører fornævnte målgruppe."* (Behandler, rådgivningscenter)

Knap tre måneder senere får Niels afslag fra den tredje ambulante stofmisbrugsbehandling. Der noteres i journalen: *"Det har vist sig at være ganske vanskeligt at få visiteret denne klient."* (Behandler, rådgivningscenter)

Nogle måneder senere igen lykkes det rådgivningscenteret at finde et stofmisbrugsbehandlingstilbud til Niels.

Som det fremgår, starter problemerne med at placere Niels længe før, uddraget starter, idet man forud for denne dag har forsøgt at visitere ham til fem forskellige psykiatriske eller stofmisbrugsorienterede tilbud. De slutter heller ikke med det sidste behandlingstilbud, vi nævner i uddraget. Et par år senere er man fx i gang med at indstille Niels til et nyt tilbud med psykiatrisk indhold. Det uafklarede forhold mellem stofmisbrugs- og psykiatrisk behandling kan altså fortsætte i årevis.

De strukturelle barrierer for at opfylde en brugers behandlingsønske kan også ligge internt i stofmisbrugsbehandlingssystemet. Det er kapitlets sidste case et eksempel på.

Case O

Otto er 44 år og får metadon hos egen læge. Det er noteret løbende i journalen fra 1988 til 2007, at han er ensom og ønsker mere regelmæssig behandlingskontakt i form af psykologsamtaler, hvilket han dog ikke kan få, fordi han er indskrevet hos egen læge. Uddraget er fra 2000-2005.

2000: Behandleren skriver bl.a.: *"Otto vil gerne tale om sin livsstil i almindelighed, føler sig ensom og har ikke nogen at tale med. Da han ikke behandles i vores regi, kan han i første omgang nøjes med at få en samtale med mig."* (Behandler, rådgivningscenter)

2000 (en måned senere): Det noteres, at Otto stadig klager over ensomhed. Behandleren skriver bl.a.: *"Otto ser fx fængsel som en mulighed for ikke at føle sig så alene – tænker på at begå en forbrydelse (mord)."* Otto får en tid til samtale hos behandleren ugen efter, men møder ikke op.

2001: Behandleren på rådgivningscenteret noterer i journalen, at Otto udelukkende har telefonisk kontakt til sin egen læge og ønsker mere jævnlig kontakt i form af samtaler.

2002: Notat i journal: *"Otto vil gerne tale med en psykolog, men det lader sig ikke gøre med psykologen her i huset, da han kun kan bruges til de indskrevne her."*

2002 (to uger efter): Otto lægger en besked på rådgivningscenterets telefonsvarer om, at han *"er selvmordstruet"*. Behandleren ringer dagen efter og henviser ham til Center for forebyggelse af selvmord eller den psykiatriske skadestue. Otto tager kontakt til førstnævnte, men de henviser ham videre til et andet tilbud, som Otto ikke ønsker.

2003: Behandleren på rådgivningscenteret lover at undersøge, om der er mulighed for gratis psykologtimer i et frivilligt regi, men følger (ifølge journalen) ikke op på det.

2005: Behandleren og Otto besøger et psykiatrisk tilbud, men der er venteliste. Der er ingen opfølgning på dette i journalen. Otto er stadig indskrevet hos egen læge.

I Ottos sag er der barrierer internt i stofmisbrugsbehandlingssystemet, som medfører, at han ikke kan få den hjælp (psykologsamtaler eller anden afhjælpning af ensomhed og psykiske problemer), han efterspørger. Der er ingen, som i journalen betvivler, at Otto faktisk behøver hjælp, eller at han er motiveret til eller stabil nok til at modtage psykologhjælp. Problemet er, at han er indskrevet i metadonbehandling hos egen læge og ikke på rådgivningscenteret, og at dette (ifølge journalen) forhindrer, at han kan få psykologhjælp i rådgivningscenterregi, fordi den kun kan bruges til brugere af rådgivningscenteret. Otto har primært telefonkontakt til sin egen læge, og det fremgår af journalen, at han med jævne mellemrum har efterspurgt en anden form for behandlingskontakt i ca. 15 år. Hans case er på mange måder ekstrem. Vi har alligevel medtaget den for at vise, hvordan det kan gå med brugere, som af en eller anden grund kommer 'på tværs af systemerne'.

I journalerne er der også eksempler på udfordringer i forbindelse med snitfladen mellem kriminalforsorg og stofmisbrugsbehandling (bl.a. manglende behandling af ansøgninger om efterbehandling til brugere, der løslades stoffrie efter behandling i fængselsregi) samt mellem private behandlingstilbud og stofmisbrugsbehandlingssystemet (bl.a. utilfredshed blandt de private behandlingstilbud i forhold til sagsbehandlingstiden ved ansøgninger om forlængelse af et ophold). Også i grænselandet mellem disse systemer er der eksempler på brugere, som 'falder mellem to stole' og/eller har meget lange sagsbehandlingstider som følge af manglende kommunikation mellem systemerne.

OPSUMMERING

Dette kapitel har behandlet visitationsprocessen fra det tidspunkt, hvor der bliver fremstillet et behandlingsønske, til det tidspunkt, hvor brugeren får et behandlingstilbud eller i nogle tilfælde får afslag på den behandling, han eller hun ønsker. Som vist i begyndelsen af kapitlet får (mindst) to tredjedele af brugerne den type behandlingstilbud, der bliver ansøgt om. En del visitationsprocesser bliver dog komplicerede (og derfor ofte lange), og fokus i dette kapitel har netop været på sådanne sager. Vi har identificeret en række faktorer, som sammen og hver for sig forklarer, hvorfor brugerne ikke altid (umiddelbart) får det tilbud, de efterspørger. De fleste eksempler i kapitlet har vedrørt døgnbehandling (og

nogle gange stoffri dagbehandling og psykologsamtaler), da det er i disse sager, at visitationsprocessen og de krav, denne stiller til brugerne, er klarest beskrevet i journalerne. Dette har sin naturlige forklaring i, at ønsker om metadonbehandling fra brugernes side typisk bliver imødekommet uden et omfattende afklaringsarbejde.

Den første kategori af forklaringer omtalte vi som et 'behov for mere information'. Nogle brugeres behandlingshistorie (og livshistorie og livssituation generelt) er så kompliceret, at deres sag bliver tilbagevist gang på gang på grund af manglende information. Dette er fx tilfældet med brugere, som har utallige behandlingsforsøg bag sig, og hvor behandlingssystemet vurderer det som nødvendigt at fastslå, hvordan brugers tilgang til behandling denne gang adskiller sig fra tidligere visitationsgange. Holdningen i behandlingsinstitutionernes visitationsudvalg synes at være den, at det er meningsløst at sende en bruger i behandling endnu engang, hvis hans eller hendes livssituation, psykiske, fysiske og sociale tilstand, holdninger til behandling osv. er uforandret i forhold til tidligere (mislykkede) forsøg på stoffri behandling.

I den anden kategori beskrev vi fremmødekravet i visitationsprocessen. Et typisk mønster i journalerne er, at brugere, som fremsætter et ønske om stoffri behandling, bliver tilbudt en række afklaringsamtaler for at udrede deres problemprofil, behandlingsmotivation og behandlingsmuligheder. Brugere, som ikke møder op til disse samtaler, vanskeliggør selvfølgelig visitationsprocessen. I nogle tilfælde fortolker behandlerne udeblivelser og forsinkelser som tegn på, at brugeren alligevel ikke er 'parat' til stoffri behandling. I andre tilfælde (specielt i forhold til de yngste brugere) betragter de dem som et tegn på det modsatte: at brugeren har et akut behov for døgnbehandling.

En tredje forklaring på, at visitationsprocessen nogle gange bliver kompliceret, er, at den fungerer som en 'test' af brugernes motivation. Som det også er fremgået i tidligere kapitler, mener de interviewede behandlere på den ene side, at stoffri behandling er nyttesløs, hvis ikke brugerne er motiveret til det og virkelig ønsker at blive stoffri. På den anden side er mange interviewede behandlere af den overbevisning, at brugernes behandlingsønsker i forhold til stoffrihed kan være falske eller forkerte. Det vil sige, at brugerne, ifølge behandlerne, ganske vist siger, at de er motiveret til stoffri behandling, men ikke mener det seriøst, og/eller at de fejlbedømmer situationen og går ind for stoffri behandling på trods af, at stoffrihed hverken er en realistisk eller optimal løsning for

dem. Konsekvensen af antagelsen om de falske og forkerte målsætninger er, at behandlerne prøver at nå frem til de reelle (og realistiske) målsætninger for brugeren – en proces, som ofte strækker sig over flere måneder.

En fjerde kategori af forklaringer på komplicerede afklaringsforløb vedrører brugernes stabilitet. Hvis brugerne ansøger om forandringsorienteret behandling (stoffri behandling i døgn- eller dagregi, psykologsamtaler og lignende), forudsættes der ofte en vis stabilitet i brugernes liv, før sådanne tilbud bliver bevilget. Behandlingsinstitutionernes visitationsudvalg bedømmer det ganske enkelt som urealistisk, at en 'kaotisk' bruger med massive psykiske, fysiske og sociale problemer skal kunne profitere af terapeutisk orienterede tilbud. Der er dog undtagelser fra denne regel. I nogle tilfælde, specielt hvis der er tale om meget unge brugere, hvor det vurderes, at de tager skade af det selvdestruktive liv, de lever, kan systemet handle hurtigt og sende dem i døgnbehandling. Brugerens ustabilitet og kaotiske livsstil bliver her ikke betragtet som en forhindring for behandlingen, men snarere som en indikation på, at den skal fremskyndes.

En femte type udfordringer i visitations- og behandlingsprocessen vedrører brugere, som har så problematisk en adfærd, at de ikke kan rummes i det normale behandlingssystem. Det drejer sig typisk om voldelig og/eller truende adfærd fra brugerens side, og den akutte udgang på situationen bliver ofte, at brugeren overføres til en Falck-ordning. Falck-ordningen er tænkt som en midlertidig løsning. Ikke desto mindre bliver nogle brugere placeret i denne ordning i årevis. Det skal dog nævnes, at disse brugere er få i materialet, og at der i det ordinære behandlingssystem (og specielt på nogle af ambulatorierne og behandlingsenhederne) er en imponerende rummelighed også i forhold til brugere, som har en meget vanskelig adfærd.

Den sidste kategori af komplicerede sager vedrører brugere, som i en eller anden forstand kommer på tværs af behandlingssystemets forskellige dele. Problematikken omkring de dobbeltdiagnosticerede brugere (personer med misbrugsproblemer i kombination med psykiske lidelser) er blevet beskrevet mange gange før. Alligevel er den nærværende også i de nyere dele af vores journalmateriale, som indeholder eksempler på nok så vanskelige visitationsgange, hvor dobbeltdiagnosticerede brugere bliver sendt frem og tilbage mellem systemerne, uden at nogen tilsyneladende tager et overordnet ansvar for løsningen af deres problemer. En

anden type af sager, som går på tværs af systemerne, vedrører brugere, som har et blandingsmisbrug af stoffer og alkohol. I journalmaterialet har vi eksempler på, at der opstår uklarhed, lange udredninger og konflikter i forhold til, hvem der skal betale disse personers behandling. Resultatet er i nogle tilfælde, at personerne ikke får den behandling, de selv og deres kontaktpersoner mener, at de har behov for. I Københavns Kommune besluttede Socialudvalget 23. januar 2008, at man vil udarbejde en handleplan for gradvis integration af alkohol- og stofområdet (SUD, 12/2008). Man kan håbe, at det vil afhjælpe problemerne med brugere, som indtil nu har været på tværs af de to områder.

STABILISERING OG SIDEMISBRUG

I dette sidste empiriske kapitel fokuserer vi på 'stabilisering', som ofte er en central målsætning i behandlingsarbejdet inden for skadesreduktions-tilgangen. Som tidligere vist betragter de interviewede behandlere i vid udstrækning stoffrihed og stabilisering som to separate målsætninger. Stoffrihed bliver forbundet med det 'traditionelle' behandlingssystem, mens stabilisering bliver beskrevet som en central – og mere realistisk – målsætning i dagens behandlingsarbejde med opiatmisbrugere. Behandlerne forbinder stabilitet med mange forskellige ting: stabile boligforhold og økonomisk tryghed, fravær eller mindskning af kriminalitet, et liv på metadon uden sidemisbrug etc.

De grundlæggende spørgsmål i kapitlet er: Hvilket billede tegner journalerne af brugernes stabilitet og levkår generelt? Hvilken livssituation i forhold til uddannelse, beskæftigelse, kriminalitet etc. befinder brugerne sig i ifølge journalerne? Har brugerne sidemisbrug af legale og/eller illegale stoffer ifølge journalerne? Hvordan beskriver behandlerne brugernes livssituation (herunder sidemisbrug) i de kvalitative interview? Hvordan ser brugerne selv på stabilitet og sidemisbrug? Er stabilisering en positiv behandlingsmålsætning ifølge brugerne, eller kan den også være forbundet med negative aspekter?

Kapitlet bygger på alle typer af materialer i undersøgelsen: journaldata, kvalitative interview med behandlere og kvalitative interview med brugere.

Vi starter med at se på brugernes levkår (social baggrund og nuværende livssituation), sådan som disse variable er beskrevet i 180 brugerjournaler (28 pct. kvinder, 72 pct. mænd). I kapitel 1 (Journalmateriale) og kapitel 2 (Behandlingsintensitet ifølge brugerjournalerne) finder man en beskrivelse af, hvilket journalmateriale analysen er baseret på.

BRUGERNES SOCIALE BAGGRUND, UDDANNELSE, BESKÆFTIGELSE OG BOLIGFORHOLD

Det er for det første værd at bemærke, at mange af de 180 brugere har haft en nok så problematisk baggrund, i termer af familieforhold, skolegang osv.

Et eksempel på dette er forekomsten af misbrugsproblemer hos forældrene. I 29 pct. af journalerne findes der oplysninger om, at enten den ene forælder eller begge forældre til brugeren har haft misbrugsproblemer. Det kan være alkoholproblemer eller stofmisbrugsproblemer eller en kombination af begge. Den reelle andel kan være betydeligt større, da 40 pct. af journalerne ikke indeholder oplysninger om dette. For 31 pct. af brugerne er det oplyst, at der ikke har været misbrugsproblemer i familien.

En del af journalerne indeholder også oplysninger om evt. misbrugsproblemer blandt brugernes søskende. Hos 16 pct. af brugerne er der registreret misbrugsproblemer (typisk stofmisbrug) hos mindst en bror eller søster, mens der i 29 pct. af journalerne er noteret, at brugerens søskende ikke har misbrugsproblemer. 47 pct. af journalerne indeholder ingen oplysninger om dette, og 8 pct. af brugerne er enebørn.

Indtrykket af, at mange brugere kommer fra 'misbrugsfamilier' bliver bekræftet af vore kvalitative interview med både behandlere og brugere. Spørgsmålet om misbrug i familien var ikke inkluderet i vores interviewguide (som primært fokuserede på brugernes misbrugs- og behandlingskarriere og ikke på opvækstforhold), men mange brugere fortalte spontant om misbrugende forældre, søskende og/eller bedsteforældre. For nogle brugere er der tale om, at flere familiemedlemmer (evt. repræsenterende to generationer) er indskrevet i behandlingssystemet samtidig; brugeren og hendes far; brugeren og hans bror; brugeren og hendes datter; brugeren og hendes søn og svigerdatter. De fleste brugere, som

aktuelt har eller for nylig har haft en fast kæreste, fortæller også, at vedkommende er eller har været misbruger.

For det andet har vi set på brugernes uddannelse (ifølge oplysningerne i deres journaler). En stor andel af brugerne i journalmaterialet (41 pct.) har afsluttet skolen efter 9. klasse eller er droppet ud fra skolen før det obligatoriske 9. skoleår, og yderligere 17 pct. har afsluttet skolegangen efter 10. klasse. For ca. 13 pct. er det noteret, at de har en eller anden form for uddannelse efter grundskolen, mens uddannelsesbaggrund er uoplyst for 18 pct.

For det tredje har vi noteret, hvad journalerne har at sige om brugernes indtægtsforhold. De mest aktuelle journaloplysninger om brugernes indtægtsforhold fremgår af tabel 8.1.

TABEL 8.1

Brugernes indtægtsforhold ifølge journalerne.

	Procent	Antal
Kontanthjælp	48	86
Førtidspension	34	61
Arbejde	6	11
Dagpenge	1	2
Øvrigt (fx aktivering, revalidering)	2	4
Uoplyst	9	16
I alt	100	180

Som det fremgår af tabel 8.1, er der en meget lille andel af brugerne i journalmaterialet, som har arbejde (6 pct.). Ligesom tidligere rapporter (fx Pedersen, 2005; Sundhedsstyrelsen, 2006b) om stofmisbrugere viser vores undersøgelse, at brugerne i stofmisbrugsbehandlingssystemet i alt-overvejende grad lever af kontanthjælp (48 pct.) eller førtidspension (34 pct.).

Der findes ikke altid systematiske oplysninger om brugernes *tidligere* tilknytning til arbejdsmarkedet i journalerne, men den information, som findes, tyder på, at tilknytningen typisk er ophørt for mange år siden. En del brugere har ingen arbejdserfaring overhovedet, andre har haft nogle få år på arbejdsmarkedet, mens de var helt unge (i ufaglærte, kortvarige job), og en lille gruppe brugere har noget mere arbejdserfaring. Antallet af brugere, som har haft en mere stabil tilknytning til arbejdsmarkedet, mens de har været i substitutionsbehandling, er lille.

I vores kvalitative interview har vi spurgt brugerne, hvordan de ser på mulighederne for at kombinere metadonbehandling med erhvervsarbejde, og om de mener, at de selv ville kunne klare et erhvervsarbejde. Brugernes svar på disse spørgsmål er blandede. På den ene side er der nogle brugere, som mener, at man i princippet sagtens kan arbejde, mens man er i metadonbehandling. Nogle brugere siger også, at de selv er indstillet på at finde et job. Disse planer er dog ofte henlagt til en diffus fremtid. Brugerne mener, at de først skal have taget en uddannelse, eller at de først skal have mindsket deres metadondosis og/eller sidemisbrug, eller at de først skal have løst diverse helbredsproblemer, før de (evt.) kan søge et arbejde.

På den anden side mener mange brugere, at det er vanskeligt at kombinere metadonbehandling med erhvervsarbejde. Forklaringen kan ligge i selve metadonbehandlingen. Mange brugere fortæller fx, at metadonen gør dem trætte og passive, at de "sover usandsynlig meget", at de bliver "zombie-agtige" af metadon, og at de derfor ikke ville kunne klare at passe et arbejde. Forklaringen kan også være, at brugerne har sidemisbrug, og at de derfor udelukker muligheden for erhvervsarbejde. Flere brugere siger også, at arbejdsgivere og kolleger typisk ikke ønsker at have en metadonbruger ansat. Karin, 40 år, siger fx, at hun i en tidligere ansættelse fortalte, at hun var metadonbruger, men at hun ikke ville gøre det igen:

Jeg arbejdede [med rengøring], og jeg var sådan ærlig af mig og sagde: "Jamen, jeg er metadonmisbruger, og jeg skal have min metadon hver dag." Og hvor jeg efter nogle dage kunne mærke, at så blev man ligesom skubbet til side ... Hvis jeg kommer ud på en arbejdsplads igen, så ville jeg ikke sige det. (Karin, 40 år, bruger)

Karins erfaring med erhvervsarbejde ligger et antal år tilbage i tiden, og hun mener ikke, at det er sandsynligt, at hun kommer ud på arbejdsmarkedet igen.

Uzair, 32 år, er en af de få interviewpersoner, som indtil for nylig har været jobsøgende. Uzair har tilsyneladende intet sidemisbrug og er i stabil metadonbehandling, alligevel føler han sig uvelkommen på arbejdsmarkedet. Han siger:

Jeg har været til jobsamtaler for rengøring, og de vil ikke engang have mig til rengøring ... Hvem vil have en narkoman til at arbejde for sig? Det første indtryk, de får, er, at han er narkoman, han vil stjæle, han vil gøre det og det. Så selvfølgelig siger de nej. (Uzair, 32 år, bruger)

Uzair har derfor opgivet at søge job. Dette begrundes han også med en række helbredsproblemer.

Niklas, 28 år, er den eneste af de interviewede brugere, som p.t. har et arbejde (han er i aktivering). Han fortæller her om de negative oplevelser, han har haft i forbindelse med, at hans status som metadonbruger blev kendt på arbejdspladsen:

Det blev sagt [til arbejdsgiveren] fra centerets side, at det måtte godt være lidt anonymt eller lidt diskret ... Men min mester, han har været lidt for hurtig med sin mund og har sagt det til en anden medarbejder, som har stået og råbt det ud over hele arbejdspladsen ... Og det har så været noget med, at de ikke gider snakke til én, fordi man er sådan en junkie. (Niklas, 28 år, bruger)

De allerfleste brugere siger, at de aktuelt ikke er interesseret i eller mener at kunne klare et arbejde eller en aktivering. Indtrykket fra interviewene bekræfter dermed det billede, som journalmaterialet tegner: Arbejde og aktivering er ikke de emner, som står højest på dagsordenen i behandlingsarbejdet, når det gælder opiatmisbrugere (jf. journalanalysen i kapitel 2, som viste, at det kun var i 20 pct. af journalerne, at behandlerne overhovedet har *diskuteret* spørgsmålet om arbejde/aktivering med brugerne i de seneste seks måneder).

En fjerde levekårsdimension, vi har set på i journalmaterialet, er brugernes boligforhold. De mest aktuelle oplysninger om brugernes boligforhold fra journalundersøgelsen fremgår af tabel 8.2.

Som det fremgår af tabel 8.2, har majoriteten (77 pct.) af de brugere, som indgår i journalmaterialet, aktuelt en selvstændig bolig. 14 pct. er boligløse, og 2 pct. bor hos familie. I 8 pct. af journalerne var der ikke oplysninger om brugernes boligforhold.

TABEL 8.2

Brugernes boligforhold ifølge journalerne.

	Pct.	Antal
Selvstændig bolig	77	138
Uden bolig	14	25
Bor hos familie	2	3
Uoplyst	8	14
I alt	101	180

I vores interviewmateriale er fordelingen af hjemløse og personer med bolig stort set den samme som i journalmaterialet. De allerfleste brugere, som vi har interviewet, har en bolig – ofte en, som de har fået via den sociale boligformidling – mens fire personer af de 30 er boligløse. De boligløse hører samtidig med i den gruppe af interviewpersoner, som ser ud til at have det allerdårligst fysisk og psykisk, og som har det største 'sidemisbrug' (se nedenfor).

Den sidste variabel, vi skal sige noget om, er kriminalitet. En minds kning af "behovet for kriminalitet" er den faktor, som flest interviewpersoner (behandlere såvel som brugere) forbinder med metadon-behandling. Desværre er oplysningerne i journalerne af begrænset værdi, når det drejer sig om brugernes kriminalitet. I 28 pct. af journalerne har behandlerne oplyst, at brugerne har aktuel kriminalitet, men det er ofte umuligt at afgøre, inden for hvilken tidsperiode denne kriminalitet ligger (dvs. hvor 'aktuel' den faktisk er). Omvendt er der om 32 pct. af brugerne konstateret, at de ikke har aktuel kriminalitet, mens oplysninger om kriminalitet mangler i 40 pct. af journalerne.

STABILITET OG SIDEMISBRUG

Et af de mest omdiskuterede spørgsmål, når det drejer sig om stabilitet som behandlingsmålsætning, er spørgsmålet om sidemisbrug. Med sidemisbrug mener vi – og de interviewede behandlere – følgende typer af stofindtag: heroinmisbrug, kokainmisbrug samt misbrug af andre illegale, 'hårde' stoffer, hashmisbrug, illegalt brug af medicin (metadon, psyko-farmaka etc.) samt alkoholbrug, som af brugere/behandlere bliver be-skrevet med termer som problematisk, alkoholmisbrug, alkoholisme etc.

Brugernes sidemisbrug af en række udvalgte stoffer fremgår af tabel 8.3. Igen skal det understreges, at andelen 'uoplyst' er meget stor i

journalerne. Tabellen indeholder de mest aktuelle oplysninger om brugernes sidemisbrug.

TABEL 8.3

Brugernes sidemisbrug ifølge journalerne. Procent.

	Ja	Nej	Uoplyst	I alt	Antal
Heroin	20	44	36	100	180
Kokain	12	48	39	100	180
Illegale psykofarmaka	27	34	39	100	180
Illegal metadon	13	45	42	100	180
Hash	19	33	48	100	180
Alkoholmisbrug	23	29	48	100	180

Som det fremgår af tabel 8.3, har omkring en fjerdedel af brugerne et registreret misbrug af illegale psykofarmaka (det kan være benzodiazepiner såsom stesolid, købt på gaden) eller alkohol, mens mindst en femtedel af brugerne har et registreret misbrug af heroin eller hash, og en noget mindre andel er registreret som misbrugere af kokain eller illegal metadon. Omvendt er det knap halvdelen af brugerne, som med sikkerhed ikke misbruger heroin, kokain eller illegal metadon på nuværende tidspunkt i deres behandlingsforløb (den sikkerhed, der ligger i, at en behandler på baggrund af iagttagelser og oplysninger fra brugeren noterer, at der ikke er et misbrug). Omkring en tredjedel af brugerne misbruger ifølge deres journaler ikke alkohol, hash og illegale psykofarmaka.

At andelen uoplyst er så stor er beklageligt, men også interessant. Det 'traditionelle' behandlingssystem var ifølge vore interviewede behandlere alt for fokuseret på brugernes sidemisbrug. Det var fx almen praksis, at brugere i metadonbehandling måtte gennemgå regelmæssige urinkontroller, og at brugere, som blev taget i sidemisbrug, blev sanktioneret (se fx Jöhncke, 1996; Pedersen, 2001; Ege, 2003). I dagens behandlingssystem er kontrollen reduceret til et minimum, og mange behandlere mener, at det er irrelevant at fokusere på brugernes sidemisbrug. Den store andel uoplyst i tabellen kan have en sammenhæng med disse holdninger hos behandlerne. I kapitel 2 beskrev vi, hvordan brugernes forhold til stoffer generelt er et emne, som fylder relativt lidt i behandlingskontakten. Kun i en femtedel af journalerne optræder "brugernes relation til stoffer" og "årsager til stofmisbrug" som temaer i behandlersamtaler de seneste seks måneder.

Sidemisbrug er imidlertid et emne, som vi har spurgt til i samtlige vores interview med behandlere og brugere. Vi vil i det følgende først redegøre for, hvordan behandlerne ser på sidemisbrug og stabilisering og derefter se på, hvordan brugerne forholder sig til dette.

BEHANDLERE OM STABILISERING OG SIDEMISBRUG

Stabilisering er for behandlerne en målsætning, der kommer i spil, når stoffrihed ikke er en realistisk målsætning. Det er særligt, når det gælder ældre opiatmisbrugere, at behandlerne nævner stabilisering som en oplagt målsætning. Behandleren Ilse fortæller: *"Her hos os er det vel netop den der, at de er gamle, og de har været misbrugere i rigtigt mange år ... Målet for dem er netop at køre stabilt i substitutionsbehandling og ikke have det store sidemisbrug."* (Ilse, behandler). Samtidig fortæller alle behandlere, at mange metadonbrugere har et betragteligt sidemisbrug, hvilket er problematisk i forhold til opnåelse af stabilitet. Behandleren Karsten konstaterer: *"De fleste har i perioder sidemisbrug, og så er der nogen, der hele tiden har sidemisbrug."* Behandleren Hanne mener, at det er *"over 90 pct."* af brugerne på hendes center, som har sidemisbrug, og Dorrit, der har været behandler i seks år og på interviewtidspunktet var kontaktperson for 43 klienter på et rådgivningscenter, fortæller: *"Jeg kender ikke personligt nogen, der har formået at være stabil på metadon uden sidemisbrug i perioder."* Også tidligere undersøgelser har fundet, at behandlere beskriver sidemisbrug som meget udbredt blandt metadonbrugere, og at de betragter det som en 'naturlig' del af brugernes livsverden (fx Asmussen & Kolind, 2005).

Sidemisbrug er som nævnt ikke noget, brugerne bliver straffet for. *"Vi er jo stort set gået væk fra at have kontrol med i behandlingen. Urinprøver tager vi jo kun, hvis folk selv vil det,"* fortæller behandleren Thorkil. Han har været i behandlingssystemet i snart 20 år og siger:

Folk, de kan for så vidt åbenlyst have et sidemisbrug, hvad en del jo også har, og hvis de vil have hjælp til at komme af med det, så kan vi også finde ud af det. Tidligere fik de måske en til-lægsstraf oven i hatten, hvis de var ærlige omkring deres misbrug ved siden af ... Dengang var metadon jo nærmest sådan et religiøst anliggende – for og imod. Sådan er det ikke i dag. (Thorkild, behandler)

Ilse fortæller følgende om behandlingsarbejdet i forhold til stabilitet og sidemisbrug:

Det er noget med at hjælpe dem med at fastholde en stabilitet, hjælpe dem med at styre deres sidemisbrug. Kan vi se, at de kommer alt for skæve, så prøver vi at snakke med dem om, jamen: ”Hvad sker der her? Hvor stort er dit sidemisbrug egentlig?” ... Og nogle gange kommer de selv og siger: ”Jamen, nu er det gået fuldstændig af sporet med mit sidemisbrug, jeg er ude og købe så og så meget.” Men så kan de komme til en lægesamtale, og altså, den hedder ikke sådan fifty-fifty over, hvis du går ud og køber så mange steso’er [stesolid], så får du det konverteret til sidemedicin herhenne, vel, men [vi kan] måske i en periode hjælpe dem med, at de får lidt ekstra ... At de får lov til at få noget ekstra, for at de så kan afholde sig fra at skulle gå ud og købe en hel masse. (Ilse, behandler)

Metadonens (og sidemedicinens) udtrykkelige funktion som substituionsmiddel er tydelig i dette citat. Stabilisering handler om at få overflyttet så stor en del af brugernes stofindtag som muligt fra illegale til legale stoffer. Jo mere metadonen (og anden medicin, hvis det er nødvendigt) overtager de illegale stoffers rolle i brugernes liv, desto mere stabile håber behandlerne, at brugerne bliver i relation til kriminalitet, selvdestruktiv adfærd, op- og nedture i stofmisbrug og kaotisk livsstil i al almindelighed.

Et problem, som bliver fremført af nogle behandlere, er imidlertid, at ikke alle brugere *ønsker* stabilitet. Behandleren Christel fortæller:

Jeg har oplevet nogle mennesker have et stort misbrug, som er ude at skaffe stoffer og lave kriminalitet og er jagtet af politiet konstant, som faktisk godt kan virke, som om de har en udmærket livskvalitet. Jeg har også for eksempel oplevet nogle af vores klienter, hvor vi faktisk nærmest har tilbudt dem at få noget mere medicin, så de kunne blive mere stabile, hvor de så har sagt: ”Jamen, hvad i alverden skal jeg så bestille?” ... Altså, det er vigtigt at være opmærksom på, at de har nogle værdier, som er helt anderledes end dem, jeg kan have. (Christel, behandler)

De fleste behandlere mener dog, at brugerne nok ønsker en stabilisering af deres liv, men at ikke alle magter det. Behandleren Thorkild siger:

Mange af dem har – bevares, synes jeg i hvert fald, i forhold til, da jeg kendte dem, før de kom i behandlingssystemet – en meget, meget bedre og mere stabil tilværelse. Men alligevel, er der da en del af dem, som du kan vinke til dagligt foran centeret. Altså, hvor de står og drikker Bjørnebryg, og der er en del, der ikke kan stoppe deres misbrug og måske endda får et blandingmisbrug, altså alkoholisme oveni ... Der er mange, der kører sådan i en meget fast rytme. Altså, så bliver de så hundesyge, at de må ind og afgiftes og afruses, og så går der en 14 dage, tre uger, så er de jo sådan set tilbage på banen igen. Og det er jo ikke sådan, at man ikke prøver at overbevise dem om, at de måske skal prøve at sadle om, men hvis de ikke kan eller evner det eller orker det, jamen, så er der jo ingen, der jager dem af den grund. (Thorkild, behandler)

Mange af de interviewede behandlere har lang tids erfaring med arbejde med opiatmisbrugere. De har med tiden udviklet en pragmatisk holdning til brugernes sidemisbrug. De har oplevet, hvordan brugerne har gennemgået det ene stoffri behandlingsforsøg efter det andet uden at blive stoffri i længere perioder og er derfor kommet til indsigt, at stabilisering er den eneste mulige målsætning. Behandlerne er samtidig opmærksomme på, at en relativt stor andel af deres brugere har sidemisbrug, permanent eller i perioder, og de definerer derfor ikke stabilisering som totalt fravær af stofmisbrug. De kan dog iagttage, at brugerne – trods et i nogle tilfælde omfattende sidemisbrug – alligevel bliver mindre kaotiske og (selv)destruktive som følge af deres behandlingskontakt, og ikke mindst substitutionsmedicinen, som flytter en del af brugernes stofindtag fra illegale stoffer til legale.

BRUGERNE OM STABILISERING OG SIDEMISBRUG

Brugernes fortællinger om stabilisering og sidemisbrug ligner på mange punkter personalets. På den ene side mener mange brugere, som vi allerede var inde på i kapitel 5 om metadon og skadesreduktion, at behandlingen, og ikke mindst metadontildelingen, har hjulpet dem til at få et mindre udsat – og i nogle henseender 'normaliseret' liv. Brugerne mener

som nævnt, at tilgangen til metadon mindsker deres behov for at begå kriminelle handlinger og/eller prostituere sig. De mener også, at metadonbehandlingen (og det mindskede behov for illegale stoffer) har gjort deres økonomiske situation mere stabil, og nogle siger, at de er blevet bedre til at passe deres ting i hjemmet, indkøb, rengøring etc.

Brugeren Nickos mener, at behandlingen har hjulpet ham til at få et mere værdigt liv:

[M]etadonen kan gøre sådan, at du får et værdigt liv, kan få et arbejde, kan få en familie ... blive normal og få et anstændigt liv med din familie, så du ikke skal stå op om morgenen, og det første, du tænker på, er heroin. Ud og skaffe pengene. Ud og lave bankrøverier ... Det stopper metadonen for. (Nickos, 32 år, bruger)

Og brugeren Annie beskriver stabiliseringen – og normaliseringen – på denne måde:

Jeg føler mig mere normal. Altså, hvis jeg for eksempel går nede på gaden, føler jeg mig ikke udskudt sådan som før. Folk kunne jo godt se, når man kom der på junk og alle de piller. Man væltede jo rundt. Nu kommer folk da og spørger mig, hvad klokken er og sådan noget ... Sådan får man det med [meta]donerne, at de ligesom kan skjule det. (Annie, 49 år, bruger)

Et klart indtryk fra brugerinterviewene er dog, at graden af stabilisering og normalisering i brugernes liv på en meget afgørende måde er afhængig af, om de har et sidemisbrug eller ej, og hvor omfattende dette sidemisbrug er. De mest stabile livsstile finder man – af brugernes egne beskrivelser at dømme – hos to grupper af interviewpersoner. For det første er der en lille gruppe af 'ældre' interviewpersoner (40+), som siger, at de ikke længere magter og/eller er interesseret i et aktivt liv i misbrug. De er ikke længere så tiltrukket af 'hårde', illegale stoffer, som de tidligere har været, siger de, og bruger nu 'kun' metadon, dog ofte i kombination med psykofarmaka og/eller alkohol og cannabis. For det andet er der nogle få personer, hvis problematik primært ser ud til at være psykiatrisk præget, og som derfor ikke er (eller har været) en del af det illegale misbrugsmiljø. Disse interviewpersoner har ikke en klar misbrugerprofil, men er

alligevel (årsagerne til dette er uklare) startet i metadonbehandling. I dag består deres stofbrug primært af metadon og psykofarmaka, og de bruger sjældent, ifølge deres egne udsagn, illegale stoffer.

De fleste brugere, som vi har interviewet, har dog et sidemisbrug. Dette fund er i overensstemmelse med en tidligere undersøgelse, baseret på oplysninger fra 232 brugere i metadonbehandling. 64 pct. af dem havde ifølge egne oplysninger et middelsvært til massivt sidemisbrug, 25 pct. havde et let sidemisbrug, og kun 11 pct. angav, at de ikke havde noget sidemisbrug (Pedersen, 2001: 67-68).

I vores interview taler nogle af interviewpersonerne meget åbent om deres sidemisbrug af alle mulige slags stoffer. Andre afviser i begyndelsen af interviewet at have sidemisbrug, men kommer alligevel ind på det i løbet af interviewet. Brugerne italesætter ofte dette sidemisbrug som noget, de 'behøver' eller 'er nødt til' at have.

Georg besvarer spørgsmålet om sidemisbrug blandt opiatmisbrugere på denne måde:

Det har alle. Men de fleste kan nøjes med hash eller en tablet [benzodiazepiner], fordi metadonen, du skal ikke have haft det ret længe, så kan du ikke mærke det mere, så skal du have mere. Men folk får simpelthen så meget [metadon]. Så drikker de [alkohol], eller også så spiser de tabletter eller ryger hash. (Georg, 54 år, bruger)

Det er ikke alle brugere, der regner de former for stof, Georg nævner som 'stoffer' eller 'sidemisbrug'. Kalle, 37 år, siger: *"Jo, jeg ryger hash, men jeg regner det ikke som stof – ikke mere. Jeg bliver nødt til at regne det som en nervepille."* Og Lennart, 37 år, siger: *"Og så ryger jeg mit hash, men jeg har ikke sådan decideret sidemisbrug længere."*

Naja, som har været i metadonbehandling i 15 år, men har haft et fast sidemisbrug af kokain i stort set hele denne periode, siger følgende om sidemisbrug:

Det er jo heller ikke meningen, at man skal være skæv af metadonen, men vi er jo narkomaner, og vi har jo den sygdom, at vi godt kan lide at tage stoffer. Det er jo derfor, vi gør det. Det kan så diskuteres; nogen gør det for at flygte væk i dem, andre gør

det, fordi de godt kan lide det; men det, vi har til fælles, det er, at vi alle sammen gør det. (Naja, 33 år, bruger)

Carlos, en anden bruger, siger:

Altså, det metadon, vi får, er jo ligesom trapezsvingerens net. Så der er mange, der tager en masse ved siden af, fordi de ikke behøver at tænke på [morgendagen] – ”Får vi det ikke i morgen, bliver vi ikke syge, for vi får i hvert fald vores metadon.”... Vi er jo narkomaner. Vi vil ikke kun være raske, vi vil også være skæve. Og det bliver vi jo ikke af metadonen. (Carlos, 41 år, bruger)

Lasse beskriver metadon på tilsvarende måde:

Hvis du får din metadon, så har du altid noget, du kan tage, som kan tage det meste af dine smerter. Lad os sige, hvis du nu hver dag gik rundt og tog piller eller drak bajere eller tog speed eller kokain, røg hash osv. Hvis du fik din metadon hver dag fast, så vidste du altid, at du havde din medicin om morgenen. Så var det lige meget, om du havde gået og taget alt det andet, så havde du altid noget, der kunne reducere dine smerter om morgenen. (Lasse, 47 år, bruger)

Lasse mener altså ikke, at metadonen mindsker forbruget af illegale stoffer, men snarere, at det bliver mere trygt at bruge dem, da man altid har sin medicin (metadon) at falde tilbage på næste morgen. Den rolle, de fleste brugere tilskriver metadonen, er dog, at den mindsker deres behov for illegale stoffer (specielt heroin), men at den på ingen måde fjerner det. Problemet med metadon er, ifølge disse brugere, at det er et ’tavst stof’, som ganske vist gør, at man føler sig rask og mere normal, men ikke at man oplever det ’kick’, rus eller den ’bølge af velvære’, som er selve grunden til, at man tager stoffer. Det interviewpersoner som Naja, Carlos og Lasse ovenfor giver udtryk for, er en meget udpræget misbrugeridentitet. ”Vi *er* jo narkomaner”, som Carlos siger, og *vil* derfor være ’skæve’, og da metadonen ikke har denne effekt på dem, bliver de *nødt til* at opsøge illegale stoffer.

Andre brugere mener derimod, at man kan blive ’skæv’ også af metadon, og nogle brugere siger, at behandlingssystemet hjælper dem

med at blive påvirket af metadon. Ulf, 58 år, fortæller, at han tidligere fik en dobbeltdosis af metadon udleveret én gang om ugen: *"Jeg var helt oppe på 300 [ml metadon] ... plus jeg brugte en gang om ugen den der euforidoser, hvor jeg så fik 300 milliliter ekstra. Så det er 600 milliliter."* Ulf bad selv om, at få euforidoserne sløjfet, fordi han "ikke kunne huske en pind" og oplevede, at han havde "en papkasse i hovedet". Andre brugere får ikke hjælp af systemet til at blive skæve af metadonen, men klarer det på egen hånd. Christian fortæller:

Så spiser jeg ikke det [metadon], jeg skal. Så gemmer jeg lidt, så har jeg et overskud til en dag, hvis jeg har lyst til at være skæv. Så kan jeg bare æde nogen [metadoner], så er jeg fri for at gå ind og købe heroin ... Hvis du æder for mange af dem, så bliver du skæv. (Christian, 37 år, bruger)

Opsummerende forholder brugerne sig til spørgsmålet om metadon og stabilisering på mindst tre alternative måder. For det første kan metadonen fungere som den stabiliserende substitutionsmedicin, den primært er tænkt som. Det vil sige, at brugerne indtager metadon i faste doser og lærer sig at leve uden de 'kick', som metadonen typisk ikke kan give dem. De brugere, som beskriver dette forhold til metadon, er samtidig dem, som har den mest stabile livsstil. For det andet – og dette er det mest udbredte mønster i vores interviewmateriale – kan metadonen fungere som et sikkerhedsnet. Brugere i denne gruppe fortsætter med et forbrug af illegale stoffer og/eller et misbrug af alkohol og psykofarmaka, men oplever, at metadonen har en stabiliserende og stressreducerende effekt på deres liv. De behøver ikke længere at leve et 'fuldtids'-misbrugerliv, men oplever en tryghed i, at de altid har metadonen at falde tilbage på. For det tredje er der en mindre gruppe brugere, som bruger metadon for at opnå en rus, enten med systemets hjælp (euforidoser, metadonfixeprojekter osv.) eller på egen hånd (opsparing af udleverede dagsdoser). Heller ikke for denne gruppe står metadonen alene. De kombinerer typisk deres metadonrus med andre former for 'kick' (gennem køb af illegale stoffer, misbrug af psykofarmaka etc.). Alt i alt må vi konstatere, at vores interviewpersoner, af alle tilgængelige oplysninger at dømme, ser ud til at have et nok så omfattende sidemisbrug, og at en stor del af dem har alvorlige problemer med blandingsmisbrug – problemer, som ikke altid kan forenes med den stabilisering, som behandlingen tilstræber. Dette

indtryk fra brugerinterviewene er i fuld overensstemmelse med behandlernes udsagn. Også de fremholder, at en stor del af deres brugere har sidemisbrug, og at dette mange gange er en hindring i arbejdet på at stabilisere brugernes livssituation.

BRUGERNE OM FREMTIDEN

Vi har afslutningsvis i interviewene spurgt brugerne, hvilke planer og ønsker de har til fremtiden – både i forhold til målsætningen om stabilisering og mere generelt. Brugernes svar er naturligvis meget forskellige.

Nogle brugere formulerer deres forhåbninger – eller måske forventninger – til fremtiden i overensstemmelse med stabiliseringskonceptet. De forestiller sig ”et stille og roligt liv på metadon” uden (et alt for omfattende) sidemisbrug og med mindsket behov for kriminalitet, prostitution etc. De forventer sig ikke markante ændringer i deres livssituation i fremtiden – stoffrihed, aktivering, arbejde, stoffrie venner etc. – og forekommer at være relativt tilfredse med det.

Andre brugere er tydeligt frustrerede over, at metadonbehandling primært handler om stabilisering og ikke om forandring. Brugeren Astrid siger:

Der er et eller andet, der går i stå, når man får sine [meta]doner ... Får man først dem, så kan du godt regne med at hænge på dem de næste – resten af livet måske ... Metadonbehandling er, hvad kan man kalde det, en lille holdeplads. Det gavner, men det kan også ugavne ... Det ugavner ved, at man bliver ved med at komme i miljøet ... Lige så snart man får [metadon], så bliver det også lidt sådan en sovepude, fordi man bare kan spise dem, og så bliver man jo ikke syg, så ruller den bare videre, og så inden man ser sig om, så har man fået dem i – nu har jeg lige pludselig fået dem i 13-14 år. (Astrid, 52 år, bruger)

Og brugeren Naja siger tilsvarende: *”Jeg har fået metadon siden jeg var 18 ... Og så bider det ene år det andet år i roven. Whrum, så lige pludselig, så er der gået 10 år, så er der gået 15. Det går lynhurtigt.”* (Naja, bruger, 33 år)

Interviewpersoner som Astrid og Naja mener både, at metadonen har haft en afgørende positiv effekt i deres liv, og at den skaber en

slags stilstand, hvor både behandlingssystemet og brugeren selv opgiver ambitionen om positive ændringer. Naja siger fx, at hun ganske vist er glad for sin metadon og ikke ville kunne klare sig uden, men at det samtidig er frustrerende, at metadonen, som ”burde have været en kortvarig løsning”, blev permanent for hende. Astrid og andre brugere siger, at metadonbehandlingen bliver en ’holdeplads’ eller ’pause’, som bare ikke bliver afløst af noget andet igen, men som typisk varer resten af livet. Mange interviewpersoner bruger formuleringen, at man ”bliver hængende” i metadon.

Brugeren Thomas (51 år) mener, at længerevarende metadonbehandling og målsætningen om stabilisering er en behandlingsmodel til folk, der er blevet ’opgivet’ af systemet.

Der udspringer sig følgende ordveksling i Thomas’ interview:

Thomas: Det [metadon] er nærmere, fordi der er folk, som er opgivet i forvejen ...

Interviewer: Er det folk, som er opgivet, eller folk, som har opgivet?

Thomas: Nej, folk, der er opgivet, fordi det er dem [behandlerne], der bestemmer (uddrag fra interview med Thomas, 51 år, bruger).

Også Niklas bruger udtrykket ’opgivet’ om sin egen situation. Niklas har selv i en længere periode ønsket stoffri behandling, men er ikke blevet bevilget dette. Han får derimod metadon. Han siger: *”Det havde jo noget at gøre med, at de havde opgivet [mig] ... Jeg har spurgt behandleren på rådgivningscenteret, og han siger: ”Jamen, hvis det er sådan, du føler, så kan vi da godt sige, at det er sådan.”* (Niklas, 28 år, bruger)

Brugernes svar på spørgsmålet om deres mere generelle fremtidsplaner og ønsker (i forhold til socialt netværk, beskæftigelse etc.) er ofte præget af opgivenhed og håbløshed. Mange brugere svarer, at de ingen fremtidsplaner har. Brugeren Ian giver følgende korte svar på spørgsmålet om sine planer og ønsker til fremtiden: *”Det er sgu at overleve. Det er sådan set at overleve.”* (Ian, 46 år, bruger). Andre brugere siger, at de gerne vil have stoffri venner, en stoffri kæreste, at de vil starte på en

uddannelse eller finde sig et job etc. Umiddelbart efter at have formuleret disse ønsker siger disse brugere dog ofte, at ønskerne er 'urealistiske'.

Brugeren Kim svarer fx følgende på spørgsmålet om ønsker for fremtiden:

Ja, jeg kunne godt tænke mig at finde en dame, der fx kunne acceptere, at jeg fik metadon ... men der er jo ikke nogen, der er interesseret i en, der dårligt kan passe sig selv ... Lige nu ser jeg bare så sort på det hele. Det er svært for mig at svare på, fordi jeg er nede i et hul. (Kim, 37 år, bruger)

Kim fortæller et andet sted i interviewet, at han er meget ensom, at han ingen tætte relationer har, og at han ikke ser sine gamle venner, fordi: *"De har barn. De har jo gjort det, jeg også gerne ville. Jeg ville også skide gerne have haft barn og alt muligt, ikke, men det kan man jo ikke have, når man er sådan her."* (Kim, 37 år, bruger). Brugeren Naja siger om sine fremtidsplaner:

Jeg kunne da godt tænke mig at få børn, men det kan man slet ikke. I min verden kan man overhovedet ikke tillade sig at få børn, hvis man får metadon. Jeg synes, at der skulle være tvunget abort, hvis man får metadon ... Når man ikke engang kan tage ansvar for sig selv, så skal man ikke begynde at lave børn og sådan noget. (Naja, 33 år, bruger)

Naja er i det hele taget meget kritisk indstillet til metadonbehandling, sådan som den bliver praktiseret i København i dag. Hun mener, at metadonen bidrager til at *"gøre folk til narkomaner"*, og at det stempler dem for livet – *"metadon – det er et kryds i panden: narkoman"* (Naja, 33 år, bruger). Metadonbehandling er altså ikke noget, som kan kombineres med et 'normalt' liv ifølge Naja.

Også flere andre brugere føler, at de er stemplet, og de mener generelt ikke, at samfundet accepterer personer, som er i metadonbehandling. Flere interviewpersoner siger, at de prøver at hemmeligholde deres metadonbrug for familie, venner og bekendte. Brugeren Peter fortæller:

Jeg prøver fx stadig at skjule over for mine brødre, at jeg får metadon, for jeg synes, det er pinligt ... Fordi de forbinder meta-

don med stoffer, med stofmisbrug ... og det at stjæle gamle damers tasker ... Når man tager metadon, så tror folk også, at man tager heroin ... De forbinder det med det. Man er stadig i de narkokredse. Det er det, som er så pinligt.” (Peter, 33 år, bruger)

Problemet med metadonbehandling er altså ifølge Peter og flere andre brugere, at man bliver ved med at komme i ”narkokredse”, at man (hvis ikke andet, så i forbindelse med besøgene på behandlingsinstitutionen) bliver ved med at omgås personer, som har et fortsat misbrug af illegale stoffer. Omgivelserne kan ifølge interviewpersonerne ikke skelne mellem brugere, som lever et relativt stabilt liv på metadon, og personer med omfattende sidemisbrug, og opfatter derfor alle metadonbrugere som ’misbrugere’.

Københavns Kommune skriver i sin sektorplan på misbrugsområdet, at *”Arbejde, uddannelse og interpersonelle relationer kan varetages under en metadonbehandling, som således primært har rehabilitering/resocialisering som sit mål, mens stoffrihed bliver en irrelevant størrelse”* (Københavns Kommune, 2006a: 31). Mange brugeres oplevelse er imidlertid, at hvis man er på metadon, er man ’narkoman’ i kollegers, familiens og egne øjne. Målsætningen om stabilisering og rehabilitering sideløbende med en metadonbehandling mangler i brugernes perspektiv en anerkendelse i den bredere befolkning, og dette gør, at også brugerne har vanskeligheder med at tage den til sig som en acceptabel og respektabel fremtidsplan. På den baggrund bliver stoffrihed i mange brugeres øjne ved med at være den eneste tænkelige langtidsmålsætning. Kun gennem stoffrihed oplever de, at de kan blive accepteret som fuldt værdige medlemmer af samfundet, hvor realistisk eller urealistisk målsætningen om stoffrihed end måtte være.

Også brugeren Uzair fortæller om omgivelsernes negative holdninger til metadonbrugere. Uzair siger på den ene side, at han rigtigt gerne vil væk fra det ’passive metadonliv’, han nu lever. Han udtrykker det på denne måde: *”Det er jo ikke et liv ... Jeg tror ikke, at der er nogen mennesker, der bare vil gå og ikke lave noget. Det er faktisk en af grundene til, at folk falder i igen, at de går uden at have en plan.”* (Uzair, 32 år, bruger). På den anden side siger Uzair: *”Altså, når man er narkoman og registreret narkoman, så er det jo svært at komme ud i samfundet igen ... Der er jo ingen fornuftige mennesker, der vil omgås narkomaner, og det er også okay.”* (Uzair, 32 år, bruger)

Som det fremgår af citatet, bruger Uzair begrebet ”registreret narkoman” om personer i metadonbehandling. Andre interviewpersoner bruger begrebet ”statsjunkie” for at beskrive deres egen position som ”offentligt stemplede” narkomaner – en rolle, de oplever, det er meget svært at komme væk fra igen.

Uzairs svar på spørgsmålet om fremtidsplaner er derfor følgende:

Interviewer: Hvad med ønsker eller målsætninger for fremtiden?

Uzair: Målsætninger for fremtiden ... Altså, jeg har ikke nogen. Det skulle du have spurgt om for 10 år siden, ikke nu. Jeg er en gammel narkoman med en ødelagt krop, jeg har ikke råd til at have tanker om fremtiden. (Uddrag fra interview med Uzair, 32 år)

OPSUMMERING

Opsummerende kan vi konstatere følgende om brugernes stabilitet og sidemisbrug.

Mange brugere har ifølge journalerne og vores kvalitative interview haft en problematisk baggrund med hensyn til familieforhold, skolegang mv. Misbrugsproblemer hos brugernes forældre bliver nævnt i knap en tredjedel af journalerne (andelen uoplyst udgør 40 pct.), og i en del journaler (16 pct.) er der også noteret, at brugernes søskende er misbrugere. Brugernes uddannelsesmæssige baggrund er generelt dårlig. Kun 13 pct. har en uddannelse efter grundskolen, mens den absolutte majoritet har afsluttet skolen efter deres 9. (i nogle tilfælde 10.) skoleår. Hvad brugernes levestandard her og nu angår, har vi konstateret, at en lille minoritet har tilknytning til arbejdsmarkedet, mens majoriteten (i alt mindst 83 pct.) lever af kontanthjælp eller førtidspension. Også i de kvalitative interview udtrykker de allerfleste brugere, at de ikke aktuelt er interesseret i og/eller mener at kunne klare et arbejde eller en aktivering. Interviewpersonerne oplever også, at metadonbrugere ikke er velkomne i arbejdslivet, og nogle brugere fortæller om negative oplevelser, når arbejdsgivere/kolleger har fået at vide, at de er i metadonbehandling. I forhold til brugernes boligsituation viser journalerne, at majoriteten (77 pct.) har en

selvstændig bolig, mens 16 pct. er registreret som boligløse eller bor hos familie (andelen uoplyst er 8 pct.). Hvad kriminalitet angår, indeholder 28 pct. af brugerjournalerne oplysninger om aktuel kriminalitet, mens der om 32 pct. af brugerne er noteret, at de ikke har aktuel kriminalitet (kategorien med manglende oplysninger om dette er dog meget stor, 40 pct.).

I den anden del af kapitlet har vi belyst 'stabiliteten' i brugernes liv ved at se på oplysninger om sidemisbrug (misbrug af heroin, kokain, hash og andre illegale stoffer, illegalt brug af medicin samt alkoholmisbrug). Oplysninger fra journalerne viser, at omkring en fjerdedel af brugerne har et registreret misbrug af illegale psykofarmaka (fx stesolid) eller alkoholmisbrug, og at en fjerdedel har et heroinmisbrug. Oplysningerne om sidemisbrug er dog meget ufuldstændige i journalerne (andelen uoplyst varierer fra 36 pct. til 48 pct. på de forskellige stoffer). Journaloplysningerne viser endvidere, at behandlerne er mest opmærksomme på brugernes heroinmisbrug (kategorien "uoplyst" er mindst her), mens der oftest mangler oplysninger om hash- og alkoholmisbrug.

De kvalitative interview med behandlere og brugere tyder på, at andelen med sidemisbrug er meget stor. Behandlerne mener generelt, at de fleste brugere har en eller anden form for sidemisbrug, enten permanent eller i perioder, og de interviewede brugere siger det samme. Vores indtryk fra interviewene (og fra journalerne) er, at graden af stabilisering i brugernes liv har en meget klar sammenhæng med forekomsten og graden af sidemisbrug. De interviewede brugere fordeler sig således på tre hovedgrupper, når det gælder stabilisering og stofindtag. For det første er der en mindre gruppe brugere, som tilsyneladende kun indtager metadon, ofte dog i kombination med psykofarmaka og/eller alkohol og cannabis. Denne gruppe er den mest stabile i vores materiale. For det andet er der en stor gruppe brugere (majoriteten), som bruger metadon som et 'sikkerhedsnet', men som også indtager andre stoffer. Disse brugere har ofte et nok så alvorligt blandingsmisbrug (af alkohol, hash og 'hårde' stoffer) ved siden af deres metadonindtag. De forklarer typisk deres sidemisbrug med, at de jo *er* narkomaner og derfor *vil* være skæve og derfor er *nødt til* at købe illegale stoffer. For det tredje er der en gruppe brugere, som også opnår beruselse gennem indtag af metadon (euforidoser, injektion af metadon). Metadon er for dem ikke kun en medicin, som gør dem raske, men altså også et rusmiddel på linje med andre stoffer, som disse interviewpersoner også bruger.

I den sidste del af kapitlet har vi set på brugernes fremtidsplaner og -ønsker, både i forhold til målsætningen om stabilisering og mere generelt. Nogle brugere har taget stabiliseringskonceptet til sig. De efterstræber "et stille og roligt liv på metadon" og ønsker/forventer ikke større ændringer i livet fremover. Andre brugere er kritisk indstillet over for stabilisering som behandlingsmålsætning og mener, at det er det samme som at opgive brugerne. I forhold til de mere generelle spørgsmål om fremtidsplaner og ønsker udviser mange brugere stor opgivenhed. De siger enten, at de ingen fremtidsplaner har, eller at de ønsker, de har til fremtiden (stoffri venner, stoffri kæreste, uddannelse, arbejde etc.), er "urealistiske". Et klart indtryk fra interviewene på dette punkt er, at mange brugere føler sig stemplet og marginaliseret fra normalsamfundet, og at det ikke er let at forholde sig til fremtiden, hvis denne kun tænkes i termer af stabilisering og ikke i termer af udvikling og positiv forandring.

KONKLUSIONER OG DISKUSSIONSPUNKTER

Formålet med denne rapport har været at belyse behandlingstilbud til opiatmisbrugere²⁴ i København. Vi har analyseret både substans og principper ved at se på behandlingsindhold og -intensitet, anvendte strategier, tilgrundliggende forestillinger og målsætninger i behandlingsindsatsen. Undersøgelsen bygger på tre typer af datamaterialer. For det første har vi gennemgået 198 journaler med oplysninger om opiatmisbrugere på to rådgivningscentre i København og systematisk registreret oplysninger om 180 af disse. For det andet bygger undersøgelsen på kvalitative interview med 30 opiatmisbrugere på seks forskellige ambulante behandlingsinstitutioner i København i 2006/2007. For det tredje har vi interviewet 14 behandlere på 10 københavnske rådgivningscentre og ambulatorier/behandlingsenheder.

I rapporten bruger vi begrebet 'brugere' (forstået som brugere af behandlingssystemets tilbud) om de opiatmisbrugere, vi har interviewet, og om de personer, som indgår i journalmaterialet, men begrebet 'opiatmisbrugere' i de tilfælde, hvor vi fokuserer på disse personers problematiske relation til stoffer. Om de ansatte på institutionerne bruger vi be-

24. Opiater/opioider er en fælles betegnelse for såvel naturligt forekommende som syntetisk fremstillede stoffer, der kan have en smertestillende og euforiserende virkning. Blandt de syntetiske opiat er heroin, ketogan og metadon nok de mest kendte.

grebet 'behandlere', uanset om interviewpersonerne er fx pædagoger, socialrådgivere eller har anden uddannelsesmæssig baggrund.

Et udgangspunkt for undersøgelsen har været, at opiatmisbrug i dag ofte bliver betragtet som et kronisk problem. Målsætningen om stof-frihed er derfor for mange misbrugere blevet udskiftet med en målsætning om skadesreduktion, det vil sige, at målet for behandlingsarbejdet er en mindsning af de negative fysiske, psykiske og sociale konsekvenser af stofmisbrug og ikke nødvendigvis stoffrihed. Dette perspektiv på misbrugsbehandling har opbakning fra alle de behandlere, vi har interviewet i undersøgelsen, og er også meget fremtrædende i brugerjournalerne. Perspektivet afspejler sig også i det faktum, at en meget lille andel (6 pct.) af de 180 opiatmisbrugere i journalundersøgelsen aktuelt befinder sig i dag- eller døgnbehandling, mens 87 pct. er i ambulant substitutionsbehandling (primært i form af metadon). Metadonbehandlingen i København er typisk ikke et led i et nedtrapnings-/afgiftningsprojekt, men i de allerfleste tilfælde længerevarende vedligeholdelsesbehandling. Denne baggrund er vigtig at have in mente, når vi nu overgår til at opsummere og diskutere undersøgelsens hovedresultater.

BEHANDLINGSINTENSITET OG BEHANDLINGSINDHOLD

Hvilken form for behandling får brugerne, hvor intensiv er behandlingen, og hvad fokuserer den på?

Vi har ved gennemlæsningen af 180 brugerjournaler på rådgivningscentre registreret alle kontakter, som brugerne ifølge journalerne har haft med behandlingssystemet i det sidste halve år før journalundersøgelsen (1. oktober 2006 til 1. april 2007). Alle journalførte kontakter er registreret, uanset om brugeren har talt med en socialrådgiver, pædagog, læge, sygeplejerske, psykolog eller en anden person, som er en del af behandlingssystemet. Kontakt i forbindelse med metadonudlevering er talt med, såfremt der er noteret noget ud over udlevering, dvs. hvis en behandler fx noterer, at man har talt med brugeren om medicindosis, bivirkninger eller noget andet i forbindelse med udleveringen. Metadonudlevering uden yderligere kontakt end udlevering er ikke talt med som behandlingskontakt (for en beskrivelse af journalmaterialet samt nærmere definitioner og forbehold se kapitel 1 (Journalmateriale) og kapitel 2 (Behandlingsintensitet ifølge brugerjournalerne)).

Servicestyrelsen definerer behandling som ”en målrettet indsats på baggrund af systematisk udredning” (se www.socialebegreber.dk/wm145116) og med en intensitet, hvor der leveres en ydelse mindst to gange i måneden. Indsatser, hvor der er kontakt sjældnere end hver 14. dag, definerer Servicestyrelsen som ”ad hoc” (ibid. samt <http://www.vbgs.dk/dwn4610>).

Servicestyrelsens definitioner kan bruges til at inddele opiatmisbrugerne i vores journalundersøgelse i fire hovedgrupper: En gruppe (38 pct.), som ingen registreret behandlingskontakt har i perioden, en gruppe (45 pct.), som har ad hoc kontakt, en gruppe (11 pct.), som har en behandlingsintensitet på mindst 12 behandlingsydelser i halvårsperioden, svarende til ambulant behandling, og en gruppe (6 pct.), som er i dag- eller døgnbehandling.

Det kan umiddelbart virke overraskende, at en majoritet af brugerne i undersøgelsen har så få registrerede kontakter til behandlingssystemet i deres journaler – 38 pct. har ingen registreret kontakt, 45 pct. har ad hoc kontakt – og at kun 11 pct. har en ambulant behandlingskontakt, som lever op til Servicestyrelsens definition på ”ambulant behandling”. Her skal dog fremhæves, at Servicestyrelsen beskriver ad hoc kontakter som en *”mulig intensitet i forbindelse med stabiliserende indsatser”* (www.socialebegreber.dk – ad hoc), og at en stor del af de 45 pct. i vores ad hoc gruppe sandsynligvis netop modtager en stabiliserende behandlingsindsats (dvs. længerevarende substitutionsbehandling). Det skal også fremhæves, at ad hoc gruppen og gruppen uden registreret kontakt kan have haft behandlingskontakt i andre dele af systemet, uden at dette fremgår af deres journal på rådgivningscenteret. For eksempel modtager 6 pct. af brugerne i vores udtræk metadon hos egen læge og kan have støttende samtaler der, uden at dette er registreret i de elektroniske journaler på rådgivningscenteret. Endelig skal det også her pointeres, at metadonlevering *uden* registreret samtalekontakt ikke indgår i optællingen, og at denne afgrænsning naturligvis kan diskuteres.

I journalanalysen har vi også noteret, hvilke temaer brugere og behandlere har diskuteret i behandlingskontakterne. Resultatet viser, at den medicinske behandling er det hyppigst optrædende tema i de registrerede kontakter, og at behandlingsmuligheder (samtale om behandlingsform og behandlingsønsker) er det næsthyppest. Alligevel kan vi konstatere, at næsten to tredjedele af brugerne ifølge journalnotaterne ikke i halvårsperioden har diskuteret deres behandlingsmuligheder med

hverken deres læge, sagsbehandler eller anden kontaktperson. Andre (psykosociale) behandlingstemaer, som fylder relativt lidt i journalerne er ”årsager til misbrug” og ”klientens relation til stoffer”. Det generelle indtryk af analysen er, at behandlingskontakterne dækker over et meget bredt spektrum af temaer, afhængig af brugerens sociale problemer (boligproblemer, økonomiske problemer etc.) og somatiske tilstand. Fokus i behandlingskontakten ligger ikke *primært* på brugerens afhængighedsproblemer, som det gør i en mere klassisk psykosocial og/eller terapeutisk behandlingsmodel, men på substitutionsbehandling og på en lindring af diverse skadevirkninger, som misbruget har medført.

I gennemlæsningen af journalerne har vi også registreret, hvor mange sociale handleplaner brugerne har haft i hele deres behandlingstid, og om de har en aktuel handleplan. Resultaterne viser, at 40 pct. af brugerne (ifølge journalerne) aldrig har haft en handleplan i deres behandlingsforløb, og at mindst 84 pct. ikke har en aktuel handleplan, hvor ’aktuel’ refererer til de sidste seks måneder før journallæsningen. Aktuelle handleplaner forekommer hyppigst blandt de yngste brugere (20-35 år), hvor 36 pct. har en aktuel handleplan, mens de er sjældent forekommende i aldersgruppen 36-50 (17 pct.) og næsten ikke forekommende i alderskategorien 50+ (2 pct.).

Følgende diskussionspunkter kan nævnes i forhold til behandlingsintensitet og behandlingsindhold:

- Behandlingsindsatsen over for misbrugere kan *analytisk* defineres som tredelt – se fx Vejledning nr. 7 til Serviceloven, som skelner mellem den medikamentelle behandling, den psykosociale behandling og indsatser over for ”de sociale problemstillinger, der i øvrigt kan være aktuelle for stofmisbrugeren” (Vejledning nr. 7, Kap. 3, 21). Vores undersøgelsesresultater tyder på, at behandlingsindsatserne for opiatmisbrugere i København er koncentreret til to af disse dele: medikamentel behandling (primært metadon) og indsatser over for sociale problemstillinger (bolig, økonomi etc.). Den relativt lave (registrerede) behandlingsintensitet for mange misbrugere (ad hoc gruppen og gruppen uden registreret behandlingskontakt i en halvårsperiode) reflekterer formodentlig denne prioritering. Det kan diskuteres, om en egentlig psykosocial behandlingsindsats er mulig, hvis brugerne møder deres misbrugsbehandlere så sjældent, som mange brugere gør ifølge rådgivningscentrenes journaler. Kan man overho-

vedet kalde det for psykosocial behandling, hvis brugerne ikke har haft en eneste registreret behandlingskontakt til deres misbrugsbehandler i en halvårsperiode (39 pct. af brugerne), eller hvis de kun har haft en eller et fåtal kontakter?

- Behandlingskontakternes *indhold* bærer også præg af, at indsatserne for opiatmisbrugere primært er koncentreret til medikamentel behandling og hjælp til at løse misbrugerens sociale problematikker. Som det fremgår af både journalanalysen og interviewene med behandlere og misbrugere, har det såkaldte skadesreduktionsprincip flyttet fokus fra selve misbruget til de negative (sociale og helbreds-mæssige) konsekvenser af misbruget. De interviewede behandlere og brugere har mange positive ting at sige om denne udvikling. Samtidig kan man dog med udgangspunkt i brugerinterviewene spørge, om dagens opiatmisbrugere får tilstrækkelig hjælp til at håndtere de problemer, som i det traditionelle behandlingssystem stod centralt, nemlig misbruget i sig selv (mere om dette senere).
- Hvis sociale handleplaner skal have den funktion, de er tiltænkt, skal de opdateres regelmæssigt. Dette sker ikke i flertallet af sager med opiatmisbrugere (efter brugerjournalerne at dømme). Specielt blandt 'ældre' misbrugere (36 år og ældre) er *aktuelle* handleplaner sjældent forekommende.

BEHANDLINGSSTRATEGIER

Hvilke behandlingsstrategier bruger behandlerne, og hvordan ser brugerne på disse strategier?

I undersøgelsen har vi identificeret følgende dimensioner i de behandlingsstrategier, behandlere og brugere beskriver i de kvalitative interview:

- afventende versus opsøgende behandlere
- forandringsorienteret versus omsorgsorienteret behandlingskontakt
- personlige relationer versus neutrale, professionelle kontakter
- åbne rum versus lukkede døre.

Forskellene i behandlingsstrategi har delvist deres baggrund i, at de studerede behandlingsinstitutioner har forskellige målsætninger, målgrupper

og indretning, men de genspejler også holdningsforskelle og variationer i definitionerne af 'god behandling' hos behandlerne. Nogle behandlere er fx overbevist om, at en afventende behandlingskontakt er den bedste for brugerne, da de mener, at brugerne har godt af at tage ansvar for deres egen behandling og bestille tid til samtaler. Disse behandlere mener også ofte, at behandlingskontakten skal være forandringsorienteret, det vil sige, at kontakten skal tage udgangspunkt i et klart formuleret ønske eller en plan fra brugerens side. Andre behandlere mener omvendt, at en ensidig forandringsorientering skræmmer nogle brugergrupper væk – de allersvageste brugere har ikke kræfter til – og måske heller ikke interesse i – at lægge planer for fremtiden, at bestille tid til samtaler og at møde op til de aftalte tider. Nogle behandlere mener, at det primært er omsorg, brugerne behøver, og indhold i hverdagen gennem fællesaktiviteter og samvær med andre brugere på institutionen. Uformelt samvær og en opsøgende behandlingskontakt fra behandlernes side er ifølge disse interviewpersoner afgørende for, at brugerne får den hjælp, de behøver. Andre behandlere igen kritiserer den opsøgende og intervenerende behandlingsstrategi for at være 'omklamrende'. Brugere bliver 'klientgjort' og lærer sig ikke at tage ansvar for deres egne problemer, siger disse kritikere, hvis man konstant 'prikker dem på skulderen'.

Interviewene med brugere viser følgende mønster: De interviewede brugere er gennemgående kritiske over for behandlingsinstitutioner, hvor behandlerne er afventende, og hvor de selv skal opsøge behandlerne, bestille tid etc., hvis de ønsker behandlingskontakt. De vil gerne have, at behandlerne er opsøgende og tager initiativer i forhold til behandling, og de kritiserer den afventende behandlingsstrategi for at lede til, at der bliver etableret for få behandlingskontakter. De bryder sig heller ikke om institutioner, hvor alle eller de fleste behandlingskontakter er forandringsorienterede, og hvor behandlerrollen er præget af 'professionel distance'. Generelt set vil brugerne hellere have, at kontakten til behandlerne foregår i 'åbne rum', at behandlingen ikke kun handler om forandring, men også om omsorg, og at relationerne til behandlerne bærer et 'personligt præg' (se kapitel 3 for en definition af begreberne 'personligt præg' henholdsvis 'professionel distance'). Brugere er dog heller ikke fortalere for en ren omsorgsstrategi, hvor alle forandringsambitioner er opgivet. De allerfleste interviewpersoner synes at foretrække en blanding af de to modeller: Omsorg, der er kombineret med forandringsarbejde på et ambitionsniveau, som brugerne magter, samt person-

lige og engagerede relationer, som kan forvandles til professionelt og målrettet behandlings- og sagsbehandlingsarbejde ved behov.

Følgende diskussionspunkter kan nævnes i forhold til behandlingsstrategier:

- Den relativt lave registrerede behandlingsintensitet (beskrevet under ”Behandlingsintensitet og behandlingsindhold” ovenfor) kan sandsynligvis delvis forklares med, at den afventende behandlingsstrategi er dominerende på nogle behandlingsinstitutioner. Behandlingsrelationer præget af behandlerholdningen, at det er op til brugeren at tage kontakt til systemet, leder til få kontakter ifølge de interviewede brugere. Mange brugere kan ikke leve op til kravet om, at de skal have et klart formuleret ønske eller en plan, *før* de kontakter behandleren. Et klart budskab fra de interviewede brugere er, at de ønsker en mere opsøgende strategi fra behandlingssystemets side. Ingen brugere ønsker mindre kontakt med behandlerne, end de har i dag, mens mange ønsker mere kontakt.
- Den strategiske strukturering af behandlingssystemet i Københavns Kommune kan beskrives som todelte: En del (specifikt rådgivningscentre/modtageenhederne) varetager de mere forandringsorienterede tilbud, og en anden del fokuserer mere på omsorg og relationsarbejde (ambulatorierne/behandlingsenhederne). I førstnævnte del af behandlingssystemet er kravene til brugerne større, mens det karakteristiske ved sidstnævnte del er, at målsætningerne om et ambitiøst *forandringsarbejde* er nedtonet. Denne todeling er ikke et særligt københavnsk fænomen, men afspejler den grundlæggende sontring mellem målsætninger om stoffrihed og skadesreduktion, som også kommer til udtryk fx i den nationale narkotikapolitik (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003). Man kan dog diskutere det hensigtsmæssige i todelingen. Mange brugere har været glade for ambulatorierne, for omsorgen, medmenneskeligheden og relationsarbejdet, som de forbinder med dem. Andre oplever, at ambulatorierne har været for lidt fokuseret på forandring og *løsning* af misbrugsproblemer. Omvendt kritiserer mange brugere rådgivningscentrene for at være for lidt omsorgsorienterede og for meget præget af den ’kølige’, professionelle behandlingskontakt. Svaret på denne kritik kunne være en behandlingsmodel, hvor man blander de to tilbudsformer: Omsorgsorienterede tilbud, som indeholder flere elementer af foran-

dringsarbejde (på et niveau, som brugerne ønsker og magter), og/eller forandringsorienterede tilbud, som er opsøgende og som accepterer, at ikke alle brugere formår at tage initiativer, afholde mødetider, lægge fremtidsplaner osv.

STOFFRIHED OG BRUGERNES SELVBESTEMMELSE

Hvilke holdninger til målsætningen om stoffrihed finder man hos de interviewede behandlere og brugere, og hvad sker der i situationer, hvor der er uklarhed omkring, hvilken målsætning man skal vælge?

De interviewede behandlere opererer med en klar distinktion mellem behandling orienteret mod stoffrihed og behandling orienteret mod skadesreduktion. De betragter de to orienteringer som udtryk for to separate behandlingsideologier: En 'traditionel' behandlingstilgang, hvor det var behandlerne (og samfundet generelt), som bestemte, at alle misbrugere skulle efterstræbe stoffrihed, og en mere tidssvarende tilgang, hvor formålet er at sikre brugernes livskvalitet, uanset om de er indstillet på stoffrihed eller fortsat stofmisbrug. Behandlerne identificerer gennemgående deres egne behandlingsinstitutioners tilbud til opiatmisbrugere med sidstnævnte ideologi og betoner, at det i dag er brugerne, som bestemmer både behandlingsform og behandlingsmålsætning. Kun på denne måde kan brugerne generobre retten til – og ansvaret for – deres egne problemer og undgå den 'klientgørelse', som prægede gårsdagens behandlingssystem, mener de interviewede behandlere. Hvis brugerne ønsker stoffrihed, får de ifølge behandlerne hjælp til at opnå dette, men hvis de ønsker at fortsætte med at misbruge stoffer eller mener, at de ikke magter at holde op med det, får de derimod hjælp til at få så godt et liv som muligt på stoffer. Skadesreduktionstilgangen, som behandlerne tilslutter sig, er således tæt forbundet med forestillingen om brugernes selvbestemmelse.

Skadesreduktionstilgangen – sådan som den bliver beskrevet af de interviewede behandlere på rådgivningscentre og ambulatorier²⁵ – er gennemgående forbundet med en udtalt skepsis til stoffrihed som be-

25. Det skal her understreges, at vi kun har interviewet behandlere i det ambulante behandlingssystem. Hvis vi også havde interviewet repræsentanter for døgnbehandlingsinstitutioner, ville behandlernes holdninger nok have set anderledes ud.

handlingsmålsætning. Behandlerne mener generelt ikke, at opiatmisbrugere (med undtagelse af de alleryngste) *kan* blive stoffri, og de er derfor af den opfattelse, at det er meningsløst at have denne målsætning i behandlingsarbejdet. Stoffri behandling har sjældent en positiv effekt, mener disse behandlere, den giver brugerne nye nederlag, og den kan være farlig for brugerne på grund af risikoen for voldsomme tilbagefald. Behandlerne betragter generelt en vekslen mellem stoffrihed og tilbagefald som mere negativ for brugernes fysiske og psykiske tilstand end en stabil tilværelse i substitutionsbehandling. En anden tendens i interviewmaterialet er, at mange behandlere nedtoner betydningen af overhovedet at have en behandlingsmålsætning i forhold til stofbrug og misbrug. Fortsat stofbrug (legalt og/eller illegalt) blandt brugerne er ganske enkelt ikke det vigtigste at fokusere på i behandlingen, siger flere af de interviewede behandlere, som ofte mener, at man i det 'traditionelle' behandlingssystem har været alt for fokuseret på brugernes forhold til stoffer. Behandlernes 'ikke-fokus' på stofbrug og misbrug i dagens behandlingssystem viser sig i det faktum, nævnt ovenfor, at kun en mindre del af journalerne (ca. en femtedel) indeholder notater om, at disse emner er blevet diskuteret med brugerne i en halvårsperiode.

I undersøgelsen har vi også set på brugernes holdninger til stoffrihed, både i journalmaterialet og i de kvalitative interview. Journalanalysen af 180 brugeres målsætninger viser, at 36 pct. af brugerne – ifølge notaterne i deres journaler – har stoffrihed som deres aktuelle behandlingsmålsætning, mens 24 pct. ønsker substitutionsbehandling. Andelen af brugerjournaler, som mangler en aktuel behandlingsmålsætning, er dog stor, nemlig 38 pct. 'Aktuel' er i vores registrering defineret meget lempeligt: Hvis behandlerne inden for de seneste to år har registreret en behandlingsmålsætning, kategoriserer vi den som aktuel. Den store andel brugere uden aktuel behandlingsmålsætning hænger sandsynligvis sammen med de behandlerholdninger, vi beskrev ovenfor: Behandlerne betragter stoffrihed som en urealistisk målsætning for de fleste opiatmisbrugere og flytter derfor fokus fra spørgsmålet om stoffrihed til mere akutte problemstillinger som brugernes helbred, boligforhold, økonomi etc. – problemstillinger, som ikke nødvendigvis kan samles i en overordnet 'behandlingsmålsætning' på samme måde, som stoffrihed kunne i det traditionelle behandlingssystem.

I de kvalitative interview med brugere har vi spurgt interviewpersonerne, hvilken målsætning de selv har med den behandling, de ak-

tuelt befinder sig i. Svarene fordeler sig på denne måde: 20 af de 30 interviewede brugere fortæller, at de ønsker at blive helt stoffrie, og/eller at de gerne vil trappe ned i deres metadondosis, seks personer ønsker hverken nedtrapning eller stoffrihed, og to siger, at de ikke har besluttet sig til, om de vil blive stoffrie eller fortsætte på metadon (to af de interviewede får ikke metadon på interviewtidspunktet). Flere af de brugere, som ønsker stoffrihed og/eller nedtrapning, tager dog forbehold og giver udtryk for stor usikkerhed i forhold til deres mulighed for faktisk at gennemføre en stoffri behandling eller nedtrapning. Brugernes holdninger er også præget af forestillingen om, at det primært er de alleryngste brugere, som skal have tilbudt stoffri behandling. De ældre brugere har i en vis udstrækning accepteret, at stoffrihed ikke nødvendigvis er en realistisk målsætning for dem.

Hvilken information giver undersøgelsen om brugernes selvbestemmelsesret i forhold til behandlingsform og indhold? Hovedindtrykket af journalundersøgelsen er, at brugerne har stor selvbestemmelsesret, og at behandlerne så vidt muligt prøver at efterkomme brugernes behandlingsønsker. Brugere, som ønsker metadonbehandling, bliver stort set altid bevilget dette med undtagelse af de alleryngste brugere, som nogle gange bliver tilbudt alternative behandlingsformer. Brugere, som ønsker døgnbehandling, får også i majoriteten af tilfældene bevilget dette. En del af journalerne viser, at der forud for bevillingen kan forekomme lange og komplicerede visitations- og afklaringsprocesser. Dette kan fx være tilfældet i sager, hvor brugerne allerede har været igennem flere (mere eller mindre mislykkede) døgnbehandlingsforsøg. Processen stiller en række krav til brugerne, krav om afholdelse af mødeaftaler, krav om stabilitet, krav om, at brugeren skal demonstrere behandlingsmotivation, krav om socialt acceptabel adfærd etc., som ikke alle brugere kan honorere. Processen er også ressourcekrævende for behandlingssystemet og stiller krav til behandlerne om professionalitet og fleksibel opgaveløsning.

Følgende diskussionspunkter kan nævnes i forhold til stoffrihed og brugernes selvbestemmelse:

- Vores undersøgelsesmateriale tyder samlet set på, at målsætningen om stoffrihed har større opbakning i brugergruppen end hos behandlerne. En udtalt 'målsætning' om stoffrihed hos brugerne betyder dog ikke, at brugerne efterstræber stoffrihed her og nu, eller at

de betragter målsætningen om stoffrihed som realistisk. Det er altså ikke sådan, at der findes en gennemgående uenighed om behandlingsmålsætninger (stoffrihed vs. andre målsætninger) mellem brugere og behandlere, og at behandlingssystemet ignorerer brugerens ønsker. Tværtimod viser journalundersøgelsen, at flertallet af brugere, som søger om stoffri behandling, faktisk får deres ønske opfyldt. Det traditionelle 'motivationsarbejde' i misbrugsbehandlingen – dvs. at behandleren prøver at motivere brugeren til stoffri behandling – er imidlertid stort set opgivet på de københavnske behandlingsinstitutioner. I stedet kan vi registrere nye former for behandlingsarbejde, hvor behandlerne gennem bredspektrede indsatser prøver at hjælpe brugerne til forbedret livskvalitet.

- Idealet om, at brugerens 'motivation' og ønsker skal være altafgørende for behandlingsvalget, er ikke altid let at efterleve i virkelighedens behandlingsverden. Brugers motivation og ønsker opstår ikke i et vakuum, og deres behandlingsønsker kan heller ikke realiseres i et vakuum, men må altid ses i relation til de behandlingsmuligheder, som brugerne har. Visitations- og behandlingsprocessen afhænger således af behandlingssystemets opbygning og ressourcer, behandlingens fokus, behandlerens skøn over brugerens faktiske behandlingsbehov osv. Den ambulante behandling for opiatmisbrugere i København er som sagt præget af det såkaldte skadesreduktionsprincip, og dette princip kan ikke undgå at påvirke visitationsprocessen, lige så lidt som behandlerens overbevisning om, at opiatafhængighed stort set altid er en kronisk tilstand, kan gøre det.
- Mange udrednings- og visitationsprocesser er ukomplicerede – fx i tilfælde, hvor en ældre, behandlingserfaren bruger ønsker metadon, eller en ung bruger uden tidligere behandlingserfaring ønsker et ophold på en stoffri behandlingsinstitution. I nogle tilfælde bliver sagerne dog lange og indviklede, fx i situationer, hvor brugeren søger døgnbehandling, og behandlerne først skal udrede, om brugeren er motiveret nok og stabil nok til, at en sådan behandling kan bevilges. Det kan diskuteres, om de lange udredningsprocesser – som udgør en minoritet i vores materiale – fører noget godt med sig. Spørgsmålet er bl.a., om det er hensigtsmæssigt at kræve stabilitet af brugerne, før man (evt.) sender dem i døgnbehandling, og om stabilitet faktisk er et godt mål på behandlingsmotivation. Man kan lige så godt argumentere for, at et ustabil fremmøde i afklaringsprocessen er et

tegn på, at brugeren har mistet kontrollen over sit liv, og at han/hun netop derfor er i behov for en mere intensiv – og umiddelbar – behandlingsindsats.

SKADESREDUKTION OG METADONBEHANDLING

Hvad siger de interviewede behandlere og brugere om fænomenet skadesreduktion og om metadonbehandlingen?

Alle behandlere, vi har interviewet, er, som allerede nævnt, positive over for skadesreduktionstilgangen, hvor fokus er flyttet fra brugerens indtag af stoffer til konsekvenserne af deres stofbrug. Metadonbehandling er for de interviewede behandlere en central del af skadesreduktionstilgangen. Andre dele er en række praktiske tiltag i forhold til bolig, økonomi, helbred og hverdagslige ting, såsom servering af morgenmad, sårpleje, rene sprøjter etc. Metadon er ifølge behandlerne et stof, som ikke længere er omgivet af restriktioner og moralske diskussioner. Metadon hjælper brugerne med at håndtere deres misbrugsproblemer og stabiliserer deres liv, sådan at de kan fokusere på andre ting end at skaffe penge til stoffer. Metadon*nedtrapning* er derfor ikke noget, som brugerne bliver opfordret til, da det typisk medfører, at de trapper deres brug af illegale stoffer op i stedet. Metadon*nedtrapning* kan – ligesom stoffri behandling – være negativt også af den grund, at mislykkede nedtrapnings-/behandlingsforsøg giver brugerne nye nederlag, og fordi nedtrapning øger risikoen for overdosis-dødsfald ved tilbagefald. Hvis brugerne selv ønsker nedtrapning, kan de dog få hjælp til det af behandlerne, som sammen med brugeren lægger en plan for, hvordan nedtrapningen skal foregå, og hvilke foranstaltninger der kan støtte brugeren i processen.

Blandt brugerne er holdningerne til metadon – og skadesreduktionstilgangen generelt – mere komplicerede end blandt behandlerne. ”Skadesreduktion” er for det første et begreb, som få brugere kender. Nogle brugere erklærer sig dog enige i tilgangens grundlæggende ideer, når de får dem forklaret for sig. De fremhæver institutionernes praktiske tilbud (ikke mindst morgenmad, men også fællesaktiviteter, sundhedstilbud etc.) som positive, og flere mener også, at fixeprojekter og fixerum er en god idé, andre er uenige og mener, at fixerum er ’nedbrydende’ i modsætning til fx morgenmad, som alle er enige om, er et godt tilbud.

I forhold til metadonbehandling nævner brugerne mange positive effekter. Den vigtigste er, at metadonen mindsker behovet for at skaffe penge gennem kriminalitet – og for kvindernes vedkommende: prostitution – og bl.a. derfor reducerer stressniveauet i deres liv. Brugerne mener også, at metadonbehandlingen normaliserer deres liv på andre måder. De føler, at de er blevet bedre til at 'passe deres ting' (fx indkøb og rengøring), og de mener, at metadonbehandlingen har gjort deres økonomiske situation mere stabil, og at de lever et mere værdigt liv på metadon, end før de startede i behandling. Disse oplevelser fra brugernes side er meget vigtige at notere.

Samtidig med, at metadonbehandlingen har disse positive funktioner, nævner brugerne også en række problematiske aspekter ved metadonbehandling. Brugerne kritiserer først og fremmest metadonbehandlingen for, at den skaber en ny og svær afhængighed i deres liv. De oplever, at de er 'slaver', at de har 'usynlige håndjern på', at de er 'lænket til metadon'. Mange brugere siger, at metadon skaber en fysisk afhængighed, som er sværere at komme fri af end heroinafhængighed. De fortæller også om det ydmygende i afhængigheden af behandlernes vurderinger og 'goodwill' og om angsten for pludselig ikke at kunne få metadon, hvis behandlerne fx strejker, eller hvis der pludselig bliver indført restriktioner i metadonordinationer. En del brugere siger, at de fortryder, at de nogensinde begyndte i metadonbehandling. De mener, at de fik tilbudt metadonbehandling for tidligt, og at de med tiden er kommet op på alt for høje metadondoser, og at det har medført, at de i dag ikke længere kan komme af med deres misbrugs- og afhængighedsproblemer – en afhængighed, som altså ikke kun omfatter stoffer, men også behandlingssystemet.

Brugernes oplevede afhængighed af metadon og af behandlingssystemet er temaer, som fylder rigtig meget i brugerinterviewene. Omvendt er der næsten ingen af behandlerne, som nævner disse temaer, og hvis de gør det, så er det snarest i en positiv ordlyd, som står i skarp kontrast til den negative ordlyd hos brugerne. Hellere afhængighed af metadon og behandlingssystemet end af heroin og det illegale stofmiljø, mener flere behandlere, som også opfatter "fastholdelse i behandling" som et entydigt positivt fænomen. Brugerne derimod er ofte fortvivlede over at have fået endnu en form for afhængighed ind i deres liv, om end også mange af dem betoner, at metadonbehandlingen har hjulpet dem meget.

Der kan nævnes følgende diskussionspunkter i forhold til skadesreduktion og metadon:

- Brugerne mener generelt, at metadonbehandlingen er til stor hjælp for dem. Den gør deres tilværelse mindre stresset, den bidrager til normalisering og gør, at deres liv bliver mere værdigt. Samtlige materialer i undersøgelsen tegner billedet af et metadonbehandlingssystem, hvor brugerne bliver respekteret som de mennesker, de er, hvor kontrol- og straffeforanstaltninger mere eller mindre er afskaffet, og hvor brugeren bliver inddraget og hørt i vigtige beslutninger.
- Når dette er sagt, er det imidlertid vigtigt at pointere, at brugernes holdninger til metadon er præget af en meget udtalt ambivalens. De interviewede brugere mener på den ene side, at metadonen hjælper dem, på den anden side udtrykker de stor frustration over den afhængighed af metadon og behandlingssystemet, som metadonbehandlingen skaber. Vores fortolkning af brugerinterviewene er, at brugerne behøver hjælp til at håndtere denne dybfølte afhængighed.
- Metadonnedtrapning er noget, som mange brugere udtrykker en interesse i (både i journalerne og i vores interview), men som personalet mange gange forholder sig skeptisk til på grund af risikoen for øget sidemisbrug. Spørgsmålet er dermed, om brugerne er tilstrækkeligt informeret om, at metadonbehandling i København oftest er vedligeholdelsesbehandling og ikke et led i et forsøg på at (på sigt) blive afgiftet og stoffri, som flere brugere forestiller sig det. I det hele taget kan man spørge sig selv, om informationen om ændringen i behandlingstilgang fra det traditionelle stoffrihedsprincip til skadesreduktionsprincippet har været tilstrækkelig i forhold til opiatmisbrugere. Én ting er, at de ikke kender begrebet skadesreduktion. En anden ting er, at de tilsyneladende ikke har fået forklaret tilgangens grundlæggende principper – fx et skift i fokus fra den psykosociale behandling til medicinske indsatser og hjælp til at løse sociale problemstillinger.

STABILISERING, SIDEMISBRUG – OG FREMTIDEN

De brugere, som er omfattet af denne undersøgelse (198 brugere i journalundersøgelsen, 30 i den kvalitative interviewundersøgelse), udgør en

meget udsat gruppe samfundsborgere. De fleste har en problematisk baggrund i termer af familieforhold, skolegang mv. Misbrugsproblemer hos brugernes forældre bliver nævnt i knap en tredjedel af brugerjournalerne (andelen uoplyst er dog stor, 40 pct.), og også de kvalitative brugerinterview vidner om omfattende misbrugsproblemer blandt brugernes familiemedlemmer (forældre, søskende – og i nogle tilfælde bedsteforældre). Brugernes uddannelsesmæssige baggrund er generelt dårlig: Kun 13 pct. har en uddannelse efter grundskolen, mens majoriteten har afsluttet skolen efter deres 9. (i nogle tilfælde 10.) skoleår. Hvad brugernes levkår her og nu angår, kan man konstatere, at en lille minoritet har tilknytning til arbejdsmarkedet, mens majoriteten (i alt mindst 83 pct.) lever af kontanthjælp eller førtidspension. Også i de kvalitative interview udtrykker de allerfleste brugere, at de ikke aktuelt er interesseret i og/eller mener at kunne klare et arbejde eller en aktivering. Interviewpersonerne oplever også, at metadonbrugere ikke er velkomne i arbejdslivet, og nogle brugere fortæller om negative oplevelser, når arbejdsgivere/kolleger har fået at vide, at de er i metadonbehandling. I forhold til brugernes boligsituation viser journalerne, at majoriteten (77 pct.) har en selvstændig bolig, mens 16 pct. er registreret som boligløse eller bor hos familie (andelen uoplyst er 8 pct.).

Brugerjournalerne og vores kvalitative interview vidner også om meget udbredte ensomhedsproblemer hos brugerne og om følelser af marginalisering og isolering fra det 'normale' samfundsliv. Størstedelen af vores interviewpersoner lever alene, og flere fortæller, at de intet andet netværk har end et antal andre misbrugere, som de ofte ikke betragter som venner, men snarere bekendte, et eller to familiemedlemmer, som de typisk har et kompliceret forhold til, og evt. behandlerne på behandlingsinstitutionen.

En faktor, som vanskeliggør en 'stabilisering' af brugernes liv, er, at sidemisbrug er meget udbredt. De interviewede behandlere mener generelt, at de fleste brugere har en eller anden form for sidemisbrug (misbrug af heroin, kokain, hash og andre illegale stoffer, illegalt brug af medicin og/eller alkoholmisbrug) enten regelmæssigt eller i perioder. Tilsvarende siger de brugere, vi har interviewet, at "mange", "de allerfleste" eller "alle" (formuleringerne varierer fra interview til interview) har sidemisbrug. Vores klare indtryk fra interviewene (og fra journalerne) er, at graden af stabilisering i brugernes liv har en stærk sammenhæng med omfanget af deres sidemisbrug. Der er i interviewundersøgelsen en min-

dre gruppe brugere, som tilsyneladende kun indtager metadon, dog ofte i kombination med psykofarmaka og/eller alkohol og hash. Denne gruppe er den mest stabile i hele materialet. For flertallet af interviewpersonerne gælder det, at de betragter metadonen som et 'sikkerhedsnet', som holder de frygtede opiatabstinenser på afstand, men at de mere eller mindre regelmæssigt kombinerer metadonen med indtag af andre stoffer.

Afslutningsvis i interviewundersøgelsen har vi spurgt til brugerne fremtidsplaner og ønsker, både i forhold til målsætningen om stabilisering og mere generelt. Svarene på disse spørgsmål er meget forskellige. På den ene side er der en gruppe brugere, som har taget stabiliseringskonceptet til sig. De efterstræber "et stille og roligt liv på metadon" og ønsker/forventer ikke større ændringer i livet fremover. På den anden side er der en gruppe brugere, som er kritisk indstillet til stabilisering som behandlingsmålsætning, og som mener, at det er det samme som 'stagnation', 'stilstand', 'ikke-udvikling'.

I forhold til de mere generelle spørgsmål om fremtidsplaner og ønsker udtrykker mange brugere opgivenhed. De siger enten, at de ingen fremtidsplaner har, eller at de planer og ønsker, de har til fremtiden (stoffri venner, stoffri kæreste, uddannelse, arbejde etc.), er urealistiske. Interviewene viser som nævnt, at mange brugere føler sig stempet og marginaliseret i forhold til 'normalsamfundet'. Københavns Kommune skriver i sin sektorplan på stofmisbrugsområdet, at "*Arbejde, uddannelse og interpersonelle relationer kan varetages under en metadonbehandling, som således primært har rehabilitering/resocialisering som sit mål, mens stoffrihed bliver en irrelevant størrelse*" (Københavns Kommune, 2006a: 31). Mange brugeres oplevelse er imidlertid, at hvis man er på metadon, så er man 'narkoman' i kollegers, familiens og egne øjne. Målsætningen om stabilisering og rehabilitering på metadon mangler i brugernes opfattelse en anerkendelse i samfundet, og dette gør, at også brugerne har vanskeligheder ved at tage den til sig som en acceptabel og respektabel fremtidsplan.

Følgende fokuspunkter kan nævnes i forhold til stabilisering, brugernes livssituation og fremtidsplaner:

- Brugere i vores undersøgelse (journalmaterialet og de kvalitative interview) er en meget udsat gruppe i samfundet med omfattende problemer i forhold til familiebaggrund, socialt netværk, helbred, økonomi etc. Skadesreduktionstilgangens insisteren på, at brugerne skal hjælpes med en bredspektret indsats, som ikke kun fokuserer på

misbrugsproblemer, men på misbrugets sociale og helbredsmæssige konsekvenser, er afgørende vigtig at fastholde.

- Sidemisbrug blandt brugerne er et meget synligt problem både i journalmaterialet og i vores behandler- og brugerinterview. Nogle brugere – og behandlere – ser sidemisbruget som en nødvendighed i brugernes liv. Brugere *er* narkomaner, de *vil* derfor opleve 'kick' (hvilket metadonen typisk ikke kan give dem) og bliver derfor *nødt til* at opsøge illegale stoffer, siger disse interviewpersoner. Graden af stabilitet i brugernes liv har som nævnt en sammenhæng med forekomsten og omfanget af brugernes sidemisbrug. Hvis man skal pege på et område i dagens behandlingssystem, hvor brugere ikke ser ud til få tilstrækkelig hjælp, så er det netop i forhold til sidemisbrug. Vores fremhævelse af dette område skal ikke læses som en opfordring til en mere restriktiv metadonpraksis, hvor sidemisbrug bliver kontrolleret (gennem urinprøver) og sanktioneret. Det skal snarere læses som en anerkendelse af et hjælpebehov, som brugerne selv beskriver, og som er afgørende vigtig for skadesreduktionstilgangens succes.
- Et gennemgående træk i vores brugerinterview er håbløshed, perspektivløshed og mangel på orientering mod fremtiden hos brugerne. Håbløsheden kan givetvis skyldes brugernes misbrugsproblemer i sig selv og deres udsatte livssituation generelt. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at rollen som langtids-metadonbruger i et samfund, som ligestiller metadonbrugere med 'narkomaner', bidrager til denne håbløshed. Det er også vigtigt at påpege, at 'stabilisering' er en behandlingsmålsætning, som ikke alle brugere har taget til sig. For brugere, som ser stoffrihed som deres eneste adgangsbillet til (re)integration i samfundet, kan stabilisering fremstå som en ikke-målsætning eller en negativ målsætning (stagnation, fastlåsthed). Skadesreduktionsprincippet indeholder dermed både en tryghed – brugere oplever, at de ikke bliver presset til noget, de ikke selv kan magte – og en potentiel resignation. Brugere møder respekt og forståelse i behandlingssystemet, som gerne vil 'anerkende' deres ret til at være misbrugere. Ude i samfundet – i arbejdslivet, uddannelsessystemet, i brugernes familie og blandt deres ikke-misbrugende bekendte – er anerkendelsen af metadonbrugere dog ofte begrænset. Brugernes status som 'kroniske' misbrugere kan dermed i værste til-

fælde medføre, at de fastholdes i en position 'uden for samfundet', og at de bliver behandlet som grundlæggende anderledes end andre mennesker.

BILAG 1:

INTERVIEWGUIDE V. BRUGERINTERVIEW

BEHANDLINGSERFARING

- Hvornår startede du med at komme på det her på [Institution X]?
- Hvem bestemte, at du skulle her hen?
- Hvad synes du om at være her?
- Hvor længe har du brugt stoffer? Hvilke?
- Har du været på andre behandlingssteder før? Hvordan kom du derhen?
- Kunne du tænke dig at komme i stoffri behandling/på rekreationsophold i fremtiden?

MÅLSÆTNINGER/ØNSKER

- Hvad er dit mål med at komme her?
- Snakker du med din kontaktperson om målsætningerne for din behandling?
- Kunne du tænke dig et job eller en uddannelse?

ANSVAR OG INDFLYDELSE

- Er der brugerindflydelse her på stedet?
- Er det dig selv eller personalet, der bestemmer, hvad der skal ske i *din* behandling? (Fx metadon og medicin, behandlingstilbud, samtaler)
- Kan du beskrive, hvordan det er at være afhængig af stoffer?
- Hvad er dit eget ansvar i forhold til din behandling?

METADON

- Kan man have et godt liv på metadon?
- Tror du, man kan passe et almindeligt arbejde, mens man er på metadon?
- Er der nogen, du ikke vil fortælle, at du er på metadon?
- Er der nogen, som har brug for noget ved siden af metadonen? Har du haft? Har du nu?

NETVÆRK

- Kommer du her hver dag?
- Hvor tit ser du andre mennesker end dem, der kommer her på ambulatoriet?

HARM REDUCTION

- Kender du begrebet *harm reduction* eller skadesreduktion? Hvis ja, hvad forstår du ved det?
- Sådan noget som metadon og sprøjtebytteordninger, hvad synes du om det? (Skal det være let eller svært at få metadon? Er der nogen der ikke skal have metadon?)

LIVSKVALITET

- Hvad er det vigtigste i dit liv lige nu?
- Hvad ønsker du for fremtiden?

BILAG 2.1:

INTERVIEWGUIDE V. BEHANDLERINTERVIEW PÅ RÅDGIVNINGSCENTRE

MÅLSÆTNINGER & MÅLGRUPPER

- Københavns Kommune præsenterer på deres hjemmeside rådgivningscentrene som indgangen til behandlings- og omsorgssystemet for stofafhængige. Kan du uddybe beskrivelsen af denne funktion?
- Kan du kort beskrive, hvordan I kommer i kontakt med stofafhængige?
- Hvad sker der efter den første kontakt? (Er det muligt at beskrive forskellige idealtypiske forløb?)
- Hvordan opstilles og justeres målsætningerne for hver enkelt bruger?
- Hvordan skelner man mellem brugere, som kan/skal have stoffrihed som mål, og brugere, som ikke skal have det?
- Hvad karakteriserer brugere (generelt, ikke kun på institutionen), for hvilke stoffrihed kan være målet?
- Findes der efter din mening brugere, som aldrig vil kunne blive stoffrie?
- Hvilke forhåbninger og målsætninger har jeres brugere, når de kommer her? (Er de realistiske?)

- Brugerindflydelse og en betoning af brugerens eget ansvar er centrale strømninger i socialt arbejde for tiden. Hvordan ser du på disse tendenser i forhold til de svageste stofmisbrugere?

SKADESREDUKTION

- Hvad forstår du ved skadesreduktion/*harm reduction*?
- Kan stoffrihed betragtes som en del af skadesreduktion, eller er der efter din mening en modsætning mellem skadesreduktion og stoffrihed som behandlingsmål?
- Udviklingen fra stoffrihedstilbud til skadesreduktionstilbud – hvad har den betydet for de svageste misbrugere?

LIVSKVALITET

- Livskvalitet: Hvad forstår du ved det begreb?
- Hvad tror du, jeres brugere forstår ved livskvalitet?
- Hvilke komponenter af livskvalitet skal det offentlige system hjælpe borgere med?

BILAG 2.2:

INTERVIEWGUIDE V. BEHANDLERINTERVIEW PÅ AMBULATORIER

MÅLSÆTNINGER & MÅLGRUPPER

- Hvordan rekrutterer man klienter til institutionen?
- Hvilke målsætninger for behandling/omsorg arbejder man ud fra på institutionen?
- Brugerindflydelse og en betoning af brugerens eget ansvar er centrale strømninger i socialt arbejde for tiden. Hvordan ser du på disse tendenser i forhold til institutionens målgruppe?
- Hvordan opstilles og justeres målsætningerne for hver enkelt bruger (i hverdagen og ved modtagelse af nye brugere)?
- Hvordan skelner man mellem brugere, som kan/skal have stoffrihed som mål, og brugere, som ikke skal have det?
- Hvad karakteriserer brugere (generelt, ikke kun på institutionen), for hvem stoffrihed kan være målet?
- Findes der brugere, som aldrig vil kunne blive stoffrie?
- Hvilke forhåbninger og målsætninger har jeres brugere, når de kommer her?

SKADESREDUKTION/HARM REDUCTION

- Hvad er skadesreduktion i din og i institutionens forståelse?
- Kan stoffrihed betragtes som en del af skadesreduktionen, eller er der en modsætning mellem skadesreduktion og stoffrihed som behandlingsmål?
- Udviklingen fra stoffrihedstilbud til skadesreduktionstilbud – hvad har den betydet for de svageste misbrugere?

LIVSKVALITET

- Livskvalitet: Hvad forstår du ved det begreb?
- Hvordan definerer og arbejder man med livskvalitet på institutionen?
- Hvad tror du, jeres brugere forstår ved livskvalitet?
- Hvilke komponenter af livskvalitet er det institutionens mål at hjælpe brugerne med?

LITTERATUR

- Adams, R. (1996): *Social Work and Empowerment*. New York: Macmillian Press Ltd.
- Alkohol- og Narkotikarådet (1984): *At møde mennesket hvor det er ... Om behandlingen af stofmisbrugere*. København: Alkohol- og Narkotikarådet.
- Andersen, D. & Järvinen, M. (2006): ”Skadesreduktion – idealer og paradokser” i *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* vol. 23, 5, 305-322.
- Andersen, D. (2007): *Stofmisbrugeres behandlingsansvar – Personlige målsætninger i en institutionel kontekst*. København: Sociologisk Institut, Københavns Universitet, Det Samfundsvidenskabelige Fakultets Reprocenter.
- Andersen, J., Tyroll Beck, A.M., Nordgaard Fotel, T., Juul Kristensen, C. & Elm Larsen, J. (2003): ”Indledning. Empowerment i storbyens rum” i *Empowerment i storbyens rum. Et socialvidenskabeligt perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag: 9-40.
- Andersen, M. L., Brok, P. & Mathiasen, H. (2000): ”Kapitel 1: Introduktion” og ”Kapitel 2: Velfærdsstat, socialpolitik og empowerment” i *Empowerment på dansk*. Frederikshavn: Dafolo Forlag: 13-58.

- Asmussen, V. & Dahl, H. (2002): "Skadesreduktion som forebyggelse på stofmisbrugsområdet". *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, Helsingfors; 19(4), 249-261.
- Asmussen, V. & Kolind, T. (2005): *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Bjerger, B. (2004): "Metadonister" og forestillingen om det selvforvaltende individ. *Empowerment i virkeligheden og virkeligheden i empowerment. En antropologisk analyse af relationen mellem forestillinger, individ og praksis i det daglige arbejde med mennesker i metadonbehandling*. Århus: Magisterkonferensspeciale, Afdelingen for Etnografi og Antropologi, Århus Universitet.
- Brandt, P. (1987a): "Hjemløshed og psykisk lidelse" i: *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*. Oslo: Universitetsforlaget, vol. 41, nr. 4, 295-301.
- Brandt, P. (1987b): "Hjemløse psykiatriske "svingdørspatienter"" i: *Ugeskrift for læger*. København: 149/31 1987.
- Ege, P. (2003): "Urinkontrol i behandlingen af opioidmisbrugere" i: *Ugeskrift for læger*. København: Nr. 13/2003, 1346.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003): *Kampen mod narko – handlingsplan mod narkotikamisbrug*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jakobsen, F., Lindstad, J. K., Malmgren, M. & Hansen, F. K. (2008): *Stofmisbrugere i kommunerne – muligheder og barrierer efter kommunalreformen*. København: Center for Alternativ Samfundsanalyse.
- Jöhncke, S. (1997): *Brugererfaringer. Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktcentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97*. København: Socialdirektoratet.
- Juul Kristensen, C. (2003): "Myndiggørelse gennem legitim perifer deltagelse – et teoretisk bud på et mål for aktiveringsindsatsen" i *Empowerment i storbyens rum. Et socialvidenskabeligt perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag: 162-184.
- Karnov (2006): *Karnovs lovsamling, pkt. 439*. København: Forlaget Thomson, bind 1, 22. udgave.
- Københavns Kommune (2003): *Sektorplan for Københavns Kommunes indsats over for stofafhængige 2001-2003*. København: Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune, 22. oktober 2003.

- Københavns Kommune (2006a): *Sektorplan for Københavns Kommunes indsats over for stofmisbrug 2006-2008*. København: Socialforvaltningen, Københavns Kommune.
- Københavns kommune (2006b): ”Misbrug, hjemløse og bolig. Ny struktur på misbrugsområdet” i *Nyhedsbrev fra Mål- og rammekontor for misbrug, hjemløse, bolig og byggeri*. København: Københavns Kommune, Socialforvaltningen, 1. kvartal 2006.
- Københavns Kommune (udateret): *Kvalitetsstandard for social behandling af stofmisbrug*. København: Socialforvaltningen, Københavns Kommune.
<http://www3.kk.dk/Borger/SocialeTilbud/Stofafhaengighed/Kvalitetsstandardarden.aspx> (5. december 2008).
- Laursen, L. (1995). ”Harm reduction strategy and the drug problem: definitions and applications in Denmark.” I: *Nordic Alcohol Studies*, 12, 97-107.
- Lipsky, M. (1980): *Street-level Bureaucracy*, New York: Russell Sage Foundation.
- Lee Stevens, R. (2004): ”Empowerment – en demokratisk arbejdsform i socialt arbejde” i *På sporet af kundskabens veje i socialt arbejde*. København: Socialpolitisk Forlag: 93-101.
- Marlatt, G. A. (1996): *Harm Reduction: Come as you are*. Addictive Behaviors 21, 6, 779-788.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): *Aftale om satspuljen på sundhedsområdet 2008-2011*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Narkotikarådet (2000): *Substitutionsbehandling. Narkotikarådets anbefalinger 2000*. København: Narkotikarådet.
- O’Hare, P. (1992): *The Reduction of Drug-related Harm*. Liverpool: Rootledge.
- Pedersen, M.U. (2001): *Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, M.U. (2005): *Heroin-afhængige i metadonbehandling. Den medicinske og psykosociale indsats*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, M.U. (2007): ”Professional Expertise versus Market Mechanisms in Contemporary Denmark” i: *On the Margins. Nordic alcohol and drug treatment 1885-2007*. NAD publication vol. 50, 315-338.
- Pedersen, M.U. & Nielsen, M.K. (2007): *Behandlingsgaranti og ydelser i dansk stofmisbrugsbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.

- Riley D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., Room, R., Single, E. & Topp, J. (1999): "Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper." I: *Substance Use and Abuse*, 34, 1, 9-24.
- Rindom, H. (2000): *Rusmidlernes biologi*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Servicestyrelsen (udateret): *Vejledning til monitorering af ydelser (DanRIS-Ambulant)*.
- Socialministeriet (2006): *Vejledning om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven (Vejledning nr. 1 til serviceloven)*. Socialministeriet: VEJ 93 af 95/12 2006.
- Stax, T.B. (2004): "Fordi ingen er ens – eller...? En analyse af tre hjemløse klienters strategier på et lokalcenter" i Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.): *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag: 164-191.
- Stevnhøj, H. (2007): "Psykisk syge med misbrug risikerer dårligere behandling" i *Midt i psykiatrien. Regionpsykiatriens blad*. Region Midtjylland: Regionspsykiatrien.
- Styrelsen for social service (2006a): *Udvikling af døgntilbud til sindslidende med misbrug*. København: Styrelsen for social service, Socialministeriet.
- Styrelsen for social service (2006b): *Bilagsrapport. Kortlægning af projekter omhandlede døgntilbud til sindslidende med misbrug*. København: Styrelsen for social service, Socialministeriet.
- Sundhedsstyrelsen (2006a): *Vejledning om anvendelse af injicerbar metadon i forbindelse med substitutionsbehandling*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2006b): *Stofmisbrugere i behandling 2005*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2007a): *Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2007b): *Narkotikasituationen i Danmark 2007*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sønderby, L. (2007): "Kortlægning af dobbeltdiagnose behandlingen i Norden – set med danske øjne" i *Nopus Nytt*. Malmø: Nordiska utbildningsprogrammet för utveckling av social service, 2007/4.
- Tammi, T. (2004): "The Harm Reduction School of Thought: Three Fractions." *Contemporary Drug Problems* 31, 3, 381-400.

Weber, M. (2003): "Det bureaukratiske herredømmes væsen, forudsætninger og udvikling" i Andersen, H. et al. (red.): *Max Weber, Udvalgte tekster*. København, Hans Reitzels Forlag: 63-111.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2008

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 08:01 Amilon, Anna: *Danskernes forventninger til pension*. 151 s. ISBN: 978-87-7487-885-8. Kr. 150,00.
- 08:02 Jæger, Mads M.: *Mere attraktive almene boliger? Effekterevaluering af Omprioriteringsloven 2000*. 97 s. ISBN: 978-87-7487-886-5. Kr. 100,00.
- 08:03 Rosenstock, M., Jensen, S., Boll, J., Holt, H. & Wiese, N.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2007*. 202 s. ISBN: 978-87-7487-887-2. Kr. 198,00.
- 08:04 Thorgaard, C.H. & Hougaard, I.B.: *Fokus på demens. Evaluering af en efteruddannelse i forebyggende hjemmebesøg*. 62 s. ISBN: 978-87-7487-888-9. Netpublikation.
- 08:05 Thorgaard, C.H. & Hougaard, I.B.: *Metoder til kvalitet i aldreplejen. Evaluering af et metodendviklingsprojekt*. 76 s. ISBN: 978-87-7487-889-6. Kr. 80,00.
- 08:06 Olsen, B.M. & Dahl, K.M.: *Fritidsliv i børnehøjde. Beretninger fra udsatte børn*. 124 s. ISBN: 978-87-7487-890-2. Kr. 125,00.
- 08:07 Høgelund, J., Boll, J., Skou, M. & Jensen, S.: *Effekter af ændringer i sygedagpengeloven*. 178 s. ISBN: 978-87-7487-891-9. Kr. 175,00.

- 08:08 Bach, H.B.: *Livet efter en ulykke. Arbejdsliv og forsørgelse efter en ulykke, som blev vurderet i arbejdsskadestyrelsen.* 114 s. ISBN: 978-87-7487-892-6. Kr. 100,00.
- 08:09 Christensen, G.: *Hvorfor lejere bliver sat ud af deres boliger. Og konsekvenserne af en udsættelse.* 268 s. ISBN 978-87-7487-894-0. Kr. 238,00.
- 08:10 Larsen, B., Schademan, H.K. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse i 2006. Vilkår og betingelser for handicappede på arbejdsmarkedet.* 180 s. ISBN: 978-87-7487-893-3. Kr. 180,00.
- 08:11 Jørgensen, M.: *Danskernes indbetalinger til pension. Hvordan påvirker tilknytningen til arbejdsmarkedet de fremtidige pensioner?* 222 s. ISBN: 978-87-7487-895-7. Kr. 220,00.
- 08:12 Filges, T.: *Virksomheders rekruttering.* ISBN: 978-87-7487-901-5. 146 s. Kr. 150,00.
- 08:13 Bonfils, I.S., Bengtsson, S. & Olsen, L. (red.): *Handicap og ligebehandling i praksis.* 175 s. ISBN 978-87-7487-897-1. Kr. 180,00.
- 08:14 Andersen, D.: *Anbragte børn i tal. Kvantitative analyser af data om børn, der er anbragt uden for hjemmet med fokus på skolegang. Delrapport 1.* 76 s. ISBN 978-87-7487-899-5. Netpublikation.
- 08:15 Mortensen, M.D. & Neerbek, M.N.: *Fokus på skolegang ved visitation til anbringelse uden for hjemmet. Delrapport 2.* 126 s. ISBN 978-87-7487-900-8. Kr. 125,00.
- 08:16 Mattsson, C., Hestbæk, A-D. & Andersen, A.R.: *11-årige børns hverdagsliv og trivsel. Resultater fra SFI's forløbsundersøgelser af årgang 1995.* 181 s. ISBN: 978-87-7487-902-2. Kr. 180,00.
- 08:17 Bach, H.B. & Larsen, B.: *300-timers-reglen. Betydningen af 300-timers-reglen for gifte kontanthjælpsmodtagere.* 138 s. ISBN 87-7487-903-9. Kr. 140,00.
- 08:18 Bengtsson, S.: *Handicap og samfundsdeltagelse 2006.* 259 s. ISBN 978-87-7487-904-6. Kr. 260,00.
- 08:19 Beer, F., Winter, S.C., Skou, M.H., Stigaard, M.V., Henriksen, A.C. & Friisberg, N.: *Statslig og kommunal beskæftigelsesindsats. Implementering af "Flere i arbejde" for strukturreformen.* 289 s. ISBN 978-87-7487-905-3. Kr. 278,00
- 08:20 Skou, M.H., Winter, S.C. & Beer, F.: *Udlicitering af sagsbehandling. Andre aktører i beskæftigelsesindsatsen.* 208 s. ISBN: 978-87-7487-906-0. Kr. 210,00

- 08:21 Ottosen, M.H. & Christensen, P.S.: *Anbragte børns sundhed og skolegang. Udviklingen efter anbringelsesreformen*. 129 s. ISBN 978-87-7487-907-7. Kr. 130,00.
- 08:22 Klitgaard, C. & Damgaard, B.: *Integrations- og oplæringsstillinger i kommunerne*. 97 s. ISBN: 978-87-7487-908-4. Kr. 100,00.
- 08:23 Egelund, T., Andersen, D., Hestbæk, A.-D., Lausten, M., Knudsen, L., Fuglsang Olsen, R. & Gerstoft, F.: *Anbragte børns udvikling og vilkår. Resultater fra SFI's Forløbsundersøgelser af årgang 1995*. 327 s. ISBN 978-87-7487-910-7. Kr. 298,00.
- 08:24 Emerek, R., & Holt, H.: *Lige muligheder – Frie valg? Om det kønspolitiske arbejdsmarked gennem et årti*. 369 s. ISBN: 978-87-7487-911-4. Kr. 360,00.
- 08:25 Perthou, A.S., Mortensen, M.D. & Andersen, D.: *Skolegang under anbringelse. Delrapport 3*. 121 s. ISBN: 978-87-7487-913-8. Kr. 120,00.
- 08:26 Andersen, D., Mortensen, M.D., Perthou, A.S. & Neerbek, M.N.: *Anbragte børns undervisning. Sammenfatning af tre delrapporter*. 77 s. ISBN: 978-87-7487-914-5. Kr. 70,00.
- 08:27 Nielsen, C. & Heidemann, J.: *Pengespil blandt unge. En rapport om 12-17-åriges spilvaner*. 117 s. ISBN: 978-87-7487-915-2. Kr. 120.
- 08:28 Deding, M. & Larsen, M.: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder 1997-2006*. 197 s. ISBN: 978-87-7487-916-9. Kr. 190,00.
- 08:29 Amilon, A., Bingley, P. & Nielsen T.H.: *Opsat folkepension. Oger den arbejdsudbuddet?* 166 s. ISBN: 978-87-7487-917-6. Kr. 170,00.
- 08:30 Bengtsson, T.T., Knudsen, L., Nielsen, V.L.: *Kortlægning af kommunernes foranstaltninger til udsatte unge*. 199 s. ISBN: 978-87-7487-918-3.
- 08:31 Wüst, M., Thorsager, L. & Bengtsson S.: *Indsatsen over for børn med handicap og træningsbehov*. 117 s. ISBN: 978-87-7487-919-0. Kr. 120.
- 08:32 Kløft Schademan, H., Jensen, S., Thuesen, F. & Holt, H.: *Virksomheders sociale engagement*. Årbog 2008. 202 s. ISBN: 978-87-7487-920-6. Kr. 200.
- 08:33 Mattsson, C. & Munk, M.D.: *Social uddannelsesmobilitet på kandidat- og forskeruddannelser*. 77 s. ISBN: 978-87-7487-921-3. Netpublikation.
- 08:34 Baviskar, S. & Dahl, K.M.: *11-årige børns fritid og trivsel*. 159 s. ISBN: 978-87-7487-922-0. Kr. 160.

- 09:01 Christensen, E., Kristensen, L.G. & Baviskar, S.: *Børn i Grønland. En kortlægning af 0-14-årige børns og familiers trivsel*. 145 s. ISBN: 978-87-7487-923-7. Kr. 150,00.
- 09:02 Christensen, E., Kristensen, L.G. & Baviskar, S.: *Kalaallit nunaanni meeqqat. Meeqqat 0-imiit 14-it ilanngullugit ukiullit ilaqutariillu atugarissaarnerannik misissuineq*. 172 s. ISBN: 978-87-7487-924-4. Kr. 150,00.
- 09:03 Deding, M. & Filges, T.: *Danske lønmodtageres arbejdstid. En registeranalyse baseret på lønstatistikken*. 160 s. 978-87-7487-925-1. Kr. 160,00.
- 09:04 Thuesen, F., Schademan, H.K., Jensen, S., Holt, H. & Høst, A.: *A-kasserne og den aktive beskæftigelsespolitik*. 216 s. ISBN: 978-87-7487-928-2. Kr. 220,00.
- 09:05 Larsen, B. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2008*. 98 s. ISBN: 978-87-7487-927-5. Kr. 100,00
- 09:06 Ellerbæk, L.S. & Graversen, B.K.: *Evaluering af jobcentrenes ligestillingsindsats*. 80 s. ISBN: 978-87-7487-929-9. Kr. 80,00.
- 09:07 Bengtsson, S. & Røgeskov, M.: *At skabe netværk. En evaluering af 22 socialpsykiatriske projekter i 15M-puljen*. 132 s. ISBN: 978-87-7487-930-5. Kr. 130,00.
- 09:08 Andersen, D. & Järvinen, M.: *Skadesreduktion i praksis. Behandlingsstilbud til opiatmisbrugere i København*. 214 s. ISBN: 978-87-7487-931-2. Kr. 210,00.
- 09:09 Bengtsson, S. & Cayuelas Mateu, N.: *Beskyttet beskæftigelse. En kortlægning*. 118 s. ISBN: 978-87-7487-932-9. Kr. 110,00.

SKADESREDUKTION I PRAKSIS

BEHANDLINGSTILBUD TIL OPIATMISBRUGERE I KØBENHAVN

Denne rapport belyser, hvordan strategien om skadesreduktion fungerer i det praktiske arbejde med opiatmisbrugere i København.

Undersøgelsen viser, at behandlingskontakten med misbrugerne i mange tilfælde er af lav intensitet og primært består i medicinsk behandling og afhjælpning af sociale problemer. Mange brugere efterspørger en mere aktiv og opsøgende behandling – gerne kombineret med realistiske forandringstilbud.

En udbredt opfattelse blandt de interviewede behandlere er, at det nærmest er umuligt for opiatmisbrugere at blive stoffri, og at "stabilisering" på metadon derfor er det bedste behandlingsalternativ. En del af de brugere, som er blevet interviewet i undersøgelsen, ønsker imidlertid at trappe ned eller at blive helt stoffri, og de er frustrerede over at være afhængige af behandlingssystemet på grund af metadonbehandlingen. Brugernes holdninger til stoffrihed er dog komplekse og modsætningsfyldte.

Rapporten er baseret på 44 kvalitative interview med brugere og behandlere fra 10 forskellige behandlingscentre i København samt analyser af 198 tilfældigt udtrukne brugerjournaler i det københavnske behandlingssystem.

Undersøgelsen er finansieret af det strategiske velfærdsforskningsprogram under Velfærdsministeriet.