

# STOFMISBRUGSOMRÅDET I ET BRUGERPERSPEKTIV



16:32

KATRINE SYPPLI KOHL  
MALENE LUE KESSING  
LARS FYNBO  
DITTE ANDERSEN

ALEXANDRINA SCHMIDT  
METTE NYHOLM JENSEN  
MATHILDE CARØE MUNKHOLM



16:32

# STOFMISBRUGSOMRÅDET I ET BRUGERPERSPEKTIV

KATRINE SYPPLI KOHL  
MALENE LUE KESSING  
LARS FYNBO  
DITTE ANDERSEN  
ALEXANDRINA SCHMIDT  
METTE NYHOLM JENSEN  
MATHILDE CARØE MUNKHOLM

KØBENHAVN 2016  
SFI - DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

STOFMISBRUGSOMRÅDET I ET BRUGERPERSPEKTIV

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen  
Afdelingen for socialpolitik og velfærd

ISSN: 1396-1810  
e-ISBN: 978-87-7119-411-1

Layout: Hedda Bank  
Forsidefoto: Colourbox

© 2016 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd  
Herluf Trolles Gade 11  
1052 København K  
Tlf. 33 48 08 00  
sfi@sfi.dk  
www.sfi.dk

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

# INDHOLD

	FORORD	7
	SAMMENFATNING	9
1	INDLEDNING	31
	Undersøgelsens formål og tilgang	31
	Baggrund	36
2	UNDERSØGELSENS METODE OG DELTAGERE	45
	De kvalitative forskningsinterviews	45
	Databehandling og analyse	50
	Undersøgelsens deltagere	51
3	UNGE I BEHANDLING FOR STOFMISBRUG	59

	Introduktion	59
	Strukturelle barrierer i mødet med systemet	62
	Relationelle barrierer i mødet med systemet	71
	Hjælp, der hjælper	77
	Opsamling	82
4	VOKSNE I BEHANDLING FOR STOFMISBRUG	85
	Introduktion	85
	Strukturelle barrierer i mødet med systemet	88
	Relationelle barrierer i mødet med systemet	100
	Hjælp, der hjælper	107
	Opsamling	112
5	BORGERE UDEN FOR BEHANDLING	115
	Introduktion	115
	Strukturelle barrierer i mødet med systemet	119
	Relationelle barrierer i mødet med systemet	129
	Hjælp, der hjælper	136
	Opsamling	138
6	TVÆRGÅENDE ANALYSER	141
	Hverdagsliv med illegale stoffer	142
	Opsamling	159
	Erfaringer fra borgere med tilknytning til arbejdsmarked eller videregående uddannelse	160
	Opsamling	171
	Borgernes viden om stoffer og risikohåndtering	172
	Opsamling	185
	BILAG	187

Bilag 1	Interviewguide: Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv	188
Bilag 2	Interviewkort	191
Bilag 3	Baggrundsskema	192
LITTERATUR		193
SFI-RAPPORTER SIDEN 2015		201





## FORORD

Denne rapport handler om, hvordan borgere med stofmisbrug oplever deres kontakt med myndigheder og indsatsområder, fx misbrugsbehandlingstilbud, sundhedssystemet og beskæftigelsessystemet. Rapporten tager udgangspunkt i et brugerperspektiv for at afdække de negative konsekvenser og barrierer, som borgerne beskriver som væsentlige hindringer for deres livskvalitet og udbytte af blandt andet stofmisbrugsbehandling.

Undersøgelsen er en udmøntning af aftalen om satspuljen for 2016, hvor der blev afsat midler til at tilvejebringe et brugerperspektiv på hverdagen for mennesker med et stofmisbrug i relation til lovgivning og praksis på området. Formålet er at se bredt på brugernes møde med myndigheder mv. samt at belyse, hvordan midlerne på området anvendes mest hensigtsmæssigt ud fra et brugerperspektiv.

Undersøgelsen er blevet gennemført under vejledning af et videnspanel af ressourcepersoner på området, som bestod af Birgitte Thylstrup (Center for Rusmiddelforskning), Dan Orbe (behandlingstilbuddet U-turn), Nanna Godtfredsen (Gadejuristen), Flemming Licht (behandlingsstedet HelsingUng), Michael Lodberg Olsen (Illegal) og Anja Bloch (Brugernes Akademi). Herudover har Marianne Thomas (pårørendenetværket Antistigma) og Anja Engmann (Bag Facaden) også deltaget. Alle takkes for væsentlige bidrag til rapporten. Adjunkt Jeanett Bjønnens fra

Center for Rusmiddelforskning har været referee på rapporten, og en særlig tak rettes til hende for grundige, kvalificerede og konstruktive kommentarer.

Rapporten er udarbejdet af forsker Katrine Syppli Kohl, som også har været projektleder på undersøgelsen, videnskabelig assistent Malene Lue Kessing, forsker Lars Fynbo og seniorforsker Ditte Andersen. Tak til Mette Nyholm Jensen, Mathilde Carøe Munkholm, Alexandra Schmidt og Louise Høyer Bom for medvirken hertil. Og tak til fuldmægtig Emil Kiørboe fra Institut for Menneskerettigheder for vejledning i forhold til de lovgivningsmæssige rammer for stofmisbrugsbehandlingen.

Undersøgelsen er iværksat på foranledning af Socialstyrelsen.

København, december 2016

AGI CSONKA

## SAMMENFATNING

I denne rapport præsenterer vi resultaterne fra SFI's undersøgelse af stofmisbrugsområdet, set fra brugernes synsvinkel. Undersøgelsens formål er at afdække de barrierer, som borgere med stofmisbrug oplever i hverdagens møder med myndigheder og indsatsområder. I rapporten belyser vi derfor, hvordan forskellige grupper af borgere med stofmisbrug beskriver deres kontakt med ansatte i bl.a. den sociale og lægelige stofmisbrugsbehandling, de social-, sundheds- og beskæftigelsesrettede indsatser og politiet.

Brugerperspektivet giver en mere nuanceret forståelse af de forskellige måder, hverdagen kan forme sig på for borgere med stofmisbrug. Rapporten indeholder mange konkrete beskrivelser af oplevede barrierer og eksempler på den hjælp, der har hjulpet borgerne, eller hjælp, som de ville ønske, at de kunne få. Undersøgelsen leverer derfor et væsentligt bidrag til arbejdet med at kvalificere de indsatser og myndighedsområder, der i hverdagen kommer i berøring med borgere med stofmisbrug.

Undersøgelsen besvarer disse hovedspørgsmål:

- Hvilke udfordringer oplever borgere med stofmisbrug i mødet med forskellige myndigheder og indsatsområder?
- Hvilke indsatser oplever borgere med stofmisbrug som hjælpsomme, og hvilke typer hjælp ville de ønske, at de havde adgang til?

- Hvordan er borgerens tilknytning til stofmisbrugsbehandlingen?
- Hvilken viden har borgere med stofmisbrug om illegale stoffer og risici ved indtagelsen?

#### PROBLEMSTILLING OG BESKRIVELSE AF INDSATS

Stofmisbrugsområdet er under forandring i disse år, både hvad angår omfang og hvilke illegale stoffer, borgerne indtager. Sundhedsstyrelsens seneste skøn, baseret på data fra 2009, anslog, at 33.000 personer i Danmark levede med et misbrug af illegale stoffer (Sundhedsstyrelsen, 2016), mens Center for Rusmiddelforskning ved brug af en anden metode har skønnet antallet til 70.000 personer (Arbejdsgruppen til kortlægning af indsatsen på stofmisbrugsområdet, Sundheds- og ældreministeriet, 2015). Sammenligninger med skøn fra 2001, 2003 og 2005 peger på en stigning i antallet af borgere med stofmisbrug (Sundhedsstyrelsen, 2016). Dertil kommer, at flere borgere indskrives i misbrugsbehandling. Af disse søger flere behandling for misbrug af cannabis og færre af opioider som heroin (ibid.). Blandt de mest udsatte borgere, der før typisk injicerede heroin (se fx Lund, 2004; Olsen, 2009), er dette i dag til dels blevet erstattet af blandingsmisbrug af en række illegale stoffer (kokain, amfetamin, cannabis og heroin) samt alkohol og illegal receptmedicin som ritalin og metadon (Sundhedsstyrelsen, 2013).

Gruppen af borgere, der bruger illegale stoffer, er meget sammensat og rummer både svært belastede borgere med mange sociale problemer og borgere, der har et rekreativt og sporadisk stofbrug, og som ikke har andre sociale problemer (Järvinen & Ravn, 2014; 2015a). I denne undersøgelse fokuserer vi på borgere, der har et forbrug af illegale stoffer, der kan betegnes som problematisk. Der er altså tale om borgere, hvis stofbrug er af en sådan karakter eller omfang, at det har medført fysiske, psykiske, eller sociale problemer, eller som på længere sigt vil kunne medføre sådanne. Vores primære kilde til at vurdere stofbrug som skadeligt er borgernes egne oplysninger. Langt de fleste beskriver, hvordan stofferne har givet dem sociale, kognitive, adfærdsmæssige eller fysiske forstyrrelser og skader.<sup>1</sup> Dertil kommer, at lidt over halvdelen af deltagerne er rekrutteret gennem forskellige stofmisbrugsbehandlingstilbud.

---

<sup>1</sup> Grænsen mellem stofbrug og stofmisbrug er ofte flydende, og der er forskellige definitioner på misbrug, afhængigt af om man taler inden for en juridisk, en medicinsk eller en socialfaglig referenceramme. I denne rapport lægger vi os op ad WHO's definition på stofmisbrug som "et forbrug af rusmidler, der har et omfang og sker på en sådan måde, at det medfører legemlige, psykologiske og/eller sociale skader for den misbrugende eller dennes omgivelser." Kilde:

Deltagerne i undersøgelsen er 106 borgere, der er udvalgt med henblik på at afspejle et bredt udsnit af den samlede gruppe af borgere med stofmisbrug. For at sikre en spredning i forhold til alder og behandlingsstatus, har vi rekrutteret deltagere inden for tre hovedgrupper:

- Unge borgere i stofmisbrugsbehandling (23 personer)
- Voksne borgere i stofmisbrugsbehandling (49 personer)
- Borgere med stofmisbrug, der er uden for behandling (34 personer)

Gruppen af unge i behandling omfatter deltagere, der er op til 25 år, eller som er indskrevet i et behandlingstilbud, særligt målrettet unge.<sup>2</sup> Gruppen af voksne omfatter de deltagere i stofmisbrugsbehandling, der er ældre end 25 år (og ikke indskrevet i ungebehandling), og gruppen af borgere uden for behandling omfatter alle deltagere, der ikke aktuelt modtager stofmisbrugsbehandling, uanset alder.

Inden for de tre hovedgrupper er der desuden en spredning af deltagerne i forhold til køn, levested (storby/mellemstore og mindre byer)<sup>3</sup>, estimeret belastningsgrad (mindre, middel eller svær) og hovedstof.

## TVÆRGÅENDE RESULTATER

Vi har opdelt de barrierer, borgerne beskriver, i kategorierne *strukturelle* og *relationelle* barrierer. Med betegnelsen strukturelle barrierer henviser vi til den form for problemer, som det fx kræver ændringer af lovgivning eller organisering af indsatsen over for borgerne at påvirke. Med relationelle barrierer refererer vi til barrierer, der er knyttet til den konkrete interaktion mellem borgere og medarbejdere, som eksempelvis kan påvirkes ved relevant opkvalificering eller kursusforløb. Distinktionen mellem strukturelle og relationelle barrierer sker ud fra et borgerperspektiv, men det er vigtigt at gøre opmærksom på, at de to typer i nogle tilfælde hænger tæt sammen. En relationel barriere, fx oplevelsen af, at ens behandler

---

<http://www.misbrugsportalen.dk/misbrug-ifolge-who>. Dette misbrugsbegreb korresponderer i øvrigt med definitionen i serviceloven og i de Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling.

<sup>2</sup> I mange men ikke alle kommuner opererer behandlingsstederne med en grænse mellem ungebehandling og voksenbehandling, der går ved 25 år. Gruppen inkluderer også et par 28-årige, der stadig er indskrevet i ungebehandling.

<sup>3</sup> Til storbyer regner vi de fem største byer (hovedstadsområdet, Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg). Mindre og mellemstore byer dækker her over byer med ca. 15.000-60.000 indbyggere. I begge tilfælde refererer byen til, hvor borgeren er interviewet, ikke til borgerens bopæl. De forskellige byers opland er derfor også repræsenteret i undersøgelsen.

ikke har tid og formår at inddrage borgerens perspektiver i behandlingen, kan skyldes, at den professionelle mangler kompetencer, men det kan også hænge sammen med en høj behandler-klient-ratio. Hvis det er tilfældet, så er løsningen ikke nødvendigvis et kursusforløb, men en ændring af organiseringen, således at hver behandler reelt har mere tid pr. borger. Omvendt kan barrierer, der fremstår som strukturelle, fx fordi der henvises til en regel i forbindelse med et afslag, også skyldes, at fagpersoner forstår og anvender lovgivningen forskelligt eller skønner forskelligt i den enkelte sag. I et policy-perspektiv er det dermed vigtigt at holde sig for øje, at struktur og organisering af området på den ene side sætter rammen for relationen mellem borger og medarbejder, men at det på den anden side også kan være nødvendigt at se på, om medarbejdere kan lære at anvende eksisterende regelsæt på en mere rimelig og hensigtsmæssig måde.

Undersøgelsen viser, at der er nogle barrierer, som går igen i interviewene med alle tre hovedgrupper af borgere med stofmisbrug. For det første er stofmisbruget for de fleste af deltagernes vedkommende ikke deres eneste problem. For gruppen af voksne i behandling gælder det fx, at mere end to ud af tre oplyser, at de i høj eller i nogen grad har fysiske og psykiske problemer, der påvirker dem i hverdagen. Lidt under halvdelen af gruppen beskriver i høj eller nogen grad at have sociale og økonomiske problemer. I gruppen af unge i behandling beskriver mere end hver anden at have økonomiske problemer, psykiske problemer og at mangle meningsfulde aktiviteter i hverdagen.

For det andet viser interviewene, at borgerne for manges vedkommende ikke har overblik over relevante muligheder og tilbud, og at mange ikke kender deres rettigheder. Mange oplever ikke, at de får den hjælp, de har brug for, til at overkomme denne barriere.

For det tredje viser materialet, at alle tre grupper efterlyser mere fleksible tilbud og indsatser, som tager udgangspunkt i et helhedssyn på borgeren og vedkommendes udfordringer og ressourcer. Mange efterlyser endvidere hjælp til psykiske, sociale og følelsesmæssige problemer, gerne i form af individuelle samtaler med misbrugsbehandleren eller i form af psykologhjælp. Mange fortæller, at de ikke oplever at blive lyttet til og inddraget i, hvordan deres problem skal løses.

For det fjerde beskriver mange borgere, men især de voksne, problemer med at blive stemplet som stofmisbruger og stigmatiseret som

en person, der ikke har kontrol over sig selv, og som andre ikke kan have tillid til.

For det femte beskriver mange af borgerne på tværs af de tre grupper, at de har problemer med det sociale system, fx fordi de føler sig presset ind i irrelevant eller uønsket uddannelse, nægtes førtidspension eller sendes i aktivering, som de oplever som formålsløs.

Undersøgelsen bekræfter, at borgere med stofmisbrug har vidt forskellige udgangspunkter og ressourcer, lever meget forskellige liv og har ganske forskellige ønsker og behov. Til trods for dette bliver det dog tydeligt, at der er flere sammenfald mellem disse ønsker og behov såsom, at mange efterspørger hjælp til at overskue systemet og deres muligheder og rettigheder i det, samt større fleksibilitet, mere tillid og mere fokus på deres ressourcer og ønsker. De ønsker større lydhørhed og inddragelse af borgeren i problemløsningen og forbedret adgang til at få individuel hjælp til psykiske og følelsesmæssige problematikker.

## RESULTATER: HOVEDGRUPPEANALYSERNE

De tre kapitler om hovedgrupperne af unge i stofmisbrugsbehandling, voksne i stofmisbrugsbehandling og borgere uden for behandling præsenterer de strukturelle og relationelle barrierer, borgerne oplever i mødet med diverse myndigheder og tilbud. Efterfølgende præsenteres borgernes forslag til den form for hjælp, de oplever som nyttig, eller som de ville ønske, at de kunne få adgang til.

### UNGE I BEHANDLING FOR STOFMISBRUG

Gruppen af unge i behandling består af 23 unge i alderen 17-28 år, som alle er indskrevet i et tilbud, særligt målrettet unge.<sup>4</sup> Cannabis er det dominerende stof i denne gruppe, og fællesnævneren for 20 af de 23 unge er, at de går i behandling for et cannabismisbrug eller for et cannabismisbrug, kombineret med andre stoffer.

### STRUKTURELLE BARRIERER I MØDET MED SYSTEMET

Den første strukturelle barriere, som præsenteres i kapitlet, knytter an til myndigheder og tilbuddenes håndtering af unge med dobbeltbelastning, dvs. unge, som fx både har et stofmisbrug og psykiske vanskeligheder.

---

<sup>4</sup> Typisk går grænsen for ungebehandling ved 25 år, men nogle kommuner har udvidet aldersgrænsen, så personer, der er i sidste halvdel af 20'erne, også medtages. Derfor er der to 28-årige i gruppen, der er indskrevet i ungebehandling.

Flere unge fortæller, at de anvender cannabis som et middel til at håndtere psykiske udfordringer, og de oplever, at myndigheder og tilbud har svært ved at tage hånd om begge disse udfordringer samtidigt, og at de, i forbindelse med psykiatrisk udredning eller behandling, får besked på, at de skal være stoffrie. Dette opleves af flere som en barriere for, at de kan komme i gang med den nødvendige behandling.

Den anden strukturelle barriere omhandler vidensdeling systemerne imellem. Unge i specialiserede tilbud som stofmisbrugsbehandling bliver ofte spurgt, om de vil underskrive en samtykkeerklæring, som giver tilladelse til, at information deles på tværs af systemer. Flere unge efterspørger mere vidensdeling, mens andre er kritiske overfor, at tidligere professionelles vurdering danner grundlag for deres nuværende og fremtidige situation. For nogle handle dette om, at denne videregivelse af information fastholder en bestemt problemforståelse af den unge, mens andre fortæller, at de frygter, at information om deres fortid og de tilbud, som de har været indskrevet i, kan få konsekvenser for deres fremtidige karrieremuligheder. Manglende vidensdeling systemerne imellem kan således opleves som en barriere, men det er afgørende, at vidensdelingen finder sted på de unges præmisser.

Den tredje strukturelle barriere udgøres af de unges erfaringer med henholdsvis tavsheds- og underretningspligt. Nogle unge føler sig ikke ordentligt informeret om den professionelle forpligtelser i henhold til lovgivningen, og det opleves derfor som et tillidsbrud, når den professionelle videregiver information, som den unge troede var fortrolig. Tab af tillid til systemet kan i værste fald betyde, at den unge bryder kontakten med systemet med risiko for eskalering af stofmisbrugsproblemer til følge.

Den fjerde strukturelle barriere beskæftiger sig med et tema, som er særligt for de unge, nemlig systemets hjælp og krav til at påbegynde en uddannelse. Nogle unge fortæller, at de oplever et uddannelsespres fra systemet, hvilket for nogle resulterer i, at de starter på en uddannelse, som de selv vurderer, de ikke er i stand til eller ønsker at gennemføre, og som de ender med at droppe ud af. Andre unge fortæller omvendt, at de gerne vil i gang med en uddannelse, men at de savner støtte til at overskue, hvilke muligheder de har.



#### RELATIONELLE BARRIERER I MØDET MED SYSTEMET

Den første relationelle barriere retter fokus mod de unges oplevelser af den første kontakt med en myndighed eller et tilbud. Der er i materialet flere eksempler på unge, som ikke oplever at føle sig hørt og inddraget i mødet med de professionelle. Der er også eksempler på unge, som fortæller, at den professionelle ikke tog deres bekymring om stofbruget alvorligt. Dette udgør således en relationel barriere for, at de unge kan få den hjælp, som de oplever at have behov for.

Den anden relationelle barriere handler om de tilbud, som de unge bliver henvist til, såfremt de ikke er i uddannelse eller beskæftigelse. Nogle unge oplever, at de bliver placeret i tilbud, som ikke er relevante for dem, fx fordi det er tilbud med aktiviteter eller grupper, som de ikke oplever at passe ind i. Nogle unge beskriver eksempelvis oplevelser med at blive placeret i tilbud med borgere, som er væsentligt ældre og mere belastede end dem selv, hvilket virker demotiverende, og som i yderste konsekvens kan resultere i, at den unge ikke møder op.

Den tredje relationelle barriere beskæftiger sig med unges afsked med en betydningsfuld relation, primært mentorer eller kontaktpersoner. Dette sker for nogle unge i forbindelse med, at de ved det 18. år overgår til voksenafdelingen. Brud med relationer til professionelle, som har haft afgørende betydning for den unge, beskrives af flere som værende risikofyldt, og de unge har ofte vanskeligt ved at forstå, hvorfor de ikke fortsat kan have kontakt med den professionelle. Flere unge er bevidste om, at de ikke kan have en mentor eller kontaktperson resten af livet, men grundet manglende overblik og information om, på hvilket grundlag diverse beslutninger træffes, føler de sig frustrerede og uretfærdigt behandlet. Disse relationelle barrierer får, i kombination med de strukturelle barrierer, betydning for de unges adgang og kontakt til samt udbytte af diverse myndigheder og indsatser.

#### HJÆLP, DER HJÆLPER

Flere af de ovennævnte barrierer giver anledning til beskrivelser af eksempler på hjælp, der hjælper. Her fremhæves tre former for hjælp, der af de unge beskrives som værende særligt afgørende. Flere unge understreger, at en længerevarende kontakt til en professionel er afgørende for en tillidsfuld relation, hvorudfra de unge kan arbejde med deres udfordringer. Afgørende karakteristika ved denne relation er desuden, at de unge kan tale med den professionelle om flere forskellige dele af deres liv,

at møderne kan finde sted uden for et kontor, og at relationen til den professionelle bliver personlig og gensidig uden at blive privat. Udover den længerevarende relation vil flere unge dog ofte også være i kontakt med professionelle i kortere perioder i forhold til specifikke udfordringer. Her fremhæves det, at det er væsentligt, at den unge føler sig hørt, respekteret og inddraget.

Hertil kommer, at mange af de unge påpeger, at det er afgørende at have indhold i hverdagen for at undgå, at dagene kommer til at virke ens og uden mening. De unge, som mangler daglige aktiviteter, fortæller, at det let medfører forværring af stofmisbrug, hvis man ikke har noget at stå op til. De unge, som er i forskellige former for aktiviteter, fortæller omvendt, at disse har en positiv betydning for deres stofmisbrug. Aktiviteterne er med til at strukturere de unges hverdag og medfører et tidsrum, hvor de ikke ønsker at tage stoffer, og giver dem en naturlig træthed, som mindsker behovet for at tage stoffer for at falde til ro.

Betydningen af inddragelse af den unge og tværfagligt samarbejde mellem de professionelle fremhæves også. Dette er med til at sikre, at der tilbydes en målrettet og fleksibel indsats. Af gode eksempler fremhæves et samarbejds møde, hvor flere professionelle mødes med den unge for sammen at planlægge den unges forløb og inddragelse af den unge i forbindelse med udarbejdelse af statusnotater. Sidstnævnte understøtter, at den unge oplever ejerskab over de informationer, som potentielt kan videregives systemerne imellem.

## VOKSNE I BEHANDLING FOR STOFMISBRUG

Gruppen af voksne i behandling for stofmisbrug består af 49 borgere i social og/eller lægelig stofmisbrugsbehandling. Aldersspredningen i denne gruppe er 24<sup>5</sup> til 67 år. De yngste i gruppen adskiller sig fra de unge, indskrevet i ungebehandlingstilbud, ved at være svært belastede og indskrevet i tilbud, der ikke er målrettet unge. Ligesom de borgere, der er uden for behandling, har mange af de voksne i behandling et mangeårigt misbrugsliv bag sig. Størstedelen af borgerne angiver et opioid eller et opioid i kombination med centralstimulerende stoffer som deres hoved-

---

<sup>5</sup> En enkelt deltager i et dobbeltinterview var 24 og skulle derfor være flyttet til gruppen af unge i behandling. Vi har valgt at bevare vedkommende i gruppen af voksne sammen med den person han/hun blev interviewet sammen med. De to er blevet interviewet uden for et stofindtagelsesrum i forbindelse med dataindsamlingen til gruppen af borgere uden for behandling, og er efterfølgende flyttet til gruppen af voksne i behandling, fordi de er i lægelig substitutionsbehandling. Bortset fra den 24-årige er den yngste deltager i gruppen af voksne i behandling 27.

stof. Mange fortæller, at deres hverdag er præget af psykiske og fysiske problemer. Omkring 30 af de voksne er i substitutionsbehandling, i de fleste tilfælde med metadon. Nogle er aktuelt stoffri, mens andre har et mere eller mindre kontrolleret stofbrug sideløbende med behandlingen. Samlet set udgør de 30 substitutionsmodtagere ca. 41 pct. af de 72 deltagere (unge og voksne), der er i social og/eller lægelig stofmisbrugsbehandling. Ingen i gruppen af unge i behandling er i substitutionsbehandling. Ifølge Sundhedsstyrelsen (2016) var 16.500 personer indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2014. Af disse var knap 6.900 – altså ca. 41 pct. - i substitutionsbehandling. Tallene er behæftet med nogen usikkerhed, blandt andet fordi de er opgjort på forskellig vis. Men med dette forbehold ser det altså ud, som om andelen af substitutionsmodtagere i undersøgelsen minder om den, der er fundet i Sundhedsstyrelsens opgørelse.

#### STRUKTURELLE BARRIERER I MØDET MED SYSTEMET

De voksne beskriver flere strukturelle barrierer, der er hæmmende for deres livskvalitet og udbytte af kontakten med myndigheder og indsatsområder.

Den første strukturelle barriere omfatter bl.a. manglende adgang til ønskede tilbud og indsatser. Her er det især psykologhjælp, individuelle samtaler og førtidspension, borgerne nævner.

Den anden strukturelle barriere handler om, at nogle voksne, ligesom de unge i behandling, beskriver at blive placeret i tilbud, hvor de ikke passer ind. Dette nedsætter motivationen for at deltage i tilbuddet, og følelsen af at være malplaceret bliver derfor en barriere for at fortsætte behandlingen.

Den tredje strukturelle barriere handler om, at mange af borgerne oplever, at de mangler overblik over deres rettigheder og muligheder, og at de ikke oplever at få den vejledning og hjælp, de har brug for. Nogle fortæller om fejl, de selv eller en ansat i systemet har begået, som har kostet dem deres hjem, job eller kontante ydelser.

Den fjerde strukturelle barriere optræder, hvor borgerne oplever krav og kontrol i fx substitutionsbehandling eller beskæftigelsessystemet som urimelige. Nogle borgere fremhæver elementer af kontrol i forbindelse med metadonudlevering eller arbejdsprøvnings som unødigt indgribende og ydmygende.

Den femte strukturelle barriere er særlig for de borgere, der har børn. Forældreskabet beskrives som et vigtigt aspekt af hverdagen, både

praktisk og følelsesmæssigt, for både mænd og kvinder. Det gælder for de borgere, der har ansvaret for børnene i hverdagen, men det gælder også for de borgere, som af forskellige årsager ikke ser børnene dagligt. For de borgere, som lever med et savn efter deres barn eller børn, hvad enten den brudte kontakt hænger sammen med en frivillig/tvungen anbringelse, eller den hænger sammen med skilsmisse, kan stoffer i nogle tilfælde ses som en måde at lægge låg på sorgen på. Borgere i denne situation kan have brug for hjælp til at håndtere relationen til såvel deres børn som til deres tidligere partner, børnenes plejeforældre o.l. Forældreskab spiller en rolle i et par af interviewene som en selvstændig barriere for at være åben om problemer, grundet angst for underretninger og en eventuel anbringelse af børn.

#### RELATIONELLE BARRIERER I MØDET MED SYSTEMET

Den første relationelle barriere for voksne i behandling for et stofmisbrug handler om, at mange har oplevet at føle sig stemplet som ”stofmisbruger” i møder med myndigheder og indsatsområder. Med stemplet følger stigmatisering som en person, der er uærlig og som ikke kan betros at varetage sine egne eller sin families interesser. Stigmaet kommer til at skygge for borgernes individuelle forskelle og ressourcer og kan stå i vejen for rehabilitering. En del af de borgere, der har et synligt stofmisbrug, beskriver fx at være blevet dårligt behandlet eller endda nægtet smertedækning på hospitaler. En del af borgerne tolker selv disse problematikker som et udtryk for strukturelle problemer såsom travlhed og skiftende medarbejdere.

Hertil kommer den anden relationelle barriere, som omhandler, at nogle borgere føler sig afmægtige over for politi, retssystem og ansatte i den lægelige substitutionsbehandling. En fællesnævner i mange af de eksempler, borgere giver på dårlig behandling, er, at substitutionsbehandling er præget af mistillid, kontrol og sanktioner, der bl.a. kan opleves som havende et konsekvenspædagogisk formål, og som skaber mistillid mellem borger og behandlingssystem.

#### HJÆLP, DER HJÆLPER

De voksne borgere i behandling for stofmisbrug giver forskellige eksempler på hjælp, der har hjulpet dem, eller som de tror ville hjælpe, hvis de fik adgang til den. De efterlyser fx mere fleksible tilbud og indsatser, som tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. For nogle handler

dette fx om at håndtere psykiske og adfærdsmæssige udfordringer, mens det for andre er væsentligt at få hverdagen fyldt med aktiviteter, som de finder meningsfulde. Flere borgere italesætter desuden et behov for flerstrengede indsatser, der løbende koordineres.

Særligt kontakten til kontaktpersoner, mentorer og hjemmevejlederne fremhæves som et positivt element, grundet indsatsens fleksibilitet, fx at borgeren kan få besøg i eget hjem fremfor at skulle møde op på et kontor. Flere beskriver også, at det er en hjælp at have en bisidder med til deres møder med myndigheder og indsatsområder, som kan støtte borgerne i at formidle deres ønsker og behov.

Endelig efterspørger borgerne en stabilisering af relationen til og en professionalisering af de fagpersoner, som borgerne er i kontakt med. Førstnævnte handler om, at borgerne oplever, at den professionelle kendskab til borgeren øger inddragelse af og forståelse for den enkeltes livssituation og udfordringer. Sidstnævnte knytter an til, at flere borgere oplever, at hyppig udskiftning af medarbejdere øger risikoen for stigmatisering af borgeren. Dette kan fx handle om, at borgerens udseende eller adfærd fremprovokerer en manglende forståelse og nedladende reaktion fra de fagprofessionelle. To borgere foreslår, at en særlig uddannelse i misbrugsbehandling og håndtering af de borgere, som tager stoffer, kan være med til at afhjælpe denne problematik.

#### BORGERE MED STOFMISBRUG UDEN FOR BEHANDLING

Gruppen af borgere uden for behandling består af 34 borgere med et stofmisbrug, der på undersøgelsestidspunktet hverken modtager lægelig eller social stofmisbrugsbehandling. Aldersspredningen i denne gruppe er 20 til 61 år, og gruppen omfatter borgere, der har et mangeårigt stofmisbrug. Størstedelen af borgerne angiver et opioid eller et opioid i kombination med centralstimulerende stoffer som deres hovedstof.<sup>6</sup> Mange af disse borgere fortæller, at de er udfordrede af psykisk og fysisk sygdom,

---

<sup>6</sup> Det er af naturlige årsager vanskeligt at angive præcise tal for, hvor mange borgere med stofmisbrug, som ikke er i behandling eller for, hvordan fordelingen af hovedstoffer ser ud. Ifølge Sundhedsstyrelsen var ca. 41 pct. af borgere i behandling for stofmisbrug i substitutionsbehandling i 2014. Kun 13 pct. af borgere indskrevet i behandling i 2014, der angav at have et hovedstof (75 pct.) oplyste, at dette er opioider. I 2009 skønnedes der at være 13.000 borgere med et injektionsmisbrug, hvoraf halvdelen ikke var kendt i behandlingssystemet. Dette tal dækker hovedsageligt over brugere af opioider, men da fx heroin også kan ryges, og metadon indtages oralt, giver det heller ikke noget retvisende billede af omfanget af opioidmisbrug blandt borgere med stofmisbrug uden for behandling. Kilde: Sundhedsstyrelsen (2016). Narkotikasituationen i Danmark 2016.

dårlig økonomi, hjemløshed og oplevelsen af at være et uønsket medlem af samfundet. Misbrug af illegale stoffer er således ikke den eneste udfordring, disse borgere oplever i deres hverdag.

#### STRUKTURELLE ASPEKTER AF MØDET MED SYSTEMET

Den første strukturelle barriere bunder i disse borgeres oplevelse af, at de tilgængelige tilbud ikke tilgodeser deres individuelle behov. Dette omhandler primært mangel på længerevarende efterbehandling og vedvarende støtte til psykiske udfordringer. Disse oplevelser er særligt relateret til tidspunkter, hvor borgeren afslutter en behandling eller overgår til et andet tilbud, og flere af borgerne beskriver disse udækkede behandlingsbehov som en medvirkende årsag til, at de har fået tilbagefald efter et ellers succesfuldt behandlingsforløb.

Den anden strukturelle barriere består af, at flere borgere oplever systemet som bureaukratisk. De fortæller om formålsløse møder, uigennemsigtige regler, ventetider og uforstående sagsbehandlere. Til sammen resulterer dette i en følelse af stilstand i mange af borgernes hverdagsliv, hvilket for flere borgere beskrives som en oplevelse af at være hægtet af og kørt ud på et sidespor i samfundet.

Den tredje strukturelle barriere knytter an til, at flere borgere pålægger sig selv hovedansvaret for, at de ikke modtager og formår at gennemføre et behandlingsforløb. Dette begrundes primært med mangel på egen motivation. Disse borgere opfatter således sig selv som ansvarlige for behandlingssystemets (manglende) succes, hvilket kan virke paradoksalt, da netop borgernes individuelle manglende forudsætning for at leve op til behandlingssystemets krav og deres svingende motivation er noget af det, som de brug for støtte til gennem et behandlingsforløb. Denne barriere relaterer sig desuden til, at flere borgere forbinder det at gå i stofbehandling med målet om stoffrihed. For de borgere, som ikke ønsker at blive stoffrie, bliver dette en barriere i forhold til at opsøge eller gennemføre behandling.

#### RELATIONELLE ASPEKTER AF MØDET MED SYSTEMET

Den første relationelle barriere handler om borgernes relation til de professionelle. Nogle borgere oplever, at hyppig udskiftning af medarbejdere resulterer i et manglende kendskab til borgere og deres særlige behov. Det beskrives som udmattende og useriøst at bruge hovedparten af møderne med systemet på at fortælle sin livshistorie igen og igen. Det kan få

som konsekvens, at borgerne ikke opsøger den hjælp, som de har behov for at få. Andre oplever, at de har vanskeligt ved at indgå i relationer med professionelle, der ikke selv har erfaring med eller tilstrækkelig viden om stoffer, fx fordi de er nyuddannede.

Den anden relationelle barriere består af borgernes negative forventninger til stofmisbrugsbehandlingen. Mange forventer fx, at de vil blive mødt med mistillid, hvilket de kæder sammen med egne eller andres oplevelser af fx at blive talt grimt til eller behandlet som tyvagtige og utroværdige. En del af borgerne forventer også konflikter og besvær i forbindelse med den lægelige stofmisbrugsbehandling, hvilket de forklarer med, at nogle professionelle, efter deres opfattelse, handler uforudsigeligt og urimeligt, fx i forhold til udlevering af substitutionsmedicin. De negative forventninger relaterer sig også til mere strukturelle forhold, fx at mange oplever behandlingssystemet som uoverskueligt, og at flere ønsker mere social stofmisbrugsbehandling og oplever, at de primært tilbydes medicinudlevering.

Hertil kommer den tredje relationelle barriere, som hænger sammen med, at livet som stoffri for nogle er forbundet med stor usikkerhed. I materialet er der eksempler på borgere, som vurderer, at stofferne har hjulpet dem gennem flere vanskelige perioder, beskyttet dem mod psykoser og simpelthen holdt dem i live, hvorfor en målsætning om stoffrihed kan være både uoverskuelig og uønsket. Der er også borgere, som synes, at det er uoverskueligt at skulle skabe sig et stoffrit netværk, mens andre frygter, at stigmatiseringen, forbundet med stofmisbrug, ikke ophører, på trods af at de bliver stoffrie.

#### HJÆLP, DER HJÆLPER

I forlængelse af de oplevede barrierer bliver det muligt at udlede en række tiltag, som forventes at være hjælp, der hjælper. Dette er fx længerevarende relationer til de professionelle, udvidet adgang til psykologhjælp og efterbehandling samt behandlingstilbud, der ikke udelukkende sigter mod stoffrihed, men mod stabilisering, skadesreduktion og forbedring af borgernes levestandard. Herudover fremhæver borgerne i interviewene en række tiltag, som de mener kan bidrage til at styrke tilknytningen til og udbyttet af kontakten med myndigheder og indsatser. Dette drejer sig om fleksibilitet i behandlingen, fx muligheden for at få hjælp i eget hjem eller støtte til fremmøde ved at blive ledsaget til møder. Flere borgere fremhæver desuden, at de ønsker støtte til at få et netværk uden for

stofmiljøet og støtte til at få indhold i hverdagen, da dette vil understøtte fastholdelse af reduktion eller stoffrihed.

## RESULTATER: TVÆRGÅENDE ANALYSER

I rapportens kapitel 6 undersøger vi tre tværgående temaer, der kan være med til at belyse udvalgte aspekter af hverdagen for borgere med stofmisbrug. Det første er borgernes hverdagsliv og dets betydning; det andet er erfaringer fra udvalgte borgere, der, sideløbende med deres stofmisbrug, har været i længerevarende arbejde eller har taget en videregående uddannelse; og endelig har vi, som det sidste, undersøgt borgernes viden om de illegale stoffer, de indtager, og deres risikohåndtering.

### HVERDAGSLIVET MED ILLEGALE STOFFER

De interviewede borgere med stofmisbrug lever meget forskellige hverdagsliv. Nogle passer job og familie, andre bor på gaden og koncentrerer alle deres ressourcer om at skaffe penge til den næste portion af deres illegale stof. Ind imellem disse yderpunkter er en vifte af hverdagslivsprofiler: Der er borgere, der er førtidspensionerede, og som fortæller om, at de er tilfredse med et liv i substitutionsbehandling. Der er borgere, der er godt på vej mod en fremtid uden stoffer og med arbejde; og der er borgere, der brændende ønsker at lægge stofferne og substitutionsbehandlingen på hylden og få job og familie, men som ikke selv tror på, at de kan. Undersøgelsen viser, at særligt forskelle i alder, belastningsgrad, sociale relationer, finansiering af stofbruget og hovedstof er med til at forme forskellige typer af hverdagsliv.

#### *Meningsfulde aktiviteter*

Mange af borgerne i undersøgelsen beskriver, at de mangler meningsfulde aktiviteter i hverdagen. Særligt flere af de unge i behandling efterspørger i høj grad aktiviteter, gerne i form af uddannelse eller arbejde. Nogle af de unge efterspørger dog i første omgang ro til fx at bearbejde psykiske eller følelsesmæssige problemer, inden de starter på en uddannelse eller i arbejde. Mange af borgerne på tværs af grupperne forbinder det at komme i arbejde eller uddannelse med at få en mere struktureret hverdag og et mere kontrolleret stofbrug. Der er mange blandt de lidt ældre deltagere i undersøgelsen, der ikke mener, at de kan arbejde eller uddanne sig, og som ikke har det som mål. Denne gruppe vil typisk ønske førtidspension, selvom de fleste i dag er på kontanthjælp, og meningsfulde akti-



viteter vil derfor for dem ofte være socialt samvær med familie eller venner, sociale tilbud, behandling eller hobbyer.

Borgernes hverdag er også præget af, hvordan de finansierer deres stofbrug. De fleste af deltagerne i undersøgelsen lever af overførselsindkomster som kontanthjælp, førtidspension eller SU. En mindre gruppe er i arbejde, og disse borgere kan normalt klare sig nogenlunde inden for rammerne af deres lønindtægt, evt. suppleret med en biindtægt fra sort arbejde eller videresalg af illegale stoffer. Cannabisrygerne kan i højere grad end brugere af andre illegale stoffer finansiere deres forbrug inden for deres normale indtægt. Borgere med et omfattende forbrug af illegale stoffer som heroin og kokain bruger typisk det meste af deres tid på at skaffe penge til disse gennem tiggeri, videresalg af stoffer, berigelseskriminalitet og prostitution. Borgerne beskriver disse finansieringsmetoder som stressende, og især tyveri, og i nogle tilfælde prostitution, som forbundet med skam.

### *Sociale relationer*

Sociale relationer spiller en væsentlig rolle i mange af borgernes fortællinger. De unge i behandling beskriver ofte deres sociale relationer til andre stofbrugere som positive, og for en del af de voksne i behandling spiller sociale relationer til andre stofbrugere og tidligere stofbrugere også en positiv rolle i deres liv. For både unge og voksne kan tanken om at skulle afbryde alle eksisterende sociale relationer og forsøge at etablere et nyt netværk uden for stofmiljøet således i sig selv være en barriere i forhold til at opsøge eller gennemføre behandling.

Flertallet af borgere uden for behandling fortæller, at det stofmiljø, der danner rammen for deres dagligliv, har ændret sig. De oplever, at de sociale relationer i stofmiljøet i højere grad end før er præget af mistillid og konflikter. Nogle kobler dette til nye etniske grupperinger og en voldsom stigning i udbuddet af kokain. Kokainbrugere forbindes med en mere aggressiv, højroset og urolig adfærd, og de er med til at gøre miljøet kaotisk, hvilket giver udfordringer for både andre stofbrugere og personalet i fx stofindtagelsesrum.

Borgernes familier optræder på forskellige måder i deres historier om hverdagslivet med et stofbrug. Nogle beskriver en opvækst, præget af omsorgssvigt, andre fortæller om mere isolerede livskriser. En mindre del fortæller, at de kommer fra en helt almindelig, stabil familie og ikke har oplevet andre udfordringer end stofafhængighed. Mange borgere for-

tæller om psykiske og følelsesmæssige udfordringer, relateret til privatlivet, og en betragtelig del fortæller, at de har afbrudt kontakten til familien eller er raget uklar på grund af stofmisbruget. For de borgere, der har positiv kontakt til deres familie, kan denne give motivation til stoffrihed eller et reduceret stofbrug, ligesom økonomisk hjælp fra familien kan skåne borgeren for at være nødt til at begå kriminalitet for at finansiere sit misbrug. Mange borgere fortæller, at familiemedlemmer er en vigtig ressource at bringe med sig til møder med myndigheder og indsatsområder.

#### ERFARINGER FRA BORGERE I ARBEJDE ELLER VIDEREGÅENDE UDDANNELSE

Dette afsnit samler og præsenterer erfaringer fra ti udvalgte borgere fra de tre hovedgrupper, som udskiller sig ved, sideløbende med et betydeligt forbrug af illegale stoffer, at have haft en relativt stabil tilknytning til arbejdsmarkedet eller til længerevarende videregående uddannelser. De barrierer, disse borgere beskriver, har både ligheder og fællestræk med dem, der beskrives af andre borgere i undersøgelsen. Den væsentligste forskel er, at medlemmerne af gruppen ikke, som mange af de andre deltagere i undersøgelsen, har finansieret deres stofbrug via kriminalitet eller usikre erhverv som prostitution. En mindre gruppe på tre, der fortæller, at de har været i kontakt med politiet, oplever alle, at retssystemet slår for hårdt ned på køb og besiddelse af illegale stoffer til eget brug, og at især straffeattester kan være en barriere for rehabilitering.

Kun en af borgerne i gruppen har ikke været udsat for psykiske eller følelsesmæssige belastninger. De andre fortæller fx om sorg over dødsfald, skilsmisser og andre livskriser, samt om psykiske lidelser som angst, depression og ADHD. De fleste beskriver deres indtag af illegale stoffer som selvmedicinerende eller præstationsfremmende i hverdagen. På den måde ligner borgerne i uddannelse og arbejde mange af undersøgelsens andre deltagere. Flere af dem efterspørger ligeledes mere hjælp til at håndtere de underliggende problemer, som hører med til billedet af, hvorfor de har udviklet et stofmisbrug.

Mange af borgerne fortæller om at have haft succes med at skjule deres stofmisbrug for familie, arbejdsgivere og studiekammerater. Især dem, der er i job, fortæller, at de er nervøse for negative konsekvenser for deres nuværende ansættelse og karrieremuligheder, hvis deres stofmisbrug bliver offentligt kendt. Det er derfor vigtigt for mange af dem,

at de ikke eksponeres i forbindelse med stofmisbrugsbehandling og lignende. Det kan de fx blive i venteværelset, eller hvis behandleren underetter Styrelsen for Patientsikkerhed eller de sociale myndigheder om deres misbrug. To af de otte borgere i gruppen, der aktuelt er i behandling, er indskrevet i et anonymt stofbehandlingstilbud. Udover ønsket om anonymitet er det vigtigt for borgerne, at tidspunktet for fx substitutionsbehandling kan tilpasses deres hverdagsliv med uddannelse, arbejde og eventuel familie.

#### BORGERNES VIDEN OM ILLEGALE STOFFER OG RISIKOHÅNDTERING

Det sidste afsnit i det tværgående kapitel beskriver borgernes viden om stoffer, og hvilken rolle den spiller i forhold til deres stofbrug. Borgerne i undersøgelsen har generelt et ret højt vidensniveau i forhold til stofferne virkning på dem selv, og mange gør sig overvejelser om, hvordan de kan minimere risici, forbundet med indtagelsen. Der er i materialet eksempler på borgere, som fortæller, at deres viden om et specifikt stof har afholdt dem fra at tage netop dette stof eller har påvirket deres måde at indtage stoffet på. Flere borgere beskriver dog også barrierer for at indhente, forholde sig til eller handle på viden om risici ved indtagelse af stoffer. De omfatter fx eventyrlyst og fascination af et vildt ungdomsliv, men kan også hænge sammen med, at stofferne hjælper borgeren i forhold til fysiske, psykiske, sociale eller følelsesmæssige udfordringer. Opfattelsen af, at stofmisbrug er noget andet end den måde, som borgeren selv tager stoffer på, kan også være en barriere for at aktivere eksisterende eller opsøge ny viden.

Analysen viser, at de færreste af deltagerne direkte udtrykker, at de ville ønske, at de havde været bedre informeret om stofferne, dengang de havde deres stofdebut. Omvendt er der flere, der understreger, at de ikke vidste, hvor afhængige de ville blive, dengang de begyndte at tage stoffer. En del af deltagerne stofdebut ligger desuden helt tilbage i barneårene. De fleste lader til at være begyndt at tage stoffer som teenagere og i en social kontekst, hvor de ikke ønskede at forholde sig til de stofrelaterede risici. Enkelte fortæller, at kampagner om stoffer har haft den utilsigtede effekt, at de er blevet mere nysgerrige på at prøve bestemte stoffer.

Med hensyn til borgernes aktuelle viden om stoffer giver flere udtryk for, at de har (adgang til) den viden om stoffer, som de efterspørger. Det gælder for alle tre hovedgrupper, at deres primære kilde til in-

formation kommer fra andre stofbrugere. Mange borgere eksperimenterer desuden med forskellige illegale stoffer, hvorigennem de opnår indsigt i stoffernes virkning på deres egen krop. Særligt de unge og voksne i behandling fortæller om at have læst op på de stoffer, som de tager, enten i bøger eller på nettet. Nogle beskriver, at de er blevet informeret om stoffernes virkning i forbindelse med stofmisbrugsbehandling. Skriftlige informationskilder er mindre udbredt blandt borgerne uden for behandling, hvilket kan hænge sammen med, at en stor del af disse lever et hverdagsliv, der i mindre grad lægger op til research og læsning. En mulig barriere for et øget vidensniveau er i denne sammenhæng, at nogle af borgerne udtrykker en mistillid til myndighedernes og mediernes fremstilling af stoffer og deres risici.

I mange af borgernes fortællinger hænger viden om stoffer snævert sammen med ønsket om at håndtere risici og reducere skadevirkninger af stofbrug. Mange fortæller, at de kan smage, mærke eller lugte, om stofferne er af god eller dårlig kvalitet, og at de i forbindelse med nye stoffer tager lidt ad gangen for at finde ud af, hvor meget de kan tåle. Desuden er der flere, som påpeger, at de minimerer risikoen for at få noget, der er farligt eller dårligt, ved at købe stoffer fra en fast distributør. Trods disse sikkerhedsovervejelser og -strategier er det imidlertid tydeligt, at der er barrierer for sikker stofindtagelse. Det kan fx være økonomiske overvejelser, stoftrang eller at borgeren ikke er interesseret i risikohåndtering, fordi formålet med at indtage stoffer netop er at søge grænser og tage risici.

## KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

Denne undersøgelse er blevet til på baggrund af et politisk ønske om at få mere viden om, hvordan borgere med stofmisbrug oplever møder med myndigheder og indsatsområder, som har væsentlig betydning for deres livskvalitet og udbytte af blandt andet stofmisbrugsbehandlingstilbud. Undersøgelsen beskriver en række barrierer, som borgere oplever, men den beskriver også indsatser, som borgerne fortæller hjælper. Formålet med undersøgelsen er overordnet at tydeliggøre, hvad borgere med stofmisbrug selv fortæller, at de har brug for, og beskrive, hvilke barrierer de oplever i mødet med systemet. Deres erfaringer udgør et væsentligt bidrag til udviklingen af fremtidens indsatser på stofmisbrugsområdet.

Undersøgelsen er baseret på 106 interviews, og som sammenfatningen af resultaterne viser, hænger borgernes oplevelser af barrierer og

hjælp, der hjælper, sammen med deres alder, belastningsgrad og generelle livsforhold. Nogle unge beskriver fx at blive mødt med urealistiske, uhensigtsmæssige eller ligefrem skadelige krav om at påbegynde en uddannelse, hvilket ikke gør sig gældende blandt de ældre borgere. Omvendt er det primært ældre borgere med stofmisbrug, der efterspørger førtidspension, og som beskriver stigmatisering som en afgørende barriere i mødet med systemet.

Når man ser undersøgelsens resultater tæt på og med hensyntagen til gruppens store heterogenitet, er konklusionen således, at borgere med stofmisbrug oplever forskellige barrierer, og at de har brug for forskellige indsatser. Denne undersøgelse bekræfter således behovet for det, som i et systemsprog ofte kaldes "en flerstrengt indsats" (Arbejdsgruppen til kortlægning af indsatsen på stofmisbrugsområdet, Sundheds- og ældreministeriet, 2015: 7).

I perspektivering af undersøgelsens fund er det dog også relevant at påpege, at borgerne, trods store forskelle, også beskriver en række fælles behov. For det første har de behov for at blive mødt med respekt af professionelle, som lytter til dem. For det andet har de behov for at kende deres rettigheder, og mange borgere giver udtryk for, at de har brug for hjælp til at få overblik og navigere i systemerne. For det tredje har de behov for hjælp, der hjælper, da det i sidste ende ikke er nok, at de professionelle lytter respektfuldt, oplyser om rettigheder mv., hvis der ikke reelt findes relevante tilbud, fx om boliger til hjemløse og behandlingsforløb af den type, som borgerne oplever et behov for.

Borgere med stofmisbrug fortæller, at de har brug for at møde kompetente medarbejdere, der har ro og rammer, som muliggør, at de kan hjælpe borgerne med deres problemer, hvad enten de hænger sammen med hjemløshed, gæld, dårligt helbred, stofmisbrug, hverdagskaos eller ensomhed. Ved nærmere eftersyn rummer borgernes input imidlertid også en anden pointe til områdets beslutningstagere, som er af mere kompleks karakter. Selvom det er vigtigt at arbejde med kvalitetssikring af behandlingstilbud og praksis på forskellige områder, så er det, set fra borgernes perspektiv, i lige så høj grad infrastrukturen omkring disse tilbud, der er afgørende. Det er en vigtig pointe, fordi det netop er ved at træde et skridt tilbage fra systemet og se på systemet med borgernes øjne, at man ser, hvorfor områder, som systemet ofte behandler som adskilte, i borgernes liv og hverdag er vævet tæt sammen.

Lovgivning, fagopdelinger, organisering i ressortområder mv. tilskynder en opsplitning i sociale, retslige og sundhedsorienterede indsatser, og opdelingen afspejles også i den aktuelle forskning og vidensproduktion. Opdelingerne er praktiske, nødvendige og ikke et problem i sig selv, men ser man på opdelingerne fra et borgerperspektiv, er det tydeligt, at vi *også* har brug for viden om det, der går på tværs. Dvs. mens vi har brug for viden om, hvad der virker på det specialiserede socialområde (Jensen m.fl., 2016), så har vi også brug for viden om, hvordan tilbud inden for det specialiserede socialområde hænger sammen indsatser fra retssystemet og sundhedssystemet osv. For borgere med stofmisbrug er dette i særlig grad afgørende, da deltagerne i denne undersøgelse oplever at blive mødt med modsatrettede krav fra forskellige dele af systemet, fx politi, jobcenter, behandling og sundhedsvæsen. Nærværende undersøgelse underbygger således tidligere konstateringer af, at stofmisbrugsområdet præges af ”begrænset koordination og utilstrækkeligt samarbejde” fra systemets side (Arbejdsgruppen til kortlægning af indsatsen på stofmisbrugsområdet, Sundheds- og ældreministeriet, 2015: 8).

Hvis vi skal imødekomme behovet for samtænkning, som bliver tydeligt, når man ser på stofmisbrugsområdet i et borgerperspektiv, står det klart, at viden om og kvalitetssikring af systemernes delelementer ikke er nok. Mere stringente manualer for behandlingsindsatser og procedurer for kvalitetssikring i enkeltstående tilbud er ikke nok. Vi har brug for at kigge på systemet som helhed. Gode stofmisbrugsbehandlingstilbud er vigtige, men det er ikke tilstrækkeligt. Behandlingstilbud skal være en del af et system, hvor andre dele, fx retsvæsen, jobcenter og psykiatri, støtter op om behandlingsforløbet eller som minimum ikke modarbejder det. Mens det således er vigtigt at have opmærksomheden rettet mod systemernes delelementer, fx hvilke behandlingsmetoder der virker, minder borgerperspektivet os om det større billede: Viden om effekter, metoder og lovende praksisser på delområder er vigtig, men vi har også brug for en vidensbaseret af helheden. Lovende praksisser når ikke frem til borgere med stofmisbrug, hvis borgerne ikke har adgang til dem, hvad enten dette er økonomisk begrundet eller skyldes, at de er placeret i systemer med en infrastruktur, som borgerne farer vild i.

## METODE OG DATAINDSAMLING

Undersøgelsens datamateriale er 106 semistrukturerede, kvalitative forskningsinterviews med borgere med stofmisbrug. Interviewene er fo-

retaget med udgangspunkt i en interviewguide, som giver borgeren plads til at fortælle om personlige oplevelser og erfaringer, samtidig med at interviewet er styret nok til, at det er muligt at besvare undersøgelses-spørgsmålene og foretage sammenligninger på tværs af interviewene.

Som supplement til interviewguiden er der under interviewene anvendt et sæt kort med betegnelser for systemrepræsentanter som fx politi, misbrugsbehandler, psykolog eller hospital (Se bilag 2). Sættet indeholdt også nogle blanke kort til at udfylde under interviewet for at åbne op for andre myndigheder og indsatsområder end dem, vi på forhånd havde defineret. Borgerne valgte selv, hvilke fagpersoner og myndigheder de ville fortælle om, og de tilføjede i nogle tilfælde personer ud over dem, der stod på kortene. I en mindre del af interviewene er kortene ikke blevet brugt, fx fordi interviewet foregik på gaden, hvor kortene ikke var praktiske at sidde med. Endelig er der i forbindelse med interviewet blevet udfyldt et spørgeskema med det formål at monitorere deltagernes fordeling i forhold til alder, køn, levested, hovedstof og belastningsgrad (Se bilag 3).

Unge og voksne i behandling for stofmisbrug er fortrinsvist rekrutteret gennem behandlingssteder, mens borgere uden for behandling for de flestes vedkommende er rekrutteret i stofmiljøet, dvs. på gaden, i varmetuer og lignende. Inden for hver af de tre hovedgrupper, som er baseret på alder og behandlingsstatus, har vi søgt en bred gruppe af borgere med stofmisbrug ved at efterstræbe en spredning i forhold til levested (storby eller mellemstore og mindre byer), hovedstof, belastningsgrad og køn. I forhold til levested har vi haft som mål, at ca. halvdelen af deltagerne i undersøgelsen skulle være bosat uden for de fem største byer. Interviewene er foretaget i otte forskellige byer på Sjælland, på Fyn og i Jylland, herunder i to storbyer, tre større byer samt i tre mindre byer. Med hensyn til køn har vi sigtet mod, at ti ud af minimum 25 deltagere i hver hovedgruppe skulle være kvinder.

Formålet med rekrutteringsstrategien har ikke været at sample et repræsentativt udsnit af borgere med stofmisbrug til undersøgelsen, bl.a. fordi de eksisterende estimater af denne gruppe er meget forskellige og tallene behæftet med stor usikkerhed. Vi har med vores spredning alene haft til formål at give stemme til en bred gruppe af borgere med stofmis-

brug, hvilket fx har ledt os til at rekruttere flere kvinder, end vi antager, at vi ellers ville have fået.<sup>7</sup>

Alle 106 interviews er blevet transskriberet, og udskrifterne er blevet tematisk analyseret i dataprogrammet Nvivo, et computerbaseret koderedskab til systematisk bearbejdning af store mængder kvalitative data. Dette har gjort det muligt at foretage analyser inden for hver hovedgruppe og på tværs af disse. Da stofmisbrug er et yderst følsomt emne, har SFI vægtet deltagernes anonymitet særlig højt. Det betyder blandt andet, at vi har anonymiseret borgernes fortællinger grundigt, fx ved at ændre faktuelle oplysninger, som kunne bidrage til identificering af bestemte borgere. Ændringerne er foretaget, så de ikke er meningsforstyrrende.

---

<sup>7</sup> Baseret på andelen af kvinder, der ifølge Sundhedsstyrelsen (2016) blev indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2014, som er 23 pct. Til sammenligning er ca. 37 pct. af undersøgelsens deltagere kvinder, og lidt over halvdelen af disse findes i gruppen af voksne i behandling.



## INDLEDNING

I dette kapitel beskriver vi baggrunden for undersøgelsen af stofmisbrugsområdet fra et brugerperspektiv. Først præsenterer vi undersøgelsens formål og tilgang, herunder betydningen af brugerperspektivet. Dernæst introducerer vi den væsentligste lovgivning på området, samt hvilke typer behandling borgere med stofmisbrug kan modtage.

### UNDERSØGELSENS FORMÅL OG TILGANG

Formålet med denne undersøgelse er, med udgangspunkt i et brugerperspektiv, at afdække de negative konsekvenser og oplevede barrierer, som borgere med stofmisbrug beskriver i deres kontakt med myndigheder og indsatsområder, fx misbrugsbehandlingstilbud, sundhedssystemet og beskæftigelsessystemet, og som har væsentlig betydning for borgernes livskvalitet og udbytte af behandlingen. Formålet er imidlertid også at finde gode eksempler på den ”hjælp, der hjælper”, og som kan give inspiration til tilbud, der kan etableres, bevares eller opprioriteres. Herudover beskrives borgernes viden om de stoffer, de tager, og hvordan de forholder sig til stofrelaterede risici.

Med udgangspunkt i de lovgivningsmæssige rammer samt praksis på stofmisbrugsområdet skal undersøgelsen afdække de oplevede ne-

gative konsekvenser og barrierer, som er væsentlige for borgere med stofmisbrugs livskvalitet og deres mulighed for at profitere af et stofmisbrugsbehandlingstilbud.

Undersøgelsen vil besvare disse hovedspørgsmål:

- Hvilke udfordringer oplever borgere med stofmisbrug i mødet med myndigheder og indsatsområder?
- Hvilke indsatser oplever borgere med stofmisbrug som hjælpsomme, og hvilke typer hjælp ville de ønske, at de havde adgang til?
- Hvordan er borgernes tilknytning til stofmisbrugsbehandlingen?
- Hvilken viden har borgere med stofmisbrug om stoffer og om risici ved indtagelse af stofferne?

Undersøgelsen af stofmisbrugsområdet fra et brugerperspektiv bygger på et omfattende og forskelligartet kvalitativt datamateriale. Datamaterialet er omfattende i den forstand, at rapporten er baseret på 106 kvalitative interviews, som hver især rummer detaljerede beskrivelser af borgeres erfaringer. Fælles for borgerne er det, at de lever med stofmisbrug, men mens nogle borgere er i behandling, er andre ikke. Hertil kommer, at nogle er under uddannelse eller i beskæftigelse, andre lever på gaden efter mange års stofmisbrug, og andre igen er endnu ikke fyldt 18 år. Ved at give plads til heterogeniteten blandt borgere med stofmisbrug og deres forskelligartede hverdagsliv og behov, vil undersøgelsen belyse den multidimensionalitet (Benjaminsen m.fl., 2015), vi ved gør sig gældende blandt borgere med stofmisbrug. Ved at anlægge et brugerperspektiv på møderne mellem individuelle borgere med stofmisbrug og de forskellige repræsentanter for systemet, som de møder i hverdagen, vil undersøgelsen belyse, hvordan forskellige strukturelle og relationelle aspekter af mødet med systemet har betydning for den enkelte borgers livskvalitet og mulighed for at få hjælp fra myndigheder og indsatsområder.

Gruppen af borgere med enten rekreativt eller skadeligt stofbrug er stærkt differentieret i forhold til sociale, psykiske, sundhedsmæssige og misbrugsrelaterede problemstillinger (Järvinen & Ravn, 2015; 2014). Det seneste skøn over omfanget af stofmisbrug<sup>8</sup> i Danmark er foretaget i 2010, baseret på 2009-data. Antallet af personer, som har et stofmisbrug

---

<sup>8</sup> Skønnet estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Personer, der har et stofmisbrug og er i substitutionsbehandling, er medtaget i estimatet. Kilde: Sundhedsstyrelsen (2015) Narkotikasituationen i Danmark 2015.

i Danmark, skønnedes på dette tidspunkt at være 33.000. Knap 11.000 af disse skønnedes at være personer med cannabismisbrug (Sundhedsstyrelsen, 2016). Sammenligninger med skøn fra 2001, 2003 og 2005 viser, at der er tale om en stigning i det skønnede antal af personer, som har et stofmisbrug i Danmark.

Antallet af personer i stofmisbrugsbehandling er også stigende. En SFI-rapport fra 2016 konkluderer fx, at antallet af personer med et registreret stofmisbrug er steget med 23 pct. fra 2008 til 2013 (Amilon m.fl., 2016). Flere søger behandling med cannabis som deres hovedstof, mens færre søger behandling med heroin som deres hovedstof. Andelen af de nye, der kommer i behandling, der angiver cannabis som deres hovedstof, er 79 pct. i 2013, og ser vi kun på unge mellem 18 og 24 år, som er indskrevet i stofmisbrugsbehandling, har hele 87 pct. af de unge, som har oplyst et hovedstof, angivet cannabis som deres hovedstof (Sundhedsstyrelsen, 2015). Ændringer i stofudbuddet i de seneste to årtier har desuden bevirket, at flere af de mest udsatte borgere med stofmisbrug, som tidligere primært havde et intravenøst misbrug af heroin (se fx Lund, 2004), nu i stigende grad er kendetegnet ved blandingsmisbrug af en række illegale stoffer (heroin, kokain, amfetamin, cannabis), illegal receptmedicin som eksempelvis Ritalin og metadon samt alkohol (Sundhedsstyrelsen, 2013). Kombinationen af opioider<sup>9</sup>, centralstimulerende stoffer<sup>10</sup> og ofte også store mængder alkohol gør, at de mest udsatte borgere kan være vanskelige at rumme inden for de eksisterende behandlingsrammer. En særlig udfordring for de mest udsatte borgere med stofbrug er også deres psykiske funktionsniveau. Danske Regioner anslår, at ca. hver tredje borger, der har et stofbrug, også har en psykisk lidelse (Hansen & Holst, 2012, s. 3), og Landsforeningen SIND beskriver det som et generelt problem, at behandlingen af borgere med stofmisbrug, der har psykiske lidelser, ”er svær at koordinere, fordi regionen behandler den psykiatriske diagnose, mens det er kommunerne, der behandler misbruget. Hvilket betyder, at patienter ofte bliver sendt frem og tilbage

---

<sup>9</sup> Opioider er samlebetegnelsen for morfin og morfinlignende præparater som heroin, metadon, kodein, ketagan, buprenorphin og fentanyl.

<sup>10</sup> De mest almindelige centralstimulerende stoffer på det danske marked er amfetamin, ecstasy (også kendt som MDMA) og kokain. Kilde: Sundhedsstyrelsen (2012). Vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer.

mellem kommune og region og måske kommer endnu længere ud i sygdom og misbrug” (Wallentin, 2013, s. 15).

Vender vi blikket mod narkotikarelaterede dødsfald, har Rigspolitiet registreret et stigende antal forgiftninger de seneste år, som primært skyldes forgiftninger med andre opioider, fx metadon, og med stofgruppen centralstimulerende stoffer. Unge under 25 år udgjorde 31 pct. af samtlige registrerede forgiftninger, hvor særligt de centralstimulerende stoffer angives som forgiftningsårsag (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Som gennemgangen ovenfor viser, varierer gruppen af misbrugere fra personer med et dagligt misbrug af cannabis til personer med et massivt blandingsmisbrug i kombination med psykiske lidelser. Nogle borgere med stofmisbrug passer arbejde og børn, andre er hjemløse førtidspensionister uden kontakt til deres familie. Dertil kommer mulige forskelle med hensyn til eksempelvis alder, køn, hovedstof, belastningsgrad og hvor i landet borgeren bor. Tidligere forskning har vist, at en indsats som stofmisbrugsbehandling ofte ikke i tilstrækkeligt høj grad tager hensyn til individuelle og delmålgrupperelaterede forskelle inden for gruppen af borgere med stofmisbrug (se fx Dahl & Pedersen, 2008; Hesse m.fl., 2015; Hser m.fl., 1999; Neale m.fl., 2015). Dette kalder på undersøgelser, der giver øget viden om, hvad der kendetegner forskellige delmålgruppers hverdag og undersøger, om der er mønstre at finde i forskellige borgeres oplevelser med systemet og ønsker til indsatser. En mere vidensbaseret og nuanceret forståelse af målgruppen af borgere med stofmisbrug, som den vi præsenterer her, vil være et væsentligt bidrag til kvalificeringen af den måde, fagpersoner møder og behandler borgere med stofmisbrug på.

## BRUGERPERSPEKTIV

Brugerperspektivet sætter rammen for undersøgelsen. Det indebærer, at borgere med stofbrug her tilgås som *brugere* af den offentlige service, hvis oplevelser med forskellige repræsentanter for systemet er vigtige vidnesbyrd, der kan bidrage til at forbedre den måde, samfundet håndterer og hjælper borgere på, der har et stofmisbrug.

Brugerperspektivet betyder, at undersøgelsen tager afsæt i borgernes egne forståelser af deres situation. Det betyder fx, at det ikke har været udelukkelsesgrund, hvis en borger ikke selv oplever sit stofbrug som et misbrug. Omvendt har vi lagt op til, at borgeren skulle opleve et eller andet problematisk ved sin situation, relateret til stofbrugen. For at

sikre en spredning af deltagerne har vi dog løbende sikret en variation på parametre som køn, levested, alder og belastningsgrad. Brugerperspektivet er ligeledes anvendt for at kunne tilvejebringe kontekstspecifik viden, der tager højde for den sociale og kulturelle kontekst, som en given indsats – fx stofmisbrugsbehandling – skal fungere i. Vi ved i dag, at stofmisbrug er et komplekst socialt problem, som er svært at håndtere isoleret. Hvis vi skal væk fra siloproblematikker på det sociale område, er der derfor brug for forskning, som tager udgangspunkt i borgernes konkrete hverdag, hvor stofbrug og eventuel stofmisbrugsbehandling spiller sammen med både andre livsaspekter og andre typer af indsatser (se også Bundred, 2006).

Med ”systemet” henviser vi til den sociale og lægelige stofmisbrugsbehandling, social- sundheds- og beskæftigelsesrettede indsatser i offentligt eller privat regi samt politiet. Derudover har vi ladet borgerne selv udvide perspektivet til andre relevante fagpersoner i forbindelse med interviewene, fx fra uddannelsessystemet. Disse instanser fungerer hver især inden for forskellige lovgivningsmæssige rammer og har forskellige formål og ressourcer til rådighed. I undersøgelsen vil der både være fokus på borgernes oplevelse af de enkelte instanser og på samarbejdet på tværs af systemerne. Det betyder, at ”systemet” vil blive beskrevet af de borgere, som møder det i yderste led, og undersøgelsen vil give en detaljeret beskrivelse af deres oplevelser. Møder med systemet vil ligeledes blive beskrevet i et borgerperspektiv, hvormed distinktioner kan være uklare. Flere borgere kan fx have vanskeligt ved at udpege, hvor i systemet og under hvilken lovgivning den pågældende professionelle arbejder, da det afgørende for borgerne vil være, om de oplever at få den hjælp, som de har behov for. I det omfang det er muligt, skriver vi, hvilken myndighed borgeren taler om.

Vi har valgt at anvende betegnelsen borgere med stofmisbrug som samlebetegnelse for undersøgelsens målgruppe. Det afspejler både undersøgelsens opdrag, der går ud på at undersøge stofmisbrugsområdet fra et brugerperspektiv, og det, at størstedelen af de interviewede borgere fortæller, at de oplever deres stofbrug som problematisk. Det er ikke ensbetydende med, at de alle ønsker eller føler sig i stand til at lægge stofferne på hylden, men reflekteres i, at størstedelen af dem aktuelt er i behandling for stofmisbrug. Rapportens hovedfokus er altså på de borgere, der har en problematisk brug af stoffer, forstået på den måde, at deres stofbrug aktuelt har skadet dem eller sandsynligvis vil skade dem på læn-

gere sigt, og ikke på de rekreative stofbrugere, der ikke oplever større problemer i hverdagen. Vores primære kilde til at vurdere stofbrug som skadeligt eller problematisk er borgernes egne oplysninger. Langt de fleste af deltagerne i undersøgelsen er borgere, der kan siges at have et stofmisbrug, fordi de selv omtaler, at stofmisbruget har medført sociale, kognitive, adfærdsmæssige eller fysiske forstyrrelser og skader. Dermed bevarer vi brugerperspektivet, samtidig med at vi lægger os op ad WHO's brede definition af stofmisbrug,<sup>11</sup> når vi i rapporten omtaler disse borgere som borgere med stofmisbrug. Vi betegner ikke den enkelte deltagers stofbrug som et misbrug, med mindre det fremgår af interviewet, at borgeren selv ser det som problematisk.

## RAPPORTENS OPBYGNING

I resten af kapitel 1 beskriver vi baggrunden for undersøgelsen og introducerer den vigtigste lovgivning på området og de forskellige behandlingsformer i Danmark. I kapitel 2 præsenterer vi undersøgelsens metode og en oversigt over deltagerne. Kapitel 3 tager afsæt i udvalgte barrierer, som unge (borgere med stofmisbrug, indskrevet i behandlingstilbud, målrettet unge) i behandling for stofmisbrug oplever i deres møder med myndigheder og indsatsområder, og afsluttes med eksempler på tiltag og indsatser, som i de unges optik kan være med til at forbedre deres situation. I kapitel 4 retter vi blikket mod barrierer, oplevet af voksne i behandling for stofmisbrug, og vi fremhæver eksempler på hjælp, der virker, ifølge de voksne i behandling. I kapitel 5 præsenterer vi nogle af de barrierer, som gruppen af borgere uden for behandling har præsenteret for os, igen efterfulgt af borgernes forslag til forbedringer af systemet. I kapitel 6 ser vi på tværs af rapportens tre hovedgrupper af borgere for at undersøge 1) deres hverdagsliv, 2) erfaringer fra de borgere, der er tættest på uddannelse eller arbejdsmarked og 3) borgernes viden om stoffer og de strategier de benytter til at minimere risici ved stofbrug.

## BAGGRUND

I dette afsnit beskriver vi de vigtigste lovgivningsmæssige og organisatoriske rammer for håndteringen af borgere med stofmisbrug. Formålet

---

<sup>11</sup> Se note 1.

med afsnittet er at give læseren en introduktion til den mest relevante lovgivning i forhold til borgere med stofmisbrug, samt til de overordnede stofmisbrugsbehandlingstyper.

## LOVGIVNING

Lovgivninger og den måde, diverse indsatser er organiseret på, kan være medvirkende årsag til nogle af de barrierer, borgere med stofmisbrug oplever i mødet med forskellige dele af systemet (Kiørboe & Gotfredsen, 2013). I det følgende vil vi derfor præsentere nogle af de vigtigste lovgivningsmæssige rammer for borgernes kontakt med myndigheder og indsatsområder.

Kompleksiteten i stofmisbrug som socialt fænomen kan blandt andet ses ved, at stofbrugere i dansk ret både betegnes som *kriminelle* i lov om euforiserende stoffer, som *personer med sociale problemer* i serviceloven og som *patienter* med afhængighedssyndrom i sundhedslovgivningen (Kiørboe & Gotfredsen, 2013). Hertil kommer, at mange borgere med stofmisbrug står uden for arbejdsmarkedet og derfor også hører til gruppen af *ledige*, der er berørt af kontanthjælps- og sygedagpengeregler. Dette noget kalejdoskopske blik på borgeren reflekteres blandt andet i den anlagte firstrengede tilgang til håndtering af stofmisbrug gennem kontrol, behandling, forebyggelse og skadesreduktion.

## RETEN TIL BEHANDLING, M.M.

Statens forpligtelse over for borgere med stofmisbrug indebærer dels at tilbyde behandling for misbruget, og dels at sikre berørte borgeres sundhed og sociale integration i samfundet (Kiørboe & Gotfredsen, 2013). Ifølge sundhedslovens § 142 og servicelovens § 101 skal borgere med stofmisbrug tilbydes gratis lægelig og social behandling af deres hjemkommune, hvis de udtrykker ønske om at komme i behandling. Behandlingen skal iværksættes senest 14 dage efter, at borgeren har henvendt sig til kommunen (servicelovens § 101, stk. 6 og sundhedslovens § 142, stk. 6). Beslutningen om den konkrete behandlingsindsats bygger på en helhedsvurdering af borgerens behov og samlede livssituation. Beslutningen om den sociale behandling indebærer en skriftligt begrundet afgørelse til klienten med oplysninger om formålet med behandlingsindsatsen, hvad der er bevilget, og hvad der er den forventede varighed af indsatsen (Thylstrup, 2012). Denne beslutning er en forvaltningsretlig afgørelse med krav til eksempelvis partshøring og klagevejledning. Beslutningen

om den lægelige behandling med afhængighedsskabende lægemidler (fx ordination af metadon) skal træffes på grundlag af en lægefaglig vurdering ud fra medicinske indikationer for behandlingen. Den lægelige behandling følger ikke forvaltningslovens men sundhedsrettens regler. Borgeren har ret til frit valg af behandlingssted, men hvis en borger ønsker et andet tilbud end det, kommunen har visiteret til, bortfalder 14-dagesfristen for igangsættelse af behandling.

Kommunen skal foretage en helhedsvurdering, når en borger henvender sig med ansøgninger eller spørgsmål om hjælp (lov om retssikkerhed og administration på det sociale område § 5). I de tilfælde, hvor en borgers stofmisbrug ledsages af sociale problemer som hjemløshed eller fysiske og psykiske handicaps, skal stofmisbrugsbehandlingen koordineres med relevante myndigheder med henblik på at imødekomme borgerens samlede behov. Her er kommunen, ifølge servicelovens § 141, forpligtet til at tilbyde at udarbejde en handleplan, hvor detaljerne af den koordinerede indsats specificeres. Handleplanen bør udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne. Hvis borgeren tilbydes anonym og ambulans behandling, er kommunen ikke forpligtet til at udarbejde en handleplan.

I de senere år er der besluttet lovgivningsmæssige tiltag med henblik på at sikre, at behandlingen af borgere med stofmisbrug i højere grad målrettes forskellige gruppers behov. Servicelovens § 101a foreskriver fx, at der skal tilbydes anonym, ambulans behandling af stofmisbrug til personer, der har et behandlingskrævende stofmisbrug, men som ikke har andre sociale problemer. Til de særligt socialt udsatte borgere med stofmisbrug skal servicelovens § 104 om aktivitets- og samværstilbud være med til at sikre en målrettet hjælp. Eksempler på sådanne tilbud er væresteder, sociale caféer, varmestuer, daghjem og klubber. Disse aktivitets- og samværstilbud kan knyttes til tilbud om efterbehandling (Vejledning nr. 5 til serviceloven, afsnit 6, pkt. 153). Derudover skal borgeren tilbydes en støtte- og kontaktperson, hvis vedkommende har en sindslidelse eller alvorlige sociale problemer, jf. servicelovens § 99.

#### KONKURRERENDE HENSYN

Nogle af de problemer, borgere med stofmisbrug oplever i mødet med myndigheder og indsatsområder, stammer fra spændinger mellem forskellige hensyn, regelsæt og tilgange. Tidligere undersøgelser har vist, at nogle borgere i substitutionsbehandling er frustrerede over den måde,



behandlingen administreres på, fx krav om hyppigt fremmøde samt kontrol, krav og sanktioner fra personalet (Nielsen & Houborg, 2015; Thylstrup m.fl., 2015). Dette kan virke paradoksalt, set fra et sundhedsretligt perspektiv.

Overordnet set hviler sundhedsretten på principper om, at individet har selvbestemmelse og integritet, som skal respekteres. Frivillighed i behandlingen og informeret samtykke er eksempler på dette. Sammenligner man denne tilgang med principper inden for socialretten, tydeliggøres det, at socialretten i højere grad er baseret på ret og pligt, fordi kommunen tilbyder visse ydelser og samtidig har ret til at stille krav til borgeren (Kiørboe & Gotfredsen, 2013). For borgere med stofmisbrug kan konkurrerende hensyn udgøre en barriere for at blive hørt, fx hensynet til ønsket om at føre en aktiv arbejdsmarkedspolitik. Andre barrierer kan hænge sammen med metadons videresalgsværdi på det sorte marked eller at behandleren og borgeren ikke kan opnå enighed om, hvorvidt målet for behandlingen skal være stoffrihed eller reduceret brug.

Kontrol, sanktioner og konsekvenspædagogik i substitutionsbehandlingen karambolere også med de nye og stadigt mere udbredte forståelser af borgeren som et aktivt, frit og selvforvaltende individ, der skal ansvarliggøres (Bjerger, Nielsen & Frank, 2014). I en vejledning om god sagsbehandling på stofmisbrugsområdet bliver det fx uddybet, at borgerne, ifølge den sociale lovgivning, har ansvar for egen situation, hvilket betyder, at de skal medvirke til og have indflydelse på løsningen af deres problemer. Det betyder, at den kommunale sagsbehandler skal inddrage borgeren i de beslutninger, som træffes i sagen om borgerens behandlingsforløb. Udgangspunktet for denne retningslinje er, at der er bedst mulige rammer for at opnå resultater, hvis borgeren føler medansvar for behandlingen (Retssikkerhedsvejledningen, 2006, pkt. 14; Lundsberg, 2010).

Endelig er der i loven om euforiserende stoffer et forbehold i § 3, som klargør, at strafudmålingen i forbindelse med lovovertrædelser skal indeholde overvejelser om borgerens sociale forhold, hvilket fx gør det muligt at tildele borgeren en advarsel i stedet for bødestraf. De sociale forhold, som skal indgå i overvejelserne om strafudmåling, kan fx være stærk og længerevarende stofafhængighed. Formålet med at skelne mellem ”almindelige borgere” og borgere, hvis sociale omstændigheder fx omfatter stofmisbrug af et vist omfang, er at undgå yderligere marginalisering af borgere med stofmisbrug (Kiørboe & Gotfredsen, 2013: 192).

## TAVSHEDSPLIGT OG UNDERRETNINGER

I forbindelse med denne undersøgelse er det relevant kort at præcisere sundhedslovens § 40 og forvaltningslovens § 27, som omhandler tavshedspligt. Det fremgår heraf, at ansatte i sundhedssektoren og i den offentlige forvaltning ikke må videregive oplysninger om helbred og private forhold, som de har iagttaget i deres virke. Tavshedspligten sikrer, at borgere kan have tillid til, at deres oplysninger ikke videregives. Borgere kan give samtykke til, at oplysninger videregives i forbindelse med videre behandling. Der er dog visse forhold, som kan danne grundlag for lovlig videregivelse af oplysninger uden borgerens samtykke. Det kan blandt andet forekomme, hvis borgeren ikke er i stand til at varetage egne interesser, og videregivelsen af oplysninger derfor må anses for at være i vedkommendes egen interesse. Som udgangspunkt skal forældre fx aktivt informeres om deres børns forhold. Dog kan tavshedspligt over for forældrene være nødvendig, hvis der er afgørende hensyn at tage til barnet og dets forhold til forældrene. Sundhedsprofessionelle har ikke tavshedspligt over for forældrene (forældremyndighedens indehaver) til børn og unge under 18 år.

Fagprofessionelle, der er i kontakt med børn og unge, har en skærpet underretningspligt, der går forud for tavshedspligten (Serviceloven, § 153). Det betyder, at de skal underrette kommunen, hvis de får mistanke om, at et barn eller en ung under 18 år har brug for særlig støtte eller har været udsat for overgreb. De fagprofessionelle er forpligtede til at forsøge at inddrage forældrene i løsningen af vanskeligheder gennem rådgivning. Medmindre der er tale om akutte tilfælde for barnet, så skal fagprofessionelle forsøge at få samtykke fra forældrene til at underrette kommunen. Hvis samtykke ikke er muligt, må fagprofessionelle underrette kommunen uden samtykke fra forældrene.

Af autorisationslovens § 44 fremgår det, at enhver læge er forpligtet til at indberette til kommunen, embedslægeinstitution eller Sundhedsstyrelsen, såfremt en patients psykiske eller fysiske tilstand vurderes at være til fare for andre i kraft af patientens leve- eller arbejdsforhold. Det gælder fx for sundhedspersonale, der har et misbrug, at lægen skal indberette dette, hvis han eller hun vurderer, at det er nødvendigt for at afværge potentielle situationer, som kan skade andres liv eller helbred.

Den skærpede underretningspligt i sager, hvor der er mistanke om, at børn, patienter eller andre udsættes for fare grundet en borgers

misbrug, gælder også for ansatte på de anonyme stofbehandlingstilbud i servicelovens § 101a.

## BEHANDLINGSTYPER

Misbrugsbehandling er et kommunalt ansvar, og det er op til kommunen at beslutte det konkrete indhold af det behandlingstilbud, en borger med stofmisbrug skal have. Afgørelsen skal bygge på en helhedsvurdering af klientens behov og samlede livssituation, og borgeren skal have en begrundet afgørelse med oplysning om formål, indhold og forventet varighed af indsatsen samt hensyn til særlige forhold (Thylstrup, 2012). Afhængigt af stofmisbrugets omfang og karakter kan kommunen tilbyde forskellige former for psykosocial behandling og/eller understøttende medicinsk behandling, og det er ligeledes kommunen, der, blandt andet ved hjælp af handleplanen, har ansvaret for at sikre sammenhæng mellem den sociale behandling og den lægelige behandling samt øvrige sociale støttetilbud (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Borgere med stofmisbrug kan modtage to overordnede typer af behandling: lægelig stofmisbrugsbehandling og social stofmisbrugsbehandling. Lægelig stofmisbrugsbehandling går ud på at diagnosticere og behandle et skadeligt stofmisbrug og deraf afledte helbredsproblemer (Sundhedsstyrelsen, 2012). Social stofmisbrugsbehandling er typisk samtalebaserede indsatser, der er karakteriserede ved at tage udgangspunkt i et psykosocialt perspektiv på borgeren (Thylstrup, 2012).

Formålet med behandlingen kan både være ophør, reduktion og stabilisering af misbruget (Amilon m.fl., 2016). Stofmisbrugsbehandling kan gives med forskellig intensitet, fx ambulante eller i forbindelse med dag- eller døgnbehandling. De fleste stofbrugere i behandling modtager ambulante behandling, som er et lavintensitetstilbud, der kan indeholde elementer af udredning, rådgivning, samtaleforløb og lægekonsultation. Hvis den enkelte har brug for en mere intensiv indsats, kan vedkommende tilbydes dag- eller døgnbehandling. I dagbehandling møder borgeren op i behandling, typisk mandag til fredag, 5-8 timer dagligt, og deltager i et fast skema, som almindeligvis indbefatter gruppebehandling samt aktiviteter med pædagogisk/socialt sigte, eksempelvis sport eller madlavning. Døgnbehandling er det mest omfattende behandlingstilbud til borgere med et stofbrug med en varighed på ca. 30 til 90 dage (Benjaminsen m.fl., 2009). Her foretages eventuel afgiftning, og under døgnbehandling skal borgere ikke anvende stoffer ud over medicin efter ordi-

nation. Oftest er formålet med døgnbehandling, at borgeren skal blive stoffri; dog kan sigtet også være længerevarende stabilisering ved brug af substitutionsmedicin (Thylstrup 2012).

Social misbrugsbehandling tager ideelt set udgangspunkt i en helhedsorienteret og individuel indsats, hvor behandlingsydelse sammensættes ud fra den enkelte borgers ønsker og behov (Thylstrup, 2012). Det indebærer, at man arbejder med forskellige mål, alt efter hvilke belastninger borgeren oplever. Stoffrihed er et mål, mens et andet mål er at arbejde med en reduktion af de udfordringer, som er afledt af stofmisbruget, samt af de problemer, som kan øge risikoen for tilbagefald. Endnu et mål er at støtte borgeren i at opnå en forbedret livssituation mere generelt. Beslutninger vedrørende behandling foregår i samspil med borgeren (ibid.). En SFI-undersøgelse fra 2009 viste, at de mest almindelige sociale stofmisbrugsbehandlingstilgange i Danmark er socialpædagogisk, kognitiv, løsningsorienteret eller systemisk behandling, hvoraf den kognitive tilgang er mest udbredt (Benjaminsen m.fl., 2009).

Substitutionsbehandling er en særlig form for lægelig behandling af stofmisbrug, der indebærer, at det stof, borgeren er afhængig af, erstattes med et andet afhængighedsskabende stof (Sundhedsstyrelsen, 2014). Det kan fx være ved at ordinere metadon, buprenorphin (eller heroin) til personer med opioidmisbrug. Substitutionsbehandling sker altid på baggrund af en lægefaglig vurdering (Sundhedsstyrelsen, 2008). Når en borger med et skadeligt stofbrug modtager medicinsk behandling, skal personen efter behov også tilbydes en social behandlingsindsats (Sundhedsstyrelsen, 2015) Der skal altid udarbejdes en behandlingsplan (ibid.). Behandling med lægeordineret heroin til injektion har eksisteret i Danmark siden 2009. De første klinikker åbnede i april 2010, og formålet med behandlingen er i første omgang at forebygge en forværring af borgernes helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af deres livskvalitet, såvel helbredsmæssigt som socialt (ibid.).

Som nævnt skal kommunerne i dag tilbyde borgere med stofmisbrug uden andre sociale problemer anonyme, ambulante behandlingstilbud. Ordningen imødekommer den barriere, at frygten for afsløring af deres stofmisbrug afholder nogle borgere fra at opsøge behandling. Muligheden for anonym behandling gælder dog ikke alle borgere med stofmisbrug, idet ”Målgruppen for forslaget er stofmisbrugere, der, ud over deres misbrugsproblematik, ikke er svært belastede socialt, og som har en

relativt tæt tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet”  
(Sundhedsstyrelsen, 2015: 12f).



# UNDERSØGELSENS METODE OG DELTAGERE

I dette kapitel behandler vi undersøgelsens metode og deltagere. Indledningsvist beskriver vi de semistrukturerede kvalitative forskningsinterview, hvorigennem datamaterialet er indsamlet. Efterfølgende redegør vi for undersøgelsens rekrutteringsstrategi og baggrunden for denne. Dernæst præsenterer vi vores strategi for databehandling og analyse, og afslutningsvist beskriver vi deltagerne i undersøgelsen.

## DE KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVIEWS

Undersøgelsen består af datamateriale, indsamlet gennem 106 semistrukturerede kvalitative forskningsinterviews med borgere med stofmisbrug (se kapitel 1). Hensigten med at anvende det semistrukturerede interview er at give borgeren plads til at fortælle om personlige oplevelser og erfaringer, samtidig med at interviewet er styret nok til at sikre, at det er muligt at besvare undersøgelsesspørgsmålene, og at der er en grad af sammenlignelighed på tværs af interviewene (Kvale & Brinkmann, 2009). Interviewenes relativt åbne, semistrukturerede design gør det muligt at opdage barrierer, som forskerne ikke var opmærksomme på, da de designede interviewguiden. Derfor har vi også ladet det være op til borgeren at vælge hvilke myndigheder og indsatsområder, de finder det rele-

vant at fortælle om. De kan altså sagtens have positive eller negative oplevelser med myndigheder, der ikke bliver nævnt i interviewet, fordi de har prioriteret at fortælle om andre oplevelser. Deltagerne er altså ikke systematisk udspurgt om deres forhold til alle myndigheder, og de kvalitative interviews egner sig derfor ikke særlig godt til præcist at opgøre, hvor mange deltagere der har haft en positiv eller negativ oplevelse med fx jobcenter, politi eller hospitaler. Dette afspejles i analyserne, hvor vi, i stedet for at give præcise, men muligvis misvisende, tal på, hvor mange der har nævnt en bestemt barriere, ofte vil holde os til at skrive, at ”mange”, ”en del” eller ”nogle” af borgerne fortæller, at de oplever den.

De fleste interviews er enkeltinterview. I et par tilfælde har forskerne interviewet to personer sammen, mens et enkelt interview er foretaget over telefonen. Interviewene varer mellem ca. 20 minutter og to timer, typisk 45-60 minutter. De er udført med udgangspunkt i en interviewguide, der indeholder en række spørgsmål om borgerens baggrund, viden om stoffer og konkrete eksempler på hans eller hendes oplevelser af møder med systemet (se bilag 1).

For at have noget håndgribeligt at tale ud fra, har vi som supplement til interviewguiden udviklet og medbragt en række små kort med betegnelser for systemrepræsentanter, fx politi, misbrugsbehandler, psykolog og hospital (se bilag 2). Sættet indeholdt også nogle blanke kort til at udfylde under interviewet for at åbne op for andre myndigheder og indsatsområder end dem, vi på forhånd havde tænkt på. Intervieweren præsenterede kortene som inspiration til at fortælle om både gode og dårlige møder med personer som dem, der er nævnt på kortene. Borgerne valgte selv, hvilke myndigheder og lignende de ville fortælle om, og tilføjede i nogle tilfælde personer ud over dem, der stod på kortene. I en mindre del af interviewene er kortene ikke blevet brugt, fx fordi borgeren allerede var godt i gang med at fortælle om sine møder med systemet, eller fordi interviewet foregik på gaden, hvor kortene ikke var praktiske at sidde med.

Endelig har vi udfyldt et spørgeskema under hvert interview for løbende at kunne monitorere deltagernes fordeling i forhold til alder, køn, levested, hovedstof og belastningsgrad (Se bilag 3). Formålet har været at sikre en bred repræsentation af borgere i undersøgelsen, og ikke at foretage en akkurat survey, der ville kunne danne basis for selvstændige analyser. Skemaudfyldelsen har fungeret forskelligt i forhold til de tre hovedgrupper. For gruppen af borgere uden for behandling viste det sig



sjældent at være produktivt, eller muligt, at udfylde skemaet, både fordi de for de flestes vedkommende blev interviewet i det offentlige rum, og fordi de ofte var påvirkede under interviewet. For gruppen af voksne i behandling er skemaerne udfyldt af både borgeren og interviewereren, dvs. nogle spørgsmål er stillet direkte til borgeren, mens andre er besvaret af interviewereren på baggrund af interviewet med borgeren. Belært af erfaringerne fra de andre grupper valgte vi at lade de unge få en højere grad af indflydelse på, hvordan skemaet skulle udfyldes. Det er således entydigt et brugerperspektiv, der danner grundlag for baggrundsinformationen om disse deltagere, hvilket ikke konsekvent gør sig gældende for voksenalderen. Konkret betyder det fx, at en ung, bosiddende på et forsorghjem, har fået lov til at definere, at han ingen problemer har med sin boligsituation, fordi han kan blive der, så længe han ønsker det. Udvalgte oplysninger fra skemaet vil blive præsenteret i afsnittet ”Undersøgelsens deltagere” sidst i kapitel 2.

Alle interviewpersoner har i forbindelse med interviewet underskrevet en samtykkeerklæring. Den bekræfter, at borgeren deltager frivilligt, er indforstået med, at hans eller hendes udtalelser vil blive anvendt til forskning, og er oplyst om, at deltagelse er anonym, og at undersøgelsen er anmeldt til datatilsynet. Alle undersøgelsens interviewpersoner er endelig blevet tilbudt et gavekort på 300 kr. til en dagligvarebutik som tak for deres tid og som anerkendelse af værdien af deres erfaringer.

## REKRUTTERING AF INTERVIEWPERSONER

Undersøgelsens rekrutteringsstrategi har været central for at sikre en bred repræsentation af borgere med en stofmisbrugsproblematik. I forbindelse med rekruttering og dataindsamling har vi inddelt målgruppen af borgere med stofbrug i tre hovedgrupper:

- Unge i behandling (u. 25 eller indskrevet i ungebehandling)
- Voksne i behandling (25+, ikke indskrevet i ungebehandling)
- Borgere med stofbrug uden for behandling

Formålet med at inddele borgerne i disse hovedgrupper er at favne nogle af de største grupper af borgere med stofmisbrug.<sup>12</sup> Dermed bliver det

---

<sup>12</sup> Som nævnt i kapitel 1 bruger vi samlebetegnelsen borgere med stofmisbrug fordi deltagerne stort set alle har et forbrug af illegale stoffer, der allerede har skadet dem fysisk, psykisk eller socialt, eller som indebærer en reel risiko for at medføre skader på længere sigt. Vi bruger derimod ikke

muligt at undersøge grupperne hver for sig og herefter identificere fællesnævnerne og forskelle i deres oplevelser og oplevede vilkår. Hovedgrupperne afspejler organiseringen af stofmisbrugsbehandlingsområdet, hvor man ofte finder behandlingstilbud særligt målrettet unge (der er kommunale variationer, men 25 år er en hyppigt anvendt aldersgrænse), og behandlingstilbud målrettet voksne. Hertil kommer en gruppe borgere med stofbrug, som ikke (aktuelt) er i behandling.

Hovedgruppernes overensstemmelse med den praktiske organisering i mange kommuner sikrer en hensigtsmæssig rekrutteringsproces og en målrettet formidlingsstrategi, hvor borgernes oplevede barrierer kobles til organiseringen i praksis. Unge og voksne i behandling for stofmisbrug er derfor fortrinsvist rekrutteret gennem behandlingssteder, mens borgere uden for behandling for de flestes vedkommende er rekrutteret i stofmiljøet, dvs. på gaden, i varmestuer og lignende. Hovedgruppernes overensstemmelse med behandlingstilbuddenes organisering fremmer, at undersøgelsen let kan anvendes til kvalificering af fremadrettet lovgivning og praksis på stofmisbrugsområdet og tilvejebringer et styrket vidensgrundlag for den kommunale forvaltning og stofmisbrugsbehandlingstilbud.

Inden for hver af de tre hovedgrupper, baseret på alder og behandlingsstatus, har vi derudover søgt en bred repræsentation af borgere med stofmisbrug ved at efterstræbe en spredning i forhold til levested (storby<sup>13</sup> eller mindre og mellemstore byer), hovedstof, belastningsgrad og køn. I forhold til levested har vi haft som mål, at ca. halvdelen af deltagere i undersøgelsen skulle være bosat uden for de fem største byer. Interviewene er foretaget i otte forskellige byer på Sjælland, på Fyn og i Jylland, herunder i to storbyer og i tre større byer (40.000-60.000 indbyggere), samt i tre mindre byer (15.000-30.000 indbyggere).

I nogle kommuner er misbrugsbehandlingen opdelt efter, hvilket hovedstof borgerne bruger, eller hvor socialt belastede de er. For at tilstræbe en bred repræsentation af hovedstoffer har vi blandt andet rekrutteret interviewpersoner gennem behandlingssteder, målrettet borgere med forskellige stofprofiler og belastningsgrader. Mange af de borgere, vi har rekrutteret på gaden og igennem forskellige behandlingstilbud, har befundet sig i den tunge ende af skalaen i forhold til fysiske, psykiske og

---

betegnelsen stofmisbrug i forbindelse med enkeltborgere, med mindre interviewet giver indtryk af, at vedkommende selv oplever sin stofbrug som problematisk.

<sup>13</sup> Som storbyer regner vi som nævnt Hovedstadsområdet, Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg.

sociale belastninger. For at understøtte en bredde i deltagernes belastningsgrad har udfordringen derfor især været at rekruttere nogle af de mindre belastede borgere, der stadig har et stofbrug, der er, eller truer med at blive, problematisk. For at højne andelen af de borgere, der ikke har væsentlige problemer ud over stofferne, har vi med skiftende held rekrutteret deltagere gennem organisationer som AIDS-fondet og Gadejuristen og gennem de allerede interviewede borgeres personlige netværk.

Vi har endelig haft som mål at sikre os en kritisk masse af kvinder i undersøgelsen for at undgå, at deres stemmer drukner i mængden af de mere talstærke mænd med stofmisbrug. I den forbindelse har vi sigtet mod, at ti ud af minimum 25 deltagere i hver hovedgruppe skulle være kvinder. Ingen ved med sikkerhed, hvor mange kvinder versus mænd der har et stofmisbrug. Vi ved dog, at færre kvinder end mænd indgår i videnskabelige undersøgelser af stofmisbrugsområdet, og at færre kvinder indskrives i behandling. Når vi har efterstræbt at sample 10 kvinder til hver hovedgruppe, skyldes det ikke, at vi mener, at disse tal afspejler den korrekte kønssammensætning i gruppen af borgere med stofmisbrug. Men for at reducere risikoen for kønsblindhed har vi ønsket at få nok kvinder med for at være sikre på, at deres erfaringer også afspejles i vores resultater. Vi fremhæver de forskelle, vi finder på de mandlige og kvindelige deltagere, fx at kun kvinder fortæller om at finansiere deres stofbrug via prostitution, og oftere fortæller om at have fået deres børn anbragt eller om at frygte at få det. Vi har også valgt at tydeliggøre, at det ikke kun er kvinder, men også mænd med stofmisbrug, der savner børn, de ikke har kontakt med i hverdagen, og at begge køn kan opleve, at åbenhed over for myndigheder kan koste dem samværet med børnene. For mændenes vedkommende er det dog oftere tilfældet, at børnene bor sammen med deres mor. Mens kvindernes børn oftere er anbragt uden for hjemmet.

Konkret har vi interviewet en større mængde kvinder, end vi ellers ville have kunnet, ved at bede behandlingsstederne være særligt opmærksomme på at fortælle kvinder om muligheden for at deltage i undersøgelsen. Derudover har forskerne også haft fokus på kvinder i forbindelse med rekruttering af deltagere på gaden og andre åbne stofscener.

## DATABEHANDLING OG ANALYSE

Alle 106 interviews er blevet transskriberet. For at opnå analytisk generaliserbarhed (Kvale, 1997) er udskrifterne blevet tematisk analyseret i dataprogrammet Nvivo, et computerbaseret koderedskab til systematisk bearbejdning af store mængder kvalitative data. NVivo muliggør både en kobling mellem deltagere (sources) og parametre (qualifications) som køn og levested samt en tematisk kodning af det kvalitative materiale med fokus på borgernes oplevelse af barrierer i mødet med ”systemet” (Binderkrantz & Bøgh Andersen, 2011). Analysestrategien har gjort det muligt for os at foretage analyser inden for hver hovedgruppe og på tværs af disse, særligt med fokus på betydningen af borgernes hverdagsliv, sociale relationer og hovedstof for deres oplevelser med diverse myndigheder og indsatser. Analyserne af de enkelte hovedgrupper findes i rapportens kapitel 3-5, mens de tværgående analyser af borgernes hverdagsliv, af erfaringer fra borgere tættest på uddannelse og arbejdsmarked og af borgernes viden om stoffer og risikohåndtering er samlet i kapitel 6.

Da stofmisbrug er et yderst følsomt emne, har SFI i denne undersøgelse vægtet deltagernes anonymitet særlig højt. Det betyder blandt andet, at vi har anonymiseret borgernes fortællinger grundigt og i den forbindelse ændret faktuelle oplysninger, som ville kunne bidrage til at identificere dem. Ændringerne er foretaget på en måde, så de ikke er meningsforstyrrende. For at øge anonymiteten er interviewene anonymiseret allerede under transskriptionen, hvilket blandt andet betyder, at de lokaliteter og institutioner, hvor interviewpersonerne er blevet rekrutteret, også anonymiseres. Hverken person- eller stednavne fremgår altså af rapporten, da det efter vores opfattelse ikke ville være foreneligt med forskningsetiske fordringer til anonymisering af deltagerne.

For overskuelighedens skyld præsenterer vi i de tre kapitler, der rummer analyserne af undersøgelsens hovedgrupper, borgernes oplevelser af myndigheder og indsatsområder under overskrifterne strukturelle og relationelle barrierer. Strukturelle barrierer har at gøre med lovgivning eller organisatoriske forhold i systemet, der ikke umiddelbart kan påvirkes af den enkelte medarbejder, mens relationelle barrierer har at gøre med interaktion og kommunikation og andre forhold ved mødet eller indsatsen, som eventuelt vil kunne forbedres ved fx at tilbyde en medarbejder et relevant kursusforløb. Ofte vil grænsen mellem de to typer barrierer være flydende, og det skal understreges, at inddelingen er analytisk,

da mange borgere ikke selv skelner mellem barrierer, der har rod i strukturelle forhold, og barrierer af relationel karakter, ikke mindst fordi det i situationen kan være svært for borgeren at bedømme, om et afslag på hjælp er strukturelt eller relationelt begrundet.

## UNDERSØGELSENS DELTAGERE

Vi præsenterer her undersøgelsens deltagere. Det skal indledningsvist understreges, at de deskriptive statistikker, vi præsenterer, ikke skal læses som repræsentative for alle borgere med stofmisbrug, og endnu mindre for alle borgere, der bruger stoffer. Formålet med dette afsnit er alene at give læseren et indtryk af de borgere, der har deltaget i undersøgelsen.

Rekrutteringsstrategien har ikke sikret en opdeling af borgere efter behandlingsstatus. Vi har derfor efterfølgende flyttet nogle deltagere til en hovedgruppe, der bedre afspejlede deres behandlingsstatus eller alder. Den endelige fordeling af interviews på hovedgrupper fremgår af tabel 2.1.

TABEL 2.1

Endelig fordeling af interviewpersoner på hovedgrupper, angivet i antal personer

	Unge i behandling	Voksne i Behandling	Borgere uden for behandling
Antal interviewpersoner	23	49	34

Anm.: N = 106.

Som tabel 2.1 viser, har vi interviewet flest voksne i behandling og borgere uden for behandling. Det skyldes en bevidst opprioritering af gruppen uden for behandling, da disse borgere sjældent har indgået i undersøgelser, og da deres erfaringer er vigtige i afdækningen af oplevede barrierer for at modtage stofmisbrugsbehandling. Dette har også været medvirkende til, at der er interviewet hele 49 voksne i behandling, da de borgere, der er rekrutteret i de åbne stofscener, som nævnt i en del tilfælde har vist sig at modtage behandling<sup>14</sup> og derfor efterfølgende er ble-

<sup>14</sup> Vi definerer borgere som værende i behandling, hvis de fortæller, at de modtager lægeordineret substitutionsmedicin eller heroin eller deltager i anden social eller lægelig stofmisbrugsbehandling.

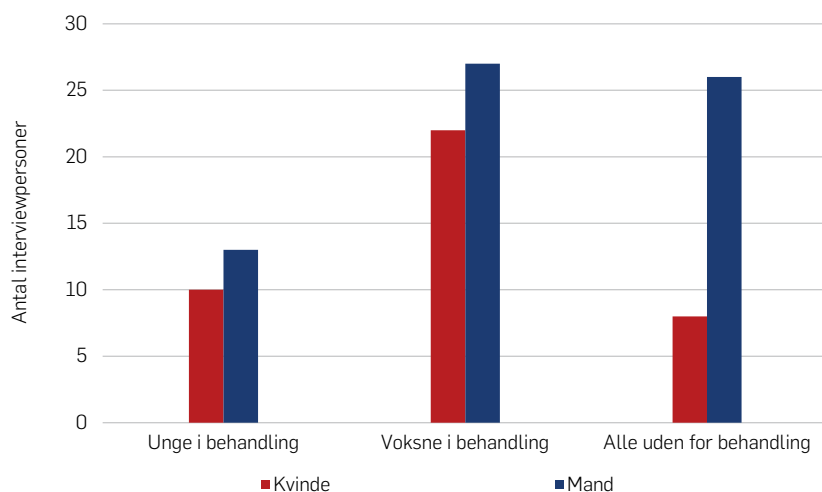
vet flyttet til gruppen af voksne i behandling. Ingen af de borgere, som vi har rekrutteret disse steder, har været under 25 år gamle. Omvendt viste et mindre antal unge, rekrutteret gennem behandlingssteder, sig at være uden for behandling, hvilket ligeledes har bidraget til den relative overvægt af interviews inden for hovedgrupperne af voksne i behandling og borgere uden for behandling i forhold til gruppen af unge i behandling.

Nogle af de behandlingssteder, som de unge er rekrutteret igennem, har udvidet målgruppen til at omfatte unge i sidste halvdel af 20'erne. Vi har valgt at bevare to 28-årige, der er interviewet i ungebehandlingsregi, i ungegruppen.

I det følgende beskriver vi deltagernes køn, alder og levested samt hvilke illegale stoffer, de indtager.

FIGUR 2.1

Interviewpersoners køn, fordelt på de tre grupper, angivet i antal personer



Anm.: N = 106.

Kilde: Oplyst af borgeren i forbindelse med interviewet.

Figur 2.1 viser, at 40 af de 106 interviewpersoner er kvinder, svarende til 38 pct., mens 66 er mænd, svarende til 62 pct. En national undersøgelse

Heri afviger vi fra brugerperspektivet, da nogle borgere i substitutionsbehandling fortæller, at de ikke oplever at være i behandling, fordi de ikke modtager social stofmisbrugsbehandling. Det er en væsentlig pointe, som vi dog finder behandles bedst ved at inkludere disse borgere i hovedgruppen af voksne i behandling.

har vist, at 74 pct. af personer med et registreret stofmisbrug er mænd, mens 26 pct. er kvinder (Amilon m.fl., 2016)<sup>15</sup>. Årsagen til undersøgelsens kønsfordeling er målsætningen om at sikre mindst ti kvinder i hver hovedgruppe.

Kvinder er særligt stærkt repræsenteret i gruppen af voksne i behandling, hvor de udgør hele 22 ud af 49 interviewpersoner. Målsætningen om ti kvinder er ikke helt opfyldt for gruppen af borgere uden for behandling. Det kan betyde, at kvinder i mindre grad end mænd færdes i de miljøer, hvor vi har rekrutteret gruppen af borgere med stofmisbrug uden for behandling. En alternativ forklaring kan være, at der er så relativt få kvinder, der har et stofbrug, at chancen for at møde dem tilfældigt på fx gaden eller i varmestuer er ringe, mens et behandlingssted har mulighed for at spørge de få kvinder, der er, og dermed hjælpe med at opnå en større mængde interviews med denne gruppe. Figur 2.1 viser samlet set, at målsætningen om at interviewe mindst 30 kvinder i alt er opfyldt, uden at disse dog fordeler sig jævnt på hovedgrupperne. Desuden er den geografiske målsætning blevet opfyldt, da 51 interviewpersoner er bosat i mindre og mellemstore byer og 55 i to forskellige storbyer.

Deltagernes aldersfordeling kan ses i figur 2.2, der viser, at 34 interviewpersoner er 41-50 år, og at 21 interviewpersoner er 31-40 år. Aldersgruppen af 21-30-årige rummer 26 interviewpersoner, og den indeholder både interviewpersoner fra gruppen af unge i behandling og fra de to øvrige hovedgrupper. Der er 11 interviewpersoner, der er mellem 15 og 20 år gamle, og det samme antal, der er 51-60 år gamle. Kun tre interviewpersoner er over 61 år. Gennemsnitsalderen er 42 år for voksne i behandling, 40 år for borgere uden for behandling og 22 år for unge i behandling. Undersøgelsen har altså opnået en bred aldersmæssig fordeling, og selvom en stor del af deltagerne er midaldrende, er yngre og ældre borgere med stofmisbrug også repræsenteret i undersøgelsen. SFT's nationale undersøgelse af personer med et registreret stofmisbrug viser en tilsvarende aldersfordeling (Amilon m.fl., 2016).<sup>16</sup>

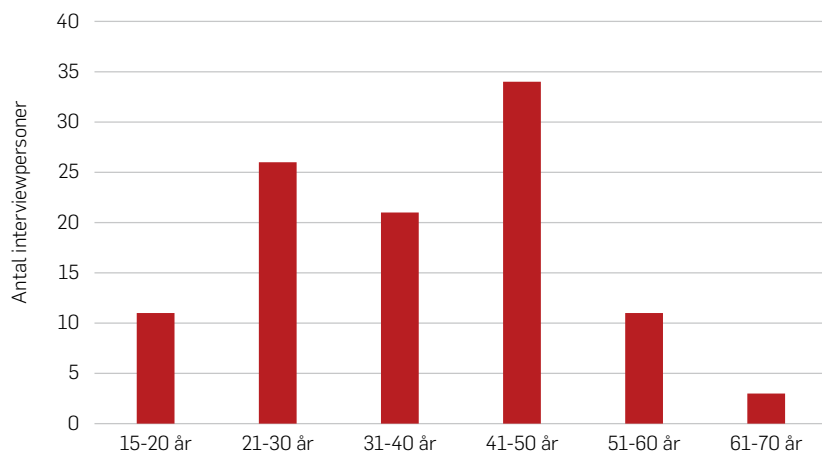
---

<sup>15</sup> Den nationale opgørelse opgør aldersfordelingen blandt personer med et registreret stofmisbrug, mens deltagerne i nærværende undersøgelse også kan være uden for behandling. Tallene er således ikke direkte sammenlignelige.

<sup>16</sup> Den nationale opgørelse opgør aldersfordelingen blandt personer med et registreret stofmisbrug, mens deltagerne i nærværende undersøgelse også kan være uden for behandling. Tallene er således ikke direkte sammenlignelige.

FIGUR 2.2

Interviewpersonernes alder, angivet i antal personer



Anm.: N = 106

Kilde: Oplyst af borgeren i forbindelse med interview

Som tabel 2.2 viser, er der relativt stor forskel på, hvilket hovedstof borgerne angiver, alt efter hvilken hovedgruppe de befinder sig i. I interviewene optræder oplysningerne om hovedstof typisk som specifikke stoffer, som vi har inddelt på de hovedstofkategorier, der bruges i Statens Serum Instituts register for stofmisbrugere i behandling. Disse kategorier er cannabis, centralstimulerende stoffer<sup>17</sup> (CSS) og opioider<sup>18</sup>. Da flere interviewpersoner nævnte mere end ét hovedstof, og fordi blandingsmisbrug lader til at være i vækst, har vi derudover valgt at udvide typologien med blandingskategorier, så den reflekterer dette.

<sup>17</sup> Centralstimulerende stoffer er fx amfetamin, ecstasy, MDMA og kokain.

<sup>18</sup> Opioider er hovedsageligt heroin, morfin og substitutionsstoffet metadon.



TABEL 2.2

Hovedstof, fordelt på de tre grupper, angivet i antal personer

Hovedstof	Borgere uden for behandling (n = 34)	Voksne i behandling (n = 49)	Unge i behandling (n = 23)
CSS	5	5	2
CSS og cannabis	1	1	7
Cannabis	6	8	13
Opioider	13	26	0
Opioider og CSS	7	6	0
Opioider og cannabis	0	1	0
Andet	2	2	1
Total	34	49	23

Anm.: N = 106.

Kilde: Oplyst af borgeren i forbindelse med interviewet.

Det fremgår af tabel 2.2, at cannabis er det mest udbredte hovedstof blandt de unge, hvor 13 deltagere har det som hovedstof, og syv kombinerer det med et centralstimulerende stof (amfetamin eller kokain). To af de unge har et centralstimulerende stof (amfetamin eller kokain) som hovedstof. Flere blander stoffer som MDMA, stesolid, kokain, heroin og ketamin. Den unge, som hører under ”andet” i tabel 2.2, blander alle tre hovedstofftyper (cannabis, kokain og rygeheroin). Cannabis er således det mest udbredte hovedstof blandt de unge i behandling. Dette synes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens rapport fra 2016, som viser, at ungepopulationen er karakteriseret ved, at en højere andel har cannabis som hovedstof (85 pct.), sammenlignet med alle i behandling (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Blandt de voksne i behandling er der 26 borgere, svarende til 12 pct., der har opioider som hovedstof (heroin eller metadon). I 2014 er andelen af personer med stofmisbrug, som er indskrevet i behandling og angiver opioider som hovedstof, 13 pct. (Sundhedsstyrelsen, 2016)<sup>19</sup>. Endnu syv interviewpersoner har opioider som hovedstof i kombination med enten centralstimulerende stoffer eller cannabis. Blandt de seks voksne, der angiver blandingsmisbrug af opioider og centralstimulerende stoffer, er der hovedsageligt tale om kokain blandet med heroin eller metadon. Dernæst er der otte, der har cannabis som hovedstof, og fem, der

<sup>19</sup> Sundhedsstyrelsens opgørelse afrapporterer antal personer, som har angivet opioider som hovedstof ved indskrivning i stofmisbrugsbehandling. Der er således ikke foretaget en særskilt opgørelse af hovedstof blandt voksne borgere med et stofmisbrug, som er i behandling. Tallene er således ikke direkte sammenlignelige.

angiver et centralstimulerende stof, hvilket i denne gruppe hovedsageligt er kokain, men i et enkelt tilfælde er en kombination af ketamin, amfetamin og MDMA. I ”andet”-kategorien finder vi to borgere, der oplyser, at de bruger benzodiazepin eller anden nervemedicin.

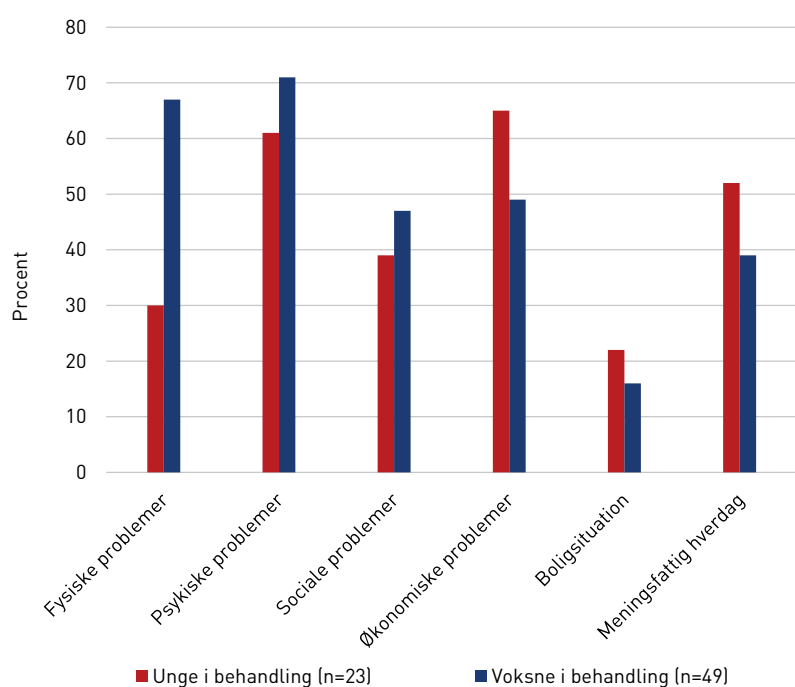
I tabel 2.2 ser vi også, at 13 interviewpersoner i gruppen af borgere uden for behandling angiver et opioid som hovedstof, hvilket for denne gruppe ofte er heroin eller en blanding af heroin og metadon. I 2009 skønnedes der at være 13.000 borgere med et injektionsmisbrug, hvoraf halvdelen ikke var kendt i behandlingssystemet. Dette tal dækker hovedsageligt over brugere af opioider, men da fx heroin også kan ryges, og metadon indtages oralt, giver det ikke et akkurat billede af omfanget af opioidmisbrug blandt borgere med stofmisbrug uden for behandling (Sundhedsstyrelsen, 2016). Blandingsmisbruget af opioider og centralstimulerende stoffer, som syv interviewpersoner angiver, er for det meste en blanding af kokain med enten heroin eller metadon. I denne gruppe refererer centralstimulerende stoffer særligt til amfetamin og kokain (fem personer), mens én interviewperson blander amfetamin og cannabis. Seks interviewpersoner angiver cannabis som hovedstof. For gruppen af borgere uden for behandling indeholder ”andet”-kategorien blandt andet epilepsimedicinen rivotril samt en kombination af heroin, benzodiazepin og andre piller.

#### HVERDAGENS PROBLEMATIKKER: DELTAGERE I BEHANDLING

I det følgende opsummerer vi, hvilke belastninger borgerne i behandling fortæller, at de oplever i deres hverdag. Oplysningerne stammer fra de baggrundsskemaer, der blev udfyldt under interviewene med de fleste af de unge og voksne i behandling for stofmisbrug. De er blevet spurgt til, om de har fysiske, psykiske, sociale og økonomiske problemer, samt om de har problemer med deres nuværende boligsituation eller mangler meningsfulde aktiviteter i hverdagen. Svarmulighederne til spørgsmålene var: i høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke eller ved ikke. Vi har valgt at slå i høj grad/i nogen grad og i mindre grad/slet ikke sammen til henholdsvis *oplever* og *oplever ikke*. Det skal nævnes, at sidstnævnte kategori ofte afspejler, at interviewpersonen har svaret ”slet ikke”, da det var sjældent, at deltagerne angav ”i mindre grad”. Grundet udfordringer i forbindelse med at udfylde skemaet under interviewene med borgere uden for behandling er det kun grupperne af unge i behandling og voksne i behandling, der sammenlignes her. Da sidstnævnte gruppe består af

flere interviewpersoner (49) end de unge (23), angives fordelingen i procent fremfor i antal personer.

FIGUR 2.3  
Andelen, der oplever problemer, fordelt på hhv. unge og voksne i behandling.  
Procent.



Anm.: Oplever ikke- eller ved ikke-besvarelser er ikke medtaget i denne figur.

1. Meningsfattig hverdag betyder, at borgeren angav at mangle meningsfulde aktiviteter i hverdagen.

Kilde: Oplyst af borgeren i forbindelse med interviewet.

Figur 2.3 giver et samlet overblik over de problematikker, undersøgelses unge og voksne deltagere i behandling for stofmisbrug oplever. Opsummerende finder vi, at de unge særligt oplever psykiske og økonomiske problemer samt at mangle meningsfulde aktiviteter i hverdagen. De voksne i behandling oplever ligeledes i høj grad psykiske og økonomiske problemer. I modsætning til de unge oplever de voksne dog i høj grad også fysiske problemer, og lidt flere voksne end unge oplever sociale problemer. Selvom figur 2.3 ikke viser, hvorvidt det er de samme personer, der oplever flere belastninger, indikerer figuren, at de voksne i be-

handling er ”bredt” belastede. Det fremgår, idet ca. halvdelen eller mere i denne gruppe har angivet at opleve fysiske, psykiske, sociale og/eller økonomiske problemer.

# UNGE I BEHANDLING FOR STOFMISBRUG

## INTRODUKTION

Vi beskriver, hvilke barrierer og negative konsekvenser unge med stofmisbrug oplever i mødet med forskellige myndigheder og indsatsområder. Dette er vigtigt at afdække, da tidligere forskning viser, at behandlingssystemet har svært ved at nå alle unge med stofmisbrugsproblemer. På baggrund af survey- og registerdata vurderer Pedersen & Frederiksen (2012), at der er 25-30.000 unge mellem 15 og 24 år, der har et behandlingskrævende stofmisbrug, og at kun 10-16 pct. heraf får et specialiseret behandlingstilbud.<sup>20</sup> Andelen af unge med stofmisbrug udgør dog en stadig stigende andel af samtlige personer i stofmisbrugsbehandling. I 2013 var 5.264 unge under 25 år indskrevet i stofmisbrugsbehandling, hvoraf knap 15 pct. var under 18 år (Sundhedsstyrelsen 2015).

De unge med behov for stofmisbrugsbehandling har stor varians i belastningsgrad. De mest socialt belastede unge har svære og sammensatte problemstillinger. Internationale undersøgelser har vist, at mange unge med stofmisbrugsproblemer har adskillige andre problemer såsom

---

<sup>20</sup> Forskellige beregningsmåder er årsagen til, at dette estimat er væsentligt højere end Sundhedsstyrelsens (Narkotikasituationen i Danmark, 2015)

adfærdsforstyrrelser, psykiske problemer og udsatte sociale livsvilkår (Keyes & Hasin, 2008; Kilpatrick m.fl., 2000; O'Neil m.fl., 2011). Flere oplever desuden ofte koncentrationsproblemer, har haft problematiske skoleforløb, og mange har brudte eller sårbare familieforhold (Hawkins m.fl., 1992; Pedersen & Frederiksen, 2012). Gruppen inkluderer dog også unge, der har et stort, dagligt cannabismisbrug, men ikke derudover rapporterer tunge, sociale problemstillinger (Andersen, 2014).

Unge i stofmisbrugsbehandling har et anderledes misbrugsmønster end andre borgere i behandling for stofmisbrug. Det er cannabis og de centralstimulerende stoffer som kokain, amfetamin og ecstasy, der dominerer som hovedstof blandt de unge, mens næsten ingen unge har heroin som hovedstof (Fynbo m.fl., 2013). I 2013 har hele 87 pct. af unge i stofmisbrugsbehandling, som har oplyst et hovedstof, angivet, at dette er cannabis. Dette er efterfulgt af amfetamin, som 5 pct. af de unge har angivet som deres hovedstof (Sundhedsstyrelsen, 2015). For de unge under 18 år angives cannabis som hovedstof i 93 pct. af indskrivningerne (ibid.).

Kapitlet her er baseret på interviews med 23 unge, der har det til fælles, at de er indskrevet i en eller anden form for stofmisbrugsbehandling, som er særligt målrettet unge. Otte af interviewpersonerne kommer fra stofmisbrugsbehandlingstilbud, placeret i en storby, mens 15 af de unge er indskrevet i stofmisbrugsbehandling i mindre og mellemstore byer. Interviewpersonerne er mellem 17 og 28 år gamle og fordeler sig således i aldersgrupperne: Otte unge er 17-19 år, fire er 20-22 år, ni er 23-25 år, og endelig er to over 26 år. Gennemsnitsalderen for de interviewede unge er 22 år.

Flertallet af de unge, 13 af interviewpersonerne, angiver i interviewet cannabis som deres hovedstof, mens yderligere syv interviewpersoner angiver cannabis i kombination med centralstimulerende stoffer (CSS) som hovedstof. Her dækker CSS fx over MDMA, amfetamin eller kokain. To unge beskriver CSS som hovedstof, og her er der tale om amfetamin eller kokain, og en enkelt ung angiver cannabis, CSS og heroin. Udover deres hovedstof er der flere unge, som fortæller, at de tager andre stoffer. Dette inkluderer fx MDMA, stesolid, kokain, heroin og ketamin. Fællesnævneren for 20 af de 23 unge er dog, at de går i behandling for et cannabismisbrug eller et cannabismisbrug, som kombineres med andre stoffer.

Kapitel 3 er inddelt i tre afsnit, som beskriver centrale aspekter af de unges oplevelser af og erfaringer med diverse myndigheder og indsatser. Vi skelner mellem strukturelle og relationelle barrierer, hvoraf førstnævnte har at gøre med organisatoriske forhold i systemet (fx lovgivning og organisering), mens sidstnævnte handler om sociale relationer mellem mennesker (fx de unges forhold til professionelle og andre borgere, som de unge møder i stofmisbrugsbehandling). Det er en analytisk distinktion, som vi anlægger, snarere end en skelnen, der af sig selv træder ud af det empiriske materiale. Typisk skelner de unge ikke selv i interviewene mellem barrierer, der har rod i strukturelle forhold, og barrierer af relationel karakter. I nogle tilfælde hænger de to typer af barrierer også tæt sammen i praksis.

Et eksempel: Når en ung fortæller om problematiske relationer til ældre borgere i det stofmisbrugsbehandlingstilbud, han eller hun er blevet tilbudt, så kan det på den ene side handle om relationelle barrierer, fordi relationen til andre borgere vanskeliggør den unges mulighed for positivt udbytte af behandlingstilbuddet. På den anden side kan det også handle om strukturelle barrierer, fordi der i det område, hvor den unge bor, mangler relevante tilbud, målrettet unge. Som en analytisk distinktion giver det imidlertid mening at skelne, dels fordi en del barrierer er mere entydigt af enten strukturel eller relationel karakter, og dels fordi de forskellige typer af barrierer kalder på forskellige typer af løsninger, hvis de skal afhjælpes i fremtidig udvikling af området.

I det første afsnit belyser vi en række barrierer af overvejende strukturel karakter, som de unge oplever i mødet med systemet. Dette knytter an til særlige udfordringer for unge med dobbeltbelastninger (unge, som udover problemer med stoffer også har andre problemer) i mødet med forskellige myndigheder. De unge fortæller fx, at de har vanskeligt ved at få adgang til psykiatrisk udredning og behandling på grund af deres stofmisbrug, og at dette bliver en barriere for den rette hjælp. Herefter præsenteres barrierer i forhold til vidensdeling systemerne imellem. Det omhandler, at nogle unge efterspørger mere vidensdeling mellem de forskellige dele af velfærdssystemet, mens andre er kritiske overfor, at tidligere professionelles vurdering inddrages i nuværende møder og kan få konsekvenser for den unges fremtidige muligheder. Afsnittet belyser, hvordan nogle unge oplever at mangle information om de professionelle forpligtelser og forvaltning af henholdsvis tavsheds- og underretningspligt. Afslutningsvist beskriver vi, hvordan nogle unge med stof-

misbrug oplever, at systemets hjælp til og krav om påbegyndelse af en uddannelse, som de særligt møder fra jobcentrenes side, kan blive en barriere for den rette hjælp.

Det andet afsnit belyser en række barrierer, som har mere relationel karakter, dvs. de har at gøre med, hvordan de unge oplever de personer, de møder i systemet. Vi beskriver de unges oplevelser af at søge hjælp til deres stofbrug, og herefter deres oplevelser af de indsatser, de modtager. Det peger på, at nogle unge ikke føler sig hørt og inddraget i mødet med de professionelle, og at nogle unge oplever de indsatser, de modtager, som meningsløse og demotiverende, fordi de øvrige borgere fx er ældre eller mere belastede end dem selv. Afslutningsvist beskriver vi, hvordan det opleves som risikofyldt for flere unge at skulle sige farvel til en professionel, som de unge har oplevet som afgørende for deres livskvalitet og udbytte af behandling. Det knytter særligt an til mentorer og kontaktpersoner, som flere unge må sige farvel til, når de overgår til voksenafdelingen.

Endelig fokuserer tredje afsnit på de unges oplevelse af hjælp, der hjælper. Først beskriver vi, hvad der karakteriserer en positiv relation til en professionel. Her fremhæves det blandt andet, at relationen er længerevarende, at møder kan finde sted uden for kontoret, og at den unge føler sig hørt og inddraget. Herefter præsenteres de unges positive oplevelser med at deltage i aktiviteter som fx uddannelse eller træning i hverdagen. Det er med til at strukturere deres dage, hvilket giver et incitament til at mindske stofbruget. Afslutningsvist beskriver vi de unges positive oplevelser med indsatser, der tager udgangspunkt i deres hverdag og behov. Et eksempel herpå er fx samarbejds møder mellem flere professionelle og den unge.

## STRUKTURELLE BARRIERER I MØDET MED SYSTEMET

Vi beskriver en række strukturelle barrierer, som de unge med stofmisbrug oplever i mødet med systemet. Strukturelle barrierer omfatter forhold, der kan knyttes an til måder, systemet er organiseret på, fx gennem lovgivning, forvaltning og inddeling af specialområder.



#### SAMARBEJDE PÅ TVÆRS

Flere af de unge fortæller, at de har dobbeltbelastninger i den forstand, at de både har problemer med alkohol og stoffer, eller at de udover stofmisbrug også har psykiske vanskeligheder. En af disse unge er Malene på 24 år. Hun ryger cannabis, og så er hun diagnosticeret med ADHD. Nedenfor fortæller hun, hvad det betyder for hendes hverdag, at hun ryger cannabis:

I en lang, lang, lang periode har det betydet rigtig meget, fordi det har ligesom givet mig ro på. Især også fordi jeg har været umedicineret i rigtig lang tid. Så jeg bruger lidt hashen som en medicinering til mig selv for lige at ryge de to gear ned, som jeg har behov for. Jeg har rigtig meget tankemylder, og jeg har rigtig meget, hvad skal man kalde det, stress oppe i hjernen (...). Jeg har det lidt, som om jeg har fire fjernsynsskærme, der kører hele tiden, og når jeg lige ryger engang imellem, så bliver to af dem slukket, og så er der bare lidt mere ro på. (Malene, 24)

Malene oplever og beskriver sit forbrug af cannabis som ”en medicinering til mig selv”; noget, der hjælper hende i en hverdag med stress og tankemylder. Brug af stoffer som selvmedicinering i forhold til psykiske problemer er en velbeskrevet praksis blandt unge (fx Jones, Pedersen & Hesse 2016; Termansen m.fl., 2015,), samtidig med at det også er kendt, at årsag-virkningsforholdet er komplekst.

I den internationale og danske forskningslitteratur diskuteres rækkefølgen (om de psykiske vanskeligheder kommer først og ansporer cannabisbruget eller omvendt) (McGee m.fl., 2000; Patton m.fl., 2002; Donbaek m.fl., 2014), samt hvordan behandlingssystemet håndterer borgere med dobbeltbelastninger (Hesse & Thylstrup 2014, 2016; Jeppesen m.fl., 2016). Forekomsten af denne form for dobbeltbelastning kan opgøres på forskellige måder, men nyere forskning finder, at flertallet af unge i stofmisbrugsbehandling også har psykiske vanskeligheder, hvad enten man undersøger det ved hjælp af surveys (Pedersen m.fl., 2015), registre (Benjaminsen m.fl., 2015) eller kvalitativt (Andersen, 2014). Uanset hvordan rækkefølgen har været i den enkelte unges liv, så oplever de unge altså en dobbeltbelastning, og de kan opleve stofferne som selvmedicinering. Og lige netop det kan give anledning til oplevelse af strukturelle barrierer.

Det bliver tydeligt, hvis vi vender tilbage til Malene. Hun er tilknyttet et behandlingsforløb, som blandt andet skal hjælpe med medicinering og håndtering af hendes ADHD. Imidlertid bliver det en udfordring, at hun stadig ryger cannabis:

Jamen, altså, søde, søde damer [psykiatere på et stofmisbrugsbehandlingscenter], og også dygtige behandlere, bare ikke ... De tilpassede det bare ikke på den måde, jeg ville kunne få noget ud af det på. Jeg fik også besked på, at jeg skulle være clean i tre måneder, inden de kunne starte på en udredning af mig (...) Og det var jo så grunden til, at jeg røg herind [i stofmisbrugsbehandling], fordi de tilbød mig, at jeg kunne starte på en udredning, selvom jeg ikke var clean. (...) Det var sådan nogle ting, som jeg slet ikke kunne få til at hænge sammen i mit hoved. (Malene, 24)

I behandlingstilbuddet kan behandlerne ikke udrede Malene, når hun fortsat ryger hash, til trods for at Malene er af den opfattelse, at det er derfor, hun er blevet henvist til tilbuddet. Hun forklarer, at hun ikke kan få det til at hænge sammen, fordi hun jo netop oplever hash som selvmedicinering, og det er derfor vanskeligt for hende at stoppe, uden at noget andet træder i stedet for.

Malene beskriver, at behandlingstilbuddets forståelse af hendes stofbrug bliver en barriere i forhold til udredning og behandling af hendes psykiatriske lidelse. En anden af de unge, Ida på 18 år, beskriver stofmisbruget som en barriere i forhold til at få medicin. Ida fortæller, at hun ryger cannabis og tager MDMA for at kontrollere sin ADHD. Hun har imidlertid også fået ordineret medicin for ADHD, men hun har fået at vide, at hun først må tage sin medicin, når hun ved en urinprøve kan vise, at hun ikke har røget cannabis og taget MDMA i 14 dage. Sidste gang hun prøvede at holde sig stoffri, kom hun næsten op på 14 dage, men så kom hun alligevel til at tage noget. Ida har derfor stadig ikke fået sin medicin.

Flere af de unge er uforstående overfor, hvorfor de ikke (som de oplever det) kan få hjælp til deres psykiske vanskeligheder, selvom de stadig bruger stoffer. De oplever, at der er dele af dem selv, som de lukker af for med stofferne, og de har brug for hjælp til at ændre dette. De barrierer, de beskriver, er primært rettet mod at få hjælp til psykiatriske lidelser. Det skal dog understreges, at de unge, vi har interviewet, jo netop allesammen er indskrevet i stofmisbrugsbehandling, og langt de fleste

oplever, at de aktuelt får hjælp til deres stofproblemer. Hvorvidt der er unge i psykiatriske behandlingstilbud, som tilsvarende oplever barrierer i forhold til at få stofmisbrugsbehandling, kan vi ikke sige noget om.

#### VIDEREGIVELSE AF INFORMATION

I forhold til strukturelle barrierer mellem forskellige instanser og behandlingstilbud efterspørger nogle unge mere informationsudveksling mellem diverse parter i systemerne. En hovedårsag til denne efterspørgsel hænger sammen med, at det opleves som vanskeligt at skulle fortælle sin historie om og om igen. Jon på 23 år beskriver, hvad det betyder for ham at skulle fortælle sin historie igen og igen:

Det er netop nok den største udfordring, at jeg skal fortælle det hver gang, fordi jeg ender med at blive væk, fordi ikke nok med, at hashen gør, at jeg har svært ved at huske (...), hvem har jeg fortalt hvad til, fordi når jeg runder fem-seks mennesker i løbet af en hel tur, så er det lidt svært: Hvad fanden var det nu, jeg fortalte? Kan du ikke huske? Arh, er det nu også? Det er den største udfordring, at man skal gentage sig selv mange gange, og det er også forståeligt, bevares, men det kan også være lidt hårdt, fordi jeg føler nogle gange, at jeg fremtvinger mig selv i et dårligere humør, fordi hvis jeg har en okay dag, og jeg kommer og skal ned og snakke med Line eller en eller anden, så føler jeg mig også påtvunget til at tage en vis hat på og sige ”Jeg er syg”. Ikke at jeg spiller på det eller overspiller eller noget, men jeg bliver tvunget til igen at se det i øjnene.

For Jon er kravene om at fortælle sin historie udfordrende, dels fordi han har svært ved at huske, og dels fordi han oplever, at det fastholder ham i rollen som syg. De problematikker, som Jon påpeger, knytter an til strukturelle forhold på to måder. For det første handler det om, at specialisering og ressortinddelinger medfører opsplætning af socialområdet, således at unge med behov for flere forskellige typer af indsatser ofte kommer i kontakt med professionelle fra mange forskellige instanser, og derfor oplever at skulle fortælle deres historie igen og igen (Katznelson m.fl., 2015). I den internationale forskningslitteratur er dette et aspekt af dét, man ofte beskriver som siloproblematikker på socialområdet (fx Bundred, 2006).

For det andet knytter de udfordringer, Jon beskriver, an til den måde ressourceallokering organiseres på i velfærdssystemet. Jon oplever,

at han for at legitimere sit behov for hjælp bliver nødt til at holde sig selv fast i en rolle som syg. Dette skyldes, at ressourcer fordeles på baggrund af identificerede behov, også kaldet 'behovstestning' (van Oorschot, 2002), og den internationale forskningslitteratur peger på, at dette kan resultere i utilsigtede klientgørelsesprocesser (Gubrium & Järvinen 2013; Järvinen & Mik-Meyer 2003). Den tilsigtede effekt af, at Jon skal fortælle sin historie til mange professionelle, er, at de hver især får en forståelse af hans behov og kan hjælpe ham inden for det område, de er specialiserede i. En utilsigtet konsekvens er, at Jons opmærksomhed fastholdes på det, han har behov for hjælp til – også på de dage, hvor han er okay og egentlig har opmærksomheden rettet mod andre behov. Vidensdeling mellem professionelle kan i et vist omfang afhjælpe kravene til de unge om igen og igen at give den samme information, men en specialisering af socialområdet vil fortsat medføre, at de unge skal kommunikere og forholde sig til flere professionelle.

Det er også vigtigt at understrege, at ikke alle unge ønsker, at de professionelle, de er i kontakt med, deler al deres personlige information. Unge i specialiserede tilbud som stofmisbrugsbehandling inviteres ofte til at underskrive en samtykkeerklæring, som netop har til formål at sikre information på tværs af systemerne. Enkelte af de unge, vi har interviewet, har dog ikke ønsket denne vidensdeling mellem professionelle. Der er fx unge, som ikke ønsker, at tidligere professionelles vurderinger, eller bare deres livshistorie generelt, skal danne grundlag for mødet med nye professionelle. Kia på 22 år beskriver, hvordan hun oplevede, at hendes journal kom til at spille en afgørende rolle i hendes møde med jobcenteret.

Jamen, det var et helvede. Jeg har aldrig prøvet noget lignende. Jeg kommer ind ligesom alle de andre normale mennesker, skulle jeg til at sige, og så har de [sagsbehandlerne på jobcenteret] fået fat på nogle af mine papirer, hvor der står, at jeg har boet på opholdssted. Og så skal jeg åbenbart ikke være en del af dét, de andre er en del af. Så skal jeg så åbenbart til noget helt andet. Og jeg følte jo ikke, at det skulle påvirke så meget, jeg ville bare gerne i skole eller så send mig ud og samle skrald op.

Kias oplevelse knytter an til en strukturel barriere i den forstand, at hun oplever, at den viden, som cirkulerer i systemet, bliver en barriere i forhold til at blive mødt på samme måde som "andre normale mennesker".

Kias beskrivelser knytter an til det, man i forskningslitteraturen typisk beskriver som stigmatisering (Goffman, 1963; Moses, 2010). På trods af, at særbehandlingen af Kia kan have haft de bedste intentioner, er det ikke noget, hun oplever som hjælpsomt i det første møde med jobcenteret. Efter det første møde beder Kias sagsbehandler hende om at underskrive en samtykkeerklæring, hvormed de kan få mere information om hendes baggrund fra en anden kommune end hendes nuværende bopælskommune. Kia vil imidlertid ikke underskrive samtykkeerklæringen, da hun ikke vurderer, at disse oplysninger er relevante for hendes nuværende situation, hvor hun gerne vil i skole eller i aktivering. Kia oplever imidlertid, at den manglende underskrift resulterer i lang ventetid, fra hun begynder på kontanthjælp, til hun kan komme i en form for aktivering:

Der gik faktisk otte måneder, fra jeg kom på kontanthjælp til jeg fik lov til at komme i aktivering et eller andet sted, fordi de vidste ikke lige, hvor de skulle placere mig ... Og så igen følte jeg mig som en eller anden særlig eller problembarn ... Så det blev jeg, jamen, jeg blev faktisk rigtig ked af det ... det var virkelig, det var voldsomt, det dér. Også mest fordi, at jeg har jo ikke følt, altså, jeg kan sagtens gå i skole og har altid fået gode karakterer, og jeg kunne ikke se, hvorfor mit opholdssted skulle påvirke på den måde. Og jeg følte lidt, at jeg blev til sådan en spændende én, altså nu vil vi gerne vide, hvad der lige har været foregået, og det var slet ikke min pointe ... De blev rigtig overraskede [over at jeg ikke ville give samtykke]. Fordi det var en meget normal ting, og ... jeg tror ikke, de er vant til, at folk, at der er nogle, der sådan kender reglerne, og jeg [ved] udmærket godt, jeg ikke behøver at skrive under på en samtykkeerklæring. (Kia, 22)

Kia oplever altså, at den viden, som hendes sagsbehandler allerede har (at Kia har boet på opholdssted), samt den viden hun ikke har, men gerne vil have (journaloplysninger fra en anden kommune), bliver en barriere for at få den type hjælp fra jobcenteret, som Kia ønsker.

Kasper på 27 er en anden interviewperson, der ikke ønsker, at personlige informationer om ham skal videregives systemerne imellem. Han er dog ikke tilknyttet et af de anonyme behandlingstilbud. For ham handler det om, at han er bekymret for, hvorvidt denne informationsdeling kan få betydning for hans fremtidige jobmuligheder:

Hvis jeg skulle søge job i en kommune, [hvis] der ville stå ved siden af, at jeg er i gang med misbrugsbehandling. Der er jo ikke nogen, der ansætter en pædagog, der, ja ... Så hvis [informati-  
onsdeling] havde været et issue, så havde jeg ikke [startet be-  
handling]. Det havde simpelthen været for risikabelt. (Kasper, 27)

For Kasper er det således yderst vigtigt, at hans oplysninger ikke deles mellem forskellige systemer, og ved behandlingsopstarten får han en garanti for, at hans oplysninger ikke må videregives til arbejdsgivere eller jobcenter uden et samtykke fra ham, hvilket beroliger ham.

#### TAVSHEDSPLIGT OG UNDERRETNINGSPLIGT

Særligt for unge under 18 år gælder det, at vidensdeling ikke kun kan foregå mellem offentlige myndigheder, men også mellem myndigheder og den unges forældre. Det giver særlige udfordringer i forhold til at afstemme forventninger til de professionelle tavshedspligt og underretningspligt. Nogle unge oplever, at professionelle ikke har informeret dem grundigt nok om reglerne for henholdsvis tavshedspligt og underretningspligt. Det gælder fx Aske, der var under 18 år, da han opsøgte en læge, fordi han havde bekymringer i forhold til sit stofbrug:

[Jeg] kommer hen til den her læge for at snakke om de her stoffer, fordi at jeg er bange for det og tror, at jeg er syg og fejler alle mulige ting. Og [jeg] spørger ham om det her [deres samtale], det går videre, og så siger han så "Nej, det gør det ikke". Han har tavshedspligt, og jeg spurgte ham mange gange, fordi jeg var bange for, at det skulle gå videre til familie og alt muligt. Fordi jeg vidste jo godt, at fandt de ud af det, så ville det bare blive noget lort, for at sige det rent ud. Og så en fire-fem dage efter, så er min mor ligesom underlig, hun spørger ind til, hvorfor jeg er så mærkelig, og hvorfor jeg ser så underlig ud i øjnene og opfører sig bare generelt mere mærkeligt, end hun plejer (...) Og jeg bliver mistroisk og tænker "Fuck, hun ved et eller andet, hende dér". Og jeg ved godt, at der kun er én mand, der ved noget om det lige på det tidspunkt. Det var min læge. (...) Og jeg fandt så ud af bagefter, at der er nogle regler, at når man er under 18, at de [sundhedsprofessionelle] gerne må informere forældrene. Men jeg troede bare, at når en læge siger "Jeg lover dig, at det her det ikke går videre", at så bliver det mellem mig og dig. Det, syntes jeg, var fuldstændigt sindssygt. (Aske, 22)

Ovenstående er et eksempel på en barriere, som krydser det strukturelle og relationelle felt. Oplevelsen kan betragtes som en strukturel barriere, fordi Aske oplever lovgivningen som uhensigtsmæssig for sit samarbejde med lægen, da lægen, grundet Askes unge alder, ikke har tavshedspligt. Aske mener dog, at netop fortroligheden med lægen er afgørende for, at han tør opsøge hjælp. Oplevelsen kommer desuden til at fungere som en relationel barriere, fordi Aske oplever, at lægen svigter hans tillid ved ikke at oplyse ham om dette forhold. Han fortæller desuden, at samtalen med lægen ikke fører til, at han får hjælp. På det tidspunkt oplever han, at han er halvafhængig af cannabis, men det er først i årene, der følger, at han oplever, at stofbruget eskaleres i takt med, at han isolerer sig mere og mere. Da han endelig kommer i et stofmisbrugsbehandlingstilbud, er hans stofproblemer derfor større end de var, da han første gang kontaktede systemet for at få hjælp.

En ung kvinde beskriver en lignende oplevelse, dog i en helt anden kontekst. Pia på 24 år fortæller, at hun som teenager blev 'snydt' af reglerne for henholdsvis tavsheds- og underretningspligt:

Pia: Der var meget vold i mit hjem. Mig og min mor, vi sloges. Kommunen har vidst det i mange år, at der var vold derhjemme. Og der har været snak om anbringelse før. Det startede i børnepsykiatrien som 6-årig. Men da jeg er 16 år, der bliver det slåskampe, mere end det egentlig er vold fra min mors side mod mig. Og så taler jeg over mig på mit gymnasie, samtidig med at jeg også er startet hos psykolog. Min psykolog begynder stille og roligt at tænke på, at jeg ikke skal blive boende [hjemme]. Så får jeg talt over mig til en studievejleder, fordi at jeg tror, at hun har tavshedspligt. Så det sker lidt dobbelt, at der på skolens side og min psykologs side er snak om, at jeg skal fjernes. Og så i stedet for at starte en lang kamp, så blev alle parter enige om en frivillig anbringelse, ville være det. For der var ikke nogen grund til at kæmpe. (...)

Interviewer: Når du siger (...), at du talte over dig?

Pia: Jeg kom til at fortælle, at jeg havde mærker. Og så fik jeg fortalt, hvor mærkerne kom fra, fordi jeg troede, at hun havde tavshedspligt. Men jeg havde jo ikke lige medregnet, at der jo også er noget, der hedder underretningspligt. Og jeg var under 18. Så jeg starter med at spørge, om hun har tavshedspligt, og det siger hun ja til. Og så bryder jeg grædende sammen og for-

tæller om min situation, og at jeg ikke kan holde ud at være hjemme, og jeg ville gerne have hjælp til at se, om der var mulighed for at flytte hjemmefra på en eller anden måde.

Pia fortsætter med at fortælle, at hun oplever det som et stort svigt, at hendes studievejleder fortæller, at hun har tavshedspligt, men ikke informerer om, at hun har underretningspligt. Efter lidt tid kan Pia godt se, at det var nødvendigt at flytte hjemmefra, men hun oplever stadigvæk ikke, at hun var ordentligt informeret om den professionelle forpligtelse, og hun har svært ved at slippe fornemmelsen af, at hun er ”*gået bag om ryggen på min familie og [har] stukket dem*”.

Tavsheds- og underretningspligt er ofte særlig følsomt for de unge i forhold til forældre, men for de unge, der ikke bor hjemme, kan det også være følsomt i forhold til andre stedfortrædende voksenautoriteter. Pia fortæller eksempelvis, at det for hende var problematisk, at en pædagog fra hendes opholdssted blev inviteret med til en samtale med den misbrugskonsulent, der skulle varetage hendes stofmisbrugsbehandling. Pia var nervøs for, at samtalen kunne få konsekvenser for hendes hverdag på opholdsstedet. Pædagogens tilstedeværelse blev derfor en barriere for hende i forhold til at tale åbent med misbrugskonsulenten.

#### AT FINDE DEN RETTE VEJ

Et andet tema, som er særligt for de unge, handler om deres oplevelser af systemets hjælp til og krav om påbegyndelse af en uddannelse. Nogle unge har meget få overvejelser om disse elementer, men blandt dem, der har, er der blandede erfaringer. Nogle oplever et uddannelsespres fra systemet, mens andre italesætter, at de manglede støtte og hjælp til at komme videre i uddannelsessystemet. Jon på 23 år er en af de unge, som føler sig presset til at starte på en uddannelse:

Jon: De var fuldstændig ligeglade med min tilstand, så det var bare ”Jon, du skal ud og lave et eller andet”. Så var det ligesom ”Jamen, jeg vil egentlig gerne det gartner dér”. ”Jamen, det starter først til august, vi skriver marts”. Så var det bare sådan ”Jamen, kan jeg ikke noget andet, så?”. ”Jamen, du kan tage tømrerforløbet på teknisk skole.” ”Jamen, jeg har allerede gået der én gang, og det gad jeg ikke”. Og dér følte jeg mig virkelig sådan: ”Jeg skal bare videre”. Så endte det med, at jeg tog en uddannelse, jeg sprang fra, og så havnede jeg på kontanthjælp igen, så jeg følte bare sådan, de fucking klokkede i det. (...)



Interviewer: Så du følte, du blev presset ud i en uddannelse?

Jon: Som jeg i og for sig ikke ville. Jeg kunne ikke se grunden til at starte på tømreruddannelsen én gang til, når jeg allerede var sprunget fra én gang, fordi det var det, jeg bestemte ikke ville. Ja, så bare den der arrogance, der var ”Jamen, det skal du”. Jeg ved godt, at nogle gange skal man bare have et lille puf, det er også fint, men jeg kan ikke se, jeg skal have et puf i den forkerte retning bare for at fylde tiden ud.

Det fremgår af ovenstående, at Jon oplever, at de professionelle er meget optagede af at få ham i gang med en uddannelse. Jon fortæller, at han ikke føler sig klar til at starte, fordi han ryger cannabis og har psykiske udfordringer. Hertil kommer, at det på det pågældende tidspunkt ikke er muligt at starte på den uddannelse, han ønsker. Jon ender med at starte på en uddannelse, som han dropper ud af, og han fortæller, at han er ærgerlig over, at han er endt med at bruge SU-klip på en uddannelse, som han vidste, at han ikke ville fuldføre.

Nogle unge fortæller, at de gerne vil i gang med en uddannelse, men at de er i tvivl om hvilken. I den forbindelse er flere i kontakt med uddannelsesvejledning, men ikke alle oplever et udbytte heraf. En af disse unge er Marie på 18 år.

Jamen, hun sad og forklarede mig alt muligt, så sagde jeg ”Du skal forklare mig det på en anden måde, for jeg forstår det ikke”. (...) Og så lige pludselig så var jeg bare dum, og nej, det gik helt galt. (...) Hun forklarede det kun på sin måde, så måtte man selv finde ud af resten.

Marie oplever ikke, at samtalen med uddannelsesvejledningen giver hende afklaring på hendes fremtidsmuligheder. Andre unge med stofbrug fortæller, at de mangler viden om, hvordan de kan danne sig et overblik over forskellige uddannelsesmuligheder, og at uddannelsesvejledningen ikke har været i stand til at give dem dette.

## RELATIONELLE BARRIERER I MØDET MED SYSTEMET

I dette afsnit fokuserer vi på relationelle aspekter af de unges oplevelser med systemet. Relationelle barrierer omfatter forhold, knyttet til de kon-

krete personer, som de unge møder i systemet, fx sagsbehandlere, læger, psykiatere, stofmisbrugsbehandlere og andre borgere i behandling.

#### DEN FØRSTE KONTAKT

Flere unge fortæller, at barrieren i forhold til den første kontakt er særligt svær at overkomme. Det er vanskeligt at søge om hjælp til stofmisbrug, og i forlængelse heraf kan det være svært at møde op i et tilbud for første gang. For flere unge har vejen til stofmisbrugsbehandling været lang og fyldt med tvivl om, hvorvidt de har brug for hjælp, og usikkerhed i forhold til, hvilken form for hjælp de vil blive tilbudt.

En del af de unge prøver først at henvende sig til egen læge for at få hjælp. Nogle unge oplever imidlertid, at lægen ikke tager deres bekymringer om stofbrug alvorligt, og/eller at lægen ikke har tid til at tale med dem. En af de unge er Mads på 27 år, som er i gang med en uddannelse, men drikker alkohol dagligt og tager kokain til fester. Om sit møde med sin privatpraktiserende læge fortæller han:

Han [min læge] har været meget hurtig til at få mig videre og ikke sådan, han har ikke rigtig villet snakke så meget om det. Jeg er kommet og har sagt, at "Nu gik det galt med studiet igen", så har han været sådan "Er det nu igen?". Eller "Har du nu ikke lært noget?". (Mads, 27)

Mads beskriver her en relationel barriere i forhold til at få hjælp til et stofbrug, som han oplever spænder ben for hans uddannelse. Han oplever, at lægen ikke rigtig vil tale med ham eller hjælpe ham videre til et tilbud, der kan hjælpe ham. Nogle unge fremhæver, at selvom den praktiserende læge måske ikke selv kan behandle stofmisbrug eller psykiske udfordringer, så er det – især når det er første gang, man opsøger hjælp – vigtigt, at lægen er imødekommende, og at man føler sig hørt.

Det gælder ikke kun hos lægen og i forhold til stoffer. Pia på 24 år giver et eksempel på et møde med psykiatrien, hvor hun heller ikke følte, at psykiateren havde tid og tog hende alvorligt:

Jeg snakker med en psykiater, som giver mig en diagnose uden rigtig at fortælle mig, hvad den er, men at jeg får den der "Jamen, du har nok borderline", sådan helt henkastet (...). Og jeg synes jo, at det at få at vide, at man har en psykisk lidelse, borderline, det er en stor ting at sluge, men de kastede den lidt over som sådan en "Ja, det har du nok". Og så kom der heller ikke mere ud

af det. Der var ikke nogen opfølgning. (...). Jeg føler, at jeg er blevet røvdendt af systemet. Jeg har fået at vide, jeg ved ikke hvor mange gange, at jeg har forskellige diagnoser, uden at der er nogen, der følger op på mig.

Der er også andre unge, der beskriver møder med psykiatrien, hvor de ikke oplever at blive inddraget og taget alvorligt. Fx er der flere unge, der fortæller, at de har fået en diagnose uden megen forklaring<sup>21</sup>. Hvis eller når unge får en oplevelse af, at de bliver ”røvdendt af systemet”, som Pia formulerer det, kan det komme til at optræde som en relationel barriere, idet tab af tillid til systemerne er hæmmende for et positivt behandlingsudbytte. Det understøttes af tidligere forskning, der viser, at en positiv relation og behandlingsalliance mellem unge og behandlere er afgørende (Urbanoski m.fl. 2012; se også Meier m.fl., 2005).

#### UDIFFERENTIEREDE TILBUD

Efter at de unge er blevet udredt, bliver de som regel henvist til et tilbud, såfremt de ikke er under uddannelse eller i beskæftigelse. Flere fortæller, at de er glade for at komme i et tilbud, hvor de fx træner eller forbereder mad sammen med andre, da det er med til at give en struktur på hverdagen. Der er dog også unge, som af forskellige årsager oplever, at de ikke passer ind på det pågældende tilbud, fx på grund af de andre borgere, som bruger tilbuddet.

En af disse unge er Jon på 23 år. Han har en HF, men lever på nuværende tidspunkt af kontanthjælp. Han går i behandling for et cannabinismisbrug og er derudover tilknyttet et kommunalt tilbud af en varighed på fem timer om dagen i tre måneder. Jon er glad for, at tilbuddet giver ham noget struktur i hverdagen, men han oplever ikke, at det er rettet mod én med hans udfordringer:

Jeg ved sgu ikke helt, hvad målgruppen er. Jo, altså, jeg kan se, at nogle af dem, der er dernede, er fordi, de venter på at starte i uddannelse, og sådan er det, og så er der jo nogle af os, der er der af fysiske eller psykiske årsager, og der er det sgu nogle gange lidt ... Det kan være lidt svært dernede, fordi det er ikke helt skræddersyet. Det hele er bare klumpet lidt sammen. Jeg gider

---

<sup>21</sup> Omvendt er der også flere unge, der fremhæver udredninger i psykiatrien som grundige og fremmende for, at de selv kommer til at forstå deres vanskeligheder og at de får den hjælp, de har brug for. Ligesom i resten af dette afsnit ligger fokus imidlertid her på de unges oplevelser af barrierer, hvorfor det er disse, der gengives.

ikke sidde og skrive CV og ansøgninger og alt muligt. Det er ikke dér, mit problem ligger. Det er ikke et job, jeg skal have. (Jon, 23)

Jon oplever, at han sidder sammen med unge mennesker, som er et andet sted i livet, end han er. Han oplever desuden, at tilbuddet primært består af aktiviteter som CV og jobsøgning, der rammer ved siden af dér, hvor han er i sit liv lige nu. Udover sit problematiske stofbrug har Jon nemlig også nogle psykiske udfordringer, som han gerne vil have hjælp til, inden han starter på en uddannelse. Jon har dog valgt at søge om at forlænge tilbuddet med fire uger: ”*Alene fordi jeg ikke kunne se, hvad jeg ellers skulle*”. Dette er således et eksempel på en barriere, der i høj grad både er strukturel og relationel: Jon har en hverdag sammen med andre brugere, som han ikke rigtig kan relatere til, men årsagen til, at han ikke søger mod et tilbud, som passer bedre, er, at han ikke kender noget mere relevant tilbud og tilsyneladende heller ikke guides til det af de professionelle.

Andre unge fortæller, at de oplever at komme i tilbud med borgere, som er meget mere belastede end dem selv. Maja på 19 år beskriver et kommunalt aktiveringstilbud, hvor hun sidder sammen med en mor til to, som ikke ved, hvad hun skal i livet. Det påvirker Majas lyst til at komme i tilbuddet: ”*Det var rigtig deprimerende for mig. Jeg ved ikke nødvendigvis, hvad jeg vil være, men jeg har da en nogenlunde vej at gå, så for mig var det rigtig deprimerende og demotiverende.*”

Maja fortæller, at hendes manglende lyst til at tage af sted om morgenen nogle gange resulterer i, at hun ryger lidt ekstra cannabis om aftenen. På den måde kan relationelle forhold ikke blot være en barriere i forhold til at afhjælpe stofproblemer, men ligefrem give anledning til forværring.

Når det gælder stofmisbrugsbehandling, er der også unge, som oplever at komme i tilbud med borgere, som de ikke har noget til fælles med, fx fordi de er ældre og mere socialt belastede. Chris på 18 år er en af disse unge. Han har røget cannabis i mange år og fortæller, at han allerede som 13-årig startede i misbrugsbehandling med nogle personer, som var langt ældre og mere stofferfarne end ham.

Et eller andet sted gjorde det [misbrugsbehandlingen] det [hashforbruget] kun værre, for jeg var ikke så erfaren på det tidspunkt, og jeg kom op et sted med mange andre erfarne rygere og misbrugere. Så jeg lærte en hel masse ting deroppe om stoffer, og

hvordan man skulle indtage ting. Så lige dér, der gjorde det vist værre. Jeg kom hjem med mere viden og meget mere kampgejst. Jeg skulle bare hjem og prøve nogle ting. (Chris, 18)

Chris oplever således, at de andre borgere i tilbuddet bidrager til, at han får mere viden om stoffer, som han gerne vil prøve af. Denne barriere, der knytter an til relationerne mellem de borgere, der møder hinanden i behandling, bliver i den internationale forskningslitteratur diskuteret under betegnelsen 'negative peer effects' (Dishion, McCord & Poulin, 1999). Chris' beskrivelse er en god illustration af, hvordan relationerne til mere stofefarne medbrugere kan være en barriere for positivt behandlingsudbytte og ligefrem give anledning til forværring. Chris fortæller, at hans forbrug forværrer i perioden, hvor han er tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen, og efter en måned vælger han at stoppe. Herefter går der tre år, før han kommer i kontakt med misbrugsbehandlingssystemet igen. Hvis den type relationelle barrierer skal undgås, er det afgørende, at de unge oplever at komme i tilbud, som passer til deres alder, situation og stofefaring. I de tilfælde, hvor de unge ikke kan relatere til de andre borgere i behandling, er resultatet typisk, at de ikke oplever tilbuddene som meningsfulde, og i sidste ende betyder det for nogle, at de stopper med at møde op.

#### DEN SVÆRE EXIT

Mange unge beskriver de tætte og længerevarende relationer til professionelle – såsom kontaktpersoner eller mentorer – som helt afgørende for afhjælpningen af deres problemer. Langt de fleste unge fortæller, at deres kontaktperson har eller har haft en afgørende betydning i deres liv, men i forbindelse med, at de unge overgår til voksenafdelingen ved det 18. år, oplever nogen, at de bliver nødt til at sige farvel til deres kontaktperson eller mentor. I forhold til tidligere anbragte unge er det muligt at forlænge kontaktpersonsordningen i alderen 18 til 22 år i form af efterværn. Udover anbragte unge er det også muligt for unge, der op til det 18. år har haft en fast kontaktperson, at få bevilget en forlængelse af kontaktpersonsordningen under efterværnsparagraffen, jf. servicelovens § 76.2. Flere unge i denne undersøgelse fortæller dog, at forlængelse af kontaktpersonsordningen ikke har været muligt for dem.

Aske er en af de unge, som har haft mulighed for at fortsætte med sin kontaktperson, da han har boet på opholdssted som barn og derfor har fået efterværn. Da han som 20-årig søger om at komme i

døgnbehandling, mister han dog retten til fortsat at have kontakt til sin kontaktperson. Det skyldes, at han overgår til voksenafdelingen.

Jeg blev rigtig ked af det. Sur og rasende. Jeg har været en rigtig røv i byen, faktisk, da det skete. Jeg følte, at man pissede på mig og vores, det vi havde. Man har altid gerne villet hjælpe mig, altså med ord har man fortalt, at man ”gerne ville hjælpe Aske”, men man kan ikke hjælpe mig rent juridisk set, fordi det er stillet sådan op med ministeriet, eller hvad fanden ved jeg, der laver reglerne. Når man overgår til voksen, så kan man ikke længere søge om en kontaktperson, og det synes jeg er fuldstændigt sindssygt, fordi der er stadig nogen, der har brug for det. Det er ikke alle, der er her, men nogen har brug for mere støtte, end andre har. Så er det superærgeligt, at man kan risikere at tabe det hele på gulvet. (Aske, 22 år)

Aske oplever det som risikofyldt at miste sin kontaktperson, og han er bange for, at tabet af relationen til kontaktpersonen betyder, at de positive forandringer, han har oplevet, går tabt. Vi kender ikke de nøjere detaljer omkring, hvordan og hvorfor de professionelle ikke mener, at reglerne giver mulighed for, at Aske kan beholde sin kontaktperson, men vi ved, at Aske oplever og beskriver lovgivningen som årsagen til, at relationen mistes. I hans oplevelse er strukturelle og relationelle barrierer for at få hjælp til stofproblemer dermed tæt sammenvævede, da det er strukturelle hindringer, der bryder den relation, Aske oplever som afgørende.

Jon på 23 beskriver, at han måtte sige farvel til sin mentor, da han på kommunens opfordring lod sig indskrive på en uddannelse, han vidste, at han ikke ville fuldføre, og dermed overgik fra kontanthjælp til SU. En af de andre unge, Maja, fortæller, at hun mistede sin mentor, da hun fyldte 18 år. Hun fortæller, at den begrundelse, hun fik, var, at hun ikke brugte ham nok.

Det kunne jeg ikke forstå, fordi vi mødtes en gang om ugen, hvor vi lige satte os ned og kiggede på, hvordan mit budget det var, om jeg havde nogle problemer, eller om jeg skulle til lægen. Det havde jeg det rigtig godt med. Også fordi så kunne jeg lige koble lidt fra og komme ud med nogle af mine problemer eller ting, der var besværlige for mig. Det irriterede mig rigtig meget, at jeg ikke bare stadig kunne have den ene time om ugen med min mentor og så lige gå en tur, eller hvad jeg nu lige havde brug for. (Maja, 19 år)

Flere unge fortæller, at de ikke forstår begrundelserne for, hvorfor de ikke længere kan have den pågældende kontaktperson eller mentor tilknyttet, og derudover oplever de, at tabet af denne relation øger risikoen for, at deres stofbrug eskalerer.

I forlængelse af disse beskrivelser er det også vigtigt at notere, at der er flere unge, som påpeger, at de er bevidste om, at de ikke kan have en kontaktperson eller mentor resten af livet. Den bevidsthed ændrer dog ikke på, at mange ikke har overblik over, på hvilket grundlag diverse beslutninger træffes, og dermed føler sig frustrerede og uretfærdigt behandlet.

## HJÆLP, DER HJÆLPER

Vi beskriver i det følgende den hjælp, der hjælper, med afsæt i de unges fortællinger. Det er både baseret på de unges positive erfaringer med nuværende tilbud samt ønsker til alternative tilbud. Ovenstående analyser af de unges oplevede barrierer giver ligeledes anledning til at foreslå eksempler på hjælp, der hjælper. Vi har derfor valgt at præsentere den hjælp, der beskrives som særligt afgørende for de unge.

### DEN POSITIVE RELATION TIL PROFESSIONELLE

Flere unge påpeger, at en længerevarende relation med en professionel er afgørende for, at der skabes en tillidsfuld relation og et solidt grundlag, hvorfra den unge kan arbejde med sine udfordringer. Dette bekræftes også af international forskning (Urbanoski m.fl. 2012; se også Meier m.fl., 2005). De længerevarende relationer, som de unge fortæller om, involverer ofte en kontaktperson eller mentor<sup>22</sup>. Aske på 22 er en af de unge, som har haft en kontaktperson, siden han var 15 år gammel.

Hvis jeg ikke havde fået hende, så var jeg endt ud i mange flere stoffer, meget mere lort [end tilfældet er]. Det havde jeg 100 % (...). Jeg tror, at vi har et lidt specielt forhold. Vi er sammen i den tid, hun har, ude, hjemme, øst og vest, det er lige meget. Det kan være alt fra at gå ture til at være hjemme eller tage ud på en café. (Aske, 22)

---

<sup>22</sup> I interviewene med de unge benævnes de professionelle altid med navn, og de unge ved ikke nødvendigvis, om vedkommendes officielle betegnelse er mentor, kontaktperson e.l.

Flere af de unge beskriver lignende relationer til en kontaktperson eller mentor og fremhæver en række særtræk ved forholdet. Eksempelvis at den unge kan tale med kontaktpersonen eller mentoren om forskellige dele af sit liv, at mødet kan finde sted uden for et kontor, at kontaktpersonen eller mentoren deler information om sig selv, og at relationen er længerevarende.

Udover den længerevarende relation til fx en kontaktperson eller mentor vil flere unge stadigvæk komme i kontakt med andre tilbud, som de deltager i over en kortere periode. I den forbindelse peger flere unge på, at det er væsentligt, at de føler sig hørt, respekteret og inddraget. Pia på 24 år fortæller om et tilbud, hvor hun oplevede at blive mødt netop på denne måde:

Det er den første gang, siden jeg var 14 år og startede på [værested], at der er nogen, der lytter til mig, at der er nogen, der viser mig en eller anden form for respekt som menneske. Og én, der tager mine problemer alvorligt og ikke bare siger ”Jamen, så må du jo holde op med at ryge hash”. Og dér går jeg stadigvæk og er meget glad. Selvom jeg ikke er stoppet, så er mit misbrug under halveret. (...) Jeg har ikke følt mig som en klient eller som et nummer eller som en belastning for samfundet. Og egentlig er det mærkeligt, for det er derinde jeg arbejder med min diagnose, og det er det sted jeg har følt mig mindst psykisk syg i virkeligheden. (...) Jeg bliver mødt som det hele menneske jeg er, hvor ’corny’ det nu end lyder. Han er ikke nedladende over for mig, som jeg har oplevet det før i tiden. Han er 100 % ærlig.

Pia fortsætter med at fortælle, hvilke dele af behandlingen som har været særlig god. Hun fremhæver, at hun selv og behandleren har forpligtet sig til at udvise gensidig respekt og være ærlige over for hinanden. Herudover må Pia også stille spørgsmål til behandleren, hvilket hun var meget positivt overrasket over.

#### STRUKTUR OG INDHOLD I HVERDAGEN

Flere unge fortæller, at de mangler indhold i hverdagen og beskriver, at det får dagene til at flyde sammen og giver dem en oplevelse af ikke at udvikle sig. Omvendt fortæller de unge, som deltager i aktiviteter, at de er glade for, at disse strukturerer deres hverdag, og at det har afgørende indflydelse på omfanget af deres stofbrug. For nogle består aktiviteten af uddannelse eller beskæftigelse, og for andre fx af fysisk træning og mad-



lavning med andre unge et par gange om ugen. Chris på 18 år er netop startet på en daghøjskole og forklarer, at dette har indflydelse på hans stofbrug:

Daghøjskolen er en rigtig god start, fordi jeg ikke ryger inden eller under skoletid. Altså – for at komme videre til et [mere] røgfrit liv, tror jeg, at jeg skulle arbejde, i hvert fald ... Noget at lave, igangsættelse, det ville betyde rigtig meget. Man skal lave noget, ikke sidde stille ... Når jeg ikke laver en skid, så ryger jeg mere.

Uddannelsen giver Chris et tidsrum i hverdagen, hvor han ikke ønsker at være påvirket. Han oplever, at der er en klar sammenhæng mellem hans aktiviteter i hverdagen og hans stofbrug, og han understreger efterfølgende, at aktiviteterne skal komme før misbrugsbehandlingen og omvendt: *”Jeg kan ikke bare stoppe og så finde nogle aktiviteter bagefter. Jeg skal være i gang med noget, og så glemmer jeg, at jeg skal ryge, og så gør jeg det ikke”*.

Andre unge forklarer, at fysisk aktivitet i hverdagen hjælper dem til at ryge mindre cannabis. Maja på 19 fortæller fx, at hun ryger mindre cannabis, efter at hun, sammen med sin kæreste, er begyndt at spille 'Pokémon Go', et mobilspil, der kræver, at spilleren bevæger sig rundt i det offentlige rum. Den friske luft og motion giver Maja en naturlig træthed, som mindsker hendes behov for at bruge cannabis til at falde i søvn. Den tætte kobling de unge beskriver mellem mangel på meningsfuldt indhold i hverdagen og et skadeligt forbrug af stoffer, findes også i tidligere forskning på området (Järvinen & Ravn, 2015b).

For mange unge er samvær med venner en vigtig del af at have en meningsfuld hverdag. Det fremhæver især de unge, der ikke betragter deres stofbrug som udpræget problematisk. En af disse unge er Mike på 16 år. Han er tilknyttet stofmisbrugsbehandling, men har ikke p.t. et ønske om at stoppe med at ryge cannabis. De fleste hverdage tilbringer han sammen med vennerne:

Hvis jeg gerne vil stoppe, så stopper jeg også. Det har jeg jo gjort før. Jeg skal lige have styr på tingene, sådan der, så begynder jeg at stoppe så småt ... Sådan noget med lejlighed og sådan noget. Jeg tænker, jeg har alligevel ikke noget at lave lige nu, så kan jeg lige så godt bare hygge mig ... Det er jo ikke fordi, at vi sidder og ryger hash og sumper. For det meste er jeg udenfor

hele tiden, tager ud til vandet og ryger én dér eller et andet hyggeligt sted. (Mike, 16 år)

Mike beskriver ikke, som mange af de andre unge, at han mangler aktiviteter og indhold i hverdagen. Han tilbringer sine dage med vennerne, hvilket ofte involverer, at de hygger sig med cannabis. Citatet giver indblik i, hvordan cannabis også kan opleves som et positivt og meningsfuldt element i den unges hverdag, og at der derfor skal være noget, som kan træde i stedet for, hvis den unge skal stoppe eller begrænse sit forbrug.

#### INDDRAGELSE OG TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

I interviewene kommer flere unge med eksempler på nuværende indsatser, som de er glade for, eller ønsker til indsatser, som de synes mangler. Kendetegnene for flere af disse beskrivelser er, at de handler om indsatser, der tilrettelægges med afsæt i individets hverdag og behov. Det peger på nødvendigheden af at inddrage den unge og samarbejde med andre fagpersoner for at kunne tilbyde en målrettet og fleksibel indsats. Jon på 23 beskriver, hvordan han oplever sådan en indsats:

Jeg snakker med en anden læge nu fra psykiatrisk afdeling, som så skal koordinere en samtale med min behandler henede på [misbrugs]behandlingscentret og så min ... sagsbehandler og kontaktperson og læge, altså alle de der forskellige, så vi kan sidde i en rundkreds, forestiller jeg mig, og holde hånd og snakke om mit problem eller ... hvad jeg kan gøre for at komme videre ... Jeg føler, det er meget. Altså ikke for meget, men jeg føler mere det er sådan: Gud, er jeg det værd? Altså hele fire mennesker (...) hvis job går ud på at hjælpe mig. Jeg synes, det er imponerende, og jeg er glad for det, ik'os? Men jeg føler også bare sådan lidt: Årh, det er meget, det forpligter også, det er måske også en god ting ... Jeg kan ikke bare skride fra det hele, fordi de har sat sig ned og aftalt og det ene og det andet, ik'os? ... Min samvittighed siger, at man ikke rigtig lader folk i stikken, når de prøver at hjælpe én, ik'os? ... Det har bare stor betydning for mig, og jeg føler mig meget taknemmelig.

Samarbejds mødet, som Jon beskriver her, er et forum, hvor den unges sag diskuteres samlet. En sådan indsats kan være med til at afhjælpe silo-problematikker (Bundred, 2006) og andre strukturelle barrierer, afledt af

organiseringen af socialområdet (Katznelson m.fl., 2015). Ifølge Jon får den form for indsats ham til at føle sig forpligtet i forhold til de aftaler, der indgås på mødet. Samarbejdsrådet kunne derudover være et oplagt forum, hvor de professionelle og den unge kan indgå aftaler om, hvordan information må deles.

Mie på 19 år er en af de unge, som har en positiv oplevelse med deling af information myndigheder og indsatser imellem. Hun fortæller, at hendes psykolog og kontaktperson skriver en status om hende hver tredje måned, som hun finder det givende at få lov til at læse:

Man ved godt, man har de her problemer (...), men når det så ligesom bliver formuleret ned på skrift, og man sidder og læser det, så bliver man lidt mere klar over det, måske, og på en eller anden måde kan det være meget rart nogle gange. Det kan også være sådan lidt med klump i maven, hårdt. Sådan lige pludselig læse det sort på hvidt, men jeg synes det er en rar følelse, at vi kan få lov til at læse det herinde og være en del af, hvad det er, der bliver sendt videre. (Mie, 19)

Inddragelse af de unge i forbindelse med statusnotater og journalføring kan altså bidrage til, at de oplever et vist ejerskab over den information, som måske en dag vil blive sendt videre. På trods af at statusnotatet først og fremmest er et redskab for de professionelle, bliver det her også til et pædagogisk værktøj, der understøtter medinddragelse af den unge i behandlingen. Det kan muligvis være med til at afhjælpe den frygt, som nogle unge har for negative konsekvenser af vidensdeling mellem de professionelle, fordi de herigennem opnår bedre indsigt i, hvilke informationer der deles. Mie fremhæver endnu et tiltag, som hun har været glad for i forbindelse med sin kontakt til de professionelle. Det er hendes mulighed for at kontakte fx misbrugsbehandleren eller sin kontaktperson, hvis det hele bliver for overvældende. Det kan fx foregå ved, at Mie sender en sms om problemet til fagpersonen, som efterfølgende kontakter hende. Alene det at sende sms'en og formulere problemet for sig selv kan være en hjælp. Det fremgår af andre af de unges fortællinger, at hverdagens problemer ofte består af konflikter med familie og venner, og at de medfører en risiko for tilbagefald. Derfor kan adgangen til umiddelbar hjælp i sådanne situationer mindske risikoen for, at stofbruget genoptages eller eskaleres.

## OPSAMLING

I kapitlet har vi præsenteret en række strukturelle og relationelle barrierer, som unge med stofmisbrug oplever i deres møder med myndigheder og indsatsområder.

De unge beskriver strukturelle barrierer, relateret til håndteringen af unge med dobbeltbelastninger samt til forhold omkring vidensdeling systemerne imellem. En del af de unge fortæller fx, at de bruger cannabis som selvmedicinering, men fx bliver mødt med krav om stoffrihed inden psykiatrisk udredning og hjælp. Dette bliver for mange en hindring for et succesfuldt behandlingsforløb. Manglende videndeling mellem professionelle kan være en barriere, fordi nogle unge oplever manglende sammenhæng mellem indsatser og finder det ubehageligt at måtte fortælle deres triste historie igen og igen. Andre unge er omvendt kritiske over for videndeling, fx fordi de ikke ønsker at blive fastholdt i en bestemt problemidentitet, eller fordi de frygter, at information om deres sociale problemer kan få konsekvenser for deres fremtidsmuligheder. Hertil kommer, at nogle unge ikke føler sig ordentligt informeret om den professionelle lovgivningsmæssige forpligtelser i forhold til tavsheds- og underretningspligt. Det opleves derfor som et tillidsbrud, når den professionelle videregiver information, som den unge troede var fortrolig, og dette tab af tillid kan i værste fald betyde, at den unge bryder kontakten med systemet og ikke får hjælp til at håndtere sit stofmisbrug. Den sidste strukturelle barriere, som fremhæves, er særligt for de unge og vedrører systemets hjælp og krav til at påbegynde en uddannelse. Nogle unge fortæller, at de oplever et uddannelsespres fra systemet, som de ikke kan eller p.t. ønsker at leve op til, mens andre fortæller, at de gerne vil i gang med en uddannelse, men at de savner støtte til at overskue, hvilke muligheder de har.

De relationelle barrierer, som træder frem i de unges fortællinger, handler blandt andet om, at nogle unge ikke føler sig hørt og inddraget i mødet med de professionelle, og at nogle af de unge, som ikke er i uddannelse eller beskæftigelse, henvises til kommunale tilbud, som de ikke oplever passer til dem, fx fordi aktiviteterne ikke er målrettet sådan nogle som dem, eller fordi de andre deltagere er ældre eller mere belastede, end de oplever, at de selv er. Herudover beskriver flere af de unge, som har haft en længerevarende relation til en professionel, at det opleves som vanskeligt og risikabelt at skulle afbryde den, fx fordi man fylder 18 år.

De unge har ofte vanskeligt ved at forstå, hvorfor de ikke fik lov til at beholde kontakten længere, og det efterlader nogle af dem med følelsen af at være blevet uretfærdigt behandlet.

Afslutningsvist har vi fremhævet en række eksempler på hjælp, der hjælper. De unge understreger særligt betydningen af en længerevarende relation til en professionel samt at blive hørt, respekteret og inddraget i mødet med de professionelle. Herudover fremhæves betydningen af tværfagligt samarbejde mellem de professionelle, og at de unge oplever at have meningsfulde aktiviteter i hverdagen. Førstnævnte beskrives som afgørende for en målrettet indsats, mens sidstnævnte for flere unge er medvirkende til en reduktion i deres stofmisbrug



# VOKSNE I BEHANDLING FOR STOFMISBRUG

## INTRODUKTION

I dette kapitel præsenterer vi en række barrierer, som voksne borgere i behandling for stofmisbrug oplever i hverdagens møder med myndigheder og indsatsområder. Formålet er, fra et brugerperspektiv, at give indblik i de vigtigste udfordringer for denne gruppe borgeres livskvalitet og udbytte af forskellige indsatser. Blandt voksne borgere i behandling er der større variation i belastningsgrad og hovedstof end i gruppen af unge.

Den store variation mellem de voksne i behandling for stofmisbrug har blandt andet betydning for, hvilke behandlingstilbud der er relevante. Borgere med misbrug af opiater, fx heroin, kan, i modsætning til andre stofbrugere, tilbydes substitutionsbehandling med fx buprenorphin eller metadon (jf. Arbejdsgruppen om kortlægning af indsatsen på stofmisbrugsområdet, Sundheds- og Ældreministeriet, 2015). Tidligere undersøgelser viser, at borgere med opiatmisbrug i gennemsnit er tæt på 40 år (Sundhedsstyrelsen, 2015), og at de er en relativt belastet brugergruppe, som kan have svært ved at imødekomme behandlingsinstitutionernes regler og krav (Andersen & Järvinen, 2007). En undersøgelse fra 2015 viser derudover, at nogle borgere oplever, at substitutionsbehandling er

forbundet med kontrol og sanktioner (Thylstrup m.fl., 2015), og vi vil se nærmere på, hvordan det kan optræde som en barriere for borgernes livskvalitet og udbytte af behandlingen. En SFI-undersøgelse fra 2013 tyder desuden på, at der findes en mindre andel af relativt velfungerende borgere<sup>23</sup> i gruppen af voksne opiatmisbrugere, hvis forsørgelsesgrundlag ellers typisk er kontanthjælp eller førtidspension (Benjaminsen & Lauritzen, 2013). Oplevelser og erfaringer fra borgere, der har eller har haft et stofmisbrug sideløbende med et studie- eller arbejdsliv, vil også indgå i dette kapitel. For at deres stemmer ikke skal drukne i mængden af de mere talstærkt repræsenterede borgere med stofmisbrug, der ikke har bevaret kontakten til uddannelse eller arbejdsmarked, har vi valgt at samle erfaringer fra disse borgere i en af de tværgående analyser i kapitel 6.

Datagrundlaget i kapitel 4 er interviews med 49 borgere, der er i behandling for stofmisbrug. Indholdet af behandlingen spænder fra lægelig substitutionsbehandling med eller uden social stofmisbrugsbehandling til gruppesamtaleforløb og/eller individuelle samtaleforløb. I ganske få tilfælde har borgeren på interviewtidspunktet været stoffri i en længere periode, men de fleste har stadig, eller har indtil for nyligt haft, et aktivt brug af illegale stoffer. Omkring tre-fjerdedele af de interviewede fortæller, at de er i substitutionsbehandling, hvilket i fire ud af fem tilfælde betyder metadon.

Af de 49 interviewede er 22 kvinder. De fleste af borgerne i gruppen har primært et opiatmisbrug: 33 ud af de 49 voksne i behandling indtager fortrinsvist heroin, metadon eller buprenorphin, eventuelt i kombination med kokain eller cannabis. Ni ryger primært cannabis. Fem indtager fortrinsvist centralstimulerende stoffer, mens et par stykker er afhængige af illegal receptmedicin som benzodiazepiner. En mere detaljeret oversigt over borgernes hovedstoffer findes i tabel 2.2.

Langt størstedelen af de voksne i behandling har andre udfordringer i hverdagen end det stofmisbrug, de er i behandling for. Disse omfatter fx alkoholmisbrug, prostitution, kriminalitet, psykisk sygdom, hjemløshed eller en kombination. Borgerne har ret forskellige udgangspunkter med hensyn til socioøkonomisk baggrund, opvækstbetingelser, uddannelses- og jobhistorik, levested og belastningsgrad. En betragtelig del fortæller dog om en opvækst, præget af tunge sociale problemer som vold og seksuelle overgreb, samt af forældres selvmord, psykiske sygdom, alkohol- eller stofmisbrug. Denne gruppe hører typisk til den tredjedel af

---

<sup>23</sup> Baseret på, at 8 pct. af borgere med opiatmisbrug angiver at have lønindkomst som hovedindtægt.



de voksne i behandling for stofmisbrug, der fortæller om en stofdebut i alderen 8-14 år. En anden tredjedel af de voksne i behandling beskriver, at de ikke oplever at have haft nævneværdige problemer i opvæksten. Det synes til dels at underbygge resultaterne fra SFI's registerbaserede kortlægning af social marginalisering, der viser, at det langt fra kun er unge fra socialt belastede familier, der bliver marginaliserede (Benjaminsen, 2015). Ti af de interviewede i gruppen af voksne i behandling fortæller om længerevarende perioder med arbejde og/eller om at have gennemført en lang eller mellemlang videregående uddannelse.

Først vil vi præsentere nogle af de fortællinger om at møde systemet, der peger mod strukturelle problemer af den type, som det kræver ændringer af lovgivning, organisering eller administrativ praksis at løse. Her belyses fx, hvordan nogle borgere oplever, at de ikke kan få det tilbud, de ønsker. Det kunne være indlæggelse på en psykiatrisk afdeling eller førtidspension. Andre oplever, at de har udækkede behandlingsbehov, fx i form af efterbehandling efter døgnbehandling. Dette bliver for nogle borgere en barriere for, at de får forbedret livskvalitet og et optimalt udbytte af deres behandling.

Afsnittet beskriver desuden, hvordan oplevede fejl såsom manglende udbetaling af ydelser kan få store konsekvenser for borgernes hverdagsliv. Hertil kommer, at manglende overblik og information om rettigheder og muligheder kan være barrierer for, at borgerne får den hjælp, som de oplever, at de ville have størst udbytte af. Afslutningsvist diskuterer vi, hvordan børn og forældreskab kan udgøre en barriere for, at borgerens livskvalitet forbedres eller at vedkommende opsøger eller får fuldt udbytte af misbrugsbehandling m.m. De oplevede behov omfatter både hjælp til at håndtere tab af børn og til at pleje relationen til børn og plejefamilier efter anbringelse. Frygten for tvangsfjernelse af børn optræder som en selvstændig barriere i forhold til at have en åben dialog med diverse indsatser.

Efterfølgende vender vi os mod de relationelle aspekter af mødet mellem systemet og voksne i behandling for stofmisbrug. Her har vi har valgt at fokusere på de belastende stemplings- og stigmatiseringsproblematikker, der optræder som barrierer for hjælp. Borgere med et ”synligt” stofbrug, dvs. borgere, hvis stofbrug har sat aftryk på deres udseende eller i deres journal, oplever fx, at de ikke får adgang til nødvendige sundhedsydelser som smertelindring. Hertil kommer, at flere beskriver,

at de mødes med mistillid, bliver talt grimt eller nedladende til og ikke bliver lyttet til.

I det tredje afsnit præsenterer vi udvalgte eksempler fra borgerne fortællinger om den form for indsatser og tilbud, de oplever som hjælpsomme. Det drejer sig om adgang til fleksible tilbud og indsatser, der tager udgangspunkt i borgerens individuelle situation og egen forståelse af sit problem og sine behov; fx at have en bisidder med, når man skal i kontakt med myndigheder og indsatsområder, eller at sikre en øget stabilitet og professionalisering af fagpersoner.

## STRUKTURELLE BARRIERER I MØDET MED SYSTEMET

I dette afsnit behandler vi udvalgte strukturelle barrierer for, at borgere med stofmisbrug kan få øget livskvalitet og udbytte af behandlingen. Strukturelle barrierer omfatter forhold, der hænger sammen med systemets organisering, fx gennem lovgivning, forvaltning og inddeling af specialområder.

### EFTERSPURGTE TILBUD OG UDÆKKEDE BEHANDLINGSBEHOV

Det er ikke alle borgere, der oplever at få den hjælp, de ønsker, når de henvender sig til en myndighed eller en behandlingsinstitution. Nogle oplever, at dette skyldes, at de ikke blev vurderet ”gode” eller ”dårlige” nok til et bestemt tilbud. Jørn på 35 år fortæller, at han spurgte sin daværende ungerådgiver, om han kunne få kurser og lignende:

Men jeg var ikke rigtig egnet til det, for dér var jeg ikke rigtig kriminell nok, det vil sige jeg har ikke domme nok, og jeg havde gode nok karakterer, sådan set ... ja, jeg har været i en kategori, hvor jeg ikke rigtig var egnet til noget som helst. Hverken på godt eller ondt. (Jørn, 35)

Det kan også være, fordi kriterierne for adgang til en bestemt form for hjælp er så vanskelige at opfylde, at borgeren føler sig nødsaget til at pynke på sandheden. Det gælder fx Torben på 47 år, der udover sit stofmisbrug har psykiske problemer. Han fortæller, at han er nødt til at fremstille sin situation på en bestemt måde, hvis han skal have adgang til den hjælp, han oplever at have desperat brug for:

For det første skal der utrolig meget til at blive indlagt på psykiatrisk afdeling, ikk? Da jeg blev indlagt, dér bildte jeg dem ind, at jeg havde forsøgt at tage mit eget liv. Jeg kom med en historie om, at jeg havde ... smidt en brødrister ned i badet, hvilket jeg ikke havde. Men jeg vidste, at hvis jeg sagde det, så blev jeg indlagt. Og så blev jeg indlagt, fordi jeg havde brug for hjælp, jeg var desperat, ikk? Jeg havde det ad helvedes til – psykisk, ikk? (Torben, 47)

Torbens eksempel illustrerer, at kriterierne for adgang til behandling kan være en barriere, som borgerne er nødt til at forholde sig aktivt til for at få den hjælp, de oplever at have brug for.

Der er også andre eksempler på, at deltagere i undersøgelsen oplever sig afskåret fra at få den hjælp, de opfatter som passende. Nogle af deltagerne ønsker fx førtidspension, men oplever problemer med at få adgang til den. Lars er 38 år og søn af en mor, der havde et alkoholmisbrug. Han har selv været på heroin og i substitutionsbehandling i sammenlagt 20 år. Han fortæller, at hans kommune er meget tilbageholdende med at tildele førtidspension:

[Min sagsbehandler og jeg skulle] til møde [med kommunen]. Og vi skulle snakke førtidspension. [Men] det eneste de slet ikke ville snakke om, det var førtidspension.(...) (...) Der var kommet ni mennesker, amtslægen og alle mulige store kanoner var jo rettet i stilling. Det tog lige to minutter, så gik jeg igen. (...) De mente, at hvis bare jeg lige fik lidt ordentlig kost, så kunne jeg godt klare et job fra 7-16. Og jeg har ikke været på arbejdsmarkedet de sidste 20 år, næsten. For helvede, altså. Jeg har gået på kontanthjælp i 14 år, så er det først nu, de kommer og siger, at der skal ske noget. Hvorfor kunne de ikke have gjort det for 12 år siden, dengang jeg var et par og 20? I stedet for nu? (...) Førtidspension, den er blevet rykket til 40, og jeg er kun 38. Så de skal lige have 1½ år til at gå. (Lars, 38)

Lars' eksempel illustrerer, at manglende adgang til en bestemt form for hjælp både kan skyldes en behovsvurdering, der ikke er faldet ud til borgers fordel, og et generelt administrativt princip som fx, at ingen skal førtidspensioneres, før de fylder 40.

Dina på 55 år er også en af de borgere, som gerne vil have førtidspension, men hun oplever ikke, at hendes ønske bliver taget seriøst af kommunen. Dina har røget cannabis i 30 år. Hun fortæller, at hun i åre-

vis har efterspurgt psykologisk og psykiatrisk hjælp til det, hun beskriver som en permanent depression, som hun har været i medicinsk behandling for de sidste ti år. Dina fortæller:

Hvis jeg kom og sagde, jeg vil gerne ansøge om pension:[ så sagde sagsbehandleren] ”Det vil vi da overhovedet ikke tage imod. Det vil vi overhovedet ikke høre om.” Så sagde jeg: ”Det kan jeg ikke forstå, I ikke vil, fordi det er ikke jer, der er læger”. Men det er bare sådan: ”Jamen, det kan du glemme alt om”. Nå okay, jamen det er da godt vurderet [*ironisk*]. Altså, det bliver lidt sådan, hvad fanden har en læge så mange års uddannelse for, hvis I er lige så kloge? Sådan noget kan godt irritere mig, at de gør sig klogere end lægerne. Og sådan har det bare været i alle pensions-sager. Nu får jeg det nok bare slet ikke. (Dina, 55)

Dina mener ikke, at kommunen har ladet hendes helbredsforhold udrede professionelt. Hun oplever ikke, at sagsbehandlerens afvisning af førtidspension er begrundet af en saglig bedømmelse af hendes helbred og mulighed for rehabilitering. Hvis sagsbehandlerens afvisning er udtryk for, at Dinas ønske om førtidspension ikke er blevet behandlet som en konkret ansøgning i forvaltningsretlig forstand, kan det betyde at hun ikke har modtaget en skriftlig og begrundet afgørelse med oplysninger om, hvad der er lagt til grund for afslaget, og at hun dermed ikke kan klage (forvaltningslovens § 22-24).

#### AT OPLEVE TILBUDET SOM PASSENDE

Ligesom for gruppen af unge i behandling er der også voksne, der beskriver en strukturel barriere relateret til oplevelsen af at blive placeret i et tilbud, hvor man ikke passer ind. Det er især, men ikke udelukkende, de yngre medlemmer af gruppen, der er utilfredse med at blive visiteret til tilbud sammen med andre, der er væsentligt ældre eller mere belastede end dem selv. Rasmus på 27 fortæller om sit døgnbehandlingsforløb:

Det var meget mærkeligt, jeg blev totalt fejlplaceret. Så jeg skulle måske have været et sted, hvor det var lidt mere min egen aldersgruppe, men jeg kom et sted, hvor det var meget ældre og meget mere fortabte sjæle, du ved, i slutningen af livet, hvor de ryger ind og ud af behandling, det var dem jeg sad sammen med. Det var ikke så hyggeligt, og det var rigtig meget medicin. De gav mig rigtig meget antipsykotisk medicin, også selvom jeg sag-

de, at jeg fik det skidt. Og så satte de min dosis op, og da jeg så sagde, at jeg stadigvæk havde det skidt, så satte de min dosis endnu mere op. Og sådan blev det ved i fire måneder, indtil jeg til sidst bare tog en kold tyrker og tog hjem. (Rasmus, 27)

Flere borgere fortæller, at et manglende match nedsætter deres motivation for at deltage i tilbuddet. For nogle udgør følelsen af at være malplaceret derfor en barriere for at fortsætte behandlingen. International forskning viser ligeledes, at et dårligt match mellem borgerens egen opfattelse af sit problem og det tilbud, han/hun får, kan være en barriere i forhold til at opsøge og blive i behandling (Hser m.fl., 1999; Pedersen, 2005).

Interviewene med de voksne borgere, der er i behandling for et stofmisbrug, indeholder også eksempler på, at borgeren opfatter tilbuddet som godt, men ikke som fyldestgørende. Ligesom for gruppen af unge i behandling er de udækkede behandlingsønsker, der optræder i interviewene med de voksne, ofte adgang til psykologbehandling, individuel behandling og efterbehandling. Et eksempel er Morten på 40 år, der har psykiske problemer efter en udstationering i en krigszone:

Jeg er jo dækket fint ind med min metadon, altså, der er jo ikke noget i det. Men på den anden side så har jeg i længere tid, faktisk flere år snart, efterspurgt en psykolog, men det er ikke blevet bevilget. (Morten, 40)

En anden borger, som efterspørger psykologhjælp er Louise på 32 år. Hun vil gerne have hjælp til at bearbejde en pårørendes psykiske sygdom og selvmordstrusler, som hun opfatter som medvirkende årsag til, at hendes brug af kokain udviklede sig til et misbrug. Louise er glad for at gå i gruppebehandling via et anonymt stofbehandlingstilbud, men hun efterlyser bedre adgang til individuel behandling.

[Behandlerne] har jo kun x antal timer i døgnet, ikk? (...) Jeg tænker umiddelbart, at der er behov for mere, end de kan tilbyde, fordi at man simpelthen ikke i sådan en gruppe kan gå ind og arbejde mere med de bagvedliggende grunde. (...) Jeg [tror], de er godt nok rustede til selv at ville kunne det, jeg tror bare ikke, de er nok folk og har nok tid til det. Fordi hvis du har sådan nogle grupper dér, og hver enkelt person i virkeligheden også har brug for individuel terapi.

Louise oplever altså at have behov for hjælp til at håndtere psykiske belastninger, udover hvad hendes nuværende behandlingssted har ressourcer til at tilbyde. Hun fortsætter med at fortælle, at den høje timepris for psykologhjælp udgør en barriere for hende, selvom hun er i beskæftigelse. Hun er derfor i gang med at søge sin private sygesikringsordning om tilskud til psykologbehandling.

Flere borgere efterspørger også efterbehandling, fx i forlængelse af døgnbehandling. En af disse borgere er Randi på 58 år, som begyndte at drikke i ni-årsalderen, hvor hun også blev misbrukt seksuelt. Senere fik hun et opiatmisbrug, som i dag er afløst af et cannabismisbrug. Randi fortæller, at da hun kom hjem fra døgnbehandling, gik hun til bageren hver dag, bare for den sociale kontakt med ekspedienten:

[Der mangler] ligesom (...) en bro fra det sted, man bliver sluppet, så du ikke bare bliver sluppet til det gamle lort, du kommer fra. Det er jo tit det, de gør. Og det er dér, de siger, jamen, så kommer du i en behandling, hvor du skal møde op om 14 dage. (...) Det kunne være en venlig stemme, der ringer dig op. Måske i starten. Hver dag eller hver anden dag. ”Hvordan har du det?” Så man ligesom følte, at man ikke bare var smidt hjem i det gamle lort. Og så det der med, at nu skal du til at opbygge et clean liv med nogle clean mennesker. [Hvor] var de henne? Jeg anede ikke, hvor jeg skulle gå hen. Og når jeg havde siddet dér i 14 dage eller en måned (...) Ej, hvor har jeg det godt, mand! (Ironi) Jeg kunne overhovedet ikke se, at jeg havde det godt. Jeg tog ingen stoffer, nej, jeg havde nogle flere penge i pungen, men jeg var sgu sådan set ligeglad, for jeg snakkede ikke med nogen. Jeg var ensom. (...) Den slår ihjel, ensomheden. (Randi, 58)

Af ovenstående citat bliver det tydeligt, at Randi savner et tilbud, som kan hjælpe hende i gang med hverdagslivet og danne sociale relationer til mennesker, der ikke tager stoffer. Den manglende efterbehandling bliver af flere borgere beskrevet som en barriere for et fuldt udbytte af misbrugsbehandlingen.

#### OPLEVEDE FEJL OG MANGLENDE INFORMATION

En del borgere fortæller om oplevelser med de forskellige instanser, som resulterer i yderligere udfordringer i deres hverdag. Det er udfordringer, som af borgerne opleves som systemfejl. Hertil kommer, at nogle borge-

re mangler overblik over diverse instanser og tilbud, hvorfor de kan have vanskeligt ved at navigere i udfordrende situationer.

Yasin på 36 år er en af de borgere, som oplever, at systemet begår en fejl, der får store konsekvenser for hans hverdagsliv. Han flyttede på ungdomspension som teenager, men beskriver sig selv som velfungerende, indtil en krise, hvor han bliver skilt, mister sit arbejde og sin bolig samt kontakten til sine børn. Han er nu på sygedagpenge og har et ukontrolleret cannabismisbrug, som han oplever styrer hans krop og hans liv. Yasin fortæller, at han fandt en plads som pedel på en institution nogle timer hver uge. Han var rigtig glad for arbejdet og oplevede, at det gav ham noget at stå op til, men han mister jobbet, da han overgår til revalidering:

Og så skulle jeg skifte fra sygedagpenge til revalidering (...)Og så fik jeg ikke nogen penge, fordi der skete en fejl (...) Og jeg kunne ikke komme på arbejde på grund af, at jeg ikke havde nogen penge til at tage derned. Og så skulle jeg også kæmpe med systemet for, prøv lige at hør, der er nogle penge, jeg ikke har fået. (...) Der gik meget lang tid, før de kunne finde ud af at løse det. (...) Så kunne jeg ikke komme på det sted, hvor jeg var [pedel], hvor jeg var så glad for at komme. (...) Jeg skulle også løse det problem (...) jeg skulle hen til mentoren og sige: ”prøv lige at hør, jeg har ikke fået penge”. Og jeg skulle kontakte sagsbehandleren og (...) det er sådan noget: ”Hun har ikke tid i dag” og ”Hun har først tid i, jeg ved ikke hvad”. Eller: ”Så er hun på ferie”. Og ”du kan kun snakke med hende. Har du en tid?”. Jeg har ikke noget at leve af! Hvorfor gør I sådan ved mig? Hvorfor kan I ikke finde ud af det? Og så går det ud over mig. Og så kunne jeg ikke være [i pedeljobbet]. Jeg var ikke stabil. Jeg var stabil i starten, men så blev jeg ikke stabil, for jeg skulle løse det problem, ikke? Så kunne han ikke bruge mig dér. Og så lige pludselig, så havde jeg ikke ret til revalidering, fordi jeg har mistet det sted, hvor jeg var. (...) Det har været en kæmpe kamp med de der sagsbehandlere og systemet, bare for at få mine penge. (Yasin, 36)

Yasin oplever således, at hvad der burde være en simpel overgang fra én ydelse til en anden ender med at koste ham jobbet, hvilket så resulterer i, at han ikke kan få den revalideringsydelse, som han er i gang med at overgå til.

Luna på 43 år fortæller, at hun har haft nogle problemer med folkeregisteret, fordi hun i perioder har været hjemløs:

Når man er hjemløs, så hver 3. måned skal du møde op på Folkeregistret, og *na-na-na-na-na* (vrænger). Alt muligt. Helt åndssvagt. Ellers begyndte de at sige i starten: ”Nej, du skal komme en gang om måneden, og så skal du for øvrigt sige, hvor du har sovet hver nat”. Så bliver de tossede heroppe [på behandlingsstedet]. Så ringede [min kontaktperson] til dem og sagde: ”Nu stopper festen!” Fordi flere gange, så har de efterlyst mig, som om jeg var forsvundet, ikke? Og så ringede de oppe fra behandlingsstedet og sagde: ”Hvordan kan hun være forsvundet, når I ved 1: Hun får metadon og kommer heroppe fast en gang om ugen – så er hun jo ikke forsvundet. Lad nu være, ikke? Og 2: I ser, at hun hæver sine penge: I gør det kun for at genere”.

Luna er frustreret over kommunens krav om, at hun som hjemløs med jævne mellemrum skal møde op og redegøre for, hvor hun har sovet hver nat, i forbindelse med kommunens kontrol af hendes boligsituation. Hun får dog hjælp af en mentor og sin kontaktperson på behandlingsstedet til at håndtere problemerne, hvilket har afgørende betydning for hendes hverdag. Hun fortæller, at hendes kontanthjælp bliver stoppet, når hun bliver meldt forsvundet i folkeregisteret, og at hun skal betale for at besøge sin læge. For flere borgere får den type udfordringer i kontakten med systemet store omkostninger for deres hverdagsliv. Som det fremgår af ovenstående, er det ofte vanskeligt for dem at komme i kontakt med den nødvendige instans og få den rette hjælp.

Det er relevant at fremhæve, at flere borgere fortæller om manglende overblik over de forskellige instanser, der kunne hjælpe dem, og om manglende kendskab til deres rettigheder og muligheder. Flere efterlyser bedre vejledning. Yasin oplever for eksempel, at han efterspurgte hjælp til at håndtere sit misbrugsproblem i fem år, før han endelig hørte om muligheden for at komme i misbrugsbehandling fra medarbejderen på det herberg, han i mellemtiden var endt på.

Heller ikke Kenneth på 32 år oplever sig ordentligt rådgivet og vejledt. Han har brugt ecstasy og andre centralstimulerende stoffer til at kompensere for et fysisk handicap og smerter, der stammer fra en færdselsulykke. Kenneth har været på kontanthjælp i 14 år og har en stram økonomi. Ved et tilfælde møder han i social sammenhæng en ansat fra



en anden kommune, der fortæller ham, at der burde være hjælp at hente for en borger i hans situation:

(...) sådan noget med at søge sådan en § 34. Det er om penge til at bo, til lejeudgifter eller sådan noget ... Jeg er ikke blevet oplyst om, hvilke rettigheder jeg har: Du kan søge det her, og du kan søge det her. Jeg har ni ud af ti gange selv skullet finde ud af, hvad jeg [har] af rettigheder. Hvad kan jeg få hjælp til. Og igen, sådan noget synes jeg er rigtig dårligt. Men, hvis de ikke oplyser noget, jo flere penge de sparer, kommunen, jo mere profit får de. Sådan kan jeg godt føle det nogle gange. (Kenneth, 32)

Kenneth oplever således ikke at have et overblik over, hvilke muligheder han har, og at kommunens stramme økonomi får betydning for, hvilket tilbud han præsenteres for.

Der er flere af de andre borgere i undersøgelsen, der fortæller, at de oplever, at deres sagsbehandler eller misbrugsbehandler er for stressede eller har for travlt til at kunne løse deres opgaver ordentligt, og beskriver, at det har negative konsekvenser for informationen til borgeren.

#### BØRN OG FORÆLDRESKAB SOM BARRIERE

Problematikker i forhold til børn optræder i en del af interviewene som belastninger, der går ud over livskvalitet og kan begrænse udbyttet af den hjælp, borgeren får fra myndigheder og indsatsområder. Tidligere forskning har vist, at kvinder med stofmisbrug, der har forældremyndighed over børn, kan være tilbageholdende med at søge behandling af frygt for at miste dem (Dahl & Pedersen, 2008; Powis m.fl., 2000; Bjonness, 2015).

Interviewene med voksne i behandling viser, at både mænd og kvinder fortæller om savnet af børn, de ikke har hos sig. For mændene er det imidlertid ikke nødvendigvis stofmisbruget, der er årsag til den manglende kontakt. Mænd som Yasin på 36 år og Dennis på 46 år fortæller, at de ikke ser deres børn, fordi børnenes mor ikke vil tillade det. Det er Dennis stærkt utilfreds med, mens Yasin er enig med sin ekskone i, at det ikke vil være godt for hans børn at besøge ham på det herberg, han bor på. Begge mænd beskriver, hvordan deres stofbrug eskalerede i forbindelse med en livskrise, der blandt andet omfattede skilsmisse. Dennis fortæller, at han ingen samværsrettigheder har, fordi han ikke er sin søns biologiske ophav, selvom han på et praktisk og følelsesmæssigt plan har været hans far fra fødslen:

Dennis: Da jeg lærte [sønnens mor] at kende, der var hun gravid. Så hun havde faktisk en dreng, som jeg har kendt lige fra han blev født, ikk'? Og hun sagde altid til mig, at [hvis vi gik fra hinanden]så ville hun håbe på, at jeg ville tage drengen på weekend og sådan noget, for han kendte jo ikke sin far ... Men da vi så endelig gik fra hinanden, så ville hun sgu ikke sende ham på weekend, for hun var godt klar over, at drengen kunne bedre lide mig end sin mor, stort set, ikk'? Det var altid mig, der stod op til ham om natten og sådan noget.

Interviewer: Okay, så ham mistede du også?

Dennis: Ja, det var sgu snart det værste af det hele.

Thomas på 29 år er eksempel på en borger, som har oplevet, at ærlighed om de problemer, man har, også for mænd kan koste kontakten til deres børn.

Vi var til møde [i Statsforvaltningen]. Min datters mor og hendes kæreste og en jurist og en børnesagkyndig og mig ... Jeg fik afslag på samvær ... i og med at jeg ikke kunne lægge nogle negative prøver ... Så havde jeg ikke ret til samvær ... i halvanden time snakkede [vi] om min situation og ja, og helt nyt sygdomsforløb. De spurgte jo ind til det hele. Jeg valgte så bare at give dem det hele ærligt. Det var så måske ikke den bedste løsning [griner]. Men det var sådan, det gik.

I: Fortryder du, at du var ærlig?

Thomas: Ja, det gør jeg ... Jeg havde lyst til at tage rigtig mange stoffer, da jeg kørte derfra.

Thomas havde psykiske problemer, men ikke noget cannabismisbrug på tidspunktet for den første samværssag. Efterfølgende udviklede han det problematiske forbrug af cannabis, som han i dag er i behandling for.

Flere af især de kvindelige deltagere fortæller, at de har fået deres børn frivilligt eller tvangsmæssigt anbragt på grund af deres stofmisbrug. Nogle fortæller at de dulmer smerten ved at drikke eller tage endnu flere stoffer. Sigrid på 26 år siger fx, at hun drikker, fordi hendes barn blev tvangsfjernet ved fødslen. Hvis ikke hun havde mistet datteren, tror Si-

grid, at hun ville have været alkohol- og stoffri og i gang med en uddannelse i stedet for at sælge sig selv for at få råd til heroin. Hun fortæller:

Men jeg har det godt i dag, og det er det eneste, der [utydeligt] det er, at jeg mangler min datter. Jeg trækker den selv ud med at drikke og være på stoffer. Stofferne giver mig kærlighed og tryk-  
hed, stille og roligt de få sekunder. (...) Jeg [har] været [ked af at  
have mistet min datter], men jeg har det godt i dag. Jeg har det  
ikke så godt, det har jeg ikke, nej. (...) Det er derfor, jeg drikker,  
også. Jeg burde komme på et behandlings- bare (...) for det hele.  
(Sigrid, 26)

Også Vera på 47 år fortæller om at have dulmet sorgen over tabet af sine børn med stoffer. Hun efterlyser støtte fra kommunen i form af nogen at tale med i den svære situation:

[Min kæreste] fik mig ud af [metadonen]. Men så var det det med  
børnene, og så begyndte jeg så at tage dope og røg og så, jamen,  
når man begynder dér, så tager man det bare på grund af sorg og  
er ligeglad. Hvis jeg ikke havde [min kæreste], så tror jeg, jeg  
havde taget livet af mig selv (...) jeg fik ikke den støtte fra  
kommunen. (Vera, 47)

Dina på 55 år fortæller, at hun var gravid og bad om lov til at aflevere sine ældste børn hos de sociale myndigheder i en uge i forbindelse med fødslen. Hendes kæreste havde været ude for en ulykke og var for medicineret til, at hun turde lade ham alene med børnene. Da fødslen var overstået, fik hun dog at vide, at hun ikke kunne få børnene hjem igen:

Så skulle de til alle mulige undersøgelser. Så siger de på et tids-  
punkt: ”Nu kan du godt få den ældste hjem, så undersøger vi vi-  
dere på den yngste”. Så sagde [de], at de skulle beholde begge, at  
de ikke skulle skille de to ad. Det var en børne- og ungdomspen-  
sion. Det blev jo godt nok som et fængsel, når jeg ikke kunne få  
dem hjem igen. Så måtte jeg ikke komme ind og besøge dem, og  
jeg måtte ikke være ved dem om aftenen. Så sagde jeg, at de kan  
godt glemme alt om – ”så smadrer jeg simpelthen døren og vin-  
duer. Jeg skal nok komme ind”. Så kom jeg så ind til sidst. Men  
det var en krig hver gang. Hvor jeg så siger: Hvorfor er tingene  
sådan, I har jo intet på mig om, at jeg har gjort børnene noget

forkert? [Eller] ikke har taget vare på dem. Hvorfor fanden skulle jeg så, ikke? (Dina, 55)

Dina fortæller, at der gik ti måneder, før det lykkedes hende at få sine ældste børn tilbage. Hun valgte blandt andet at gå fra sin kæreste, der kort tid efter døde af en overdosis medicin. Hun oplever, at hans medicinmisbrug gjorde, at hjemgivelsen trak ud, fordi børnene blev sendt til udredninger, der ikke viste noget. Hun begyndte selv at ryge cannabis i perioden.

Chancen for at få hjemgivet et anbragt barn eller få samvær med et barn, der bor hos sin mor eller omvendt hos sin far, kan for nogle udgøre en motivation for at blive stoffri eller få sit forbrug under kontrol. Der er eksempler på, at det er lykkedes. Thomas på 29 år har på interviewtidspunktet endelig fået samvær med sin søn efter flere omgange i Statsforvaltningen. Vera på 47 år fik sit yngste barn hjem efter at være gået i metadonbehandling:

Og dér var jeg bange, for jeg troede det [...] [skadede] min [børne]sag, hvis det var, jeg [...] fik metadon. Så det turde jeg jo ikke. Men det gjorde det så åbenbart bedre, så det gjorde jeg så. Gik i metadonbehandling, og det gjorde så også, at det gik så bedre i min sag. Det skulle jeg have vidst fra starten af, så havde jeg gjort det fra starten af. (Vera, 47)

Interviewene med mødre til anbragte børn viser, at der er andre end Vera, der har savnet hjælp og vejledning i forhold til anbringelsessituationen. Melanie på 42 år og Caroline på 33 år fortæller fx begge om ønsker om bedre støtte til vanskelige relationer til deres børns plejefamilier.

Interviewene indeholder også eksempler på borgere, der har haft børnene hjemme, samtidig med at de har haft et stofmisbrug. Angsten for at få fjernet sine børn optræder i materialet som en selvstændig barriere for at være åben over for de sociale myndigheder i misbrugsbehandlingen eller andre steder. Det hænger sammen med den skærpede underretningspligt for fagpersoner, der har grund til at antage, at et barn eller en ung udsættes for omsorgssvigt eller lignende og har behov for særlig støtte (servicelovens § 153). Angsten for at blive indberettet til de sociale myndigheder kan udgøre en selvstændig barriere for at opsøge eller få fuldt udbytte af den hjælp, man får tilbudt. Det fortæller Linda på 36 år, som har flere børn. Hun fortæller, at hun blev indberettet til kommunen

af sit misbrugscenter, fordi de mente, at hun havde ladet sit seksårige barn gå alene i butikker, mens hun besøgte centeret:

Og jeg sagde: ”Hvordan fanden kan I tro, at jeg kan finde på sådan noget? Det var altså [barnet], der var 15, [der] gik op i Søstrene Grene (...) mens jeg var på centeret. (...) Hvem fanden tror I, det er, jeg har ladet stå deroppe?” Jamen, det var [barnet] på seks. Så siger jeg: ”Er I rigtig kloge, mand? Det kan jeg da ikke drømme om! Altså, det er mine børn!” (...) Men altså, dér siger jeg så til dem: ”Men så må I jo trække den tilbage oppe fra kommunen af”. Ej, jeg kunne bare sige det til mødet, sagde de. Gu’ skal jeg da ej have sådan en påtale liggende på mig, når den ikke passer. Altså, jeg havde mange store problemer med centeret deroppe, derfor stoppede jeg.

Linda er siden begyndt på et andet behandlingstilbud, men hun er varsom med, hvad hun fortæller sin misbrugsbehandler på grund af frygten for at blive indberettet. Hun beskriver, at mistilliden går begge veje, og at det har konsekvenser:

(...) Man skal også passe på med vores samtaler med behandleren, fordi hvis du går ind og siger noget ... med børn, for eksempel. Så vil de kunne anmelde dig. Så jeg taler aldrig i nutid, jeg taler altid om noget, der er sket tidligere. Jeg fortæller aldrig, hvad der er sket lige nu og her. Fordi hvis jeg gør, du kan ikke åbne dig, du kan ikke få lov til at komme ud med dine ting. Fordi at de har den der pligt med, at de skal anmelde, hvis der er noget børnemæssigt eller et eller andet. (...) Du tør ikke at åbne dig. Du kan ikke åbne dig op og så sige, hvad der egentlig er, der koger inde i dig og brænder inde i dig, hvis der er et eller andet, fordi du er bange for at blive anmeldt til kommunen (Linda, 38).

Der er både strukturelle og relationelle aspekter på spil i spørgsmålet om underretninger. Linda fortæller videre om en rigtig god behandler, hun har haft, der hjalp hende med at få adgang til hospitalet, hvor et af hendes børn skulle opereres, selvom hun ikke kunne lægge en ren urinprøve. Samme behandler har på et andet tidspunkt indberettet Linda for at have et sidemisbrug, men Linda fortæller, at den rolige måde behandleren talte til hende på og det, at hun ringede og fortalte Linda, at hun var nødt til at indberette hende, gjorde at hun kunne acceptere og respektere behandlerens valg.

## RELATIONELLE BARRIERER I MØDET MED SYSTEMET

I det følgende retter vi blikket mod de relationelle aspekter af mødet mellem voksne borgere, der har et stofmisbrug, og myndigheder og indsatsområder. Det vil sige de dele af mødet, der ville kunne forbedres ved, at den involverede medarbejder blev bedre til at håndtere de relationelle aspekter af kontakten med borgeren. Relationelle barrierer omfatter altså forholdet til konkrete personer, som borgeren møder i systemet, fx sagsbehandlere, læger, psykiatere, stofmisbrugsbehandlere og andre borgere i behandling. Ligesom eksemplerne, som vi har beskrevet under gennemgangen af de strukturelle barrierer, befinder en del af historierne om relationelle barrierer sig i grænselandet mellem det, der kan ændres på strukturelt niveau, og det, der kan ændres ved fx at videreuddanne personalet til at blive bedre til at håndtere kommunikationen med borgeren.

## STIGMATISERING PÅ GRUND AF ET SYNLIGT STOFMISBRUG

Interviewene med voksne borgere, der er i behandling for stofmisbrug, er rige på beskrivelser af det, der i forskningslitteraturen kaldes stemplings- og stigmatiseringsproblematikker (Goffman, 1963; Moses, 2010; Radcliffe & Stevens, 2008). Når et menneske stemples som ”en borger med et stofmisbrug” eller en af de mere nedsættende betegnelser såsom ”narkoman”, ”junkie” eller ”stofmisbruger”, kan det give adgang til hjælp i form af misbrugsbehandling, førtidspension eller andet. Samtidig viser mange af borgernes fortællinger, at den stigmatisering, der følger med stemplingen, ofte får en overskyggende karakter i forhold til fx rollen som mor eller medarbejder, samt at selve stigmatiseringen rent faktisk kan have negative konsekvenser for deres mulighed for at få den hjælp, de har ret til og ønsker.

I mødet med forskellige medarbejdere og behandlere oplever nogle borgere med et synligt stofmisbrug, dvs. de borgere, hvis stofbrug har sat aftryk på deres udseende eller i deres journal, at stigmaet, forbundet med misbruget, skygge for andre dele af deres person. Ubehaget ved den måde, de bliver talt til og behandlet på af andre får nogle af borgerne til at trække sig fra kontakt. Stigmatiseringen kan derfor udgøre en selvstændig barriere for, at en borger opsøger myndigheder og indsatsområder for at få den hjælp, han eller hun efterspørger.

Michael er 38 år. Han begyndte at tage stoffer, da han var i puberteten, og fortæller, at han havde brug for en flugt, fordi hans mor tog

på duktur og efterlod ham med ansvaret for hans yngre søskende. I dag er han i substitutionsbehandling. Han beskriver, hvordan oplysningerne om metadon i hans journal forhindrede ham i at få smertelindring, da han henvendte sig i akutmodtagelsen med en fod, der var brækket flere steder.

(...) lige så snart [lægen] ser det der ”metadon”. Du kunne se det bare i øjnene på ham: ”Junkie!”, stod der bare i øjnene på ham. Bing-bing-bing! Og jeg kan se det med det samme. (Michael, 38)

Borgere, der har, eller har haft, et problematisk stofbrug, har naturligvis den samme ret til sundhed, herunder smertelindring, som alle andre borgere i Danmark (Kiørboe & Godtfredsen, 2013). Alligevel er der flere eksempler i materialet på borgere, der, som Michael, oplever at blive nægtet smertedækning udover håndkøbsmedicin, når de har henvendt sig i sundhedssystemet med en brækket ryg, en knust fod eller stærke smerter fra et mavesår. Borgerne forklarer det med, at sundhedspersonalet ser dem som nogle, der forsøger at udnytte systemet til at få stoffer eller til at blive fritaget fra pligter. Rasmus på 27 år er studerende med eget firma og fortæller, at hans stofbrug var nær ved at koste ham livet, fordi hans læge ikke tog hans henvendelse alvorligt:

Jeg har i hvert fald fået en rigtig slem lungebetændelse. Og det var sådan vitterligt, så jeg ikke kunne trække vejret. Og jeg havde ikke kunnet trække vejret i tre dage, så det var op over. og så gik jeg ned til lægen, som sagde ordret: ”Nå, men så lad os se, hvad det er, du prøver at få fri fra nu.” Og så tog han en blodprøve på mig, og så sendte han mig på hospitalet, for jeg var rent faktisk ved at dø. (...) Du bliver altid mødt med mistillid, fordi han ved jo, at jeg er misbruger, så i hans øjne, dér skulle jeg jo bare spille syg for at få lov til at gå derhjemme og lave ingenting. Men sådan har det jo aldrig været. Jeg har aldrig ledt efter en undskyldning for at gå derhjemme og lave ingenting. (Rasmus, 27)

I mange tilfælde indebærer stigmaet, at borgerne oplever sig set og behandlet som én, andre ikke kan have tillid til, én, der kan tales grimt eller nedladende til, og som én, der ikke er nogen grund til at lytte til. Eksempelvis fortæller Torben på 47 år, at han fik sit værelse på psykiatrisk afdeling gennemrodet af personalet, fordi en pung var forsvundet, og de vidste, at han tidligere havde haft et stofmisbrug. Michaels oplevelse af, at

metadonoplysningerne i hans journal forhindrede ham i at blive smertedækket i akutmodtagelsen er altså ikke det eneste eksempel på, at stigmaet ikke forsvinder, selvom borgeren er stoppet med at bruge illegale stoffer.

Lone er 54 år og beskriver, at hun er blevet kaldt ”narko-so” og nægtet et plaster af en medarbejder på et hospital, da hun vågnede fra en overdosis. Luna på 43 år fortæller, at hun, ligesom andre borgere med stofmisbrug, bliver behandlet grimt på hospitaler, men at det hjælper, når hun tager sine mere ressourcestærke familiemedlemmer med. Naja på 29 år oplever også, at ”narkoman”-stemplet optræder som en barriere i forhold til at få hjælp. Naja kombinerer metadon med heroin og piller, som hun en gang imellem sælger seksuelle ydelser for at skaffe penge til. Hun synes, at mennesker med stofmisbrug bliver svigtet, og kæder det sammen med stigma:

Du bliver ikke taget seriøst. Du er narkoman, du kan skride med dig. (...) Folk ser ned på dig, når du er narkoman, og de gider ikke. (...) Jeg tror, det er, fordi de (...) hører ordet ’narkoman’ inde i hovedet, fordi - hvorfor ser man så meget ned på narkomaner? Det er normale mennesker, der er fuldstændigt normale, som har fået et alvorligt problem. Det er et kæmpe problem. (...) Hjælp og støt jeres kære! Men det gør de ikke. De frastøder os, og selv systemet frastøder mig også. Jeg er en af dem, og jeg kan ikke forstå det, for det er ikke i orden, og det er ikke efter loven. Efter loven, der er der noget, der hedder hjælp og behandling til at udrede en narkoman. Det sker bare ikke. Du skal sgu selv råbe og skriges efter det. Det er der ikke mange, der kan. Der er ikke mange, der kan gå op selv og sige: Nu vil jeg godt have samtaler, eller nu er jeg klar til at komme i behandling. (Naja, 29)

Ifølge Naja har stigmaet altså den konsekvens, at hverken familie eller professionelle vil have noget med én at gøre, og at man ikke bliver taget alvorligt. Derfor er stigmatiserede nødt til at arbejde ekstra hårdt for at få den hjælp, de har ret til eller ønsker, hvilket de færreste i hendes situation, efter Najas mening, er i stand til.

Siri på 35 år har en lignende oplevelse. Hun har besluttet sig for at blive stoffri og tage en mellemlang videregående uddannelse, men føler sig ikke taget seriøst af sagsbehandleren og i beskæftigelsessystemet:



Der bliver jo lyttet, men det er så det, (...) det bliver bare ikke til noget (...). Altså, det er sådan, man føler ikke rigtig, de har tid til én. Til egentlig at klare noget (...) man er bare låst fast, ikk? Altså [én gang] junkie, altid junkie, på en eller anden måde, ikk? (...) Det er sådan, at man kan læse det af papirerne. Det er virkelig en mærkelig tone. Det er en lidt nedladende tone, ligesom opgivende tone på én. (...) Det skinner meget igennem. Også sådan af selve samtalen, ikk? (...) Selv om man siger: ”Jeg vil gerne videre, jeg har nogle ønsker, jeg har nogle drømme,” så er det som om: ja ja, men det bliver ikk- der bliver ikke gjort noget ved det. Som om de ikke er interesserede i at hjælpe én på en eller anden måde. De tror, det er urealistisk, når man er junkie.

Stigmaet kan således blive en barriere for at deltage i indsatser, fordi borgere som fx Naja oplever at blive ydmyget i kontakt med myndigheder og indsatsområder, hvilket kan resultere i, at borgeren stopper med at komme til møderne. Det beskrives også som en barriere, i tråd med Siri, at borgere oplever, at deres ønske om et nyt liv ikke bliver taget alvorligt, fordi de har eller for nyligt har haft et misbrug. Siri og nogle af de andre borgere fremhæver dog selv, at stigmaet er mindre belastende for dem, fordi de har de sociale kompetencer, der skal til for at trænge igennem barrieren og få (noget af) den hjælp, de har brug for. Omvendt er manglende sociale kompetencer eller overskud en barriere for at få hjælp.

Luna på 43 år, som hører til de mest belastede deltagere i denne del af undersøgelsen, beskriver at have haft et hårdt liv med kriminalitet, langvarig isolationsfængsling, prostitution og hjemløshed. Hertil kommer, at hun har tilbragt flere år af sit liv på hospitalet. Hun beskriver et møde med en for hende ukendt sagsbehandler:

Så sagde han til mig: ”Nu er det slut med at gå og dandere den. Du skal i fuldtidsarbejde, og det skal du nu.” Så sagde jeg til ham: ”Hvad snakker du om, din hjerne, mand?” Jeg blev rigtig gal, ikke? [Sagsbehandler:] ”Fordi, I skal ikke bare gå og klø jer i røven.” Så sagde jeg: ”Prøv at høre, vi to har aldrig mødt hinanden før. Hvad ved du om mig?” [Sagsbehandler:] ”Nej, men jeg ved nok til, at du er doven.” ”Uhm, hm. Hvad har du læst i min sag? Hvad ved du, fortæl lige, hvad du ved om mig?” [Sagsbehandleren:] ”Nå, men jeg har ikke læst din sag.” [Luna:] ”Nå, hvordan kan du så vide det, du siger?” [Sagsbehandler] ”Nej, men det er alle på bistand jo, ikke?” Altså, det var jo med den på. Jeg blev så gal, så jeg slog til [noget], og så ramte jeg ham des-

værrer flot oppe i hovedet (...) Det var så ikke meningen, eller det var det måske.

Luna er med sine komplekse sociale problemer et eksempel på den dobbelt- eller trippelstigmatisering, som en del af deltagerne i undersøgelsen oplever. Borgerne beskriver forskellige reaktioner på at føle sig stigmatiserede. Nogle trækker sig, og andre forsvarer sig. Luna er ikke den eneste, der beskriver at være blevet vred og at have reageret voldeligt, fordi hun følte sig stigmatiseret og dårligt behandlet af en ansat. Lone fortæller, at hun væltede et bord, da damen i den hvide kittel kaldte hende ”narko-so”, og Michael råbte så højt, da han blev nægtet smertelindring på skadestuen, at personalet blev bange og tilkaldte politiet. Luna og Michael beskriver begge at have fundet støtte hos andre system-personer, idet den diskriminerende medarbejder efterfølgende blev irettesat af henholdsvis en mere erfaren kollega og af de fremmødte politifolk.

Selvom vi har kategoriseret stigmatisering under relationelle barrierer, skal det nævnes, at beretninger som Lunas og flere af de andre borgers indikerer, at den forværres af strukturelle forhold som omstruktureringer, stor medarbejderudskiftning, eller at borgeren ikke har en personlig sagsbehandler. Der er flere eksempler på, at borgerne oplever, at stigmatiseringen forværres i mødet med ansatte, der ikke kender dem (jf. Meier, Barrowclough & Donmall, 2005). Det kan være personalet i akutmodtagelsen på et hospital eller en ny sagsbehandler.

#### MAGT OG MAGTESLØSHED

Interviewene med de voksne, der er i behandling for stofmisbrug, indeholder en del fortællinger om at føle sig i systemets vold. Nogle af dem handler om dårlige møder med politi eller fængselspersonale, andre om beskæftigelsessystemets elementer af kontrol, mistillid og sanktioner. Nogle borgere beskriver, at politifolk har beslaglagt penge uden kvittering, smadret deres hjem i forbindelse med ransagninger eller konfiskeret deres lægeordnede substitutionsmedicin. Nogle af borgerne lader til at acceptere, at politiet har en ubehagelig attitude eller tager hårdt på dem, hvis de oplever, ”at de selv har været ude om det”.

Mange af borgernes fortællinger om magtesløshed og følelsen af at blive uretfærdigt behandlet handler om substitutionsbehandling. Omkring 30 af de interviewede i gruppen af voksne i behandling er i substitutionsbehandling. De fleste får metadon, mens en mindre gruppe på seks personer får buprenorphin. Nogle oplever, at substitutionsbehand-

lingen giver dem et godt liv og har intet ønske om at blive stoffri, mens andre har stoffrihed som mål. I forhold til substitutionsbehandling optræder magtesløsheden på to måder: utilfredshed med afhængigheden af substitutionsstoffet og utilfredshed med den måde, det administreres på. Et par af borgerne – Melanie på 42 år og Morten på 40 år – føler sig mangelfuldt informeret om fordele og ulemper ved metadon, før de begyndte i behandling, og siger, at de ikke ville være begyndt, hvis de havde vidst, hvor svær metadonen ville blive at trappe ud af. Det understreger vigtigheden af informeret samtykke og inddragelse i den lægelige behandling af borgere med stofmisbrug.

For nogle af de borgere, der modtager substitutionsbehandling, er rutinerne omkring behandlingen, doseringen og personalets sanktioner en kilde til stor frustration i hverdagen. Disse problemer lader til at være knyttet til nogle behandlingssteder og ikke andre, hvilket korresponderer med resultaterne af en brugerundersøgelse på området fra 2015 (Thylstrup m.fl., 2015). Britta på 48 år fortæller fx, at hun holder sig langt fra et af de andre behandlingssteder i byen, som hun nedenfor sammenligner med den gode behandling, hun oplever at få hos en organisation, der tilbyder gratis retshjælp til socialt udsatte:

Sådan bliver man ikke talt til på [behandlingsstedet], dér bruger de medicin som magt. Det kan jeg ikke have. Det er ikke godt at gøre. Og så holder [retshjælpen], hvad de lover, hvilket ikke er noget, vi er vant til her. For eksempel hvis du ikke kan komme [til en aftale] i et offentligt regi ... uha, så er himmel og jord i bevægelse. Men hvis [medarbejderen] ikke kan, så er det bare, at man kommer derop: ”Det er aflyst, nåja”. [De] tænker ikke på, at man også har et liv ved siden af. (Britta, 48)

Britta uddyber ikke selv, hvad det indebærer at bruge medicin som magt. I flere af de andre fortællinger er der imidlertid eksempler på, at borgere oplever, at deres dosis sættes op eller ned uden deres ønske eller samarbejde. Linda på 36 år beskriver at have afbrudt et behandlingsforløb, fordi hun blev uvenner med personalet på centeret. Hun oplever, at personalet ”blev personlige”, fordi hun tillod sig at kommentere på en fejl i doseringen af sin medicin:

Jeg påpegede, at den var højere, end den plejede, og at jeg ville ned på det andet. Så lige pludselig så knaldede de mig på langt under halvdelen af, hvad jeg plejer. Og det gjorde de faktisk i

halvanden måned, hvor jeg tiggede og bad dem om at sætte mig op igen, for jeg var dødssyg, når jeg kom, og jeg var dødssyg, når jeg gik. ... indtil der var én deroppe, hun sagde: ”Nej, nu er det fandme nok!” og så tog hun mig med ind til lægen, og så viste det sig dér i notaterne, at jeg havde spurgt flere gange, og at lægen ikke havde skrevet noget. Og for en måned siden, dér havde hun skrevet, at jeg skulle øges op til vanlig dosis. For en måned siden! I halvanden måned kørte de heads på mig. Og det kunne jeg simpelthen ikke klare psykisk, så jeg holdt op, og så valgte jeg at tjene mine egne penge igen, sort. Ved at sælge stoffer (Linda, 36)

Jimmy på 34 år har også oplevet at blive sat ned i dosis uden sit samtykke. Han fortæller, at han har kæmpet i et år for at blive sat op igen, og at han i den mellemliggende periode har suppleret med illegal metadon. Han fortæller om frustrationen ved ikke at blive lyttet til og blive behandlet som én, der vil sælge sin dosis, hvis han får mulighed for det.

Jeg gider virkelig ikke være her mere. Altså, jeg har lige været inde og snakke med lægen, og jeg får en kæmpe, kæmpestor dosis, jeg får 300 mg. Han vil kraftedeme have, at jeg skal æde hele lortet om morgenen, og selvom jeg forklarer ham på 10.000 forskellige måder, at: ”Hvad skal jeg så spise om aftenen?” Det er lige meget, jeg skal bare indtage det hele. Selvom jeg har gået her i så mange år og har indtaget hele min dosis (Jimmy, 34).

Mange er glade for at modtage substitutionsbehandling, men flere oplever måden, den administreres på, som meget indgribende i deres mulighed for at leve et godt liv. Det gælder fx nogle af de borgere, der skal møde op med korte intervaller, fx hver eller hver anden dag, for at indtage deres metadon, og som oplever det som hæmmende i forhold til andre aktiviteter, som fx familiebesøg. Flere er, som Jimmy, også kede af, at de ikke kan få lov til at bide dosis over og gemme noget af medicinen til om aftenen, hvor de ved, at de får brug for den. Der er også borgere, der, som Linda, beskriver at have fået deres dosis sat op eller ned mod deres vilje, og eventuelt som led i en sanktion, fordi de ikke har overholdt udleveringsstedets regler. Morten på 40 år giver et eksempel på den slags situationer, man kan opleve i substitutionsbehandling:

Lad os sige, du mister din medicin. Så skal du komme her 14 dage i træk, og i weekenden skal du så hente din medicin på apote-

ket. Det er helt fair. Problemet er så, at lige bagefter, når det er ved at være slut, så får du den lige 14 dage mere. Det gjorde jeg i hvert fald. Og nu kommer jeg så tre gange om ugen, det har jeg aldrig gjort før, fordi det gjorde de også lige til sidst ... det er der ikke nogen, der fortæller én, når det starter. Så kunne de sige: ”Okay, det er det her, du skal igennem. Det her og det her”. Fair nok, så ved du det. Det gør du ikke når du er ved at være færdig. Ej, så skal vi også lige og også lige. Og du får ikke en skid at vide. Og der er aldrig nogen, der vil tage et ansvar og sige, ”jamen det er mig, der har sagt, at du skal gøre sådan”. Du skal selv bede om hjælpen. Og mange af de mennesker, der kommer her, det kan de ikke overskue. De har nok at gøre med at holde sammen på sig selv, og mange er hjemløse og alt muligt andet. (Morten, 40)

Morten oplever altså, at der mangler gennemsigtighed og rimelighed, når hans medicin bruges konsekvenspædagogisk.

Mange af de problemer, som nogle borgere oplever i forhold til kontrol af metadonindtagelse og konsekvenspædagogisk anvendelse af deres medicin, kan have både relationelle og strukturelle elementer. Denne barriere kan hænge sammen med den dobbeltrolle, som Thylstrup m.fl. (2015) har påpeget, at personalet har som både behandler og kontrollør i forhold til borgerne. Barrieren knytter desuden an til det dobbeltblik på borgere med stofmisbrug, der opstår i spændingsfeltet mellem sundhedslovgivningens frivillighedsprincip og sociallovgivningens fokus på borgerens ret og pligt (Gottfredsen & Kiørboe, 2013). Tidligere forskning har ligeledes fundet et misforhold mellem politiske og behandlingsmæssige intentioner for, hvordan substitutionsbehandling skal administreres og praktiseres på behandlingssteder. Bjerger og Nielsen (2014) kæder misforholdet sammen med de lokale processer, hvorigennem brugere og medarbejdere hele tiden producerer, konstruerer og forhandler institutionelle praksisser, der adskiller sig fra intentioner om empowerment og brugerinddragelse.

## HJÆLP, DER HJÆLPER

De barrierer, borgerne fortæller, at de oplever i deres møder med systemet, står heldigvis ikke alene. I det følgende præsenterer vi eksempler på tiltag og indsatser, som borgere har fundet hjælpsomme i forhold til at

overkomme nogle af barriererne. Eksemplerne kommer enten fra borgere, der selv har oplevet, 'når hjælpen hjælper', eller fremstår som borgeres forslag til tiltag, som de mener ville forbedre deres livskvalitet eller mulighed for at få udbytte af stofmisbrugsbehandlingen.

Den hjælp, der hjælper, kan både være af strukturel og relationel karakter. Ofte vil der dog være tale om en glidende overgang, idet uhenigtsmæssige strukturelle rammer også påvirker relationen og interaktionen mellem borger og medarbejder negativt. På baggrund af interviewene har vi valgt at præsentere tre eksempler på hjælp, der hjælper: 1) Fleksible tilbud og indsatser; 2) at have én med til møder med myndigheder; og 3) stabilisering og professionalisering af de fagpersoner, man har kontakt med.

#### FLEKSIBLE TILBUD OG INDSATSER

En del af borgerne efterspørger, eller fortæller, at de har været glade for, en hjælp, der tager udgangspunkt i 'mig, mine problemer samt mine ressourcer og præferencer'. Stofmisbrug varierer i intensitet og udtryk, og tidligere forskning viser da også, at der ikke er én form for indsats, der virker for alle borgere med misbrugsproblematikker. Det er derfor vigtigt at tage udgangspunkt i individets behov og have en vifte af alternativer, hvis indsatsen skal være succesfuld (Hser m.fl., 1999). Selvom der er nogle ønsker, der går igen i de fleste af interviewene, er der også mange eksempler på, at borgere evaluerer behandlingsformer og indsatser forskelligt.

Ønsket om fleksible tilbud med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov handler også om at fremme en sammenhæng mellem medarbejderens og borgerens forståelse af problemet og borgerens ønsker til indsatser. For nogle er et nødvendigt skridt i at forbedre deres liv fx hjælp til at håndtere psykiske og adfærdsmæssige udfordringer (selvbeherskelse eller angsthåndtering), for andre er det hjælp til at fylde hverdagen med meningsfyldt aktivitet, også selvom de stadig er i behandling. Fx fortæller en kvinde, der er i substitutionsbehandling, om et tilbud, hun var glad for at få:

[Det var] det bedste projekt ever, jeg nogensinde har været i (...) det var målrettet til at folk på metadon godt skulle kunne komme i arbejde. For der er mange, der tror, at [når du er på metadon] så kan du bare ikke noget, vel? Og de fik faktisk en del i arbejde ... (Britta, 48).

Brittas beskrivelse knytter an til en barriere for borgernes livskvalitet og udbytte af behandlingen, der består i, at de ikke oplever at blive set og behandlet som almindelige borgere, der kan deltage aktivt i samfundslivet, fordi de er i substitutionsbehandling.

Den hjælp, en borger har brug for, er ofte flerstrengt. Marianne på 45 år fortæller fx, at det er fællesskabet på dagcenteret, relationen til lederen, substitutionsbehandling, hendes kunst og en førtidspensionering, der gør, at hun har overlevet og har det godt i dag. Andre borgere oplever omvendt, at hvis de bare kunne få et arbejde eller påbegynde en uddannelse, ville de bedre kunne håndtere deres andre problemer, herunder kontrollere eller afvikle deres misbrug.

Interviewene med borgerne viser, at mange føler sig godt hjulpet af medarbejdere som særlige kontaktpersoner, hjemmevejledere og mentorer, der bl.a. har til opgave at sørge for, at borgerens livssituation tages i betragtning, og at hjælpen tager udgangspunkt i borgerens ønsker og behov. Den form for medarbejdere kan spille en særlig rolle som den, der tager udgangspunkt i borgerens hverdag og sørger for at skabe sammenhæng i ellers fragmenterede indsatser. Behovet er særligt udtalt på tidspunkter, hvor borgeren er ekstra sårbar og ikke bare kan fortsætte med sine vante rutiner, fx efter afsluttet døgnbehandling eller afsoning.

I tråd hermed fremhæver en del af borgerne i undersøgelsen, at de har været glade for eller har ønsket hjælp fra en medarbejder, der kommer hjem til dem. Igen er hjemmevejledere, særlige kontaktpersoner og mentorer oplagte eksempler. Borgerne fremhæver, at man kan føle sig ude af sit rette element på et kontor, og at man har sværere ved at skjule sine problemer for ikke at tabe ansigt, når man er på hjemmebane. Derudover kan opsøgende medarbejdere hjælpe med nogle af de afledte problematikker, som borgere med stofbrug oplever i hverdagen, herunder at opsøge hjælp og at håndtere praktiske og sociale udfordringer.

#### AT HAVE ÉN MED

Mange af de borgere, der ikke oplever at blive taget alvorligt eller ordentligt behandlet i mødet med myndigheder og indsatsområder, har stor glæde af at medbringe en bisidder til møder med kommunen, lægen eller andre. Det kan være en medarbejder fra deres misbrugsbehandlingscenter, en kontaktperson eller en repræsentant fra en NGO som fx Gadejuristen. For Lars på 38 år betyder det meget at have Bitten fra centeret med til møde med kommunen:

(...) så hører de efter, jo. De hører ikke efter, hvad vi siger, jo. Det tror de ikke på, jo. Men nu har hun så også arbejdet inde i spjældet, så hun har været vant til at arbejde med mennesker, der ville have noget, og hvis de ikke fik det, ja, så blev de som regel tossede. Jeg ved ikke, hun har bare en utrolig evne. (...) hun er meget inde i tingene, også med kommunen, hvad du kan sige til dem og hvad du ikke kan sige til dem. Og hvad du må og ikke må. Der er mange love og paragraffer at holde styr på. Nogle gange så slynger de bare noget ud til mig, og jeg aner ikke, hvad det betyder. ”Det står stykke det og det, paragraf det og det.” ”Nå. Hvad betyder det?” ”Jamen, det kan du slå op, når du kommer hjem.” Men altså, der gør hun sgu meget [godt], Bitten. (Lars, 38)

Passagen viser, at Bittens tilstedeværelse på møderne med kommunen hjælper Lars på flere forskellige måder. Dels lytter medarbejderen til Bitten, og til Lars, når Bitten har hjulpet ham med, hvordan han skal fremføre sin sag for kommunen. Dels kender Bitten lovgivningen og kan derfor hjælpe Lars med at forstå, hvad der foregår og navigere i et system, som han ikke oplever at få forklaringer fra. Og endelig er Bitten professionel og kan hjælpe med at håndtere hans reaktioner på det, der foregår på mødet.

Lars' eksempel er ét blandt mange på, at borgere, der har et synligt stofbrug, har brug for hjælp til at komme ud af klemte situationer. Hjælpen kan bestå i at blive ved med at kontakte en utilgængelig sagsbehandler for at gøre opmærksom på, at en borger ikke har fået sin ydelse, eller at vedkommende ikke er forsvundet eller bør bevilges døgnbehandling. Bagsiden af denne form for hjælp er, som Britta på 48 år fortæller, at det er ydmygende at sidde dér som et barn, mens bisidder og medarbejder taler om én. Omvendt har bisidderen mulighed for at afhjælpe en bred række af de strukturelle og relationelle problemer, som optræder i interviewene med voksne borgere i behandling for stofmisbrug.

#### STABILITET OG PROFESSIONALISERING AF PERSONALET

Borgerne i undersøgelsen vil gerne tales pænt til og inddrages i deres egen behandling eller andre indsatser. Ifølge mange af de interviewede borgere er en af de faktorer, der kan være med til at gøre en bisidder unødvendig, at den fagperson, man er i kontakt med, er ”én, der kender mig”, og som har tid til at lytte, forklare og tage udgangspunkt i mig og mine problemer. Det synes at bekræfte tidligere forskning, der har vist, at



længerevarende og stabile relationer mellem borger og behandler øger motivation, parathed og sandsynligheden for, at borgeren får en positiv oplevelse (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005). Omvendt risikerer stigmatisering at blive forværret på tidspunkter, hvor borgeren møder mange skiftende medarbejdere, der måske ovenikøbet er uerfarne og mangler tid til at sætte sig ind i deres situation.

Mange af deltagerne efterlyser eller påskønner medarbejdere, der kan se igennem deres stofmisbrug, og som behandler dem ordentligt. Ifølge Helle på 57 år skal medarbejdere, der har med borgere med stofmisbrug at gøre, kunne abstrahere fra deres stigma:

... man skal i hvert fald være åben overfor, at stofmisbrugere har nogle andre måder at tale på og agere på, og så skal man ... lade være med at fokusere på, hvordan de ser ud. Det kan godt være svært, fordi mange af os har dårlige tænder og passer ikke håret og det ene og det andet. Og det er jo fordi, man ikke har overskud til det, ik'os'? (Helle, 57)

Som Helle påpeger, indebærer stigmaet for borgere med stofmisbrug både et hærgt udseende og en bestemt adfærd, som kan falde nogle medarbejdere for brystet. Jimmys fortælling kan være med til at belyse, hvad der kan ske, når medarbejdere ikke kan se bag om stigmaet:

Det er helt grotesk, den måde de behandler folk på. Folk, de går rasende herfra nogle gange ... det er ret tit, der ryger en sten eller en kop kaffe ... op på vinduerne udefra, du ved, og det burde da ikke være sådan... Lad være med at gøre folk så kede af det! [at de] går herfra og tænker, deres liv, det er fuldstændig... Fordi der står en sygeplejerske: "Hm, jeg er for stolt til at give dig, fordi at du har sagt bøh til mig". Ja. Jeg er meget ked af [behandlings]stedet, det er jeg sgu. (Jimmy, 33)

Kurt på 44 år og Nellie på 25 år efterspørger en professionalisering af de medarbejdere, der har kontakt med borgere med stofmisbrug. De foreslår, at man etablerer en ny treårig uddannelse i misbrugsbehandling og håndtering af borgere, der bruger stoffer. Baggrunden er, at de er kede af den megen uro, de oplever i forbindelse med deres lokale stofindtagelsesrum. Kurt og Nellie oplever også, at nogle brugere ødelægger det for de andre, og at personalet intervenserer for lidt. Når medarbejderne endelig griber ind, opfattes det som udtryk for forskelsbehandling. Den efter-

lyste professionalisering af misbrugsbehandlingen skal medføre, at medarbejderne ikke længere er sygeplejersker og pædagoger, der efter Kurt og Nellies opfattelse ikke er klædt godt nok på uddannelsesmæssigt til at håndtere målgruppen af borgere med stofmisbrug.

## OPSAMLING

De voksne i behandling beskriver flere strukturelle barrierer, som de oplever som hæmmende for deres livskvalitet og udbytte af kontakten med myndigheder og indsatsområder. Barriererne omfatter bl.a. manglende adgang til ønskede tilbud og indsatser, især psykologhjælp, individuelle samtaler og førtidspension. Nogle voksne oplever, ligesom de unge i behandling, at blive placeret i tilbud, hvor de ikke passer ind. Følelsen af at være malplaceret kan være en barriere for at fortsætte behandlingen. Hertil kommer, at mange af borgerne oplever, at de mangler overblik over deres rettigheder og muligheder, samt at nogle borgere oplever kontrol og sanktioner i fx substitutionsbehandling eller beskæftigelsessystemet som unødigt indgribende og ydmygende. Forældreskab beskrives i et par af interviewene som en selvstændig barriere for at være åben om problemer, grundet frygt for underretninger og en eventuel anbringelse af børn. Nogle af de borgere, som lever med et savn efter deres barn eller børn på grund af fx anbringelse, efterlyser hjælp til at håndtere relationen til deres børn, deres tidligere partner eller børnenes plejeforældre.

I forhold til de relationelle barrierer oplever mange at blive stemplet som ”stofmisbruger” i mødet med myndigheder og indsatsområder. Med stemplet følger stigmatisering som en person, der er uærlig, og som ikke kan betros at varetage sine egne eller andres interesser. Stigmaet kan skygge for borgernes individuelle forskelle og ressourcer. En del af de borgere, der har et synligt stofmisbrug, fortæller om at være blevet dårligt behandlet eller endda nægtet smertedækning på hospitaler. Ifølge flere borgere forværres den slags stigmatiseringsproblematikker af strukturelle forhold som travlhed og skiftende medarbejdere. Hertil kommer, at nogle borgere føler sig afmægtige over for politi, retssystem og ansatte i den lægelige substitutionsbehandling. Især substitutionsbehandling kædes ofte sammen med mistillid, kontrol og sanktioner.

De voksne borgere i behandling for stofmisbrug giver forskellige eksempler på hjælp, der har hjulpet dem, eller som de tror, ville hjælpe,

hvis de fik adgang til den. De efterlyser fx mere fleksible tilbud og indsatser, som tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. Særligt kontakten til kontaktpersoner, mentorer, og hjemmevejledere fremhæves som positive. Flere beskriver også, hvordan det er en hjælp at have en bisidder med til møder med professionelle, da denne kan hjælpe borgeren med at blive hørt. Endelig efterspørger borgerne mindre personaleudskiftning, og nogle foreslår en professionalisering af de fagpersoner, som de er i kontakt med. Borgerne forventer, at dette vil mindske risikoen for negative konsekvenser af stigmatisering i deres møder med systemet.



# BORGERE UDEN FOR BEHANDLING

## INTRODUKTION

Som det fremgår af kapitel 3 og 4 – unge i behandling og voksne i behandling – bygger vores undersøgelse på et omfattende datamateriale med meget forskelligartede stofbrugere. Fælles for de forrige to hovedgrupper er, at de på undersøgelsestidspunktet både vælger og er i stand til at modtage stofmisbrugsbehandling. Den tredje hovedgruppe, som vi fokuserer på i kapitel 5, er en gruppe, som yderst sjældent har indgået i stofmisbrugsundersøgelser, blandt andet fordi denne målgruppe er særligt vanskelig at få i tale.

Tidligere undersøgelser har peget på, at et lavt intensitetsniveau i den sociale stofmisbrugsbehandling og en generel mangel på psykologsamtaler betyder, at nogle stofbrugere ikke modtager den rette behandling (fx Benjaminsen, Andersen & Sørensen, 2009). Rådet for Socialt Udsatte har ved flere lejligheder gentaget kritikken og påpeget, at det særligt er de ”hårdest belastede brugere, som lades i stikken af systemet” (Forsberg-Madsen, 2014).

Hecksher & Dahl (2009) har givet eksempler på gravide kvinder i stofmisbrug, der fravælger stofmisbrugsbehandling, og Rambøll (2013)

har konstateret, at ca. hver tredje stofbruger med svære psykiske lidelser ikke modtager behandling for sit stofmisbrug. Desuden har flere faglige organisationer påpeget et voksende behov for anonym behandling, primært henvendt til stofbrugere i arbejde (fx Eriksen, 2013). I et internationalt perspektiv påpeger både WHO og NIDA løbende, at antallet af behandlingsudbud til mennesker med stofmisbrug på verdensplan er ekstremt lavt i forhold til brugernes faktiske behov (fx Taxman, Perdoni & Harrison, 2007; WHO, 2010).

Imidlertid forbliver gruppen af aktive stofbrugere, der ikke modtager stofmisbrugsbehandling, en endog meget underbelyst gruppe – i Danmark såvel som i udlandet.

I dette kapitel fokuserer vi på borgere – unge og voksne – med aktivt stofbrug, som kan karakteriseres som stofmisbrug<sup>24</sup>, og som ikke modtager stofmisbrugsbehandling. Datagrundlaget er interviews med 34 borgere, der på undersøgelsestidspunktet har et aktivt stofbrug og hverken modtager lægelig<sup>25</sup> eller social stofmisbrugsbehandling. På mange andre områder ligner gruppen af borgere uden for behandling gruppen af voksne i behandling for stofmisbrug (se kapitel 4). Der er dog færre kvinder og flere borgere af anden etnisk baggrund end dansk (5) i gruppen uden for behandling end i de øvrige to grupper. Hovedparten af de borgere, som tidligere har været i behandling, har erfaring med døgnbehandling, og ca. en tredjedel har været indskrevet i flere end fem behandlingsforløb.

En af borgerne er i beskæftigelse, og to er under uddannelse. Mange af borgerne forklarer, at de er udfordret af dårlig økonomi, hjemløshed, psykisk sygdom, fysiske lidelser og oplevelsen af at være uønsket, og at disse udfordringer er med til at gøre hverdagen kaotisk, fremtiden usikker og stofbruget mere ukontrolleret. Det er således tydeligt, at de illegale stoffer ikke er den eneste udfordring for disse borgere. 31 ud af de 34 borgere i denne gruppe har en eller anden tilknytning til det kommunale system – fx igennem et kommunalt jobcenter. De resterende tre

---

<sup>24</sup> Undersøgelsens definition på stofmisbrug findes i kapitel 1, s. 16

<sup>25</sup> Det har ikke altid været muligt at afgøre, om fx metadon er lægeordineret eller købt på det sorte marked. Flere af deltagerne i undersøgelsen fortæller, at de ikke oplever lægelig substitutionsbehandling som behandling, med mindre den ledsages af sociale eller psykologiske indsatser. Der kan derfor være borgere i gruppen af borgere uden for behandling, der modtager lægeordineret metadon, men som ikke har gjort os opmærksom på dette, fx fordi de opfatter behandling som noget andet.

borgere (Eva, 34 år; Simon, 24 år; og Kim, 22 år), som alle kommer fra en storby, har ingen tilknytning til det kommunale system.

Gruppen af stofbrugere uden for behandling består af otte kvinder og 26 mænd, som aldersmæssigt spænder fra 20 til 61 år, og hvor størstedelen befinder sig i aldersgruppen 41-50 år (12 personer). 13 personer bor i mindre og mellemstore byer, mens 21 bor i en storby. 29 personer er etnisk danske, mens fem mænd er af anden etnisk baggrund end dansk. Vi har interviewet dem i to storbyer og i en mellemstor by. En enkelt interviewperson er blevet henvist fra en social virksomhed. Alle resterende interviewpersoner er samlet igennem vores tilstedeværelse i de åbne stofscener eller i eller omkring forskellige væresteder og herberger.

Hovedparten af borgerne i gruppen anvender berigelseskriminalitet, videresalg af illegale stoffer, tiggeri eller prostitution som midler til at finansiere stofbruget. Særligt blandt de yngre kvinder er prostitution den primære finansieringskilde. Ca. halvdelen beskriver omfattende psykisk mistrivsel, og mange kombinerer et blandingsmisbrug af illegale stoffer med alkohol. På undersøgelsestidspunktet var fire ud af de 34 interviewpersoner hjemløse (Alex, Bent, Kim og Simon). Alle fire blev rekrutteret i en storby. Generelt set forekommer hverdagen for denne hovedgruppe relativt ustruktureret.

Mange af borgerne i gruppen har haft et mangeårigt misbrug. De 13 angiver et opioid som hovedstof, hvilket for denne gruppe ofte er heroin eller en blanding af heroin og metadon. Blandingsmisbruget af opioider og centralstimulerende stoffer (CSS), som syv borgere angiver, er for det meste en blanding af kokain og enten heroin eller metadon. Fem personer angiver CSS som hovedstof, hvilket her dækker over amfetamin og kokain, og én interviewperson har et blandingsmisbrug af amfetamin og cannabis. Seks borgere angiver cannabis som hovedstof, mens én fortæller om et misbrug af epilepsimedicinen rivotril, og én har et blandingsmisbrug af heroin, benzodiazepin, og andre piller.

Kapitlet er inddelt i tre afsnit, som beskriver centrale aspekter af borgere uden for behandlings oplevelser af og erfaringer med diverse myndigheder og indsatser. Vi skelner mellem strukturelle og relationelle barrierer, hvoraf førstnævnte har at gøre med organisatoriske forhold i systemet (fx lovgivning og organisering), mens sidstnævnte handler om sociale relationer mellem mennesker (fx borgernes forhold til professionelle). Det er en analytisk distinktion, som vi trækker frem, snarere end

en skelnen, der af sig selv træder ud af det empiriske materiale. Typisk skelner borgerne ikke selv i interviewene mellem barrierer, der har rod i strukturelle forhold, og barrierer af relationel karakter. I nogle tilfælde hænger de to typer af barrierer også tæt sammen i praksis.

Et eksempel: Når en borger uden for behandling oplever stor udskiftning af fx sagsbehandlere, kan det på den ene side betragtes som en relationel barriere, fordi karakteren af relationen til den professionelle vanskeliggør borgerens kontakt og tillid til det pågældende system. På den anden side omhandler det også en strukturel barriere, da den hyppige udskiftning formentlig bundet i organisatoriske og administrative forhold. Som en analytisk distinktion giver det imidlertid mening at skelne, dels fordi en del barrierer er mere entydigt af enten strukturel eller relationel karakter, og dels fordi de forskellige typer af barrierer kalder på forskellige typer af løsninger, hvis de skal afhjælpes i fremtidig udvikling af området.

Det første afsnit belyser en række barrierer af overvejende strukturel karakter, som borgerne uden for behandling oplever i mødet med systemet. Her præsenteres borgernes oplevelser af udækkede behandlingsbehov, fx utilstrækkelig efterbehandling og vedvarende støtte til psykiske problemer, og hvordan dette har haft afgørende betydning for deres udbytte af tidligere stofmisbrugsbehandling. Herefter fremhæves det, hvordan dele af systemet opleves som bureaukratiske, hvilket giver flere borgere en følelse af at være fastlåst, fx på kontanthjælp. Afslutningsvist viser vi, at flere af borgerne beskriver sig selv som hovedansvarlige for, at de ikke modtager relevant behandling, hvilket fx forklares med, at de mangler motivation til at blive stoffrie. Disse borgere opfatter altså sig selv som ansvarlige for behandlingssystemets manglende succes. Selv-ansvarliggørelsen kan virke paradoksal, i og med at borgernes individuelle mangel på forudsætninger for at leve op til behandlingssystemets krav, ligesom deres varierende motivation, er noget af det, de har brug for hjælp til i et behandlingsforløb. Analysen peger således på, at nogle borgere kan have internaliseret den form for ansvarliggørelsestankegang, som fx beskrives af Järvinen & Mik-Meyer (2012) og Knudsen & Andersen (2016). Dette kan være yderligere belastende for borgerne, fordi det dermed bliver et personligt nederlag, når de ikke gennemfører en behandling med succes. En relateret pointe er, at mange borgere forbinder det at gå i stofmisbrugsbehandling med målet om stoffrihed. For nogle



af borgerne er det derfor en væsentlig barriere i forhold til at opsøge eller gennemføre behandling, at de ikke ønsker at blive stoffrie.

Det andet afsnit belyser en række barrierer, som har mere relationel karakter, dvs. at de har at gøre med, hvordan borgerne uden for behandling oplever de personer, de møder i systemet. Først beskriver vi, hvordan nogle borgere oplever, at relationen til de professionelle er problematisk, fordi der er så stor udskiftning, at de professionelle ikke kender borgerne. Andre oplever, at det er svært at identificere sig med unge og nyuddannede behandlere, der ikke selv har erfaring med eller en tilstrækkelig viden om misbrug. Herefter beskrives borgernes negative forventninger til stofmisbrugsbehandlingen, fx at mange oplever behandlingssystemet som uoverskueligt og ufleksibelt; at nogle føler sig mødt med mistillid; og at andre vurderer, at medicinudlevering i stigende grad står alene, og at den udgør et utilstrækkeligt alternativ til egentlig behandling. Hertil kommer, at forestillinger om livet som stoffri for nogle er en barriere for at søge behandling. Det hænger sammen med, at livet som stoffri forbindes med usikkerhed og uklarhed. I den forbindelse fremhæver borgerne særligt, at det er uoverskueligt at skulle skabe sig et stoffrit socialt netværk, samt at stigmatiseringen ikke nødvendigvis ophører, fordi man stopper med at indtage illegale stoffer.

I det tredje afsnit beskriver vi den hjælp, der hjælper. Eksemplerne er udvalgt med afsæt i de barrierer, borgerne uden for behandling beskriver. Afsnittet rummer en række tiltag, der ideelt set kunne gøre borgernes møde med de kommunale tilbud mere hjælpsomt. Det er fx muligheden for længerevarende relationer til professionelle, udvidet adgang til psykologhjælp i stofmisbrugsbehandling, støtte i overgangen fra døgnbehandling til hjemmet, udvidet efterbehandling samt muligheden for behandlingstilbud, hvor borgeren fortsat kan have et (evt. reduceret) forbrug af stoffer. Herudover fremhæver vi tre temaer, der beskrives som særligt væsentlige af borgere uden for behandling: fleksibilitet i behandlingen, støtte til at få et netværk uden for stofmiljøet, og støtte til at få indhold i hverdagen.

## STRUKTURELLE BARRIERER I MØDET MED SYSTEMET

Vi beskriver en række strukturelle barrierer, som borgerne uden for behandling har oplevet i mødet med systemet. Strukturelle barrierer omfat-

ter forhold, der hænger sammen med den måde, systemet er organiseret på, fx gennem lovgivning, forvaltning og inddeling af specialområder.

#### UDÆKKEDE BEHANDLINGSBEHOV

Interviewene peger på, at flere borgere oplever de kommunale tilbud, de har fået, som utilstrækkelige i forhold til deres individuelle behov. Disse oplevelser relaterer sig særligt til tidspunkter, hvor borgerne skifter kontakt fra ét tilbud til et andet, eller i overgangen mellem fængselsophold og løsladelse. I det følgende ser vi nærmere på to eksempler, hvor borgerne oplever, at tilbuddene er utilstrækkelige: henholdsvis mangel på psykologhjælp og fyldestgørende efterbehandling.

#### BEHOV FOR PSYKOLOGHJÆLP

Nogle borgere begrundet deres stofmisbrug med bagvedliggende psykiske problemer. Andre har brug for hjælp til at bearbejde voldsomme oplevelser og udfordringer, forbundet med deres misbrug og livet i stofmiljøet. Mange borgere beskriver et særligt stort behov for medmenneskelig støtte og hjælp til at bearbejde psykiske og følelsesmæssige udfordringer lige efter, at de er blevet stoffri. Samtidigt påpeger flere borgere, at der er mangel på psykologhjælp undervejs i misbrugsbehandlingen og fremhæver, at det er en forudsætning for at lykkes med et behandlingsforløb, at de får hjælp til at bearbejde psykiske eller følelsesmæssige problemer. Marinus på 49 år, der har fået psykiske problemer efter at have været udstationeret i en krigszone, oplever ikke at få den hjælp:

Behandlerne er kun interesserede i symptomer, men forholder sig ikke til problemerne. Du kan godt trække folk op i hårene, men hvis du ikke løser problemet, så bliver man ved med at ryge på røven. Problemet er, at der er ikke nogen ordentlig psykisk opbakning til os (...) Vi får ikke hjælp til at løse vores problemer i hverdagen og får aldrig vores psyke ordentligt op at stå. Så længe du ikke har det, kan du ikke få din hverdag til at fungere. Så vil du aldrig kunne komme ud af det og få et arbejde.

Ifølge Marinus er det et centralt problem, at der ikke ydes mere psykologhjælp til borgere med stofmisbrug, da det efter hans mening er altafgørende. Han understreger samtidig, at psykologhjælp skal være målrettet stofbrugernes psykiske udfordringer, frem for, som han oplever, at det er tilfældet, at fokusere på stofafvænnning. Det fremgår af materialet, at ca.

15 af interviewpersonerne har haft kontakt til psykiatrien eller været i psykologbehandling. Nogle er tilfredse med denne behandling, mens andre oplever at få dårlig behandling, grundet manglende forståelse eller interesse for borgerens individuelle psykiske udfordringer. Ydermere udtrykker flere af de øvrige borgere i denne gruppe, at de stadig har et utalt behov for flere psykologsamtaler (jf. Benjaminsen m.fl., 2009), og at det er uoverskueligt, besværligt og – i bedste fald – langsommeligt at få adgang til en psykolog, som kan hjælpe. 'Dårlig behandling' i mødet med en professionel kan anskues som en relationel barriere, mens den manglende adgang til psykologhjælp udgør en strukturel barriere.

Generelt udtrykkes der et behov for støtte til at få hverdagen til at fungere, da denne ofte opleves som kaotisk og uoverskuelig, hvilket sandsynligvis forstærkes af de psykiske udfordringer, som nogle af brugerne også døjer med i hverdagen. Kris på 45 år udtrykker det således:

Jeg har virkelig brug for hjælp, for jeg kan ikke selv få det til at hænge sammen. Jeg har virkelig angst og depression hver dag. (...) Det kan godt være, jeg udadtil virker velfungerende og sådan noget, men jeg har også bare nogen ting, der gør, at jeg ikke kan fungere. Sådan noget som, altså hvis jeg skal møde et sted, lad os sige, at jeg skal op til psykiateren. Hvis jeg så ikke har nogen at følges med, så kommer jeg aldrig derhen. Så drejer jeg bare væk og går en anden vej.

Antuan på 41 år har, ligesom Kris, svært ved at overholde mødeaftaler og efterlyser støtte i forbindelse med afbrudte behandlingsforløb, når man har mistet troen på, at man kan klare at blive stoffri:

(...) hvis man får at vide, at der er støtte til én, altså altid sikker mulighed for, at de vil blive ved med at støtte dig, at de vil gøre alt for at hjælpe dig, også selvom det er svært, det ville betyde meget. Fordi mange gange, et kort øjeblik, så støtter de dig, og lige pludselig så smider de dig ud, og så står du bare alene. Og så, hvis du bliver clean, og du er lige som en nyfødt, så står du bare dér helt alene! Og du kan ikke klare det. Det er sådan, når du har været misbruger i mange år, ikk', så kan du bare ikke klare det, hverken når du bliver smidt ud, eller når du bliver clean.

Når vedvarende psykologhjælp ikke er tilgængelig efter stofmisbrugsbehandling, opstår der, ifølge interviewpersonerne, en mental usikkerhed,

som ofte medfører tilbagefald til stofmisbrug. Brugerne kender stoffernes virkning, de ved, at de medfører umiddelbar lindring på mental usikkerhed, og når det stoffrie liv skal håndteres uden tilstrækkelig opbakning fra en psykolog, er risikoen for tilbagefald derfor stor.

Hertil kommer, at flere borgere italesætter et behov for at bearbejde deres psykiske udfordringer midtvejs i et behandlingsforløb, målrettet stoffrihed. Flere af borgerne uden for behandling har en oplevelse af, at de netop falder ud af systemet, fordi de både har et misbrug og et behov for psykologhjælp. Tilsammen understreger dette, at udækkede behandlingsbehov opleves som en strukturel barriere for en succesfuld behandling, der skal være sammenhængende og meningsfuld. Samtidig fremhæves vigtigheden af at have en stabil menneskelig relation i løbet af og efter selve behandlingsforløbet, da risikoen for tilbagefald forøges, når denne relation udebliver.

#### BEHOV FOR EFTERBEHANDLING

Samtlige interviewpersoner i denne hovedgruppe, som har erfaring med stofmisbrugsbehandling, fortæller om behandlingsforløb med korte stoffri perioder, efterfulgt af tilbagefald. De peger på, at det er vanskeligt at vende hjem efter døgnbehandling, fordi de føler, at behandlingen stopper uden tilstrækkelig opfølgning. ”Der er ikke noget efterbehandling,” kritiserer Simon på 22 år, som har været i døgnbehandling flere gange. Helene på 47 år har gennemført to døgnbehandlinger for heroinmisbrug og beskriver særligt den første som meget vellykket. Behandlerne mødte hende som et menneske og ’ikke bare som en misbruger’, og igennem de seks måneder, som behandlingen varede, lærte hun en masse nyttige ting om sig selv og sine potentialer for at leve uden at indtage illegale stoffer. Efter succesfuld behandling var Helene stoffri og fik tilbud om efterbehandling. Her gik det, ifølge hende selv, galt igen:

Efterbehandlingen var for kort, jeg skulle bruge længere tid, før jeg blev sluppet helt efter at være kommet hjem. Jeg ved, at man estimerer efterbehandling til et halvt år, men det er ikke nok. Tidligst efter ét år kan man begynde at tage noget fra. (...) Først skal man lige nå at finde ud af, hvad der er svært, og det tager jo det første halve år. (Helene, 47)

Helene oplever altså efterbehandlingen som for kortvarig, hvilket ledte til tilbagefald. Nedenfor uddyber hun, hvorfor den første periode som stoffri var vanskelig for hende:

Som sådan er det ikke svært at blive abstinensfri, men alle de ting, du så skal forholde dig til, det er svært! (...) Man siger, når et menneske går gennem traumer, så har vi en proces, vi går gennem for at hele, men som narkoman dulmer du det med stoffer, så du går ikke gennem processen. Så det hele kommer først, når du bliver clean. Så kan du sidde og hyle over Pippi Langstrømpe. (Helene, 47)

Helenes eksempel viser, at den første tid som stoffri efter gennemført døgnbehandling er meget skrøbelig. Man kan have psykiske og følelsesmæssige vanskeligheder og svært ved at forholde sig til hverdagens trivialiteter. For Helene var det en barriere for at søge hjælp, at hun frygtede igen at miste sine børn, som var blevet hjemgivet, efter at hun var blevet stoffri under et vellykket døgnbehandlingsforløb:

Jeg var bange for at bede om hjælp, for jeg var bange for, at de så ville sige, at jeg ikke gjorde det godt nok, og så kunne jeg måske ikke få mit barn hjem at bo igen alligevel. (...) Når man ikke føler, at hjælpen fra kommunen er 100 % oprigtig, men de snarere kommer og straffer dig, så er det svært at henvende dig og sige, at du har brug for hjælp. (...) Jeg har også fået at vide, at hvis jeg faldt i igen, så kunne de tvangsjerne børnene, og så måtte jeg overhovedet ikke have kontakt til dem længere. (Helene, 47)

Flere borgere har som Helene oplevet, at efterbehandlingen er for utilstrækkelig. Peter, 52 år:

Jeg kan godt blive clean, men det er at forblive clean, der er svært. (...) Behandlerne giver udtryk for, at det er åh, så personligt, og de synes, man er alletiders fyr, men når man så er blevet clean og er på vej hjem, så er de ligeglade. Fuldstændig! Så bliver jeg indebrændt.

Peters udsagn understreger, hvor væsentlig den menneskelige relation og tillid er i forhold til at blive og holde fast i at være stoffri. Flere borgere fortæller desuden, at de oplever at mangle sociale relationer efter døgn-

behandlingen, fordi de har taget afsked med flere fra deres tidligere omgangskreds, som stadig har et aktivt misbrug. I tråd hermed udtrykker flere, at overgangen fra fængsel til frihed medfører en lignende ustabilitet, som uden støtte ofte ender ud i et nyt, ukontrolleret stofmisbrug. En af disse borgere er Yusuf på 37 år, som beskriver, hvordan han var stoffri ved sin løsladelse, men hurtigt begyndte at ryge heroin igen. Han begrundet sit tilbagefald med, at han var usikker på fremtiden, havde uafklarede boligforhold og problemer med jobcenteret. På samme vis blev Ilja på 30 år, som også var stoffri ved løsladelsen fra fængslet, mødt med krav fra kommunen om at øge egenbetalingen til sin bolig. Det så Ilja sig ikke i stand til, og han genoptog i stedet kontakten til sit gamle netværk og eskalerede sit indtag af kokain og metadon for at ”få tankerne væk fra det hele”.

Emil på 33 år fortæller, at det for ham var rastløshed og en omgangskreds, bestående af andre stofbrugere, der ledte til et nyt stofbrug efter løsladelse:

(...) lige så snart jeg kom ud fra fængslet, startede jeg bare forfra igen. Det handler egentlig bare om at have noget at lave, når man kommer ud. Det hjælper ikke at gå tilbage til det samme miljø uden noget at lave, for så hopper man lige tilbage i det igen.

Emils historie er et eksempel på, hvor vigtigt det er at have noget meningsfuldt at tage sig til, hvis man skal undgå tilbagefald. Samtidig fremhæver han vigtigheden af sociale relationer uden for stofmiljøet.

Borgernes beretninger om tilbagefald efter hjemkomst fra døgnbehandling eller fængselsophold peger samlet set på, at der er en strukturel barriere på spil, som forhindrer nogle borgere i at få den hjælp, de ønsker til at forblive stoffri. Denne strukturelle barriere har afgørende betydning for borgernes sociale kontakt, hvorfor barrieren for flere fremstår som relationel. Interviewene viser således, at flere af borgerne oplever, at de tilbud, de modtager, er utilstrækkelige. Disse oplevelser relaterer sig særligt til tidspunkter, hvor borgerne skifter kontakt fra ét tilbud til et andet eller i overgangen mellem fængselsophold og løsladelse. Ikke mindst fremstår mangel på psykologhjælp og utilstrækkelig efterbehandling i forbindelse med afsluttet døgnbehandling eller afsoning som væsentlige strukturelle barrierer for at fortsætte et igangværende behandlingsforløb eller forblive stoffri.

#### OPLEVELSER AF STAGNATION

Flere af borgerne uden for behandling indkaldes jævnligt til samtaler på det lokale jobcenter. Generelt udtaler borgerne sig meget kritisk om kontakten til kommunen. De fortæller om formålsløse møder, oplevelser med forvirrende og uigennemsigtige regler, ventetid og nedladende og uforstående sagsbehandlere. De fleste af borgerne i gruppen oplever, at velfærdssystemet fastholder dem i en uønsket og nedværdigende position, frem for at hjælpe dem fremad og støtte op om deres udviklingspotentialer.

Line på 39 år ryger dagligt cannabis og indtager flere gange ugentligt heroin. Tidligere har hun arbejdet som lagerarbejder og lever nu af kontanthjælp. Hun ønsker at reducere sit stofindtag og komme tilbage i arbejde, blandt andet så hun på længere sigt kan få sit barn hjem fra plejefamilie. Igennem mange år er Line mødt op til samtaler på jobcenteret hver tredje måned:

Jeg har været tilknyttet jobcenteret de sidste ti år, og jeg står stadigvæk her og stavrer rundt i det samme system og er ikke kommet en dag videre eller kommet i gang med noget. De lytter jo ikke til mig. De indretter sig bare udelukkende efter de regler, der er, og så er det det. (Line, 39 år)

Andre borgere beskriver ligeledes, at de oplever det kommunale bureaukrati som en barriere for hjælp, fx fordi deres motivation for behandling svinder under lange ventetider. Sådan er det for Ib på 48 år, der har søgt om at komme i døgnbehandling:

Jeg er i fuld gang med at søge behandling. Men det tager jo tid, og problemet er, at man skal i behandling, når man er motiveret. Det hjælper ikke om et halvt år. For så er du jo nok ikke motiveret længere. Så er du måske et helt andet sted i dit liv.

Ibs udtalelse peger på, at ventetid udgør en strukturel barriere for behandling, hvilket understreger vigtigheden af, at borgerne kan blive tilbudt behandling med meget kort varsel.

Andre borgere føler sig decideret 'opgivet' af systemet. Rhina på 38 år beskriver resignationen over at sidde fast i systemet:

Jeg er nået dertil, hvor jeg må acceptere, at jeg skal have metadon resten af livet (...) Psykologen har sagt, at han ikke forestil-

ler sig, at jeg nogensinde kommer i arbejde igen. Psykiateren, lægen og den nuværende sagsbehandler har sagt det samme (...) ”Behandlingsmulighederne er udtømt,” siger de. Der er ikke noget at gøre. ”Hun skal bare have sin metadon og sin pension og så være i fred,” siger de.

Rhina føler endvidere, at ”løbet er ved at være kørt. Jeg tror 40+, så er det nok for sent for mig.” Rhina oplever således, at når man som hun har været i stofmiljøet i lang tid, udtømmes mulighederne for at modtage behandling.

Flere borgere fremhæver rigide regler som et problem. Marinus på 49 år fortæller, hvordan rigide regler for metadonudlevering tvinger borgerne til at købe deres metadon på det sorte marked:

Jeg vil også sige, at det, der er forfærdeligt ved det, de har gjort her i byen, det, at de har strammet reglerne, så folk skal være der inden for et bestemt tidspunkt for at få deres metadon. Hvis én så kommer ét minut for sent eller to minutter for sent, så får de det ikke. Så får de det først dagen efter. Så tvinger man dem jo til at gå ud og købe og tage noget illegalt. De kan jo ikke undvære det, når de får 20 eller 25 doner om dagen.

Mange borgere påpeger, ligesom Marinus, at behandlingssteders krav om hyppigt fremmøde inden for et afgrænset tidsrum er nærmest umulige at overholde, og at det starter en ond cirkel af sanktioner og karantæne, som igen medfører øget misbrug. En undersøgelse fra 2015 finder i tråd hermed, at nogle borgere oplever substitutionsbehandling som hæmmet af kontrol og sanktioner. Det fremhæves desuden, at behandlingen ikke altid opleves som fyldestgørende, særligt blandt de borgere, som ikke modtager social behandling sideløbende med den medicinske behandling (Thylstrup et al. 2015). Flere af borgerne uden for behandling har en oplevelse af, at misbrugsbehandling langt overvejende handler om medicinudlevering og ikke om behandling. I enkelte tilfælde fremstilles selve medicineringen som en decideret barriere for at komme i behandling, simpelthen fordi brugerne oplever, at ordinerings af substitutionsmedicin er blevet et dårligt alternativ til social behandling. Line, 39 år:

Jeg har brug for en seriøs udredning af, hvad det er, der gør, at jeg bliver ved med at gå og have det skidt psykisk. Jeg kan ikke få min hverdag til at hænge sammen. Jeg kan ikke komme i gang



med noget. Jeg har angst. Sådan noget dér (...) Altså, jeg har ikke noget ønske om at få medicin, bare for at få lukket munden. Det føler jeg lidt, at jeg har fået alle de andre gange, hvor jeg ville i behandling.

Substitutionsbehandling frem for social behandling, samt rigide regler fremstår således som et strukturelt problem og en barriere for at gennemføre eller indgå i behandlingssystemet.

#### MANGLENDE MOTIVATION FOR BEHANDLING: MÅLET OM STOFFRIHED

Mange af borgerne forbinder det at gå i stofbehandling med målet om stoffrihed. For nogle af de borgere, som ikke ønsker at blive stoffrie, bliver dette mål en barriere for at opsøge og gennemføre et behandlingsforløb. Flere giver udtryk for, at stofmisbrugsbehandling ikke kan lykkes, hvis borgerne ikke er enige i målet med behandlingen. International forskning beskriver ligeledes denne barriere for at opsøge og blive i behandling (Hser m.fl., 1999).

Nogle af borgerne er ikke interesserede i hjælp i form af misbrugsbehandling. Det gælder fx Kim på 22 år, der har kokain som hovedstof og indtager metadon, heroin og hvad han ellers ”kan få fat på.” På trods af hjemløshed og et endog meget kaotisk liv har Kim ikke noget ønske om at blive stoffri eller komme i misbrugsbehandling. Mads på 19 år bruger cannabis dagligt og har heller ikke noget aktuelt ønske om at stoppe med det. Stoffrihed ligger for ham langt ude i fremtiden.

Jeg kan godt lide at ryge, jeg kan godt lide at føle at få ro på og kroppen bliver afslappet efter en lang dag, faktisk bare for at få lidt ro på. Jeg vil ikke i behandling, tror jeg. Det vil jeg ikke. Ikke på nuværende tidspunkt ... Men altså, jeg har før tænkt, at på et tidspunkt, når jeg bliver lidt ældre, vil jeg stoppe helt, fordi man kan ikke leve et liv med at ryge. Eller det kan man måske godt, men hvis jeg gerne vil have en ordentlig fremtid, skal jeg holde mig fra det. (Mads, 19)

Andre unge brugere, der er mere belastede end Mads, giver udtryk for, at de er bevidste om, at deres liv er kaotisk og præget af misbrug, men at de ikke føler, at de passer ind i de konkrete tilbud, som de får i behandlingssystemet. Det gælder fx Simon på 22 år, der har haft svært ved at leve op til krav i forbindelse med behandlingen:

Jeg vil gerne stoppe og har gerne i lang tid villet i behandling, men jeg startede som kriminel, bandemedlem kan du godt sige, og har også været storkriminel og så, ja, så har jeg taget nogle skridt ned, og siden hen har det bare været narkomani, hvis man kan sige det sådan. (...) Altså, de er jo gode til at smide folk i behandling og smide en masse penge efter én. Og nogle kommer i behandling 46 gange, og det koster vanvittigt mange penge. Jeg har da også haft mine ture en fire-fem gange, hvor jeg selv har brændt dem af, og så går den bare ikke.

I tråd med dette beskriver Sandra på 23 år, at hun ikke føler sig i stand til at imødekomme de tilbud om stofmisbrugsbehandling, som hun har fået. Hun understreger, at behandlerne er forstående og dygtige, men at hun ikke passer ind i behandlingen:

Jeg har ikke kræfter nok til behandlingen. (...) Det er 100 % mig selv, der kan hjælpe mig. Jeg bliver ikke holdt nede af andre. Det er mig selv, der vælger at gå ud og købe det, så på den måde er det mig, der skal tage sig sammen. (Sandra, 23)

Sandra fortsætter med at forklare, at vellykket behandling efter hendes oplevelse kræver, at man har de ressourcer, som hun mangler, fordi hun lever et liv med dagligt misbrug. Hun beskriver, hvordan behandling ikke er noget, som virker ”udefra og ind”, men noget, som kun kan lykkes, hvis man er i stand til at få udbytte af behandlingen:

Dér, hvor jeg var i behandling (...) jeg kunne rigtig godt lide måden, de arbejdede med mig på. Den hjælp de kan tilbyde (...), men man er meget egoistisk som misbruger. Du kan få en masse redskaber og en masse hjælp, men hvis du ikke selv er 100 % klar eller har lysten til at slippe det, så kan det være svært at gøre noget som helst. (Sandra, 23)

Det er især interviewene med de yngre borgere uden for behandling, der giver indtryk af, at de eksisterende misbrugsbehandlingstilbud ofte forudsætter en motivation eller ressourcestyrke, som mange af dem ikke besidder. Manglende ressourcer og manglende motivation i forhold til målsætningerne for stofmisbrugsbehandlingen fremstår som relativt udbredte barrierer for, at gruppen af borgere uden for behandling vælger at søge om at komme i behandling. Niels på 62 år formulerer sit eget be-

handlingsmål således: ”At få det så godt som muligt, og hvis stofferne hjælper, hvorfor skal jeg så slippe dem?”

På baggrund af interviewene med borgere uden for behandling synes det væsentligt, at man i behandlingssystemet har fokus på at imødekomme borgere, der fx ikke har stoffrihed som mål for stofmisbrugsbehandlingen. Borgerne fortæller derudover, at de savner opbakning i hverdagen: et forbedret kontanthjælps- og aktiveringssystem, som tager deres udfordringer og ønsker alvorligt, samt systematisk udredning og fyldestgørende psykologhjælp.

## RELATIONELLE BARRIERER I MØDET MED SYSTEMET

I dette afsnit vender vi os mod de relationelle aspekter, der gør sig gældende, når borgere uden for behandling møder systemet. Relationelle barrierer omfatter forhold, der kan knyttes til de konkrete personer, som borgerne møder i systemet, fx sagsbehandlere, læger, psykiatere, stofmisbrugsbehandlere og andre borgere i behandling.

### RELATIONER TIL PROFESSIONELLE

En stor del af borgerne påpeger, at det er vigtigt at have en god relation til de professionelle, men at det kan være svært at opbygge eller opretholde relationen, fordi der ofte er udskiftning af personalet. Flere beskriver, hvordan manglen på fast personale giver en følelse af, at de professionelle ikke kender én, hvilket gør det svært at henvende sig og at tro på, at man kan få den rigtige hjælp. Mange forklarer, at det er både udmatende og useriøst at skulle bruge hovedparten af sin tid i behandling på at fortælle den samme livshistorie igen og igen. Det udgør for mange en relationel barriere, og international forskning peger netop på, at længerevarende og stabile relationer mellem borgeren og den professionelle er afgørende for at øge borgerens motivation og parathed samt udbyttet af behandlingen (Meier m.fl., 2005).

En af borgerne, som problematiserer de hyppige udskiftninger blandt de kommunale medarbejdere, er den tidligere pædagog Mathias på 62 år. For 12 år siden stoppede han sit arbejde på grund af et eskalerende cannabis- og alkoholmisbrug, og nu får han hverdagen til at gå ved at komme på et værested. På værestedet ryger han dagligt cannabis, 3-5 joints om dagen, og, når lysten er til det, køber han en lille dosis heroin,

som han indtager derhjemme. Mathias fortæller, at hans praktiserende læge har været sygemeldt i mere end et år, og at han er frustreret over at møde skiftende vikarer, når han henvender sig:

Jeg har en rigtig dårlig læge. Fordi han har været syg i lang tid. Så har der været sådan nogle vikarer, og dem har jeg ikke lige kunnet tale med (...). Der kan jo godt være nogle alvorlige ting med misbruget og sådan noget, og det kan man jo ikke lige fortælle til en tilfældig vikar. (Mathias, 62)

Som mange andre har Mathias brug for en læge, som han kan være fortrolig med. Mathias fortæller endvidere, at når han er usikker på, hvem han vil møde hos lægen, ender han med slet ikke at tage af sted. På interviewtidspunktet burde han egentlig opsøge sin læge for at få tjekket op på sin sukkersyge, men han gør det ikke, fordi han frygter at skulle stå over for en ukendt person, som også vil bede ham forholde sig til stofbruget – frem for at fokusere på hans fysiske lidelse.

Ifølge Mathias er det grænseoverskridende at henvende sig til en fremmed professionel med misbrugsrelaterede problemer, og denne relationelle barriere står i vejen for, at han søger hjælp. Andre fortæller om lignende problematikker, knyttet til udskiftning af professionelle. Marinus, 49 år, har ofte oplevet at skifte behandler på misbrugscentret og fortæller, at det er svært at skulle fortælle om sig selv til en ny professionel: ”Sådan én som mig, med mange lig i lasten på grund af min fortid som sikkerhedsarbejder, har svært ved at åbne sig op.”

Emil på 33 år peger også på det problematiske i udskiftningen af professionelle, her sagsbehandlere:

Det er svært at skabe tillid på kort tid med en sagsbehandler. Og tillid er vigtigt. For hvis du ikke kan knytte dig til personen, så lukker du ned, og så siger du ikke noget overhovedet.

Ifølge Rhina på 38 år risikerer hyppig udskiftning af kommunale sagsbehandlere at påvirke udfaldet af verserende sagsbehandlinger, fx ved udredning om invalidepension:

Hun [sagsbehandleren] skal ind og lave en vurdering af mig, mit liv, noget, der er så vigtigt som min pension. Hvordan skal hun kunne gøre det, hvis hun ikke kender mig?

Mathias på 62 år fortæller i tråd hermed, hvor stor betydning det har haft for ham at kunne beholde den samme sagsbehandler i næsten tyve år:

Hun ser mig som et helt menneske, fordi hun kender mig igennem lang tid, og derfor kan hun støtte mig i nogle af de ting, som jeg går og døjer med i hverdagen. (Mathias, 62 år)

Mathias vurderer endvidere, at det er sværere at ”tage røven” på en sagsbehandler, som kender én godt, og at det er en stor hjælp i forhold til at få hverdagen med stoffer til at fungere. Det bliver tydeligt, hvordan relationelle og strukturelle barrierer er tæt sammenvævet, da udskiftning af professionelle kan forstås som en relationel barriere, i og med at borgeren ikke ønsker at opsøge behandling, grundet manglende kendskab og tillid til behandleren, samtidig med at hyppig udskiftning kan betragtes som en strukturel barriere, der bunder i organisatoriske og administrative forhold.

Andre borgere påpeger, at det er væsentligt, at de kan identificere sig med den, de skal tale med, særligt om personlige ting i forbindelse med deres stofbrug. Derfor kan det være udfordrende, særligt for de midaldrende og ældre stofbrugere, at forholde sig til meget unge, nyuddannede sagsbehandlere, især hvis de ikke har erfaring med misbrugsområdet. Specifikt i forhold til udgående behandlingstilbud fremhæver enkelte brugere, at tidligere stofbrugere kan udgøre en relevant kategori af behandlere, fordi de kender området og bedre forstår brugernes individuelle udfordringer.

#### NEGATIVE FORVENTNINGER TIL BEHANDLING

Flere af borgerne uden for behandling har dårlige erfaringer fra tidligere behandlingsforløb, mens andre er påvirkede af, hvad de hører i stofmiljøet om utilfredsstillende misbrugsbehandling. Mange oplever behandlingssystemet som uoverskueligt og ufleksibelt, nogle føler sig mødt med mistillid, og andre vurderer, at medicinudlevering i stigende grad er blevet et utilstrækkeligt alternativ til egentlig behandling. I dette afsnit beskriver vi, hvordan negative forventninger til stofmisbrugsbehandlingens karakter og indhold udgør en barriere for nogle borgeres motivation for at starte i behandling. Disse barrierer er både af relationel og strukturel karakter.

En generel udfordring for borgerne består i, at de finder det uoverskueligt at navigere imellem forskellige kommunale tilbud. Line på

39 år har været i kontakt med flere meget forskelligartede tilbud, herunder psykiatri, jobcenter, familiebehandling og misbrugsbehandling, og hun fortæller:

Jeg føler, at man skal gøre meget af det helt selv. Altså, man skal selv kæmpe kampen, finde ud af, hvor man skal henvende sig henne og sådan noget. (Line, 39)

Selv når man har fundet ud af, hvor man skal hen, kan det skabe udfordringer for borgeren, at de forskellige myndigheder og indsatsområder ikke arbejder ordentligt sammen. Det fortæller Emil på 33 år: ”Problemet er at den ene afdeling ikke snakker sammen med den anden afdeling, og så går der kuk i det”. Ifølge Emil er det derfor nødvendigt for borgeren at kende systemet og have mentalt overskud, hvis han eller hun skal have hjælp:

Sådan noget som at søge om indskud og alle mulige småting, der er for meget bureaukrati, der bremser, så man ikke kan komme videre i livet. Så der er ligesom barrierer. Så søger du noget, men du er ikke sikker på, hvor lang tid der går, og du får ikke noget at vide. Det er det der bureaukrati, der sætter en barriere op for én. Hvis du ikke har nogen anelse om, hvad du skal gøre, så ved du heller ikke, hvem du skal snakke med. Nu har jeg fået kontanthjælp i mange år, så efterhånden ved jeg godt, hvor jeg skal hen, når jeg skal have fat på en sagsbehandler i kommunen, men det er ikke alle, der kan overskue det. (Emil, 33)

Mange borgere er usikre på, hvor de skal henvende sig med konkrete problemer, og flere giver, ligesom Line og Emil, udtryk for, at adgangen til den rette behandling fordrer et urealistisk overblik. De regler, som skal overholdes, når en borger er indskrevet i misbrugsbehandling, beskrives også som uoverskuelige. Disse negative forventninger til systemets karakter udgør strukturelle barrierer for borgerne i denne gruppe.

Samtidigt oplever mange af borgerne, at professionelle møder dem med mistillid. William, der nu er 41 år, var studerende på en sundhedsuddannelse, dengang han søgte behandling for sit heroinmisbrug. Han blev meget overrasket og chokeret, da en læge fra misbrugscenteret på et tidspunkt i forløbet valgte at indberette hans misbrug til Styrelsen for Patientsikkerhed:

Det slog mig slet ikke, at der kunne være noget problem med det, jeg læste til (...) Altså, dér følte jeg mig virkelig forrådt, dér blev jeg virkelig, virkelig skuffet (...) Det er derfor, jeg ikke skal i behandling igen, jeg stoler ikke på dem. (William, 41)

Andre borgere begrundede deres mistillid til professionelle med, at de forventer andre former for uforudsigelighed og uretfærdighed i behandlingsprocessen. Fx oplever nogle borgere, at deres medicinftaler ændres mod deres vilje. Andre føler sig set ned på som tyvagtige og utroværdige og beskriver misbrugsbehandlere som uforudsigelige og urimelige i forhold til at ordinere medicin eller udstede karantæner. Andre beretter om forskelsbehandling i forhold til andre brugere. Simon på 24 år og Ib på 48 år, der blev interviewet sammen, beskriver, hvordan de oplever forskelsbehandling i forbindelse med kontakten til professionelle:

Ib: Jeg oplever meget uretfærdighed, og så oplever jeg også, at der bliver lavet meget forskelsbehandling. (...) Altså du ved, hvis du sidder med en behandler, der bedre kan lide en anden end dig, så bliver der lavet forskel. (...) Sådan burde det ikke være.

Simon: Jeg giver ham ret, selv på behandlingshjem, misbrugscentre, behandlingssteder (...) er der forskelsbehandling. Hvis socialrådgiveren på centeret eller socialrådgiveren i fængslet godt kan lide dig, så kommer du på prøve. Det er sådan, tingene hænger sammen. Desværre.

De dårlige oplevelser, som Simon og Ib her forbinder med sagsbehandlers forskelsbehandling af brugerne, medfører en mere generel mistillid til systemet og til mulighederne for at blive retfærdigt behandlet. Mistilliden til den professionelle udgør således en relationel barriere for at op-søge behandling.

#### FRYGT FOR LIVET SOM STOFFRI

En særlig begrundelse for at afvise stofmisbrugsbehandling bygger, ifølge flere brugere, på usikkerheden forbundet med et liv uden brug af illegale stoffer. Det forbindes både med ensomhed og det, forskningslitteraturen kalder stempings- og stigmatiserings-problematikker (Goffman, 1963; Radcliffe & Stevens, 2008). Problematikken hænger snævert sammen med den strukturelle barriere, vi har beskrevet i afsnittet om manglende efterbehandling, særligt udfordringer relateret til borgerens sociale net-

værk. Her belyser vi forskellige brugeres forestillinger om – og kortvarige erfaringer med – livet som stoffri.

Hans på 53 år ser ikke stoffrihed som en løsning på sine forskellige udfordringer:

Dit problem starter først, når du bliver clean. Så kommer al din gæld, alle dine problemer med at finde et arbejde, alle dine skavanker. Der er mange ting, også med familie og alt sådan noget dér (...), som du pludselig skal kunne klare.

Andre stofbrugere tvivler, ligesom Hans, på, at de kan leve og fungere uden brug af illegale stoffer. Roman på 31 år:

Mange af os bruger en masse stoffer hver dag. Vi er bange for det normale liv, du ved. Fordi når man bruger (...) ved man ikke, hvordan det normale liv er. Sådan har jeg det, måske fordi jeg tager stoffer hele tiden. (...) Man laver ligesom sådan en mur mellem det normale liv og det liv, man selv har (...) Man skal, du ved, bryde den mur ned, du ved. Det er meget svært (...) Mange mennesker ønsker ikke rigtig at ændre sig.

Roman peger på, at forskellen mellem et liv som misbruger og et liv som stoffri er for stor til, at man kan overskue at skifte fra det ene til det andet. Et dagligt indtag af stoffer bidrager til uoverskueligheden og fremmer derved frygten for det ”normale liv” som stoffri.

Mange borgere frygter, at stemplingen som stofmisbruger og den dertil hørende stigmatisering vil følge dem, selv om de bliver stoffri. Rhina på 38 år fortæller, hvordan det føles:

Det er flovt, fordi det er et tabu. Ligesom at alkoholikere og alkohol var et tabu engang. Det er nok blevet mere acceptabelt i samfundet i dag, jo, (...) men det at være narkoman eller misbruger, dét er altså ikke accepteret.

Den skam, som brugere som Rhina forbinder med stemplingen som stofmisbruger, vækkes blandt andet i møder med familiemedlemmer, forskellige professionelle eller mennesker i lokalområdet, når stofindtagelsen foregår i det offentlige rum. Oplevelsen af stigmatisering fortsætter, ifølge flere brugere, selv om deres stofmisbrug ophører. Marinus på 49 år, som på interviewtidspunktet var stoffri, oplever endda stigmaet



voldsommere nu, hvor han ikke bruger stoffer, end da han havde et aktivt misbrug:

Mit største problem nu, hvor jeg er kommet ud af det, er, hvordan jeg skammer mig over for min familie og samfundet. (...) Jeg føler, at jeg stadig bliver stemplet, selvom det er længe siden, jeg sidst har fået så meget som en dråbe metadon. Jeg bliver stadigvæk behandlet som en skodjunkie, ingen kan stole på.

Når de bliver bedt om at forholde sig til muligheden for at leve en stoffri tilværelse, har mange af borgerne en modvilje over for at skulle håndtere øget skamfølelse og stigmatisering uden at kunne trække sig ind i 'stoffernes frirum'. I tillæg hertil frygter borgerne, at en stoffri tilværelse vil være ensom, hvilket hænger sammen med, at de fleste opfatter et brud med deres sociale relationer i stofmiljøet (der ofte er deres eneste netværk) som en forudsætning for længerevarende stoffrihed. International forskning peger på, at denne frygt er velbegrundet (Neale m.fl., 2012), som Tine, 51 år, også giver udtryk for:

Interviewer: (...) når man stopper med stofferne, er der så nye ting, man måske lige pludselig skal til at forholde sig til?

Tine: Jo, du skal jo have nye venner. Og det har jeg aldrig fået. Jeg kan ikke bare begynde at snakke med nye mennesker, som jeg ikke kender.

Interviewer: Og er det vigtigt for dig?

Tine: Ja, altså jeg er enormt ensom, jeg sidder tit derhjemme i dagevis uden at snakke med nogen.

Interviewer: Og dem du snakker med, det er andre fra stofmiljøet?

Tine: Ja, og det gør mig jo ikke clean at være sammen med dem. Jeg skal jo have et clean netværk, og det kan jeg ikke finde, også fordi jeg bliver ved med at falde i.

For mange borgere betragtes et stoffrit netværk som en forudsætning for at forblive stoffri. At stofferne også giver en form for indhold i hverda-

gen og hjælper dem med at danne sociale relationer, udgør en vanskelig udfordring for det etablerede behandlingssystem, som, ifølge brugerne, har en tendens til at definere stofferne som problemet. I vores materiale findes en del eksempler på brugere, som vurderer, at de illegale stoffer har hjulpet dem igennem meget vanskelige perioder, har sikret dem imod at udvikle psykoser eller har holdt dem i live, hvorfor en målsætning om stoffrihed kan være både uoverskuelig og uønsket. Derfor bør indsatsen for disse borgere inddrage dem og tage hensyn til, at prisen for stoffrihed for nogle kan være (for) høj.

## HJÆLP, DER HJÆLPER

På baggrund af de barrierer, vi har beskrevet, vil vi i det følgende præsentere nogle af borgernes forslag til indsatser og tiltag, der kunne gøre deres møde med de kommunale tilbud mere frugtbare. Det drejer sig om muligheden for længerevarende relationer til professionelle, udvidet adgang til psykologhjælp i forbindelse med misbrugsbehandling, støtte i overgangen fra døgnbehandling til hjemmet samt udvidet efterbehandling. Derudover synes det relevant at tænke i behandlings-tilbud, hvor borgeren fortsat kan have et (evt. reduceret) forbrug af stoffer. Det kunne være behandlingstilbud, der ikke udelukkende sigter mod stoffrihed, men mod stabilisering og forbedringer af borgerens livskvalitet, fx gennem øget funktionsniveau.

Marc på 23 år har fx positive oplevelser med et længerevarende døgnbehandlingsforløb, der ikke havde et ensidigt fokus på stoffrihed:

Det er det bedste, der nogensinde er sket for mig. De lærte mig så meget om at være et, ikke normalt, men velfungerende menneske. (...) Det handlede ikke så meget om det her med, at jeg ikke måtte tage stoffer. Det handlede om, hvordan jeg havde det (...) Fundamentet i behandlingen, det var det her med at skulle lære omkring følelserne, og hvordan du var. (...) Og det har de gjort rigtig godt. Jeg er ikke problemfri overhovedet. Jeg har også røget siden, men jeg synes da i hvert fald at 80 % af mig er ændret efter den behandling.

Marc føler sig hjulpet rigtig godt på vej, selvom han ikke er stoffri. Derudover går tre temaer igen hos borgerne uden for behandling, i deres

forslag til forbedrede tilbud, nemlig fleksibilitet i behandlingen, støtte til at etablere et netværk uden for stofmiljøet, samt støtte til at få indhold i hverdagen.

#### FLEKSIBILITET

Mange borgere peger på vigtigheden af tilbuddenes fleksibilitet, hvilket nogle kæder sammen med, at hjælpen bør være mere tilgængelig. Nogle peger på vigtigheden af at kunne få hjælp i sit eget hjem, så man ikke falder ud af behandlingen, hvis man ikke kan komme afsted til møder. Dan på 45 år er glad for den fleksibilitet, han har mødt hos personalet på et misbrugscenter. Han fortæller: ”Hvis jeg havde det svært i en periode, så kom de bare hjem til mig (...) Det betød, at jeg kunne overholde stort set alle aftaler.” Dan har været hjemløs og har normalt svært ved at huske aftaler. Som flere andre giver han udtryk for, at det er betydningsfuldt at kunne blive mindet om eller ledsaget til møder. For Kris på 45 år er dette også en afgørende form for hjælp.

Jeg har brug for hjælp til det, for jeg kan ikke selv. Jeg har virkelig det der angst og depression. Det kan godt være, at man så springer over dér, hvor gærdet er lavest. Det kan godt være, jeg virker velfungerende og sådan noget, men jeg har også bare nogen ting, der gør, at jeg ikke kan de der ting. Altså, hvis jeg skal hen et sted, lad os sige, jeg skal op til psykiateren. Hvis ikke jeg havde én at følges med, så var jeg aldrig kommet derop, så havde jeg lige drejet den anden vej ... Det er sådan en form for angst. Et eller andet, ej, det kan jeg sgu ikke, og så springer jeg over. Ej, ikke i dag, altså, i morgen. Det er sådan noget hele tiden, overspringshandlinger.

For Kris og mange andre er det afgørende at få støtte i form af ledsagelse til møder med professionelle. Flere af borgerne understreger værdien i en tæt kontakt til en kontaktperson, der kan guide én i de forskellige tilbud. Andre ønsker, at hjælpen skal være dér, hvor de i forvejen kommer, fx på væresteder og i varmestuer.

#### UD AF MILJØET OG INDHOLD I HVERDAGEN

Flere af borgerne oplever, at det vil være en hjælp at flytte til en anden by og hermed komme væk fra stofmiljøet. En af dem er Emil på 33 år:

Jeg vil gerne flytte til et sted, hvor jeg ikke kender nogen. Jeg vil finde en kone, finde en lejlighed, få et liv (...) Jeg vil gerne ud og lave noget. Jeg vil gerne være pædagogmedhjælper.

Emil og flere andre giver udtryk for, at det vil være en hjælp at flytte væk fra deres omgangskreds. Andre efterlyser også støtte til at få et stoffrit netværk. Kris er en af de borgere, der understreger betydningen af sociale relationer uden for stofmiljøet:

Det eneste, jeg behøver, det er en ny omgangskreds. Et netværk, som ikke er stofmiljøet. Du kan nok høre, der er ikke ret mange, jeg kan snakke med. Fordi de har ikke noget intellekt – de kan kun sidde og tørfixe: snakke om stoffer, eller – de har sgu en smal harddisk, den hakker, ikk? og kører den forkerte vej. (Kris, 45 år)

Kris oplever, at det, der mangler i hans liv, er et stoffrit netværk, bestående af folk, der taler om andet end stoffer. Borgernes beskrivelser giver anledning til at fremhæve betydningen af, at den sociale stofmisbrugsbehandling hjælper borgeren med netværksdannelse uden for stofmiljøet.

Flere af borgerne uden for behandling efterspørger støtte til at fylde hverdagen med andet end stofbrug. For nogle handler det, som beskrevet ovenfor, om at få en ny omgangskreds. Andre har, som Emil på 33 år og Sandra på 23 år, et stort ønske om at komme i job:

Jeg tror bare, at det er vigtigt at få en stabil hverdag og en uddannelse og bare et almindeligt job og gå op i nogle almindelige ting. (...) Det ville klart hjælpe rigtig meget. (Sandra, 23)

Det ønske om stabilitet, som Sandra formulerer, går igen i mange af borgernes fortællinger om hverdagen som borger med stofmisbrug uden for behandling.

## OPSAMLING

I kapitlet fremhæves strukturelle og relationelle barrierer, som har betydning for borgere uden for behandlings tilknytning og udbyttet af kontakten med diverse myndigheder og tilbud.

Undersøgelsen peger på, at nogle borgere uden for behandling oplever det som en barriere, at de tilgængelige tilbud ikke tilgodeser deres individuelle behov. De efterlyser primært længerevarende efterbehandling og vedvarende støtte til psykiske udfordringer. Flere borgere oplever desuden systemet som bureaukratisk og fortæller om formålsløse møder, uigennemsigtige regler, lange ventetider og uforstående sagsbehandlere. Flere beskriver, hvordan dette giver dem følelsen af at være fastlåst i en ydmygende position som uønsket af samfundet. Hertil kommer, at nogle af borgerne giver sig selv hovedansvaret for, at de ikke modtager og formår at gennemføre et behandlingsforløb. De fortæller fx, at de mangler motivation. Disse borgere opfatter således sig selv som ansvarlige for behandlingssystemets (manglende) succes, hvilket kan virke paradoksalt, da netop borgerens individuelle, manglende forudsætning for at leve op til behandlingssystemets krav og deres svingende motivation er noget af det, som de har brug for støtte til gennem et behandlingsforløb. Dette relaterer sig desuden til, at flere borgere forbinder det at gå i stofbehandling med målet om stoffrihed. For de borgere, som ikke ønsker at blive stoffrie, bliver dette en barriere i forhold til at opsøge eller gennemføre behandling.

Af relationelle barrierer fremhæves det af flere, at hyppig udskiftning af medarbejdere resulterer i manglende kendskab til borgerne og deres individuelle behov. Det kan få som konsekvens, at borgerne ikke opsøger den hjælp, som de oplever at have behov for. Andre fortæller, at de har vanskeligt ved at indgå i relationer med professionelle, der ikke selv har erfaring med eller tilstrækkelig viden om stoffer, fx fordi de er nyuddannede. Hertil kommer, at nogle borgere har negative forventninger til stofmisbrugsbehandlingen. De omfatter bl.a., at borgerne mener, at de professionelle vil møde dem med mistillid, hvilket de blandt andet bygger på egne eller andres oplevelser af at blive talt grimt til og behandlet som tyvagtige og utroværdige. En del borgere forbinder desuden livet som stoffri med stor usikkerhed. Nogle finder det uoverskueligt at skulle skabe sig et stoffrit netværk, mens andre frygter, at stigmatiseringen, forbundet med stofmisbruget, ikke ophører, når de bliver stoffrie. Endelig er der en del borgere, der oplever, at de illegale stoffer tjener en vigtig psykisk stabiliserende funktion i deres liv, hvorfor målsætningen om stoffrihed kan være både uoverskuelig og uønsket.

I forlængelse af de oplevede barrierer præsenteres en række tiltag, som borgerne har oplevet eller har en forventning om vil være en hjælp,

der hjælper. Dette drejer sig om fleksibilitet i behandlingen, fx muligheden for at få hjælp i eget hjem eller støtte til fremmøde ved at blive ledsaget til møder samt at få støtte til at få et netværk uden for stofmiljøet og indhold i hverdagen.

## TVÆRGÅENDE ANALYSER

I dette kapitel fokuserer vi på tværgående problematikker, som er relevante for hver af rapportens tre hovedgrupper. Det drejer sig om:

- *Borgernes hverdagsliv med illegale stoffer:* Afsnittet bygger på alle 106 borgeres beskrivelser af deres hverdagsliv. Underafsnittene om finansieringsformer og stoffernes virkning trækker dog i særlig høj grad på gruppen af borgere uden for behandling.
- *Erfaringer fra borgere i job eller under videregående uddannelse:* I dette afsnit samles erfaringerne fra ti borgere, fordelt på de tre målgrupper, der har arbejdet eller taget en videregående uddannelse sideløbende med et stofmisbrug.
- *Borgernes viden om stoffer og risikohåndtering:* Afsnittet bygger på alle 106 borgeres udsagn om, hvilken rolle viden og risikohåndtering spiller i deres hverdag med illegale stoffer.

## HVERDAGSLIV MED ILLEGALE STOFFER

Borgernes tilknytning til stofmisbrugsbehandlingen og andre tilbud og indsatser hænger sammen med deres hverdagsliv og med den sociale kontekst, de befinder sig i. I dette afsnit vender vi derfor blikket mod borgernes hverdagsliv med de illegale stoffer. Det vil blive tydeligt, at diversiteten i undersøgelsespopulationen også afspejler sig i borgernes dagligdag, hvor særligt forskelle i alder, belastningsgrad, sociale relationer, finansiering af stofbruget og prioriteret hovedstof er med til at forme forskellige typer af hverdagsliv.

Vi indleder med at beskrive de mest overordnede ligheder og forskelle i hverdagens struktur og indhold for de tre hovedgrupper. Dernæst belyser vi borgernes sociale relationer og relationernes særlige betydning for tilknytningen til konkrete myndigheder og tilbud. Afslutningsvist beskriver vi, hvordan brug af forskellige hovedstoffer konkret indvirker på de måder, borgerne strukturerer deres hverdag på.

### HVERDAGENS STRUKTUR OG INDHOLD

Mange af borgerne beskriver en generel mangel på meningsfulde aktiviteter i deres hverdag. Som nævnt i kapitel 2 oplyser mange af borgerne i stofmisbrugsbehandling, at de mangler faste aktiviteter, som kan hjælpe med at udfylde hverdagen og give den struktur. For gruppen af voksne i behandling gælder det, at 39 pct. har svaret, at de mangler meningsfuldt indhold i hverdagen. Problemet er særligt stort hos gruppen af unge i behandling, hvoraf 52 pct. angiver at mangle meningsfulde aktiviteter i hverdagen (Se kapitel 2). Vi har ladet det være op til borgerne selv at bestemme, hvilken form for aktiviteter, de definerer som meningsfulde. I nogle tilfælde er det stofbrug, i andre socialt samvær, behandling, arbejde eller uddannelse. Af beskæftigelsesmæssige aktiviteter efterspørger de unge typisk uddannelses tilbud eller arbejde, mens de voksne primært ønsker arbejde. En del af de voksne, der ikke oplever at mangle meningsfuldt indhold i hverdagen, fylder deres dag med sociale aktiviteter eller hobbyer.

De unge, som er i uddannelse eller beskæftigelse, vurderer, at disse aktiviteter giver hverdagen en struktur, som kan bidrage til en reduktion i deres stofbrug. Det gælder fx Kasper på 27 år:

(...) og så har jeg også haft nogle ture, hvor det bare har været de der otte-ni dage, ikke, og sofaen, hvor det eneste, jeg rigtig



har foretaget mig, er, at jeg har hentet stoffer og så købt noget mad med på vejen hjem, ikke? (...) Men så nu, hvor jeg er begyndt at arbejde for et par uger siden, har den naturlige træthed jo ligesom taget over. Og den naturlige afslappethed, når man kommer hjem, har ligesom taget over, så der er ikke ... Jeg vil ikke kalde det et behov, men jeg tror ærligt talt ikke rigtig, jeg kan overskue at ryge, når jeg har et arbejde, der skal passes.

Det er ikke alle de unge, der på undersøgelsestidspunktet ytrer ønske om at være i uddannelse eller arbejde. Nogle foretrækker fx at få fred til at gå i terapi og arbejde for stoffrihed. Blandt disse unge forestiller hovedparten sig imidlertid, at de vil tage en uddannelse og et arbejde, når tiden er til det. Tilsvarende vurderer flere af de ledige voksne, som modtager substitutionsbehandling, at de egentlig er tilfredse med hverdagslivet, som det er nu, hvor deres primære indtægt består i enten førtidspension eller kontanthjælp. Dog udtrykker hovedparten af kontanthjælpsmodtagerne et stærkt ønske om at blive tilkendt førtidspension, så hverdagen bliver mindre stresset.

En førtidspension betyder fred og ro, fordi førtidspensionister ikke skal i aktivering eller gentagne arbejdsprøvninger. En af de borgere, der er tilfredse med livet, som det er, er førtidspensionisten Marianne på 48 år, som er tilknyttet et dagcenter for aktive stofbrugere. Hun er i substitutionsbehandling med metadon og indtager sideløbende hermed amfetamin og kokain:

Jeg har en balance i mit misbrug nu, som ikke koster så Helvedes mange penge, så jeg slipper for at være kriminel. (...) Jeg synes ligesom, at jeg har fundet, ja. Jeg har overlevet alle de år, og nu har jeg fundet mig til rette på den hylde, som jeg så er endt med at sidde på. (Marianne, 48)

Tanja på 44 år, der er i stofmisbrugsbehandling, fortæller, hvordan forskellige sociale aktiviteter er afgørende for, at hun kan kontrollere sit stofbrug:

Interviewer: Har du noget meningsfuldt at lave i din hverdag?

Tanja: Ikke ret meget, men jeg har jo mit sangkor og så kommer jeg og arbejder som frivillig nede, hvor jeg går. Hvis jeg ikke havde det, så ville det være et problem for mig. Fordi, som jeg

siger, når man er på førtidspension, så er man altså nødt til at have et eller andet at lave. Ellers så sidder man jo desværre bare og drikker, eller hvad man nu bruger. Og det har jeg jo ikke så meget lyst til.

Marianne og Tanja er eksempler på borgere, der er tilfredse med substitutionsbehandlingen, og med også at have mulighed for fortsat at have et moderat forbrug af illegale stoffer. Andre borgere, der modtager tilsvarende behandlingstilbud som Marianne og Tanja, og som også deltager i et tilsvarende aktiveringstilbud, beskriver imidlertid rutinerne omkring substitutionsbehandlingen, særligt i forhold til dosering og udlevering af metadon og personalets sanktioner, som kilde til mange frustrationer i hverdagen.

#### STOFFERNES OG RUSENS INDVIRKNING PÅ HVERDAGSLIVET

Interviewene med borgerne illustrerer på forskellige måder, at hverdagen som påvirket af illegale stoffer er noget andet end en stoffri hverdag.

Helle på 57 år, der er i substitutionsbehandling, fortæller fx:

Man lever i nuet, når man tager stoffer. Når man tager stoffer, så tror jeg det er fordi, selvfølgelig til at starte med fordi man, der er en eller anden situation ... hvordan man end kommer ind i det. Men ... det er faktisk ret svært at komme [tilbage] til virkeligheden. Det er meget, meget overvældende, og det oplevede jeg selv, da jeg stoppede med metadon, så gammel som jeg er ... Bilerne er højere, verden er forskellig, de der veje, man plejer at gå på, de ser helt anderledes ud, selvom det er noget, man kender. Det er alt for overvældende, alting, ligesom med den digitale post, det er alt for overvældende, alt det her kommer ind i hovedet på én. Det kan man slet ikke have inde i sit hoved. Man skal have noget ro, og det får man, man får den ro inde i sit hoved, når man tager stoffer. Verden er meget overvældende for os misbrugere i virkeligheden, det er voldsomt for os.

Ifølge Helle lever man altså i nuet, når man indtager stoffer, og når man stopper, konfronteres man med alle de ting, man har undgået at forholde sig til som påvirket. Interviewene viser imidlertid også, at det nu, man lever i, er forskelligt, alt efter hvilket illegalt stof man indtager, og i hvilken sammenhæng. Stoffernes betydning i hverdagen er forskellig, alt efter indtagelsesfrekvens, og alt efter om borgerens stofbrug foregår ved

siden af et aktivt arbejds- eller familieliv. Da sidstnævnte gruppe nemt risikerer at forsvinde i mængden af de mere talstærkt repræsenterede borgere, der ikke er i arbejde eller under uddannelse, vil de blive behandlet i et selvstændigt afsnit nedenfor.

#### KOKAIN

Kokain beskrives af nogle borgere som et stof, der påvirker psyken hårdt (fx af Marianne, 48 og Louise, 32). Flere borgere fortæller, at stoffet på den ene side giver en meget stærk lykkefølelse og på den anden side risikerer hurtigt at medføre et kontroltab. Nellie på 25 år og Kurt på 44 år blev interviewet sammen i en åben stofscene i en storby, få minutter efter at de havde indtaget kokain intravenøst. Begge er hjemløse og indskrevet i substitutionsbehandling med metadon. Nedenfor beskriver de kort, hvordan kokain virker:

Interviewer: Og hvor mange gange bruger du om dagen?

Nellie: Altså, det er sådan cirka mellem én gang i timen og én gang hver anden time. Det kommer an på, hvornår jeg tager mig sammen til at lave penge.

Interviewer: Det lyder faktisk ret stressende.

Nellie: Det er det fandme også!

Interviewer: Og stoffet, er det også stressende?

Nellie: Ja, det er det, og man bliver desperat af det, fordi du skal have mere og mere.

Kurt: Man får det faktisk ikke godt af kokain. Det er kun de første 10-15 sekunder, der er fede. Og så bagefter, så har man det psykisk sådan, at man har lyst til at skyde sig selv, så dårligt får man det.

Interviewer: Men hvorfor kommer man så tilbage igen?

Nellie: Jamen, det er det sus dér. Det er så dejligt.

Kurt: Det har en tusind gange større dopaminudladning end sex har. Så der er ikke noget, der rigtig kan måle sig med det.

Nellie: Nej, det er der fanme ikke. Det føles som den dejligste kærlighed og den fedeste orgasme og ... alt muligt på én gang.

Interviewer: Men kun i 10 sekunder?

Nellie: Ja, en 10-15 sekunder. Nej, kun 10 sekunder.” (Nellie, 25; Kurt, 44)

Nellie, som fortrinsvist finansierer sit relativt store forbrug af kokain via gadeprostitution, forholder nedenfor kokainens korte rus til tiden, det tager hende at tjene penge til et fix. Hendes beskrivelse af tid giver et indtryk af en hverdag, som udelukkende er struktureret efter, hvor hurtigt der kan tjenes penge nok til det næste fix.

Interviewer: Hvor meget tjener man som prostitueret?

Nellie: Ikke så meget, når man går på gaden. (...)

Interviewer: Og en kugle kokain koster omkring 150, ikk'?

Nellie: Jah, hellere 200, ikk'. Hvis du kender dem, der sælger, så kan du få det til 150.

Interviewer: Og du fortalte, at du bruger kokain hver anden time?

Nellie: Det kommer an på, hvor lang tid det tager mig at lave penge. Nogle gange tager det mig fem minutter, og andre gange kan det tage mig halvanden time.

Interviewer: Men er dagsrytmen så, at du finder en kunde, så får du penge, og så bruger du, og så ...

Nellie: Ja, frem og tilbage. Lige så snart jeg har taget et fix, så går der de der sekunder, så, nåh ja, så skal jeg ud og lave penge igen. (Nellie, 25)

Tilsvarende udtrykker Kris på 45 år, som ikke er i behandling, hvordan kokain styrer hans hverdag:

Interviewer: Hvor lang tid varer kokainen så?

Kris: Det kommer an på, hvad det er for noget coke. Altså, det jeg køber, fx af min kammerat, det holder ret lang tid, tre-fire timer. Jeg kan gå tre-fire timer uden at tage noget. (...) Og jeg sidder ikke, bare fordi jeg lige har fået penge i lommen, så behøver jeg ikke at sidde og sige: 'Hey, jeg er nødt til at gå nu, for nu skal jeg ud og have noget kokain.' Sådan har jeg været en gang, og der kunne det fandme ikke gå stærkt nok. (Kris, 45)

#### HEROIN

Heroin, som har en både anderledes og længerevarende rus end kokain, bliver også beskrevet som styrende for brugernes hverdag. Men hvor kokainbrugerne beskriver hverdagen som meget opbrudt og usammenhængende og som inddelt i 10-15 sekunders og en-to timers epoker, beskriver heroinbrugerne hverdagen som inddelt i længere perioder med henholdsvis afslappelse og inaktivitet på den ene side og stress over de penge, som skal skaffes og frygten for abstinenser på den anden side. Niels på 62 år, som både fixer og sniffer heroin, fortæller, at der spreder sig en "(...) varme igennem kroppen, som starter nede i storetåen, og så begynder det bare at hele dig".

Naja på 29 år, som er i behandling på en heroinklinik, hvor hun får lægeordineret heroin, fortæller, hvordan stoffet virkede på hende, da hun første gang indtog heroin:

Naja: Jeg bliver så skæv, og jeg bliver ..., jeg får faktisk en overdosis, men ikke på den måde, at du falder om og dør, men på den måde, at du brækker dig. Og du bliver ved og ved og ved med at brække dig. Og det gjorde jeg også, men så, efter at jeg havde haft den time dér i helvede, så gik jeg ind, og jeg glemmer det aldrig. Jeg sagde til min kæreste: "Nøj, du skal prøve at sniffe det her. Jeg siger til dig, FUCK det er godt!" (...)

Interviewer: Men hvorfor syntes du, at det var så fedt at brække dig i en hel time?

Naja: Det var jo fordi, at efter at det Helvede var overstået, så fik jeg jo følelsen af, at det hele er vidunderligt!” Og dér kom det jo bare dobbelt op. Altså det var endnu, endnu, endnu mere vidunderligt. Det var som at gå oppe på lyserøde skyer, det var som at ligge i lyserøde skyer og så bare svæve rundt. Og på den måde, der troede jeg ikke, der var noget der kunne overgå det, eller det kunne blive bedre. (Naja, 29)

Omvendt beskriver Naja, hvordan manglen på heroin medfører meget voldsomme abstinenser:

Hvis du har skaffet til om aftenen også, så er du heldig, for ellers så ved du godt, at så får du en rigtig lortemat og en rigtig lortemorgen. Og det er ikke sjovt at skulle ud og lave penge om morgenen, mens du er syg, og det løber ud af numsen på dig, og du brækker dig, og øjnene løber. Du har bare ikke energi, du græder, fordi det gør ondt i dine knogler. Inde i din krop, i dine sener og muskler, dér gør det ondt. Det er svært at forklare det, fordi det gør så ondt inden i din krop. Det kan simpelthen ikke forklares, hvor forfærdeligt det er. (Naja, 29)

Til sammenligning fortæller Niels på 62 år, at han valgte at lade sig udskrive fra heroinklinikken. Selvom behandlingen med kontrolleret indtag af ordineret heroin havde givet ham stabilitet, både mentalt og økonomisk, følte han, at heroinen var for voldsom for ham:

Interviewer: Jeg synes, du sagde, at du stoppede på heroinklinikken for dine børns skyld?

Niels: Nej, jeg stoppede også, fordi jeg var træt af heroinen, den gjorde mig lidt nedkørt, og jeg fik ondt i maven af den, og fik det virkelig, virkelig skidt af det. (Niels, 62)

#### HEROIN BLANDET MED KOKAIN

Ifølge enkelte brugere uden for behandling fremkommer en tredje slags rus, når kokain blandes med fx metadon eller heroin og indtages intravenøst. Ilja på 30 år fortæller om forskellen på kokain og heroin:

Jamen, på heroin bliver du sløv, jo. Der kommer du ned, og på kokain, dér kommer du op i gear og bliver meget sådan, folk har svært ved at finde fokus og skal hele tiden lave noget, fordi det

er ligesom, de er speedet på en eller anden måde, der er gang i dem.

Simon på 24 år forklarer, hvad der sker, når man blander heroin og kokain:

Simon: Kokain forstærker heroinen, og heroinen forstærker kokain.

Interviewer: Men du kan vel ikke blande op og ned?

Simon: Jo jo, sagtens. Det kan man godt! (...) Det er så det samme som at køre med en fod på speederen og én på bremsen. Det gør noget særligt, hvis man kan finde ud af det (...).

Interviewer: Er det mere farligt?

Simon: Ja, bestemt, det tager hårdt på kroppen og også på hjertet, fordi det ikke kan finde ud af, hvad der sker. Du får først opturen fra kokain, som, ja, som også forstærkes af heroinen, og bagefter, når du har haft dit rush, så kommer du ned igen på heroinen. Så lander du blødt i stedet for at lande på et cementgulv.

#### CANNABIS

Flere borgere, særligt de unge, fortæller, at de anvender cannabis som en form for selvmedicinering af en psykiatrisk diagnose som ADHD. Cannabis beskrives som havende en sløvende effekt, som for nogle hjælper med at flytte fokus fra hverdagens udfordringer. Jon på 23 år fortæller:

Jeg tror også lige så meget, det er, fordi den er god til at omtåge alt omkring mig, kan man sige. Når jeg tager det, altså det er jo ikke, fordi mine problemer forsvinder, det bliver bare, min tankegang bliver meget mere snæver, ligesom så ryger vi, that's it, så fokuserer jeg kun på det, jeg godt kan lide.

Andre beskriver, at cannabis hjælper dem med at slappe af i hverdagen og få tiden til at gå. Chris på 19 år forklarer:

Jeg får ro om aftenen, når jeg sætter mig ned, og jeg lige sætter mig til at ryge. Det kan jeg - det får mig til at tænke på noget andet, tiden går hurtigere. Når jeg så sidder derhjemme, de dage,

hvor jeg ikke er i skole, dér kan jeg godt ryge hele dage for at få tiden til at gå hurtigere.

Flere, særligt blandt de unge i behandling, påpeger dog også, at cannabisen har negative konsekvenser for deres hverdag. Her nævnes det blandt andet, at de oplever hukommelsestab og manglende overskud. Aske på 22 år fortæller om de negative konsekvenser, hans cannabisindtag har i hans hverdag:

Meget, rigtig meget. Kan næsten kun snakke lort om det. Kan ikke snakke positivt om hash, det kan jeg ikke. For mig, der er det, at jeg glemmer afsindig meget (...). Falder ned i et hul, går sådan en klap ned. Hukommelsestab, noget i den retning, hvor jeg ikke kan huske i situationen lige nu, hvad der bliver fortalt lige nu. Holde fast i nuet, virkeligheden, lad mig sige det sådan. Det er sindssygt svært, så skubber det jo ens problemer væk, altså mine problemer skubber jeg væk ved at ryge, jo. Det udskyder jo ens, ja, tanker, problemer.

#### FINANSIERING AF ILLEGALE STOFFER

Særligt de voksne uden for stofmisbrugsbehandling, som har et aktivt stofbrug, beskriver finansiering af de illegale stoffer som en væsentlig og til tider decideret styrende del af hverdagen. Særligt hverdagen for de borgere, som hverken modtager behandling eller overførselsindkomst, er stærkt præget af behovet for konstant at skulle skaffe midler til indkøb af stofferne. Det gælder desuden i høj grad brugere af heroin og kokain, og nogle af de borgere uden for behandling, som er tvunget til at købe metadon på gaden. De borgere, som modtager en overførselsindkomst fra kommunen, beskriver dog også et omfattende behov for at skaffe penge til køb af stoffer. Kurt, 44 år:

Jeg brænder først min bistandshjælp af. Det tager et par dage. Så går jeg sådan lidt ned, fordi jeg ikke har penge. Og så igen, når jeg laver penge, selvom jeg sværger, at jeg ikke vil tage mere, så tager jeg igen, mens jeg venter på den næste bistand.

Da cannabis sælges billigere, har de borgere, der primært anvender dette stof, relativt bedre mulighed for at finansiere deres stofbrug og øvrige udgifter med deres almindelige indkomst. Ofte prioriteres cannabis dog på bekostning af mad eller andre dagligdags fornødenheder.



Af datamaterialet fremgår det, at penge til finansiering af et omfattende illegalt stofbrug primært skaffes via tiggeri, videresalg af stoffer, berigelseskriminalitet, og prostitution. Interviewene viser også, at næsten alle de borgere, som benytter disse indtjeningsformer, oplever det som stressende. Særligt berigelseskriminalitet, og i nogle tilfælde prostitution, beskrives tillige som skamfuldt.

#### Tiggeri

Enkelte af de unge, mandlige stofbrugere benytter tiggeri som et alternativ til handel med illegale stoffer, tyveri og prostitution. De oplever tiggeri som den mindst stressende måde at tjene penge på. Det gælder fx Kim på 22 år:

Jeg er stoppet med kriminalitet. (...) Man er nødt til at lave penge på den ene eller anden måde, men jeg vil bare ikke lave mere kriminalitet. (...) Jeg sælger en gang imellem lidt stoffer, men det er lidt. (...) Nu går jeg og spørger folk i toget og bussen.

#### Videresalg af illegale stoffer

Flere af borgerne uden for behandling har i perioder finansieret deres eget forbrug igennem videresalg af illegale stoffer for andre eller ved at sælge deres egen receptmedicin (særligt benzodiazepin og metadon). Ilja på 30 år har gennem en årrække videresolgt heroin for en større lokal bande. Han fortæller, at han fortrinsvist gør det sammen med en ven, som hovedsageligt aflønner ham med stoffer frem for med kontanter. En sædvanlig dag begynder kl. seks om morgenen, når brugerne i substitutionsbehandling mødes ude foran ambulatoriet for at købe til deres morgenfix. Om livet som sælger fortæller Ilja:

Du er hele tiden stresset. Du har hele tiden øjnene alle steder. Det har du jo, fordi narkopoliti og andre konkurrenter kan komme efter dig. Derfor er man meget obs. Det kræver meget af én, både fysisk og psykisk. (Ilja, 30 år)

Ilja, som overvejende beskriver sin hverdag som stabil, fordi han får den mængde af stoffer, han har behov for, oplever derfor alligevel sin hverdag som stressende. Frygten for at blive anholdt eller antastet fylder meget.

### Berigelseskriminalitet

Helene på 47 år er et eksempel på en borger, der blandt andet har finansieret sit stofbrug med tyveri. Hun beskriver det som stressende og skamfuldt:

Interviewer: Men hvis man stjæler, er man så bange for at blive busted hele tiden?

Helene: Du er stresset hele tiden

Interviewer: Bliver man også busted?

Helene: På et eller andet tidspunkt gør man (...) Du lever i en verden, hvor du konstant tjekker kameraer, og hvad du kan lave penge på uden at blive opdaget. Og hvor du kan sælge det hende, hvor hurtigt, og hvad du kan få for det. Det er fucked up. Det er også nedværdigende (...) En af de ting jeg var blevet taget for, det var en pakke hakket fars og en flaske kirsebærvin. Det bliver ikke mere nedværdigende. Jeg var flov. (Helene, 47)

Borgernes tyveri kan både have til formål at sælge de stjalne varer videre for at få penge til stoffer, eller at skaffe mad til sig selv og familien. Helene fortæller for eksempel, at hun stjal en pakke hakket fars, fordi hendes datter ville have krebinner til aftensmad. Hovedparten af borgerne uden for behandling distancerer sig fra tyveri eller fortæller, at de vælger at stjæle fra butikker frem for fra privatpersoner. Antuan på 44 år forklarer: ”Supermarked, det er okay - de smider så mange ting ud. De bliver ikke fattigere af det. Jeg er ærlig tyv.”

### Prostitution

Mange af kvinderne i grupperne af voksne i og uden for behandling har på et tidspunkt ernæret sig eller finansieret deres stofbrug ved prostitution. Denne finansieringskilde for kvinder med stofmisbrug behandles også i den danske og internationale forskningslitteratur (se fx Bjonness, 2013, 2015; Maher, 1997). Ingen af mændene i undersøgelsen eller de unge kvinder i behandling fortæller derimod om at have solgt sex.

Kvindernes beskrivelser af, hvordan det påvirker dem at prostituere sig, er forskellige. Nogle præsenterer prostitution som deres foretrukne måde at finansiere deres stofbrug på, fx fordi det er lovligt og ikke går ud over nogen. Sigrid på 26 år forklarer eksempelvis:

Hvor fanden skal pengene ellers komme fra? ... Og det er bedre end at gå ud og stjæle eller lave indbrud eller sådan noget. Så synes jeg da, det er bedre at sælge sig selv ... Nu skal jeg ikke tænke på, at jeg skal ind og sidde eller noget. Så det er på en nem måde at lave penge ... Jeg vil sku hellere prostituere mig selv end at gå ned og stjæle noget. Det kan man ikke. Jeg synes, det er/jeg har været inde og sidde fire gange for butikstyveri. (Sigrid, 26)

Nogle af de ældre kvinder fortæller, at de oplever psykiske problemer i hverdagen, som de kæder sammen med deres fortid som prostituerede. Lone på 54 år fortæller:

For eksempel lukkede døre og rum og sådan noget. Jeg skal altid vide, hvor udgangen er. Fordi det sidder dybt i mig, det dér. Når man først har været spærret inde hos en kunde, ikk? Der ikke har haft det så morsomt, og så er blevet mishandlet, så vil man gerne vide, hvor udgangen er, ikk? (Lone, 54)

En del af kvinderne er i forbindelse med jobbet som prostitueret blevet udsat for vold og frihedsberøvelse. Nellie på 24 år giver eksempler på egne oplevelser med vold og kvælningsforsøg og fremhæver et meget stort behov blandt gade prostituerede for et sikkert sted at være med kunderne:

Der var én, der tog kvælertag for et par dage siden. Men politiet ville ikke gøre noget ved det, fordi jeg ikke havde skrammer på halsen. (...) Der er ikke noget sted at gå hen med kunderne. (...) Tidligere var der nogle gratis bollerum, men nu er de lukket, eller det koster tres kroner pr. person. Det er 120 kroner, som kunderne ikke gider betale, og jeg kan jo ikke betale dem ud af det, jeg får, for jeg får for det meste ikke så meget. Jeg får 200 kroner, så gider jeg sku da ikke betale 120 for rummet. Nej! (Nellie, 24)

Eva på 36 år forbinder også gadeprostitution med en generel mangel på sikkerhed, selvom hun forsøger at mindske risikoen ved at have en fast plads og prioritere tilbagevendende kunder:

Jeg har ofte ikke sex med de faste, for jeg tjener kun 100 kroner mindre på at sutte, fordi jeg er god til det, og det ved alle, for det spreder sig. Så jeg får 300 for at sutte. (...) Alle pigerne har deres

faste plads. Vi står oftest det samme sted. Det er lettest, for de fleste kunder kommer jo igen, og så ved de, hvor man står. (...) Det er mest trygt, når det er kunder, jeg kender. Altså, så ved jeg, at jeg får pengene. (...) Men visse piger, som jeg kender, har ligesom prøvet at blive voldtaget, eller forsøgt voldtaget et par gange og er blevet slået. Det er også sket for mig én gang. (Eva, 36)

Prostitution optræder som et alternativ, der sætter de yngre kvinder, der kan holde det ud, i stand til at finansiere et stofmisbrug, uden at de behøver at komme på kant med loven. Nogle af kvinderne fortæller om at være i kontrol ved bl.a. at have regler for, hvilke seksuelle ydelser de vil levere og til hvem. Sigrid tilbyder eksempelvis kun oralsex. Tine på 51, som tidligere har ernæret sig via prostitution og aktuelt har et misbrug af heroin og kokain, beskriver, hvordan hendes stofmisbrug påvirkede hendes mulighed for at bevare denne kontrol:

Da jeg blev narkoman, dér måtte jeg tage alt, hvad der kunne kravle og gå ind over dørtærsklen, men inden da kunne jeg godt afvise dem. Men efter jeg blev narkoman, dér måtte jeg bare tage, hvad der kom. Udlændinge, det havde jeg heller aldrig gjort før, men det blev jeg nødt til. (Tine, 51)

For nogle af kvinderne er prostitutionen en af de belastninger, de bruger de illegale stoffer til at håndtere. Linda på 36 fortæller, hvad der skete, da hun genoptog prostitution for at supplere sin lønindkomst og få flere penge at fejre jul for:

[Prostitution] er hårdt psykisk! Det er også derfor, jeg røg i igen, jo. Jeg har været stoffri, fra jeg var 20 og så 11 år frem. Så røg jeg i igen, for fem år siden. Og det var nemlig, fordi jeg trak igen. ... Fordi jeg kunne ikke klare det cirkus. Så det var en farlig leg. Den skulle jeg nok ikke have leget.

#### BETYDNINGEN AF SOCIALE RELATIONER

Borgere i alle tre grupper beskriver deres sociale relationer som vigtige for, at de kan få hverdagen til at fungere og have overskud til at opretholde kontakt til forskellige tilbud og indsatsområder. Der er dog væsentlige forskelle på karakteren af de sociale relationer, som borgerne beskriver.

Hvor de unge i behandling typisk beskriver deres nære sociale miljø som venner, der også har et aktivt forbrug af stoffer, og overvejende forbinder netværket med socialt samvær, kritiserer mange af de voksne borgere, både i og uden for behandling, stofmiljøet, som de færdes i, for at være råt, stressende og konfliktfyldt. Helene på 47 år:

Helene: Det er et tough miljø. Det kan du jo selv se og høre på tonen. Og den stiger mere og mere op ad dagen. (...)

Interviewer: (...) Kan der være ballade?

Helene: Tit! I sidste weekend sejlede det helt hernede. Nogen får abstinenser, og andre er for påvirkede. Så går det galt. Heldigvis tilgiver de fleste hinanden bagefter. Alle ved, hvad det går ud på. Problemerne opstår, når folk mangler penge og er stressede.

Konflikter og en hård tone fylder meget i hverdagen for en del af de borgere uden for behandling, som færdes i de åbne stofscener i både storbyer og mellemstore byer. For disse borgere udgøres næsten hele deres sociale netværk af andre aktive stofbrugere. Marc på 23 år, som dagligt ryger cannabis og ikke er i stofmisbrugsbehandling, forbinder heller ikke stofmiljøet med venskab, tillid og socialt samvær: ”Der er ikke noget, der hedder vennetjenester i det her miljø. Det er løgn, hvis nogen siger det. Man er ikke venner”.

Et aktivt stofmiljø som primært socialt netværk bliver også problematiseret af flere borgere i behandling, der fremhæver, at det gør det vanskeligt at få et ordentligt udbytte af misbrugsbehandlingen. Når man fortrinsvist omgås andre stofbrugere, kan det både være vanskeligt at reducere sit stofbrug eller forblive stoffri efter afsluttet behandling. Jakob på 23 år har, siden han var ung teenager, indtaget kokain og cannabis flere gange ugentligt og er på undersøgelsestidspunktet netop begyndt i stofmisbrugsbehandling. Jakobs nære venner er næsten alle fra stofmiljøet, og han beskriver, at han ville være ked af at skulle bryde kontakten med dem alle:

Jakob: At stort set alle mine venner stadig er i stofmiljøet, er klart mit største problem i øjeblikket. Og det betyder, at jeg formentlig går en ensom fremtid i møde (...).

Interviewer: Fordi du ikke kan være sammen med dem, hvis du ikke tager kokain, eller hvad?

Jakob: Det ville jeg jo gerne kunne, men jeg er også klar over, at jeg er lidt svag og lidt letpåvirkelig, særligt i øjeblikket (...) og når vi i høj grad mødes om stofferne og i et særligt festmiljø, så er det ikke så let, selvom der også er nogle af dem, som er nogle søde mennesker og nogle spændende unge mennesker. (Jakob, 23)

For Jakob fremstår tabet af nære relationer som den største mulige barriere for, at han vil få fuldt udbytte af misbrugsbehandlingen. Andre unge i behandling beskriver, hvordan de i takt med et eskalerende stofmisbrug har isoleret sig mere og mere fra deres sociale omgangskreds. Deres stofbrug er således i mindre grad knyttet til en bestemt social kontekst, men snarere forbundet med tabet af sociale relationer.

Ligesom Jakob kæder flere af de midaldrende borgere, både i og uden for behandling, misbrugsbehandling og stoffrihed sammen med risikoen for at miste deres sociale netværk. Randi på 58 år:

Behandlerne siger jo, at man skal skippe alle de dårlige ting. Folk, der tager stoffer, folk, der drikker, folk, der ryger hash og hvad ved jeg, ikk? Og så er det, jeg siger jamen: Hvem er der så tilbage? Så er der kun ensomheden, og hvis der er noget, der kan slå dig ihjel, så er det ensomhed.

#### GRUPPERINGER I STOFMILJØET

Flertallet af borgere uden for behandling fremhæver, at der inden for de sidste cirka ti år er sket et skift i stofmiljøet hen imod mere mistillid stofbrugere imellem. Borgerne oplever, at mistilliden er fulgt i kølvandet på nye etniske grupperinger og en voldsom vækst i udbuddet af kokain. I følge nogle af de interviewede er der en stigende tendens til grupperinger efter hovedstofpræference. Rhina på 38 år:

Du kan jo se, hvordan folk herinde sidder i kliker. (...) Altså coke-misbrugere, de hænger sammen med coke-misbrugere. (...) Og heroinmisbrugerne hænger sammen. Fordi når man tager de her forskellige stoffer, kan man jo ikke sidde sammen. Coke-misbrugere kan jo ikke sidde sammen med heroinmisbrugerne og nyde deres ting og sager, for stofferne virker på vidt forskellige måder.

De sociale grupperinger ud fra stofpræferencer og væksten i kokainforbruget påvirker stofmiljøet på gaderne, i værestederne og i stofindtagelsesrummene og kan derved blive en barriere for, at borgere opsøger bestemte tilbud. Ib på 48 år og Simon på 24 år fortæller eksempelvis, at de fravælger stofindtagelsesrum på grund af de andre stofbrugere, som kommer dér.

Interviewer: Nu spørger jeg bare lidt dumt, men hvorfor går I ikke ind i fixerummet?

Simon: Af to årsager: Normalt fordi der er for meget larm, og dit fix bliver ødelagt. Og så fordi det er en børnehave, altså for os misbrugere er det som at komme ind i en børnehave, for personalet er slet ikke rustet til det (...)

Interviewer: Men er det ikke mere sikkert at være i fixerummet?

Simon: Jo, det er det -

Ib: – for der er jo lettere adgang til -

Interviewer: – til hjælp og sådan noget?

Ib: Jo, men problemet er jo, om folk respekterer hinanden derinde. Først siger de: ”Hvis du hjælper mig, så holder jeg min kæft, når det er din tur”. Men så, lige så snart de har fået deres lort, så begynder de at råbe og skrigge igen. (Ib, 48; Simon, 22)

Ib påpeger endvidere, at det fortrinsvis er kokainbrugerne, som skaber uro og konflikt. Stofindtagelsesrummene bliver af flere brugere beskrevet som kaotiske, fordi mange brugere er udfarende og høj-røstede, mens personalet mangler autoritet. I Ib og Simons tilfælde, som begge er udenfor behandling, udgør uroen i stofindtagelsesrummet en barriere for at komme i kontakt med fx en socialarbejder eller et potentielt tilbud om stofmisbrugsbehandling. Materialet peger dog på, at borgerne i højere grad oplever de stofindtagelsesrum, hvor al personalet er sundhedsfagligt uddannet, som trygge steder at indtage stoffer.

#### FAMILIENS BETYDNING FOR TRYGHED I HVERDAGEN

Udover sociale relationer i stofmiljøet beskriver særligt de voksne i behandling, hvordan deres aktive stofbrug ofte giver dem en følelse af skam i forhold til deres nære familie. Nogle brugere forklarer, at de afbryder kontakten til familien, når de er i misbrug, men ikke når de er stoffrie. Andre beskriver, at de ikke længere har kontakt med deres familie som følge af længerevarende stofmisbrug. Nogle af borgerne føler sig ekskluderet fra familien på grund af deres stofbrug.

Særligt de voksne i behandling beskriver, hvordan stofmisbruget har resulteret i, at de ikke har været opmærksomme på deres familie: ”Fordi når man er på stoffer, så er man altså ret ligeglad med familien, ikk? Så er det kun et spørgsmål om at overleve, overleve, overleve.” (Lone, 54)

Andre borgere fremhæver, at deres familie udgør en meget væsentlig ressource i deres liv, uafhængigt af hvordan man har det, og om man har et aktivt stofbrug. I forbindelse med sit forsøg på at blive stoffri fremhæver Kenneth på 32 år sin familie som en stor ressource:

Men jeg kan godt forstå folk, der tager overdosis. Hvis de er i den situation og ikke har den støtte, som jeg har haft fra min familie. Hvis jeg ikke havde haft min familie, så var jeg her ikke den dag i dag.

Helle på 57 år, som er i substitutionsbehandling, er taknemmelig over, at hun i dag har hyppig kontakt med voksne børn og børnebørn: ”Jeg er så heldig, jeg har det gode forhold til mine børn, jeg har, fordi det er der desværre ikke så mange af de andre, der har.” Helle beskriver endvidere ansvaret over for sine børn som den væsentligste motivationsfaktor, dengang hun fik sit stofbrug under kontrol:

Jeg var klar over, at jeg skulle slutte med stofferne og komme i behandling og få mine børn hjem igen. Og det gjorde jeg! Jeg har været i behandling i to år og resocialiseret mig, jeg fik også en behandlingsdom, kan man sige, hvor jeg skulle være stabil i en meget lang periode, og det var jeg. Og jeg fik mine børn hjem, og de har fået ..., det gik fint med dem, der var ingen problemer, socialt. Gud være lovet! Gud være lovet! (Helle, 57)

Tilsvarende forklarer Niels på 62 år, som ikke er i behandling, at han stoppede med at indtage heroin ”for [s]ine børns skyld.” Sigrid på 26 år



fremhæver familien som væsentlig i forhold til at føle sig socialt accepteret og i forhold til at få økonomien til at hænge sammen:

Min familie? De tackler mig som den, jeg er. Og de hjælper mig også med økonomien. Ikke sådan, at de giver mig penge sidst på måneden. Men når man er på kontanthjælp, mangler man tit penge til forskellige regninger. Jeg bruger 2000 til mad om måneden, men der skal også være lidt til alkohol og smøger og sådan, og så hjælper min familie mig gerne. Vi hjælper hinanden.

Mange borgere beskriver familiemedlemmer som afgørende ressourcer i møderne med forskellige myndigheder og tilbud, hvor det ellers kan være vanskeligt at komme til orde. Luna på 43 år giver dette eksempel:

Ikke alle steder, men på det her hospital ... - på den medicinske afdeling - dér bliver du bare ikke behandlet ordentligt, hvis du er misbruger. (...) De er bare tarvelige. Men så er jeg så heldig, at jeg har noget familie, som støtter mig. Og lige så snart de ser, at jeg har en mor, som kommer og besøger mig, og en søster og sådan noget, så får jeg en helt anden behandling. Lige så snart de ser, at man ikke er alene, at man har nogen, der måske kan tale ens sag, og som har mange flere ressourcer, end man selv har, så begynder de at opføre sig ordentligt over for én. Men først dér.

## OPSAMLING

Borgernes hverdagsliv er forskelligartede. De mindst belastede deltagere i undersøgelsen passer studier, job og familie eller er jobsøgende. Hertil kommer, at en del af deltagerne er førtidspensionister eller sygemeldte. De mest belastede af deltagerne er hjemløse med psykiske og fysiske problemer, og de bruger stort set al deres tid på at skaffe penge til eller indtage illegale stoffer. Hvilket hovedstof borgerne anvender, og hvor meget det fylder i hverdagen, har stor betydning for deres hverdagsliv. Det gælder både finansieringsmuligheder og hvordan borgerne påvirkes fysisk og psykisk. Borgere med et aktuelt og omfattende misbrug af dyre illegale stoffer som kokain og heroin finansierer ofte dette via tiggeri, videresalg af illegale stoffer eller berigelseskriminalitet og, for især de yngre kvinders vedkommende, prostitution. Sociale relationer betyder

meget for både livskvalitet og for borgernes lyst til og mulighed for at blive stoffri eller reducere deres stofbrug.

## ERFARINGER FRA BORGERE MED TILKNYTNING TIL ARBEJDSMARKED ELLER VIDEREGÅENDE UDDANNELSE

I dette afsnit samler vi erfaringer fra ti borgere i undersøgelsen, der skiller sig ud ved at fortælle om en relativt stabil tilknytning til arbejdsmarkedet eller længerevarende deltagelse på videregående uddannelser samtidig med et betydeligt forbrug af illegale stoffer. Uddannelsesmæssigt fordeler de ti sig inden for hele spektret af faglærte, kort-, mellem- og højtuddannede. Flere beskriver, hvordan de har fuldført videregående uddannelser eller varetaget et fuldtidsarbejde med godt resultat, mens de havde et omfattende forbrug af illegale stoffer. Tre af borgerne er på interviewtidspunktet i ordinær beskæftigelse, mens tre er under videregående uddannelse, og fire står uden for arbejdsmarkedet: Heraf er én på sygedagpenge, to på kontanthjælp og én førtidspensioneret efter en arbejdsskade uden sammenhæng med hans stofbrug. I gruppen har vi ikke inkluderet borgere, der er indskrevet på ungdomsuddannelser eller hvis arbejdsliv hovedsageligt ligger før, deres stofbrug eskalerede.

To af borgerne er uden for behandling, tre er unge i stofmisbrugsbehandling, og fem er voksne i behandling for stofmisbrug. Fire er kvinder, og seks er mænd. Gruppen er mindre belastet<sup>26</sup> end nogle af de andre deltagere i undersøgelsen. Seks af borgerne har vi således vurderet som mindre belastede, og fire til at være middelbelastede, på baggrund af de oplysninger, de gav under interviewet. Fem har angivet cannabis som hovedstof, hvoraf to kombinerer dette stof med henholdsvis alkohol og centralstimulerende stoffer. Tre har angivet opioider som hovedstof. De sidste to har angivet henholdsvis det centralstimulerende stof kokain og 'nervepiller' som deres hovedstof.

I det følgende vil vi fokusere på tre temaer fra interviewene med borgere, der har haft eller stadig har et forbrug af illegale stoffer sideløbende med job eller videregående uddannelse. Temaerne er udvalgt med fokus på at vise, hvordan disse borgeres situation både har fællestræk med og på nogle punkter adskiller sig fra flertallet af deltagerne i under-

---

<sup>26</sup> Baseret på de oplysninger, de har givet om oplevede psykiske, fysiske, sociale og boligmæssige belastninger samt meningsfuldt indhold i hverdagen, jf. kapitel 2

søgelsen. Det drejer sig om borgernes økonomi og kriminalitet, stoffernes betydning i borgernes hverdag og frygten for negative konsekvenser, hvis stofbruget bliver offentligt kendt.

#### ØKONOMI OG KRIMINALITET

Til forskel fra mange af de andre borgere har borgerne i gruppen tættest på uddannelses- og arbejdsmarkedet færre økonomiske belastninger. Flere har finansieret deres cannabis-, heroin- eller kokainbrug med SU eller lønindkomst. En enkelt borger har brugt sin børneopsparing som finansiering. Ingen af borgerne i gruppen fortæller om at have finansieret deres stofbrug via prostitution, tiggeri eller berigelseskriminalitet.

En anden forskel er, at kriminalitetserfaringer ikke optræder lige så hyppigt hos denne gruppe som hos resten af deltagerne. Et par af borgerne beskriver, at de har skaffet penge til heroin ved at supplere med sort arbejde eller ved at købe heroin med hjem fra den nærmeste storby til andre end sig selv. Fire af borgerne i gruppen fortæller om at have været sigtet eller at have modtaget en dom. Eksempelvis har Jakob på 23 år modtaget domme for flere forskellige forseelser, blandt andet for besiddelse af euforiserende stoffer og for groft hærværk. Dommene ligger så langt tilbage tidsmæssigt, at de ikke længere er synlige på hans almindelige straffeattest. Før han begyndte på universitetet, oplevede Jakob dem som et handicap i forhold til jobsøgning:

Jeg er af den holdning, at jeg synes det er fint, at [illegale stoffer] er kriminaliseret ... [men] det havde store konsekvenser for mig, da jeg skulle have mit sabbatår ... Det var simpelthen svært at kunne foretage sig noget fornuftigt i de der år ... fordi lige så snart de der spørgsmål kom: "kan du fremvise ren straffeattest?" Så måtte man jo sige nej, med bukket nakke, ikk? Og så var der bare ikke noget job. Så måtte jeg tage det ... hvor de ikke spurgte om min straffeattest. Bagerier ... [men ikke] Post Danmark, børnehaver, skoler, caféer eller restauranter... Jeg synes ... særligt de der teenagedrenge, man burde gribe dem an på en anden måde, når de bliver taget ude foran Christiania ... at de skal slæbe rundt på den der: "Besiddelse af euforiserende" som 15-16-årige. Det får samfundet ikke noget godt ud af. Tværtimod så risikerer man for alvor at tabe nogle af dem, som de rent faktisk kunne have fået med ind i varmen ... Jeg synes det er stærkt kritiskabelt. (Jakob, 23)

Jakob påpeger, at en ”pletlet” straffeattest kan være en barriere i forhold til rehabilitering. Omvendt lykkedes det ham at få job ved at være vedholdende og undgå de brancher, hvor han forventede at blive spurgt om straffeattest. For ressourcestærke unge som Jakob udelukker straffeattesten altså ikke ansættelse. Han fremhæver dog, at hans bekendte i miljøet, der ikke er akademikerbørn, kan have svært ved at finde vej tilbage fra kanten af samfundet, hvis der stilles for mange barrierer op.

Et par af de andre borgere i undersøgelsen er, ligesom Jakob, utilfredse med den måde, politiet håndterer stofbrugere på. Rune på 20 år blev stoppet af politiet, da han var på vej til fest på sin knallert. Han fortæller, at han havde røget en halv joint inden afgang, og at blodprøven viste for højt THC-niveau:

[Politiet] fandt to joints på mig, og det er kørsel med narko. Så det har jeg også lige på mit CV. Det er virkelig fedt. Eller det er rimelig nederen som 20-årig at skulle vente to år på det ... Jeg havde det rigtig nederen, fordi jeg føler mig ikke kriminel af at ryge tjald. Jeg gør, hvad jeg vil. Ellers overholder jeg reglerne og holder for rødt. Har aldrig slået nogen, du ved, jeg ryger bare lidt her og der, hvorfor skal jeg straffes for det? Så fik jeg 6.800 i bøde. Det er der jo ikke nogen på SU, der kan betale. (Rune, 20)

Louise på 32 år har igennem nogle år skjult et stigende weekendbrug af centralstimulerende stoffer. En af de første gange hun købte kokain på nettet, blev forhandleren arresteret, og politiet sigtede alle, der stod i hans kundekartotek. Louise beskriver, hvordan hun havde frygten for konsekvenserne af at blive stemplet som narkokunde hængende over hovedet i de par år, der gik, inden hun blev frifundet. Situationen fik hende ikke til at holde op med at bruge stofferne, men hun oplevede den lange behandlingstid i retssystemet som belastende. Louise beskriver, hvordan hun følte, at hun havde uforholdsmæssigt meget at miste og blandt andet frygtede, at hun ville få svært ved at slippe igennem sikkerhedskontrollen ved nødvendige, jobrelaterede udlandsrejser. Hun var også bange for, at det ville skade hendes job- og karrieremuligheder, hvis hendes stofbrug blev kendt. Ligesom Rune oplevede Louise sigtelsen som uretfærdig:

Det er jo ikke noget, der gør, at man ligesom ikke er egnet til samfundet eller ... Man var én, der passede ind, og så er man gledet lidt af og blevet lidt for glad for det[stoffer], men altså, det

er ikke sikkert, man har gjort noget værre end ham, der har drukket en flaske vodka, vel? Mod samfundet. ... det skaber noget utryghed og noget frygt, og også bare sådan en ærgerlighed over, at man bare synes, det er uretfærdigt på en eller anden måde. (Louise, 32 år)

Følelsen af, at samfundet slår for hårdt ned på borgere, der bruger illegale stoffer, deler Louise og Rune med Ole på 33 år. Ole er utilfreds med, at politiet efter hans opfattelse i en urimelig grad har oprustet indsatsen over for cannabisbrugere som ham selv:

I år der stod de med sådan kampuniformer på ved indgangene [til Roskilde Festival]. Altså fuldt uniformerede og klar til knippelsuppe. De bliver bare ved med at opgradere år efter år ... Hårdt mod hårdt. ... [på Christiania], føler de, at de rigtig kan komme ud og [give] knippelsuppe, og der er ikke nogen, der ... anmelder dem for noget som helst ... Jeg har været derude og bare stået og observeret, når de har ryddet stedet. Og ... den hjemmeside, hvor de hænger betjente ud – Det er allesammen voldsmænd! ... Jeg har genkendt dem. Jeg har set det. Det er folk, der står og sparker til folk og giver mavepustere ... Hvis man ikke kan se sammenhængen, hvis man bare kan se: ”Åh, de bliver hængt ud!” Men hvorfor bliver de hængt ud? ... Det er, fordi folk er desperate. Det er ikke, fordi de ikke kan sælge deres hash, det er fordi, de bliver overfaldet. Hver uge, af politiet.

Ligesom Jakob beskriver Ole kriminaliseringen som ydmygende. I modsætning til Jakob og Louise fortæller han også om politivold og manglende tillid til retssystemet og politiet, som han oplever sig magtesløs overfor. Fx fordi han oplevede, at politifolks ord vejede tungere i retten end hans, da han klagede over deres fremfærd i forbindelse med en bøde for besiddelse af euforiserende stoffer, og fordi han er utilfreds med, at politiet bryder loven, når de beder personer, de stopper på gaden, om at opgive deres CPR-nummer<sup>27</sup>. Oles oplevelser med politi og retssystem adskiller sig dermed fra de andre fortællinger fra borgerne i gruppen tættest på arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet. Generelt står gruppens oplevelser med kriminalisering, politi og retssystem i kontrast til nogle af de mere belastede stofbrugeres fortællinger om at blive udsat for fysiske

---

<sup>27</sup> Ifølge retsplejelovens § 750 er enhver forpligtet til "på forlangende at opgive navn, adresse og fødselsdato" til politiet, men ikke CPR-nummer.

overgreb af politiet (Ronni, 42; Jimmy, 33), om at få smadret deres hjem under razzia (Luna, 44; Jimmy, 33) eller om politifolk, der forsøger eller har held med at konfiskere kontantbeløb uden kvittering (Lone, 54; Jimmy, 33).

#### STOFFERNES BETYDNING I BØRGERNES HVERDAG

Borgerne i gruppen med mest arbejds- og uddannelseserfaring er kendetegnet ved, at de har haft et længerevarende forbrug af stoffer sideløbende med videregående studier eller arbejde. Interviewene indeholder både beskrivelser af, at borgeren oplever, at stofferne hjælper ham eller hende med at fungere eller præstere i hverdagen og det modsatte: at stofferne forhindrer borgeren i at få hverdagen til at fungere.

Pia på 24 år fortæller, at hendes cannabisbrug var medvirkende til, at hun som 18-årig fik økonomiske vanskeligheder: ”Jeg var blevet fyret fra mit arbejde, fordi jeg ikke kunne passe det, fordi jeg røg for meget hash.” Senere fik Pia et nyt job, hvilket hun oplever som udslagsgivende for, at hun i dag har fået det bedre psykisk og er under uddannelse. Jobbet hjalp Pia med at få sit cannabisforbrug under kontrol, hvilket hun forklarer med, at det gav hende struktur og indhold i hverdagen og forårsagede en naturlig træthed. Hun beskriver, hvordan jobbet fik hende til at føle sig som en ”person” igen efter et forløb med mindfulnesskurser og udredning af hendes uddannelsesparathed, som hun oplevede som nedbrydende:

Det var så nederen hele tiden at skulle fortælle den samme historie igen og igen. Og jeg følte, at - på den ene side skulle jeg gøre mig selv mere til et offer, for at [jobcenteret] kunne lade mig være i fred, og på den anden side så skulle jeg gøre mig selv stærk nok til, at jeg godt kunne tage et arbejde. Hvilket de ikke ville støtte overhovedet. Til sidst, hvor jeg bliver rigtig, rigtig gal ... dér bliver jeg indlagt igen på psykiatrisk skadestue. Og ringer derindefra til dem og siger, at ”jeg er her, og jeg kan ikke komme og jeg tror egentlig bare, at jeg melder mig ud af systemet, for ... I nedbryder mig totalt. Jeg får det endnu værre af at gå inde hos jer. Jeg er gået fra at have det elendigt og skulle bearbejde min sorg omkring min fars og familiemedlemmers død, til at hade mig selv for ikke at have et arbejde og en uddannelse. Og det vil jeg ikke byde mig selv.” (Pia, 24)

### Præstationsfremme og selvmedicinering

Godt halvdelen af borgerne i denne gruppe beskriver, hvordan stofferne har haft en præstationsfremmende effekt i forhold til deres arbejde eller deres sociale liv. Nogle beskriver, deres stofbrug som primært knyttet til sociale sammenhænge, hvilket for mange kædes sammen med fester og byture. William på 41 år, Hanne på 49 år og Louise på 32 år fortæller om, at de begyndte deres stofbrug i nattelivet. Louise og Jakob (23 år), der begge bruger centralstimulerende stoffer, fortæller, at stofferne sætter dem i stand til at leve op til nattelivets adfærdsideal og sociale koder. Trods disse oplevede positive effekter har de alligevel søgt behandling for stofmisbrug. Louise begrundet det med, at hendes kokainindtag påvirker hendes parforhold og påvirker hendes humør og følelser negativt. Jakob fortæller, at han oplever kognitive bivirkninger efter ti år med cannabis og centralstimulerende stoffer.

Heroinbrugere som Thorkild på 56 år, William på 41 år og Dennis på 46 år fortæller om sagtens at kunne kombinere arbejde og stofbrug, så længe de har adgang til stoffet. Disse borgeres oplevelser er med til at underbygge resultaterne fra en tidligere undersøgelse, der peger på, at der findes en mindre andel af relativt velfungerede borgere<sup>28</sup> i gruppen af voksne opiatmisbrugere (Benjaminsen m.fl., 2013). William på 41 år er den eneste af de tre, der har hjemmeboende børn og aktuelt er i beskæftigelse. Han fortæller, hvordan hans daglige indtag af illegal heroin påvirker hans arbejde- og familieliv:

jeg har meget mere overskud til [børnene], ikke? Altså: Supergod far ... der er bare totalt knald på ... jeg har gode referencer fra alle mine jobs, så der har aldrig været noget som helst. (William, 41)

William oplever en fortsat brug af heroin som nøglen til at kunne opretholde en hverdag med overskud til at gøre det godt på alle fronter. Det udgør i sig selv en barriere for, at han ville opsøge behandling. Samtidig frygter han de fysiske abstinenser, forbundet med at stoppe. William ville helst have lægeordineret heroin, så han slap for kontakten med det illegale stofmiljø og for de økonomiske gener, som hans stofbrug medfører. Som beskrevet i kapitel 4, er frygten for at miste jobbet den væsentligste

---

<sup>28</sup> Undersøgelse finder, at 8 pct. af deltagere med et opioidmisbrug angiver, at deres levegrundlag er lønindtægt, hvilket indikerer, at de er velfungerende nok til at kunne varetage et arbejde på ordinære vilkår.

barriere for, at William vil søge om at komme i substitutionsbehandling, fordi han arbejder med mennesker og er bange for at blive indberettet.

Thorkild på 56 år har i et par årtier kombineret arbejdet som murer med et hyppigt forbrug<sup>29</sup> af illegal heroin. Han endte med at blive opsagt, fordi han fik for meget sygefravær. Selv begrundede han opsigelsen med, at han på grund af mere rejseaktivitet i jobbet ikke kunne kontrollere, hvor og hvornår han kunne købe heroin. Thorkild beskriver sit arbejdsliv med heroin som velfungerende inden da:

[Heroin] er verdens bedste stof. Det er så godt, at man skal holde sig fra det ... når man først for eksempel tager heroin, er man aldrig nogensinde syg ... Du er altid rask. Lige så snart du ikke får dine stoffer, så bliver du syg. Man har ikke de der almindelige sygedage med influenza eller lidt ondt i ryggen. Det er smertestillende, i og for sig. Man mærker det ikke, man har det bare godt. Og man behøver jo ikke gå og dingle rundt, bare fordi man er skæv, altså jeg har kunnet arbejde 10-12 timer om dagen.

Hvad enten den enkeltes formål med at søge om at komme i misbrugsbehandling er at blive stoffri, at få større økonomisk råderum eller at opnå øget kontrol med sit forbrug af illegale stoffer, deltager Thorkild og syv af de andre borgere i gruppen aktuelt i stofmisbrugsbehandling. Det kan imidlertid være en barriere for borgerens udbytte af behandlingen, hvis det i mødet med behandleren er tabubelagt, at illegale stoffer også kan være en støtte i hverdagen. Ole på 34 år beskriver fx, hvordan hans cannabisforbrug har sat ham i stand til at tøjle et alkoholmisbrug og sin ADHD i tilstrækkelig grad til, at han kunne gennemføre en universitetsuddannelse med topkarakterer. Rune på 20 år forklarer, at han netop har afbrudt sit behandlingsforløb, fordi han ikke oplevede, at hans behandler var åben over for hans oplevelse af, at et moderat forbrug af cannabis hjælper ham med at falde ned efter en travl dag på studiet. Det indikerer, at det kan være en barriere for, at en borger forbliver i behandling, hvis behandlerens mål er stoffrihed, og borgerens er stofkontrol.

De fleste af borgerne i gruppen beskriver deres stofbrug på en måde, der peger på, at stoffernes rolle i deres hverdag helt eller delvist er som en form for selvmedicinering mod psykiske eller følelsesmæssige

---

<sup>29</sup> Vi har som tidligere nævnt valgt ikke at betegne borgernes stofbrug som misbrug, med mindre det fremgår af interviewet, at de selv opfatter det således. Det er der fx ikke noget, der tyder på, at Thorkild gjorde i de første mange år.



belastninger. William på 41 år er således den eneste af borgerne, der ikke beskriver at have været udsat for psykiske eller fysiske belastninger. De andre borgere beskriver alle belastninger, der spænder fra sorg i forbindelse med dødsfald, skilsmisser og andre livskriser (Pia, 24; Thorkild, 56; Dennis, 46; Louise, 32), til psykiske lidelser som angst (Kasper, 27; Pia, 24), depression (Hanne, 49) eller depression kombineret med ADHD (Ole, 33). Louise, Dennis og Thorkild fremhæver, at de ikke var belastede, inden de begyndte at tage stoffer, men beskriver, hvordan familiemæssige kriser har været medvirkende til, at deres stofbrug eskalerede til et misbrug, og de valgte at gå i behandling.

Pia på 24 år forklarer, at hun på flere forskellige tidspunkter har brugt cannabis til at håndtere psykiske og følelsesmæssige problemer.

Siden min far døde, har jeg ikke kunnet slippe [hashen] mere end et par uger ad gangen. Så i snart fire år har det været et stort problem for mig. Og to-tre år før det havde jeg også en lang periode på over et år, hvor det var et stort problem. Men det har altid bundet i psykiske problemer. Jeg har været urimeligt uheldig med ting, jeg har været udsat for i mit liv. Og så har [hashen] været der hver gang som en støtte og min medicin. Jeg har været i distriktspsykiatri og udredning og med kommunens indblanding siden jeg var ikke særlig gammel. Jeg blev frivilligt anbragt som 17-årig og havde ikke nogen kontakt med min familie. Og så fik jeg en ny bedste ven, som var min hash. (Pia, 24)

En del af borgerne i gruppen beskriver ligeledes potentielt belastende opvækstvilkår. To af de unge har fx, ligesom Pia, været anbragt (Rune, 20) eller udsat for vold i hjemmet (Jakob, 23). Hanne på 49 år skiller sig ud ved, som den eneste i gruppen, at beskrive et voksenliv, præget af tunge sociale problemer (udover stofmisbrug) samt en opvækst hos en mor, der sendte hende ud for at have sex med mænd mod betaling, før hun fyldte 10 år. Hanne begyndte at tage benzodiazepiner og centralstimulerende stoffer, efter at hun som teenager blev mor. Hun fremhæver, at arbejdspladsen i sundhedssektoren var det, der holdt hende i live, og at en forskrækkelse på jobbet også er medvirkende årsag til, at hun i dag er stoffri:

Lige inden jeg [stoppede] og blev rask og clean, dér var jeg kommet til at bytte om på piller til to mennesker - og jeg var knust. Fordi nu var det godt nok og heldigvis ikke alvorlige pil-

ler, de fik, men det kunne det godt have været, og jeg var så rystet over, at det kunne ske. Da jeg havde givet den ene [medicinen], så skulle jeg til at lukke den næste [pose] op, så læser jeg lige navnet så, ”Øj, det sgu da ikke, åh!” Så var jeg jo nødt til at kalde [kolleger]. [Jeg] tudbrølede. [Kollega:] ”Rolig nu, Hanne, lad os nu lige tjekke, hvad de får. Det kan godt være, at fru Viby måske sover lidt tidligere i aften, men mere sker der ikke ved det”.

Ligesom mange af de andre deltagere i undersøgelsen beskriver størstedelen af borgerne i gruppen altså at have belastninger, som på forskellig vis har påvirket deres funktionsevne og arbejdsliv. Deres historier peger, ligesom tidligere undersøgelser, på vigtigheden af, at behandlingssystemet m.m. kan rumme forskellighed og håndtere, at stofmisbruget for nogle er hovedproblemet og for andre er en måde at dulme andre udfordringer på (Hesse m.fl., 2015; Hser m. fl. 1999). De understøtter også, at en åbenhed over for borgerens livssituation og medbestemmelse i forhold til behandlingens mål kan være væsentligt for at sikre borgerens deltagelse i og udbytte af behandlingen.

#### USYNLIGT STOFMISBRUG OG STIGMAHÅNDTERING

Med en enkelt undtagelse hører deltagerne i gruppen til de ”usynlige” stofmisbrugere. De er altså borgere, hvis stofbrug ikke har sat aftryk på deres udseende eller i deres papirer. I interviewene kan det blandt andet ses ved, at en del af borgerne i gruppen fremstiller sig selv som relativt velfungerende og ressourcestærke,<sup>30</sup> fx ved at fortælle, at andre beskriver dem som begavede eller tjekkede, at de har et godt netværk, at de kan finde ud af at argumentere for sig, at de får ros for deres arbejde eller har fået gode karakterer. Manglen på synligt stigma blandt borgerne i gruppen understøttes endvidere af, at ingen af de ti fortæller om at have oplevet problemer i mødet med sundhedspersonale, fx i forbindelse med smertelindring. Flere af borgerne beskriver, at de opfatter det som en forudsætning for deres studie- eller arbejdsliv, at de aktivt skjuler deres stofbrug for omverdenen, således at deres usynlige stigma ikke bliver synligt (Goffman 1963, Moses 2010).

---

<sup>30</sup> Syv ud af ti medlemmer af gruppen fremstiller dog stadig deres brug af illegale stoffer som et misbrug. Undtagelserne er Rune og William, der ikke længere er i stofmisbrugsbehandling, og Ole, der oplever, at cannabisen hjælper ham til at fungere på trods af hans ADHD.

Med undtagelse af et par af de unge cannabisbrugere fortæller de fleste af borgerne i gruppen om at forsøge at skjule deres stofmisbrug for deres omgangskreds. Jakob på 23 år læser på universitetet og har i årevis skjult sit forbrug af cannabis og centralstimulerende stoffer for både familie og studiekammerater. Da han gik i behandling, valgte han imidlertid at fortælle sine forældre om stofferne:

Jeg magtede ikke at opretholde det dobbeltliv længere. Det krævede for meget energi af mig, og jeg tænkte, at hvis jeg skulle ud af det, så var det vigtigt for mig at lægge kortene på bordet ... For mig er det tabu. Facaden har altid betydet rigtig meget for mig. Det betyder, at jeg går i skjorte, når jeg møder op på studiet, og jeg hilser pænt og laver mine ting og får gode karakterer og sådan nogle ting. Det har betydet meget for mig, at jeg trods alt magtede det i livet. Og derfor tror jeg heller ikke, at jeg var den første, der var nogen, der ville beskyldte for det. (Jakob, 23)

Pia, der er 24 år og studerende på en mellemlang videregående uddannelse, beskriver ligesom Jakob, at hun i en periode har forsøgt at skjule sit cannabismisbrug over for sin omgangskreds:

Det var en kæmpe stor hemmelighed, som jeg sådan skulle prøve at balancere. Og stadigvæk virke, som om jeg havde styr på mit liv, når jeg mødtes med mine gymnasievenner og overhovedet ikke havde det. (Pia, 24)

Flere af de ældre borgere i gruppen fortæller også om at frygte reaktionerne fra familie, venner eller arbejdsgiver, hvis deres stofbrug eller misbrug bliver afsløret. Fx er William på 41 år overbevist om, at det vil koste ham jobbet som social- og sundhedsassistent, hvis det bliver kendt, at han har et dagligt forbrug af heroin, som han selv ikke oplever som problematisk. For borgere, der har et forbrug af stoffer, som de skjuler for andre, kan frygten for at blive stemplet som stofmisbruger betyde, at de undgår situationer, hvor deres stofbrug kunne blive afsløret. Det kan være en væsentlig barriere for at opsøge behandling, hvilket tidligere forskning ligeledes har fundet (se fx Radcliffe & Stevens 2008). Et eksempel er Thorkild på 56 år, der er murer. Hverken Thorkilds familie eller kolleger ved, at han har brugt heroin i mange år, og sådan ønsker han, at det skal blive ved med at være. Han fortæller, at han derfor har

været nødt til at lade, som om han har et alkoholproblem, efter at hans behandlingssted er blevet slået sammen med byens alkoholambulatorie:

(...) med hensyn til at være anonym - jeg synes, det er blevet sådan lidt [sværere], efter at de har flyttet det dér alkoholambulatorium herop. Ja, for jeg kender også mange alkoholikere, jeg har boet her i byen i mange år. (...) Og så lige pludselig, så er jeg faktisk ikke anonym mere, for jeg har jo mødt flere alkoholikere. Ude fra [koloni]haven for eksempel, ikk? Vi får jo nogle bajere derude. (...) Det gør man i sådan en haveforening. Og så lige pludselig siger de: ”Hvad laver du her, Thorkild?” [Thorkild:] ”Ja, men det er jobcentret, der har sendt mig herop til samtaler på grund af mit drikkeri.”

Efter Thorkilds opfattelse er alkoholmisbrug langt mere socialt acceptabelt end heroinbrug. Det medfører derfor ikke den samme stigmatisering at blive kendt som alkoholiker, som hvis man afsløres som heroinmisbruger. Fordommene om heroin betyder, ifølge Thorkild, at folk ville lægge afstand til ham, fordi de tænker om ”narkomaner, at de kan sælge deres bedstemor” eller ”at de stjæler fløden op af kaffen fra én” (Thorkild, 56).

Den oplevede nødvendighed af at skjule stofbrugen for venner, familie eller kolleger kan negativt påvirke borgerens mulighed for at skabe, bevare og pleje sociale relationer til personer, der ikke tager stoffer. Omvendt kan borgerne, som Jakob, have stærke sociale relationer til andre stofbrugere, som de kan føle sig nødt til at give afkald på, hvis de vælger at gå i behandling med henblik på stoffrihed. Det kan gøre det svært at opøge og gennemføre en sådan behandling.

For alle undtagen to af borgerne i gruppen gælder det, at de har opsøgt behandling. To af dem er tilknyttet et af de anonyme stofbehandlingstilbud (Sundheds- og Ældreministeriet, 2015). De fremhæver, at de føler, at de passer bedre i målgruppen end på de andre stofmisbrugsbehandlingssteder, de har været i kontakt med, og at det betyder meget for dem, at de oplever at have kontrol med den potentielt miskrediterende information om deres stofbrug.

Jeg kommer fra en opdragelse, hvor jeg har fået at vide, at jeg skal passe lidt på mig selv, og der er også en øget digitalisering, og ingen af os ved, hvordan verden måtte se ud om 10-15-20 år, hvor jeg for alvor skal danne mig et voksenliv. Det kunne poten-

tielt set have konsekvenser for, om jeg kan få mig en forsikring eller om jeg kan få mig et arbejde, eller hvad fanden ved jeg. Man digitaliserer folks sygejournaler og sådan noget, ikk? Jeg bryder mig ikke rigtig om tanken, så derfor betyder det noget for mig [at det er anonymt]]. (Jakob, 23)

Undersøgelsen sandsynliggør dermed, at anonyme behandlingstilbud kan hjælpe med at overvinde den barriere, som frygten for eksponering i forbindelse med behandlingen udgør (Radcliffe & Stevens, 2008). For de borgere, der er i målgruppen for substitutionsbehandling, gælder det, at de også af denne grund gerne vil have medbestemmelse i forhold til, hvornår behandlingen foregår, så de kan lægge den på et tidspunkt, hvor de ikke behøver at involvere arbejdsgiver eller familie i, hvad de skal.

## OPSAMLING

De ti deltagere i undersøgelsen, som har arbejdet eller haft stabil tilknytning til en videregående uddannelse sideløbende med et omfattende forbrug af illegale stoffer, ligner på mange måder de andre deltagere. De findes dog, ikke overraskende, blandt de mindre til middelbelastede deltagere i undersøgelsen.

Den væsentligste forskel på denne gruppe og de andre deltagere er, at de i højere grad ser ud til at have haft mulighed for at finansiere fx forbrug af heroin og kokain inden for lovens rammer. De har generelt færre sociale og økonomiske problemer end gennemsnittet, og har ikke finansieret deres stofbrug eller –misbrug via fx prostitution, tiggeri eller berigelseskriminalitet.

De af borgerne, der har været i kontakt med politi eller retssystem i forbindelse med deres stofbrug, oplever, at der slås for hårdt ned på besiddelse af stoffer til eget forbrug. De, der har været i berøring med politiet i forbindelse med deres stofbrug, føler sig ofte uretfærdigt behandlet, og to af de unge påpeger, at pletter på straffeattesten er en hæmsko for rehabilitering.

Ligesom resten af borgerne i undersøgelsen oplever gruppen ofte psykiske og følelsesmæssige belastninger, og flere efterspørger mere hjælp hertil i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen. Flertallet fortæller om psykiske lidelser som angst og ADHD eller om at have oplevet følelsesmæssige belastninger i forbindelse med livskriser (skilsmisse,

dødsfald i familien, langtidssygemeldinger og fyring, m.m.). Ligesom de andre deltagere efterspørger en del af borgerne i gruppen hjælp til at håndtere sådanne problematikker.

Borgerne i gruppen har i høj grad kunnet skjule deres stofmisbrug for venner og familie, og fuld anonymitet og diskretion i forbindelse med fx stofmisbrugsbehandling er vigtig for dem. En enkelt undlader at søge lægelig stofmisbrugsbehandling for ikke at miste sit job i sundhedssektoren. Borgerne er generelt optagede af at skjule deres stofmisbrug, og en del er nervøse for, hvad en afsløring eller registrering kan betyde for deres fremtidsmuligheder.

## BORGERNES VIDEN OM STOFFER OG RISIKOHÅNTERING

I dette afsnit belyser vi, hvor meget de 106 borgere, der har deltaget i undersøgelsen, ved om de illegale stoffer, de indtager. Borgernes viden er interessant, både ud fra et forebyggelsesperspektiv og et skadesreduktionsperspektiv. Derfor undersøger vi både, hvordan deltagerne indhenter viden, og hvilke strategier de bruger til at håndtere risici forbundet med deres stofbrug.

Borgerne i undersøgelsen beskriver generelt et højt vidensniveau i forhold til, hvordan stofferne virker, og de fleste gør sig også overvejelser om, hvordan de kan minimere de risici, der er forbundet med indtagelsen. Det er i overensstemmelse med tidligere forskning, der viser, at stofbrugere generelt er ret velinformerede om de illegale stoffer, de indtager, og at denne viden er noget, der typisk fremhæves i brugeres selvpræsentationer, fordi det at være 'drug-wise' er forbundet med en status, som – i nogle sammenhænge – mindsker stigmaet forbundet med stofbrug (Sørensen, 2005, 2006; Rødner, 2005).

I nogle af interviewene optræder borgernes viden om stoffer i form af detaljerede og i nogle tilfælde tekniske beskrivelser af stoffernes aktive ingredienser og positive og negative effekter på brugerne. Rune på 20 år er en af dem, der har sat sig grundigt ind i cannabisområdet:

Jeg ved faktisk en god sjat om de forskellige cannabinoider i det, og hvad det egentlig gør. Folk de tror jo, at man bare sidder på sofaen tolv timer efter. Men det har jo mange gode ting i sig. Nu har jeg hørt om én, han havde givet hele sit liv op, han gad ikke mere, røg og drak. Han havde en sygdom. Men han fik så noget

CPD-olie, og hans liv ændrede sig 100 %. Han drikker ikke mere, han ryger en lille én engang imellem ... CPD-olie, det er en cannabinoide, som de trækker ud af hampeplanten ... En aktiv substans, et aktivt stof. Det er sådan noget, som du lægger på tungen, du har et indre cannabinoidesystem i dig, som matcher rimelig godt det, som så er i planten. Så de to hænger rimelig godt sammen.

At borgerne ved meget om de stoffer, de indtager på interviewtidspunktet, er omvendt ikke ensbetydende med, at deres vidensniveau var lige så højt, dengang de havde deres stofdebut. Det betyder heller ikke nødvendigvis, at de efterspurgte viden. Derfor undersøger vi i det følgende, hvad interviewmaterialet fortæller om borgernes forhold til viden, dengang de begyndte at bruge illegale stoffer.

Viden er en væsentlig forudsætning for skadesreduktion, og der er en del eksempler i interviewene på, at den kan betyde forskellen mellem liv og død. Interviewene viser også, at viden om stoffers virkning og risici kan forebygge, at borgere begynder at tage bestemte stoffer, fx heroin. Thomas på 29 år fortæller:

[Jeg] begyndte at sætte mig ind i, hvordan og hvorledes ... Det er blandt andet derfor jeg aldrig nogensinde har prøvet opiater. Det skræmmer mig ad helvede til ...

Andre borgere fortæller, at deres viden om risici påvirker deres måde at indtage stofferne på. Det gælder fx for Ahmad på 46 år:

Jeg tror, det er mere sikkert at ryge [heroin], altså for at jeg ikke får OD, og det er det, jeg har været bange for ... Jeg har set mange af mine venner, de er gået hen: Bang! Så har de lige været ude at fixe - bang, bang, så ligger de og får OD'er, ikke? Og jeg har mistet mange af mine venner på OD, og derfor er jeg bange for at tage med sprøjten. Jeg har aldrig fixet.

Viden om stoffer kan dermed både være forebyggende og skadesreducerende, selvom den ikke nødvendigvis fører til afholdenhed.

Borgerne beskriver imidlertid også en række potentielle barrierer for at indhente, forholde sig til eller handle på viden om risici ved indtagelse af de illegale stoffer. Det kan være eventyrlyst og fascination af et vildt ungdomsliv, eller det kan hænge sammen med, at stofferne tjener

en funktion for brugeren, fx i forhold til at dulme fysiske, psykiske eller følelsesmæssige udfordringer. I det følgende præsenterer vi først borger-nes beskrivelser af, hvordan de begyndte at tage stoffer, med særligt fo-kus på viden. Derefter vender vi os mod borgernes strategier for at ind-hente viden og håndtere risici og udvalgte barrierer herfor.

#### BORGERNES VIDEN OMKRING STOFDEBUT

Der er mange af deltagerne i undersøgelsen, der fortæller, at de ikke vid-ste, hvor afhængige de ville blive, dengang de begyndte at tage stoffer. Enkelte siger, at de ikke vidste, hvilket stof de tog, da de debuterede. Emil på 33 år beskriver, hvordan han som 19-20-årig røg ”dope” med de andre indsatte i et fængsel uden at være klar over, at det var heroin. Det er imidlertid de færreste af deltagerne, der direkte udtrykker, at de ville ønske, at de havde været bedre informerede inden deres stofdebut. Mari-anne på 48 år er en undtagelse:

Jeg var meget naiv, hvad heroin angik ... Jeg kendte ikke ordet metadon da jeg kom hjem [fra Østen]. Jeg vidste intet. Alt det, I ved i jeres alder, det vidste jeg ikke ... Det var der ikke nogen, som havde lært mig. Mine forældre har aldrig snakket om det ... Jeg kan godt føle, at jeg vidste sgu ikke ret meget. Så jeg faldt i ... hvis jeg havde været mere *educated*, ja- [om konsekvenserne], og hvad signalerne er, og hvad det gør ved kroppen. Så man kan sidde og lære: ”hold da op, det skal jeg aldrig nogensinde, det skal jeg gå i en lang bue udenom”... jeg [fik] aldrig den oplevel-se. ... kastede mig ud i det uden at vide noget som helst: At du får abstinenser efter en uge på heroin. Så er du altså hooked.

Marianne beskriver, hvordan den viden om illegale stoffer, hun opsøgte, kom fra andre stofbrugere, som hun mødte på rejser, da hun var først i 20'erne. I modsætning til den forebyggende viden, hun i dag efterlyser, var den viden, Marianne indhentede dengang, mere brugsorienteret. Hun lærte, hvor de gode stoffer kunne fås, og hvordan hun kunne reducere skadevirkninger af sin stofbrug. Hun lærte fx at ryge i stedet for at sniffe crystal-speed for ikke at få flånsset næsen op af de skarpe krystaller.

En del af de andre borgere fortæller, ligesom Marianne, om at have begyndt at indtage stoffer i en sammenhæng og på et tidspunkt i livet, hvor de undlod at forholde sig til stofrelaterede risici. For de to grupper af voksne i og uden for behandling gælder det, at ca. en tredjedel af de borgere, der opgiver en debutalder, var i alderen 8 til 14 år, da de



begyndte at tage stoffer. Mange af de borgere, hvis stofdebut ligger i barneårene og i puberteten, er også dem, der beskriver en barndom præget af grove omsorgssvigt. En del af de yngste stofdebutanter fortæller om at have lært at indtage stoffer af børn, de mødte på opholdssteder og lignende institutioner.

Er interessen for at tage stoffer stor nok, kan kampagner, der giver øget viden, have den uønskede bivirkning, at de direkte skaber efterspørgsel (Cuijpers, 2002; Flay & Sobel, 1983). Det understøtter Bertil på 40 år, der beskriver, hvordan han blev oplyst om stoffer med en noget utilsigtet effekt:

I skolen, dér kom der også en betjent og viste det: ”det er så hash” osv. Og så var der lige én eller to ting, jeg ikke lige vidste, hvad var. Fat i det. Det gjorde mig mere nysgerrig. Kokain, hvad fanden var det for noget? Så begyndte jeg at sælge også. (Bertil, 40)

Opfattelsen af, at stofmisbrug er noget andet end det, man selv er i gang med, kan også være en barriere for, at borgeren aktiverer den viden, han eller hun har om stoffer eller opsøger mere viden. Hvis det, man ser for sig, når man hører ordet stofmisbrug, er et billede af en svært belastet gademisbruger med en kanyle i armen, kan det i sig selv være en barriere for at forstå og anerkende, at det, man selv er i færd med, kan lede til et misbrug. Louise på 32 år fortæller, at hun aldrig har opfattet det at tage stoffer som normalt eller ufarligt, før hun selv begyndte:

... første gang var det, fordi jeg var virkelig ked af det, over en eller anden fyr ... Og det var meningen, at jeg skulle virke virkelig cool og ligeglad med det og du ved. Og så opdagede jeg, at nogen af de andre skulle op og tage [coke], og af en eller anden grund, så - jeg har ellers altid været meget afvisende over for det og meget bange for det. Da jeg var helt ung teenager, da var det jo hårde stoffer, det var dem, der sad med nålen i armen, så der fandtes slet ikke forskellige grader eller kategorier for mig. Så tror jeg bare, den aften dér: Folk skal ikke se, at jeg er ked af det, og de skal opleve mig som overskudsagtig, og de ting man tror, man skal være. Og så, ja, så havde jeg det jo superfint bagefter.

Louises stofdebut er et godt eksempel på den rolle, viden spiller i forhold til nogle borgeres stofbrug og stofdebut. Man kan godt sige, at Louise

mangler viden, fordi hun fortæller, at hun forbinder stofmisbrug med at injicere heroin. Hun fortæller dog også om skepsis og utryghed i forhold til andre stoffer. Den aften, da hun debuterer, gør Louise imidlertid noget andet, end hun plejer, fordi hun er følelsesmæssigt påvirket af et brud og samtidig føler, at hun skal leve op til et ideal, der går ud på at være cool og overskudsagtig. På den ene side viser Louises historie, at stigmatiserende oplysningskampagner kan give bagslag. På den anden side kan man, på baggrund af hendes beskrivelse af at have handlet i modstrid med sin normale adfærd, godt være skeptisk overfor, om mere målrettede og nuancerede kampagner i situationen ville have fået Louise til at holde sig fra kokainen.

De illegale stoffers funktion i borgernes liv kan være med til at forklare, at øget viden ikke er noget, der direkte efterspørges af mange af borgerne i undersøgelsen. Borgernes beskrivelser af den rolle, de illegale stoffer spillede for dem, dengang de debuterede eller eskalerede stofbruget, bekræfter, at stofbrug er et komplekst socialt fænomen, der ikke kan reduceres til enten at være selvmedicinering eller rekreativt brug. Mange af borgerne i undersøgelsen beskriver, hvordan deres brug af illegale stoffer både har hjulpet dem med at håndtere fysiske eller psykiske udfordringer, og at den begyndte i sociale sammenhænge. Jagten på velbefindende og på sociale og festlige oplevelser ser dermed også ud til at kunne være en barriere for at interessere sig for risici ved illegale stoffer.

Nogle borgere oplever desuden, at de illegale stoffer har en vigtig funktion i skæringsfeltet mellem selvmedicinering, præstationsfremme og fest, fordi de sætter dem i stand til at leve op til nattelivets krav og idealer. I modsætning til mangel på viden er det i disse sammenhænge borgerens viden om stoffernes positive virkninger, som ansøger forbruget. Tina på 23 år, der ryger cannabis, beskriver, hvordan stoffet gjorde hende i stand til at fungere bedre socialt:

Jeg har været meget indadvendt og introvert, og så hjalp det mig ligesom til at blive meget mere udadvendt, gå i byen lige pludselig, det var også rigtig sjovt, fordi nu lagde jeg ligesom mærke til, hvad *jeg* tænkte om andre, i stedet for hvad andre tænkte om mig. (Tina, 23)

Den måde, borgerne oplever sig påvirket på af illegale stoffer i forhold til legal medicin eller alkohol, spiller også ind i deres overvejelser om stofbrug. For Kenneth på 32 år, der har et fysisk handicap, betød indtagelse

af ecstasy fx, at han kunne stille krykkerne i hjørnet og danse igen. Jakob, der i dag er 23 år, begyndte at bruge cannabis og centralstimulerende stoffer som ung teenager, både på grund af stoffernes virkning på ham, og fordi han var tiltrukket af den identitet, der fulgte med:

Jeg kunne ikke nyde alkohol ... Det var sådan en følelse af noget ukontrollabelt. Og i stofferne ... fandt man en måde at være i kontrol. En måde at have det godt. Og så også et ungdomsmiljø, som jeg blev tiltrukket af dengang. Ja, det lidt farlige ... livet på kanten ... Det bliver jo glorificeret, når man er i de der unge teenageår.

Oplevelsen af, at stofferne kompenserer for en manglende evne til at have det sjovt med de andre, kan altså være en barriere for at interessere sig for deres potentielle skadevirkninger. Ønsket om at fortsætte med at tage stofferne kan ligeledes blokere for, at man opsøger eller aktivt gør brug af den viden, man har. Mads på 27 år er et eksempel på en ung, der aktivt har undgået information om stoffer, fordi han ikke har ønsket at forholde sig til den viden:

Det er aldrig noget, jeg har siddet og læst, fordi jeg har fået det endnu værre ved at sidde og læse om det, og det er nok... det har ikke været dét, der har gjort, at jeg kunne stoppe, selvom jeg har kendt alle de risici, der har været ved det. Så har det bare gjort min situation værre at vide...

Det kan altså være en barriere for at opsøge viden, at man, som Mads, oplever det som belastende at blive konfronteret med risici, ikke mindst hvis man oplever stofferne som en hjælp i forhold til at håndtere andre fysiske, psykiske eller sociale udfordringer. De illegale stoffers funktion i borgerens liv, deres virkning på kroppen og forestillingen om, at de hører til en eftertragtet livsstil, kan være med til at mindske interessen for at indhente viden om risici ved at indtage illegale stoffer.

#### BORGERNES AKTUELLE VIDEN OM STOFFER

Mange af deltagerne i undersøgelsen giver udtryk for i dag at have (adgang til) den viden om stoffer, de efterspørger. De indhenter deres viden ved at tale med og observere andre stofbrugere; ved eksperimenter på egen krop; ved at læse om stofferne i bøger, brochurer eller på nettet;

samt fra fagpersoner, fx når de frekventerer stofindtagelsesrum eller deltager i misbrugsbehandling.

#### VIDEN FRA ANDRE STOFBRUGERE

Det gælder for alle tre hovedgrupper af borgere, at deres primære kilde til information om de illegale stoffer, de bruger, er andre stofbrugere. Rasmus på 27 år beskriver fx, hvordan han trækker på andres erfaringer for at få den bedst mulige oplevelse:

Hvis du tager syre, skal du ikke gøre det ved højlys dag inde i byen under en byfest. Fordi ... det bliver for meget for dig i længden, og det ved dem, der tager syre. Så derfor fortæller de dig: ”Tag ud i skoven sammen med nogle gode venner, smør en sandwich, hav det godt. Tag noget musik med” ... det er jo bare sådan noget mund til mund. ”Lad vær med at gøre sådan her, så får du det skidt”. ”Gør det sådan her, så får du det bedre”.

De unge deltagere i undersøgelsen henter i særlig høj grad deres viden om stoffer og risici fra venner og andre sociale forbindelser, både ved at spørge dem og ved at iagttage deres adfærd under påvirkning af forskellige stoffer. For 19-årige Mie og flere af de andre unge giver iagttagelsen af andres reaktioner altså et pejlemærke i forhold til, hvilke stoffer de forventer at kunne få en god oplevelse med, og hvilke de bør undgå:

Coke, det reagerer folk måske ikke lige så slemt på som så meget andet, så dér ser man måske bare folk blive friske, hvor jeg har tænkt: okay, det er måske så ikke det værd. Så ... hvis man skulle prøve noget, så ville jeg så sige: okay, coke: dér kan man bare se folk, de bare bliver lidt mere hyper eller lidt mere aktive, hvor at ... på MDMA eller Emma, der kan man se, at folk, de bare bliver lidt mere festglade eller livlige [snarere] end at gå helt amok eller ligge og krampe eller - ligesom på så mange andre ting, ikk?

Tillid og sociale relationer spiller en stor rolle i de interviewedes beskrivelser af at indhente viden fra andre. I nogle kredse kan det være en barriere for viden, at det ikke betragtes som cool at være forsigtig og spørge til det, man får tilbudt. Pia på 24 år har tidligere været en del af sådan et miljø. Efter at have haft en meget dårlig oplevelse med et illegalt stof, har hun i en årrække holdt sig til cannabis. Men hun havde lyst til at prøve at

tage illegale stoffer igen, for eksperimentet og oplevelsens skyld, og hendes nye venner udgjorde et tryggere miljø at gøre det i:

De havde rigtig meget styr på det, så jeg stolede rigtig meget på dem. Og vi snakkede åbent om det. Og så sad vi sammen og kiggede på telefoner og altså, det gik så meget i detaljen, at vi - han sad sådan og udregnede, hvor mange gram jeg skulle have i forhold til, hvor meget jeg vejede og sådan nogle ting, så jeg fik den bedst mulige oplevelse. ... Og det er den eneste gang, jeg har prøvet det, for nu har jeg prøvet det. Og det var en fantastisk oplevelse, men jeg har ikke noget behov for at gøre det igen. Det var mest for oplevelsens skyld.

Der er flere mulige barrierer for et højt informations- og sikkerhedsniveau forbundet med strategien at hente viden om stoffer fra kammerater og andre sociale forbindelser. For det første påvirker stoffer ikke nødvendigvis alle på samme måde, hvilket flere af deltagerne også selv påpeger. ”Vi er glade prøvekaniner,” siger Sandra på 25 år og tilføjer, at det ”jo er pissefarligt”. Derudover er der en risiko for, at de mindre synlige skadevirkninger og langtidseffekter af stofbrug ikke indgår i grundlaget for beslutninger, truffet på baggrund af samtaler om og observationer af andres stofbrug.

#### VIDEN OM STOFFER FRA SELV-EKSPERIMENTER

Mange af borgerne har en stor viden om de illegale stoffers virkning på dem selv og vælger på den baggrund, hvad de vil tage og hvorfor. Kim på 22 år fortæller fx:

[Stoffer] er jo også sådan en stor boldgade. Der er jo stimulerende, der er psykedeliske, der er ... Jeg tager kokain og heroin og metadon... Ikke alle tre ting i én pose. Det er lige voldsomt nok. Men jeg tager primært ... enten dope og coke på én gang, ellers så tager jeg metadon og cola. Men det er, fordi at ... Når du tager cola og dope først eller i en sprøjte, så får du først det der: Puf! Ligesom en raket, men i stedet for, at du bare får den der: Plask! Så lander du blødt. Det er det, jeg synes, der er dejligt ved at tage det. Det er det samme med metadon.

Lone på 54 år beskriver, hvordan hendes vigtigste kilde til viden om de illegale stoffer er at prøve dem på egen krop. Fordelen ved selv-

eksperimenter som videnskilde er, at de hjælper med at tage højde for, at stoffer virker forskelligt på forskellige mennesker. Holger på 52 år fortæller fx:

Jeg kan ikke tåle [coke]. Jeg kan ikke styre det, jeg kan ikke styre mit sind. [Heroin] er noget helt andet, de to er vildt forskellige. Det ene er sløvende, du ved, det er op og ned, ying og yang, du ved. [Hvis man bruger det sammen] er det det, man kalder for en bære ... Fordi jo mere coke, jo mere tager du af det heroin eller metadon du har fået. Suger det, så ergo du får måske et sus af det på coken, men du skal hen og finde nogen opiater igen for ... ikke at blive syg. Det er det, jeg siger, det suger al virkning af opiater, som du får ind i din krop. Det æder dig. Så til sidst er du abstinent ved, at du har taget for meget af det... Derfor så skal man sørge for at have begge dele, når man tager det. Og nogen, de er meget syge på grund af, at de tror, at det første de tager, der er den virkning bagefter. Det er det ikke. Der kan gå flere timer, før du kan opnå virkningen. Nu er jeg ikke uddannet, men jeg vil skyde på, at det har noget at gøre med vores stofskifte ...

Viden, indhentet gennem eksperimenter på egen krop, kan altså være mere akkurat i forhold til, hvordan man selv reagerer på bestemte stoffer. Ulempen ved denne form for viden i forhold til forebyggelse eller skadesreduktion er, at man ikke ved, hvad stofferne vil gøre ved én, før man tager dem, og at man heller ikke kan være sikker på, at man ikke får en dårlig oplevelse, selvom man har prøvet et illegalt stof tidligere.

#### VIDEN FRA BØGER, BROCHURER OG NETTET

En del af deltagerne i undersøgelsen fortæller om at have læst op på de stoffer, de tager, enten i bøger eller på nettet. Det gælder især for grupperne af unge og af voksne i behandling, hvilket kan hænge sammen med, at gruppen uden for behandling lever et liv, der ikke i lige så høj grad lægger op til læsning. Selvom de unge primært henter deres viden om stoffer fra venner og bekendte, så er der en relativt større gruppe af dem, der fortæller, at de bruger nettet til at researche, end blandt de ældre deltagere generelt. En del af borgerne bruger også bøger og brochurer til at opbygge viden om stoffer og deres virkning. Thomas på 29 år fortæller:

[Jeg begyndte at] sætte mig ind i, hvis nu jeg blander det og det, hvad opnår jeg så af tilstande. Meget den psykedeliske verden.

På internettet. Og så har vi en bibel. Som der er en mand, der har skrevet [som] har researchet det hele selv. Hvor der står lige nøjagtigt, hvad du skal blande og hvorledes ... Det har været spændende og skræmmende læsning. Men det har samtidig gjort, at jeg ikke har gjort det på så hjernedød en måde. Det synes jeg selv har hjulpet mig. Eller [at jeg har] gjort det på en mere meningsfuld måde.

Der er en mindre gruppe af deltagerne på tværs af de tre hovedgrupper, der fortæller, at de er så interesserede i stoffer og deres virkning på krop og psyke, at de opsøger videnskabelige og populærvidenskabelige informationskilder for at øge deres viden. Til dem hører blandt andet Siri på 35 år, der drømmer om at blive sygeplejerske, og Mads på 27 år, der dog først har fået lyst til at opsøge information om stoffernes virkning, efter at han er begyndt i behandling. Blandt gruppen af borgere, for hvem interessen for illegale stoffer er blevet en hobby, er der også nogen, der fortsat eksperimenterer med stoffer.

En mulig barriere for et øget vidensniveau, der optræder i nogle af interviewene, er mistillid til myndighedernes og mediernes information og fremstilling af stoffer og deres risici (jf. Allara m.fl., 2015). Et par af deltagerne siger direkte, at de ikke har tillid til den information om stoffers farlighed, som de præsenteres for i medierne og i kampagner. Jon på 23 år fortæller fx:

Det er altid i baghovedet, det her med psykoser. Men jeg kan heller ikke lade være med at tænke på, at man blæser det op til værre end det er, simpelthen bare skræmmekampagner, fordi nu har jeg hørt på mange gange, der bliver lukket lort ud i medierne ik'os', så sidder man og tænker: Hvor meget holder?

Som beskrevet i afsnittet om stofbrugere tættest på arbejde og uddannelse, er der nogle af borgerne, der finder det urimeligt, at alkohol er tilladt, mens andre, efter deres opfattelse, mindre skadelige eller direkte gavnlige stoffer er forbudt. Manglende tillid til officiel information og følelsen af, at kriminaliseringen er moralsk snarere end fysiologisk begrundet, kan være en barriere for deres interesse i at indhente viden.

#### VIDEN FRA MISBRUGSBEHANDLING

Det kan være en del af stofmisbrugsbehandlingen at give borgerne øget viden om illegale stoffer med det formål, at borgerne erkender, at deres

stofbrug er blevet problematisk. Louise på 32 år fortæller, at hun først efter at være gået i behandling til fulde er blevet klar over, at hun havde et kokainmisbrug. Først her har hun lært om stoffets betydning for hendes manglende psykiske velbefindende:

Man går jo ind og stimulerer hjernen med ... dopamin og sådan noget, men i ekstremt høje doser ... Så det siger næsten sig selv, at ... hjernen vil stoppe med selv at producere dem, og når man så stopper med stoffer, så er der ... et underskud af dem. Så der vil typisk være ... 2-3 dage om ugen kan du have en rigtig lortedag, hvor du er i rigtig dårligt humør og er skide ked af det og alt muligt ... så har jeg oplevet, at jeg faktisk, uden at være klar over det, ikke rigtig var naturligt lykkelig mere. Og efter at jeg har været clean i nogle måneder kunne genkende en følelse af at sidde og være elsket og blive helt overrasket over, at jeg ikke selv kunne huske, hvornår jeg sidst havde følt sådan. Så det kommer lidt snigende, men det går ind og påvirker dit følelsesliv enormt meget.

Louise er ikke den eneste borger, der fortæller om at have haft god brug af viden om stoffer, indhentet i forbindelse med behandling. Flere af de deltagere, der stadig bruger illegale stoffer, fortæller, at de i forbindelse med behandling har fået strategier til at kontrollere deres stofbrug eller til at blive stoffri. Abdi på 29 år er et eksempel på dette:

Jeg har nogle værktøjer, som jeg har fra det dér døgntilbeholdning, hvor jeg var ... Det handler om bare ikke gå ud hjemmefra og ikke tage en joint. Det er ikke joint, der tager dig, det er dig, der tager joint. Så faktisk sørger jeg for ikke at gå ud hjemmefra, fordi hvis jeg går ud hjemmefra, så møder jeg alle mulige venner og så begynder jeg at ryge direkte igen. Så jeg sørger for hele tiden at lave noget derhjemme.

I den forbindelse er det værd at nævne, at manglende adgang til misbrugsbehandling kan være en barriere for, at borgeren kan få sit stofbrug under kontrol og lære teknikker til at opnå skadesreduktion eller stoffrihed.

#### BORGERNES STRATEGIER TIL RISIKOHÅNDBLING

I mange af borgernes fortællinger hænger viden om stoffer snævert sammen med ønsket om at håndtere risici og reducere skadevirkninger af



stofbrug. Mange fortæller, at de kan se, smage, mærke eller lugte, om stofferne er af god eller dårlig kvalitet. Det er særlig vigtigt for de borgere, der bruger stoffer som kokain og heroin, der kan være iblandet livsfarlige substanser. Iben på 44 år forklarer, at hun tester, om den kokain, hun får tilbudt er ren:

Hvis jeg køber af én, jeg ikke kender, så smager jeg altid på stoffet, fordi jeg har fået solgt knuste hovedpinepiller, knuste panodiler og knuste stesolider, og jeg ved fandme ikke hvad, salt og sukker og alt muligt forskelligt.

Når stofbrugere som Iben gør, hvad de kan for at undersøge, hvad de køber, er det, fordi mange har prøvet at blive snydt eller få fat i noget dårligt stof. Flere fortæller om at have venner og bekendte, der er døde efter at have indtaget et stof, der har været stærkere, end de var vant til, eller som har været blandet op med fx rottegift eller ren ketamin:

Jeg ved godt, hvem jeg skal gå til, for at jeg ikke får et eller andet lort. Jeg har lige en kammerat, der er død, fordi han fik kokain blandet med strømme. Sindssygt. (Jan, 36)

Mange af borgerne forsøger som Jan at minimere risikoen for at få noget farligt eller dårligt ved at købe deres stoffer af en fast distributør, som de har tillid til. En anden risikohåndteringsstrategi går ud på at spørge andre, der har erfaring med et nyt stof eller en ny sending, om styrke og kvalitet. Flere fortæller, at de tager lidt ad gangen, indtil de er sikre på, hvad de kan tåle. En del af deltagerne fortæller desuden, at de er påpasselige med hygiejne og derfor ikke deler deres udstyr:

Jeg har aldrig nogensinde delt værktøj med nogen, i den forstand. Hverken nåle eller noget som helst andet. Altså, jo med min bedste kammerat har jeg delt sniffe-rør ... Det er også noget andet, fordi ham dér ved jeg, han fejler ikke noget. (Michael, 38)

Trods disse bevidste sikkerhedsovervejelser og -strategier er det imidlertid tydeligt, at der er forskellige barrierer for sikker stofindtagelse. Stoftrang, ønsket om hurtigt at dulme en fysisk eller psykisk smerte og økonomiske overvejelser kan fx få borgeren til at droppe sine forholdsregler. Louise på 32 år fortæller fx om kokain:

Jeg tror kun én gang, hvor jeg smed det ud, ellers så det, der smagte eller lugtede underligt, det har jeg alligevel taget. Jeg tog hvad som helst. Og især når man har brugt en masse penge.

Den manglende mulighed for reel kontrol med, hvad man indtager, som Louise beskriver, går igen i andre deltageres fortællinger. Simon på 24 år, der, i modsætning til Louise, ikke er i behandling, formulerer det således: ”Det er jo russisk roulette at tage et fix, for lige pludselig, så får du skudt et eller andet i, og så har du ingen fortrydelsesret.”

Der er nogle brugere, der er meget bevidste om at indhente den viden, der bedst sætter dem i stand til at reducere fysiske skader, forårsaget af de illegale stoffer. Eksempelvis William, der er sundhedsprofessionel og fortæller om at have læst op på, hvordan heroinen påvirker hans krop:

Jeg har været inde og informere mig om, at med heroin, der ser man folk, der taber tænder og sådan ser ret skumle ud, og der har jeg så informeret mig om, hvad heroin egentligt gør fysisk ved din krop, og så har jeg så lært, at hvis man drikker rigtigt meget væske og spiser ordentligt og sundt og passer sin krop på den måde, så er der faktisk ingen fare. (William, 41)

En barriere for, at et øget vidensniveau kan hjælpe borgere med at reducere (skadevirkninger af) deres stofbrug, er, at borgeren ikke nødvendigvis er interesseret i risikohåndtering. Der er eksempler på dette i interviewene med nogle af undersøgelsens yngre deltagere. Rasmus på 27 år, der i dag er i behandling, beskriver det sådan her:

Det er ikke det, det handler om. Det handler ikke om at mindske risikoen. Det handler om at udleve den. Altså tage den til grænsen hele tiden ... Det dér grænsesøgende: Hvor langt væk kan jeg egentlig komme?

Rasmus' udsagn er et godt eksempel på, at borgerens stofbrug kan handle om noget, som viden ikke kan afbøde. Hvis risici er målet med indtagelsen, vil viden ikke reducere stofbruget, men snarere give borgeren yderligere inspiration til at afsøge grænser. Fynbo (2014) argumenterer for, at nogle risikovillige yngre mænd ser kontroltab som den ultimative strategi til at tage kontrol over livet. Han fandt denne tilgang blandt en mindre del af deltagerne på obligatoriske kurser for personer, der er ble-

vet frataget kørekortet efter at have ført bil under indflydelse af alkohol eller stoffer (se også Reith, 2005). Samtidig viser Rasmus' eksempel også, at tilgangen til risikohåndtering og til de illegale stoffer kan ændre sig over tid. Det knytter an til mange andre borgeres beskrivelser af, at misbrugsbehandling først er interessant eller virkningsfuldt, når man er klar.

## OPSAMLING

Borgerne i undersøgelsen fortæller om et højt vidensniveau i forhold til stoffernes virkning på dem selv, og flere gør sig overvejelser omkring, hvordan de kan minimere risici ved indtagelsen. Flere beskriver dog også barrierer for at indhente, forholde sig til eller handle på viden om risici ved indtagelse af stoffer. De omfatter fx eventyrlyst og fascination af et vildt ungdomsliv, men kan også hænge sammen med, at stofferne hjælper borgeren i forhold til fysiske, psykiske, sociale eller følelsesmæssige udfordringer.

De færreste af deltagerne udtrykker direkte, at de ville ønske, at de havde været bedre informeret på tidspunktet for deres stofdebut. Flere påpeger dog, at de ikke vidste, hvor afhængige de ville blive. Et større mindretal af deltagerne havde deres stofdebut allerede som børn (8-14 år). Mange var teenagere og ønskede ikke at forholde sig til stofrelaterede risici.

Det gælder for alle tre hovedgrupper, at deres primære kilde til information er andre stofbrugere. Hertil kommer, at mange borgere eksperimenterer med forskellige illegale stoffer for at finde ud af, hvordan stofferne påvirker dem. Særligt de unge og voksne i behandling fortæller om at have læst op på de stoffer, som de tager, enten i bøger eller på nettet. En mulig barriere for et øget vidensniveau er i denne sammenhæng, at nogle af borgerne udtrykker en mistillid til myndighederne og mediernes fremstilling af stoffer og deres risici.

I forhold til risikohåndtering fremhæver borgerne, at de kan smage, mærke eller lugte, om stofferne er af god eller dårlig kvalitet, og at de køber stoffer fra en fast distributør. Barrierer for sikker stofindtagelse er imidlertid økonomi, stoftrang og at det for nogle borgere ikke er attraktivt at reducere risici ved stofbrug, fordi de netop tager stoffer for at søge grænser.



BILAG

BILAG 1 INTERVIEWGUIDE: STOFMISBRUGSOMRÅDET I ET  
BRUGERPERSPEKTIV

<b>Intro</b>	Undersøgelsens tema: Hjælp og forhindringer du oplever, når du har kontakt med fx sagsbehandlere, læge, politi, psykolog, gadeplansmedarbejdere og stofmisbrugsbehandlere m.fl.
<b>Baggrund</b>	<p><b><u>UDFYLD SKEMAET MED BAGGRUNDSOPLYSNINGER</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvordan bor du? (alene/sammen med nogen)</li> <li>2. Hvordan vil du kort beskrive din familiebaggrund?</li> <li>3. Har du kontakt til din familie? Hvor ofte?</li> <li>4. Ser du nogen venner eller bekendte? Hvor ofte?</li> <li>5. Er der noget ved din situation, der kunne være bedre?</li> </ol>
<b>Stofbrug og viden om stoffer</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Hvilke stoffer tager du?</li> <li>7. Hvad betyder stofferne i din hverdag?</li> <li>8. Hvor lang tid har du brugt stoffer?</li> <li>9. Har du oplevet nogen konsekvenser af dit stofbrug? (<i>Positive og negative</i>)</li> <li>10. Ved din familie og venner, at du bruger stoffer/går i behandling?</li> <li>11. Nej: Hvordan kan det være?</li> <li>12. Ja: Hvad synes de om det?</li> <li>13. Hvis nu du skulle fortælle mig, som ikke ved særlig meget om stoffer, hvad virkningen og risikoen er ved de stoffer, som du tager – hvad ville du så fortælle?</li> <li>14. Tager du nogen særlige forholdsregler, når du tager stoffer?</li> <li>15. Hvor har du fået din viden om stoffer fra?</li> </ol>
<b>KORT INSTRUKS</b>  <b>”MØDER MED SYSTEMET”</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Nu vil jeg gerne høre om nogle af de gode og dårlige oplevelser, du har haft med personer, der arbejder med os borgere. Det kan fx være sagsbehandlere, jobcentermedarbejdere, læger, sygeplejersker, gadeplansmedarbejdere, politi, dem fra behandlingscenteret, en psykolog eller lignende. Det er jo meget, så jeg har taget nogle kort med, vi kan tale om. Der står</li> </ol>

	<p>noget på nogle af dem, og andre kan vi skrive på nu.</p> <p>Jeg kunne godt tænke mig, at du vælger et par kort ud og fortæller mig, hvordan det går, når du møder dem. Hvis der er nogen, som jeg har glemt, som du synes er vigtige, så er der de her blanke kort, hvor vi kan skrive dem på.</p> <p>Det er <b>ikke vigtigt, at vi når dem alle sammen</b>, det vigtigste er, at du fortæller om det, der betyder mest for dig, fx hvis der er nogen, hvor du synes, at det fungerer særligt godt eller særligt dårligt. <i>[Interviewpersonen vælger personer ud, som han/hun har haft kontakt med].</i></p>
<p><b>Fortællinger om systemmøder:</b></p> <p><b>(Tænk i strukturelle, relationelle og praktiske barrierer)</b></p>	<p>Nu kunne jeg godt tænke mig at høre om nogle af de oplevelser, du har haft med de forskellige personer. Kan du give mig et konkret eksempel på en god eller en dårlig oplevelse, du har haft med en af de her personer?</p> <p>17. Er det én du tit ser? Hvornår skete det, du vil fortælle mig om? (Hvornår sås I sidst?)</p> <p>18. Hvordan kom du i kontakt med X?</p> <p>19. Hvad ville du? (hvis du tog kontakt). Gik det, som du havde håbet?</p> <p>20. Hvor foregik det?</p> <p>21. Er det nemt at komme i kontakt med ham eller hende?</p> <p>22. Vil du fortælle mig, hvad der skete?</p> <p>23. Hvordan talte han/hun til dig?</p> <p>24. Hvordan oplevede du det, der skete?</p> <p>25. Fik du hjælp? Var der noget, du gerne ville have haft var anderledes?</p> <p>26. <i>(Hvis positiv oplevelse)</i> Har du haft andre møder med nogle fra X [f.eks. behandlingscenter, politi, jobcenter, hospital], som har været mindre gode? Hvor var det henne? Hvad skete der? Hvordan adskiller denne oplevelse sig fra den anden?</p> <p>27. <i>(Hvis negativ oplevelse)</i> Har du haft andre møder, som har været bedre? Hvor var det henne? Hvad skete der? Hvordan adskiller denne oplevelse sig fra den anden?</p>

	<i>(Gentag 17-27 med ny fortælling det relevante antal gange ... MISBRUGSBEHANDLINGSSYSTEMET SKAL BERØRES)</i>
<b>Sammenhæng på tværs af tilbud</b>	<p>28. Har du indtryk af, at de forskellige personer, som du er i kontakt med, ved hvad du får at vide af de andre? Hænger de ting, de forskellige siger til dig og beder dig om, sammen?</p> <p>29. Er der noget, du gerne ville ændre ved din kontakt?</p> <p>30. Er der nogen eller noget, du nødtigt ville undvære?</p>
<b>Behandlingsønsker:</b>	<p>31. Vil du gerne have en anden eller mere behandling end den, du får?</p> <p>32. (evt.) Er der noget, der forhindrer dig i at komme i den behandling, du ønsker?</p>
<b>Opsamling:</b>	<p>33. På baggrund af dine egne erfaringer med at møde "systemet", hvad synes du er vigtigt for, at du kan få den hjælp, du har brug for? Hvad er de vigtigste forhindringer for, at du kan forbedre dit liv, som du oplever i de møder, du har med den slags personer, vi har snakket om i dag?</p>
<b>Afslutning:</b>	<p>Er der noget, som du gerne vil tilføje – noget, du synes der mangler at blive sagt?</p> <p>Mange tak for din tid!</p>



BILAG 2 INTERVIEWKORT

LÆGEN	KONTAKTPERSON
UDDANNELSES- VEJLEDER	MENTOR
LÆRER	SAGSBEHANDLER
HOSPITALET	GADEPLANS- MEDARBEJDER
JOBCENTERET	MISBRUGS- BEHANDLER
POLITIET	[ ]
PSYKOLOG	[ ]
PSYKIATER	[ ]

## BILAG 3 BAGGRUNDSSKEMA

INTERVIEW NR. \_\_\_\_\_

### BAGGRUNDSOPLYSNINGER – BRUGERUNDERSØGELSEN

1. KØN MAND / KVINDE (SÆT RING)                      3. FØDEÅR: \_\_\_\_\_
2. LEVESTED STORBY / PROVINS (SÆT RING)            4. HOVEDSTOF: \_\_\_\_\_
5. HAR DU EN UDDANNELSE? (HVIS IKKE: Har du afbrudt en uddannelse?) JA / NEJ
  - A. Hvilken \_\_\_\_\_
6. ARBEJDER DU? (HVIS IKKE: Har du arbejdet?) JA / NEJ
  - A. HVOR \_\_\_\_\_
7. HVAD LEVER DU AF? \_\_\_\_\_
8. HAR DIN FAR EN UDDANNELSE? JA / NEJ
  - A. HVILKEN \_\_\_\_\_
9. ARBEJDER/ARBEJDEDE DIN FAR? JA / NEJ
  - A. HVOR \_\_\_\_\_
10. HAR DIN MOR EN UDDANNELSE? JA / NEJ
  - A. HVILKEN \_\_\_\_\_
11. ARBEJDER/ARBEJDEDE DIN MOR? JA / NEJ
  - A. HVOR \_\_\_\_\_

Sæt kryds	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Har du fysiske problemer, der ofte påvirker dit liv?					
Har du psykiske problemer, der ofte påvirker dit liv?					
Har du økonomiske problemer, der ofte påvirker dit liv?					
Har du problemer med din nuværende bologsituation?					
Har du sociale problemer, der ofte påvirker dit liv?					
Oplever du, at du mangler meningsfulde aktiviteter i din hverdag?					

## LITTERATUR

- Amilon, A., J.F. Birkelund, G. Christensen, A.G. Jeppesen & K. Markwardt (2016): *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 16:34.
- Andersen, D. (2014): *Staging and storying change. An ethnography of everyday practice in drug treatment for young people. PhD dissertation*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Andersen, D. & M. Järvinen (2007): "Harm reduction – Ideals and paradoxes". *NAT Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24, s. 235-252.
- Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg & L.L. Eriksen (2016): *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 16:02.
- Benjaminsen, L., D. Andersen & M. Sørensen (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 09:19.
- Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen (2013): *Hjemløshed I Danmark 2013. National Kortlægning*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 13:21.
- Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark & J.F. Birkelund (2015): *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark*.

- En registerbaseret kortlægning*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 15:41.
- Binderkrantz, A.S. & L.B. Andersen (2011): *Guide til NVivo 9*. København: Hans Reitzel.
- Bjerger, B. & B. Nielsen (2014): "Empowered and self-managing users in methadone treatment?" *European Journal of Social Work*, 17(1), s. 74-87.
- Bjerger, B., B. Nielsen & V.A. Frank (2014): "Rationalities of choice and practices of care: Substitution treatment in Denmark". *Contemporary Drug Problems*, 41(1), s. 57-90.
- Bjønness, J. (2013): *At vælge det nødvendige: Prostitution, stofbrug og kampen for anerkendelse blandt marginaliserede danske kvinder*. Ph.d., Aarhus Universitet.
- Bjønness, J. (2015): "Narratives About Necessity – Constructions of Motherhood Among Drug Using Sex-Sellers in Denmark". *Substance Use & Misuse*, 50(6), s. 783-793.
- Bundred, S. (2006): "Solutions to silos: Joining up knowledge". *Public Money and Management*, 26(2), s. 125-130.
- Cuijpers, P. (2002): "Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review". *Addictive behaviors*, 27(6), s. 1009-1023.
- Dahl, H. V. & M.U. Pedersen (2008): *Kvinder og køn: Stofbrug og behandling*. Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Dishion, T.J., J. McCord & F. Poulin (1999): "When interventions harm: Peer groups and problem behavior". *American psychologist*, 54(9), s. 755-764.
- Donbaek, D.F., A. Elklit & M.U. Pedersen (2014): "Post-traumatic stress disorder symptom clusters predicting substance abuse in adolescents". *Mental Health and Substance Use*, 7(4), s. 299-314.
- Eriksen, A. H. (2013): *Stofmisbrugere i job mangler behandling*. Fagbladet 3F, 15. august.
- Flay, B.R. & J.L. Sobel (1983): *The role of mass media in preventing adolescent substance abuse. Preventing adolescent drug abuse: intervention strategies*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.

- Forsberg-Madsen, H. (2014): Stofmisbrug og behandling. En genealogisk undersøgelse af stofmisbrug og behandling i Danmark. Kandidatspeciale i Socialt Arbejde. Aarhus Universitet.
- Fynbo, L. (2014): "Risk, control and self-identity: Young drunk drivers' experiences with driving under the influence of alcohol and drugs". *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3), s. 229-243.
- Goffman, E. (2009 [1963]): *Stigma: Om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Gubrium, J. F., & M. Järvinen (2013): *Turning Troubles Into Problems: Clientization in Human Services*. Routledge.
- Hansen, B. & C. Holst (2012): *To diagnoser – et menneske: En faglig og effektiv misbrugsbehandling*. København: Danske Regioner
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992): "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention". *Psychological bulletin*, 112(1), s. 64-105.
- Hecksher, D. & Dahl, H. (2009): "Hvad nu, hvis de ikke vil i behandling? Om graviditet, misbrug og barrierer i forhold til behandling". *STOF*, 13.
- Hesse, M. & Thylstrup, B. (2014): "Angst og depression hos misbrugere. Kan det behandles?" I: *Misbrugsbehandling – Organisering, indsatser og behov* (red.). Thylstrup, B., Morten, H., Pedersen, M.U. & Frederiksen, K. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, d. 105-115.
- Hesse, M., Thylstrup, B., & Nielsen, A. S. (2015): "Matching patients to treatments or matching interventions to needs?". I: *Sage Handbook of Drug & Alcohol Studies*. Sage Publications, Incorporated.
- Hesse, M. (2016): "A new view is emerging of patients with substance use disorders". *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33(2), s. 147-150.
- Hesse, M. & Thylstrup, B. (2016): "Reaching out to patients with antisocial personality disorder in substance use disorder treatment: experiences and findings from a randomized trial". *Advances in Dual Diagnoses*, 9.
- Hser, Y. I., Polinsky, M. L., Maglione, M., & Anglin, M. D. (1999): "Matching clients' needs with drug treatment services". *Journal of substance abuse treatment*, 16(4), s. 299-305.

- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003): At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2012): At skabe en professionel: Ansvar og autonomi i velfærdsstaten. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M., & Ravn, S. (2014): "Cannabis careers revisited: Applying Howard S. Becker's theory to present-day cannabis use". *Social Science & Medicine*, 100, s. 133-140.
- Järvinen, M., & Ravn, S. (2015a): "Explanations and expectations: drug narratives among young cannabis users in treatment". *Sociology of health & illness*, 37(6), s. 870-887.
- Järvinen, M., & Ravn, S. (2015b): "Out of sync: Time management in the lives of young drug users". *Time & Society*, 0(0), s. 1-21.
- Jensen, D.C., Pedersen, M.J., Pejtersen, J.H. & Amilon, A. (2016): Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 16:26.
- Jeppesen, P.P, Thylstrup, B. & Morten, H. (2016): "Critical review of dual diagnosis training for mental health professionals". *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), s. 856-872.
- Jones, S., Pedersen, M. M., & Hesse, M. (2016): Dårligt selskab? ADHD, vennerelationer og stofbrug i Unge Liv. Århus: Århus Universitetsforlag.
- Katznelson, N., Jørgensen, H. E. D., & Sørensen, N. U. (2015): Hvem er de unge på kanten af det danske samfund? Om hverdagsliv, ungdomskultur og indsatser der gør en positiv forskel. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Keyes, K. M. & D. S. Hasin. (2008): "Socio-economic status and problem alcohol use: the positive relationship between income and the DSM-IV alcohol abuse diagnosis". *Addiction*, 103, s. 1120-1130.
- Kjørboe, E. & N. Gotfredsen (2013): "Stofbrugeres rettigheder". I: N. Rasmussen (red.): *Menneskerettigheder i socialt arbejde*. København: Nyt Juridisk Forlag.
- Kilpatrick, D.G., Aciemo, R., Saunders, B. Resnick, H.S., Best C.L. & Schnurr, P.P. (2000): "Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), s. 19-30.

- Knudsen, H., & Andersen, N. Å. (2016): "Den hyperansvarlige borger: når individet tilskrives ansvar for at binde samfundet sammen". I: K. G. Olesen, & A. S. Pors (Red.): *Borgernær ledelse*. (pp. 218-248). København: Akademisk Forlag, s. 218-248.
- Kvale, S. (1997): *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale S. & Brinkmann S. *Interview*. (2009): *Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lund, A. T. (2004): "Stofedukation. TEMA: Unge og stofferforebyggelse, behandling, straf". *STOF*, 4, 26.
- Lundsberg, P. S., Poulsen, N. H., Bugge, C., & Emmecke, L. S. (2010): *God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet: Metodehæfte til fagpersoner omkring mennesker med et stofmisbrug*. Servicestyrelsen
- Maher, L. (1997): *Sexed Work, Gender, Race and Resistance in a Brooklyn Drug Market*. Oxford: Oxford University Press, New York.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R., & Moffitt, T. (2000): "A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood". *Addiction*, 95(4), s. 491-503.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005): "The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature". *Addiction*, 100(3), s. 304-316.
- Moses, T. (2010): "Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders". *Social science & medicine*, 70(7), s. 985-993.
- Neale, J., Nettleton, S. & Pickering, L. (2012): *The everyday lives of recovering heroin users*. RSA projects.
- Neale, J., Tompkins, C., Wheeler, C., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Strang, J. (2015): "'You're all going to hate the word 'recovery' by the end of this': Service users' views of measuring addiction recovery". *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(1), s. 26-34.
- O'Neil, K.A., Conner, B.T. & Kendall, P.C. (2011): "Internalizing disorders and substance use disorders in youth: Comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention". *Clinical Psychology Review*, 31, s. 104-112.

- Nielsen, B., & Houborg, E. (2015): "Addiction, Drugs, and Experimentation Methadone maintenance treatment between "in here" and "out there"". *Contemporary Drug Problems*, 42(4), s. 274-288.
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M., & Hall, W. (2002): "Cannabis use and mental health in young people: cohort study". *Bmj*, 325(7374), 1195-1198.
- Pedersen, M.U. (2005): "The Two-Dimensionality of the Working Alliance and some Implications for Treatment of Heroin Dependent Persons. A quantitative study of different alliance scales". *Nordisk Psykologi*, 2005, 2, 131-142.
- Pedersen, M.U., Frederiksen, K. (2012): *Unge der misbruger rusmidler – hvor mange, behov, behandling, stofforbrug efter behandling*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M. U., Frederiksen, K. S., & Pedersen, M. M. (2015): *UngMap- En metode til identificering af særlige indsatser, ressourcer, rusmiddelbrug/misbrug og trivsel blandt danske 15-25-årige: Resultater fra den nationale stikprøveundersøgelse 2014*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- Powis, B., Gossop, M., Bury, C., Payne, K., & Griffiths, P. (2000): "Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children". *Drug and Alcohol Review*, 19(2), s. 171-180.
- Radcliffe, P., & Stevens, A. (2008): "Are drug treatment services only for 'thieving junkie scumbags'? Drug users and the management of stigmatised identities". *Social Science & Medicine*, 67(7), s. 1065-1073.
- Rambøll (2013): *Undersøgelse om socialt marginaliserede borgere med kaotisk blandingsmisbrug*. København: Rambøll Management Consulting A/S.
- Reith, G. (2005): "On the Edge: Drugs and the Consumption of Risk in Late Modernity". I: S. Lyng (Red.), *Edgework: The Sociology of Risk-Taking* New York and London: Routledge, s. 227-245.
- Rødner, S. (2005): "'I am not a drug abuser, I am a drug user': A discourse analysis of 44 drug users' construction of identity". *Addiction Research & Theory*, 13(4), s. 333-346.
- Sundhedsstyrelsen (2013): *Sundhedstilbud til socialt udsatte borgere*. København: Sundhedsstyrelsen.



- Sundhedsstyrelsen (2014): Narkotikasituationen i Danmark 2014. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2015): Narkotikasituationen i Danmark 2015. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2016): Narkotikasituationen i Danmark 2016. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2015): Rapport fra arbejdsgruppen om kortlægning af indsatsen på stofmisbrugsområdet. SUU Alm. del Bilag 10. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sørensen, J. K. (2005). Recreational drug use and risk estimation-techno in Denmark. *Drugs and Youth Cultures*. Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Sørensen, J. K. (2006). De rekreative stofbrugere. In *Rundt Om Rusen*. Syddansk Universitet. Institut for Filosofi, Pædagogik og Religionsstudier.
- Taxman, F.S., Perdoni, M.L & Harrison, L.D. (2007): "Drug treatment services for adult offenders: The state of the state". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(3), s. 221-230.
- Termansen, T., Dyrvig, T., Niss, N. K., & Pejtersen, J. H. (2015): Unge i misbrugsbehandling. København: SFI- Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 15:24.
- Thylstrup, B. (2012): God social misbrugsbehandling: Hvad virker og hvad kan der gøres. København: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Thylstrup, B., Bro Ludvigsen, K., Schröder, S., & Pedersen, M. M. (2015): Brugernes tilfredshed med substitutionsbehandlingen. Center for rusmiddelforskning og KABS viden.
- Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. (2012): "The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults". *Journal of substance abuse treatment*, 43(3), s. 344-351.
- van Oorschoot, W. J. H. (2002): "Targeting welfare: on the functions and dysfunctions of means-testing in social policy". I: P. Townsend, & D. Gordon (Red.). *World poverty: new policies to defeat an old enemy*. Bristol: Policy Press.
- Wallentin, H. H. (2013): "Nye muligheder i behandlingen af patienter med dobbeltdiagnoser." *SIND bladet* nr. 5. Udgivet af Landsforeningen SIND.

WHO (2010): ATLAS on substance use. Resources for the prevention and treatment of substance use disorders.

## SFI-RAPPORTER SIDEN 2015

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk). Nogle rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 15:01 Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen: *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. 122 sider. ISBN: 978-87-7119-276-6. e-ISBN: 978-87-7119-277-3. Pris: 120,00 kr.
- 15:02 Benjaminsen, L., T. Dyrvig & T. Gliese: *Livet på hjemløseboformer*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-278-0. e-ISBN: 978-87-7119-279-7. Pris: 140,00 kr.
- 15:03 Gorinas, C. & V. Jakobsen: *Indvandreres og efterkommeres placering på det danske arbejdsmarked*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-280-3. e-ISBN: 978-87-7119-281-0. Pris: 170,00 kr.
- 15:04 Niss, N.K., A. Kiergaard, A.-K. Højen-Sørensen & A.Aa. Hansen: *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af barrierer for frontpersonalet*. 145 sider. e-ISBN: 978-87-7119-282-7. Netpublikation

- 15:05 Bengtsson, S., A.L. Rasmussen & S. Gregersen: *Metoder i botilbud*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-283-4. e-ISBN: 978-87-7119- 284-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:06 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2014*. 240 sider. ISBN: 978-87-7119-285-8. e-ISBN: 978-87-7119- 286-5. Pris: 240,00 kr.
- 15:07 Dietrichson, J., M. Bøg, T. Filges & A.-M.K. Jørgensen. *Skolerettede indsatser for elever med svag socioøkonomisk baggrund*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-287-2. e-ISBN: 978-87-7119-288-9. Pris: 140,00 kr.
- 15:08 Østergaard, S.V., A.B. Steensgaard, A.T. Hansen, S. Henze-Pedersen & J. Østergaard: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel?* 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 289-6. Netpublikation.
- 15:09 Keilow, M. & A. Holm: *Udvikling af måleinstrument for elevadfærd og -holdninger. Baseline data fra evaluering af folkeskolereformen*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-290-2. Netpublikation.
- 15:10 Albæk, K., H.B. Bach, R. Bille, B.K. Graversen, H. Holt, S. Jensen & A.B. Jonassen: *Evaluering af mentorordningen*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-291-9. Netpublikation.
- 15:12 Christensen, E. & S. Baviskar: *Unge i Grønland. Med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-293-3. e-ISBN: 978-87-7119- 294-0. Pris: 120,00 kr.
- 15:13 Christensen, E. & S. Baviskar: *Kalaallit nunaanni inuusuttut. Kinguaasiuutitut tunngasut kinguaasiuutitigullu innarluisarnertit qitunneqarlutik*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-295-7. e-ISBN: 978-87-7119-296-4. Pris: 140,00 kr.
- 15:14 Rangvid, B.S., V.M. Jensen & S.S. Nielsen. *Forberedende tilbud og overgang til ungdomsuddannelse*. 99 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 297-1. Netpublikation.
- 15:15 Amilon, A. (red.): *Inkluderende skolemiljøer – elevernes roller*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-304-6. e-ISBN: 978-87-7119- 300-8. Pris: 280,00 kr.
- 15:16 Amilon, A.: *Evaluering af lokale initiativer for førtidspensionister*. 96 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 301-5. Netpublikation
- 15:17: Jakobsen, V.: *Uddannelses- og beskæftigelsesmønstre i årene efter grundskolen. En sammenligning af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige*

- lande og etniske danskere.* 144 sider. ISBN: 978-87-7119-305-3. e-ISBN: 978-87-7119-306-0. Pris: 140,00 kr.
- 15:18 Christensen, G., A.G. Jeppesen, A.A. Kjær & K. Markwardt: *Udsættelser af lejere – Udvikling og benchmarking. Lejere berørt af foged-sager og udsættelser i perioden 2007-13.* 178 sider, e-ISBN: 978-87-7119-307-7. Netpublikation
- 15:19 Christensen, C.P. & C. Scavenius: *Et felteksperiment med Kærlighed i Kaos. Et forældretræningsprogram til familier med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-308-4. e-ISBN: 978-87-7119-309-1. Pris: 90,00 kr.
- 15:20 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2014. Regionale forskelle.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-310-7. e-ISBN: 978-87-7119-311-4. Pris: 90,00 kr.
- 15:21 Nielsen, C.P., M.D. Munk, M.T. Jensen, K. Karmsteen & A.-M.K. Jørgensen: *Mønsterbryderindsatser på de videregående uddannelser. En forskningskortlægning.* 168 sider. e-ISBN: 978-87-7119-312-1. Netpublikation.
- 15:22 Sievertsen, H.H. & C.J. de Montgomery: *Børn i lavindkomstfamilier.* 105 sider. e-ISBN: 978-87-7119-313-8. Netpublikation.
- 15:23 Wendt, R.E. & A.-M.K. Jørgensen: *Forskningskortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinavisk dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2013.* 98 sider. E-ISBN:978-87-7119-314-5. Netpublikation.
- 15:24 Termansen, T., T. Dyrvig, N.K. Niss & J.H. Pejtersen: *Unge i misbrugsbehandling.* 176 sider. ISBN: 978-87-7119-315-2. e-ISBN: 978-87-7119-316-9. Pris: 170,00 kr.
- 15:25 Christensen, E.: *Det har vi lært af NAKUUSA.* 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-317-6. Netpublikation.
- 15:26 Christensen, E.: *Nakuusamit makku ilikkarpavut. NAKuusap meeqqanut isummorsorfiani ilaasortanik apersuineq.* 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-318-3. Netpublikation.
- 15:27 Keilow, M. & A. Holm: *Skalaer til måling af elevtrivsel på erhvervsuddannelserne. En analyse af data fra tidligere trivselsmålinger. Bidrag til Undervisningsministeriets udvikling af elevtrivselsmålinger på erhvervsuddannelserne.* 92 sider. e-ISBN: 978-87-7119-319-0. Netpublikation.
- 15:28 Andersen, D. & B.S. Rangvid: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til*

- styrkelse af tosprogede elevers faglighed i de 2 første år.* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 320-6. Netpublikation.
- 15:29 Baviskar, S: *Gronlændere i Danmark. En registerbaseret kortlægning.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 321-3. Netpublikation.
- 15:30 Siren, A., R.N. Brunner & R.C.H. Jørgensen: *"Øvelse gør mester" i Næstved Kommune. Evaluering af livs kvalitet i forbindelse med et rehabiliteringsforløb på plejecentre.* 71 sider. e-ISBN: 978-87-7119-322-0. Netpublikation.
- 15:31 Holt, H., M. Larsen, H.B. Bach & S. Jensen: *Borgere I fleksjob efter reformen.* 208 sider. ISBN: 978-87-7119-323-7. e-ISBN: 978-87-7119- 324-4. Pris: 200,00 kr.
- 15:32 Keilow, M., M. Friis-Hansen, R.M. Kristensen & A. Holm: *Effekter af klasseledelse på elevers læring og trivsel.* 176 sider. ISBN: 978-87-7119-325-1. e-ISBN: 978-87-7119-326-8. Pris: 170,00 kr.
- 15:33 Christensen, E: *3-5 år efter ophold i Mælkebøtten – en opfølgning af 26 børn og unge.* 64 sider. ISBN: 978-87-7119-327-5. e-ISBN: 978-87-7119-328-2. Pris: 60,00 kr.
- 15:34 Christensen, E: *Meeqqanik inuusuttunillu 26-nik malinnaaqqinneq - Mælkebøttenimit nuunnerinit ukiut 3-5 kingorna.* 64 sider. ISBN: 978-87-7119-329-9. e-ISBN: 978-87-7119- 330-5. Pris: 60,00 kr.
- 15:35 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2015. National kortlægning.* 208 sider. ISBN: 978-87-7119-333-6. e-ISBN: 978-87-7119-334-3. Pris: 200,00 kr.
- 15:36 Nielsen, C.P., A.T. Hansen, V.M. Jensen & K.S. Arendt: *Folkeskolereformen. Beskrivelse af 2. dataindsamling blandt elever.* 137 sider. E-ISBN: 978-87-7119-335-0. Netpublikation.
- 15:37 Jensen, M.T., K. Karmsteen, A.-M.K. Jørgensen & S.B. Rayce: *Psychosocial Function and Health in Veteran Families - A Gap Map of Publications within the Field.* 220 sider. e-ISBN: 978-87-7119-336-7. Netpublikation.
- 15:38 Sievertsen, H.H: *En god start – betydningen af alder ved skolestart for barnets udvikling.* 83 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 337-4. Netpublikation.
- 15:39 Mehlsen, L., H. Holt, H.B. Bach & C. Törnfeldt: *Ressourceforløb. Koordinerende sagsbehandlers og borgeres erfaringer.* 108 sider. ISBN: 978-87-7119-338-1. Pris: 200,00 kr.

- 15:40 Kjer, M.G., S. Baviskar & S.C. Winter: *Skoleledelse I folkeskolereformens første år. En kortlægning*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-340-4. Netpublikation.
- 15:41 Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark & J.F. Birkelund: *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark. En registerbaseret kortlægning*. 336 sider. ISBN: 978-87-7119-341-1. e-ISBN: 978-87-7119-342-8. Pris: 330,00 kr.
- 15:42 Lausten, M., S. Frederiksen, R.F. Olsen, A.A. Nielsen & T.T. Bengtsson: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer – del II. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-343-5. e-ISBN: 978-87-7119-344-2. Pris: 120,00 kr.
- 15:43 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge*. 129 sider. e-ISBN: 978-87-7119-345-9. Netpublikation.
- 15:44 Jakobsen, V., M. Larsen & S. Jensen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2015*. 272 sider. ISBN: 978-87-7119-346-6. e-ISBN: 978-87-7119-347-3. Pris: 270,00 kr.
- 15:45 Christensen, G., R.C.H. Jørgensen & M.R. Larsen: *Erfaringer med at ændre socialt mix i udsatte boligområder. Evaluering af brugen af anvisnings- og udlejningsredskaber som led i Landsbyggefondens 2006-10-midler*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-348-0. e-ISBN: 978-87-7119-349-7. Pris: 200,00 kr.
- 15:46 Mehlsen, L., M.T. Jensen, A.-M.K. Jørgensen, R.E. Wendt & G. Christensen: *Effektfulde indsatser i boligområder til forebyggelse af kriminalitet. En systematisk forskningsoversigt, nr. 1 af 4*. 112 sider. ISBN: 978-87-7119-350-3. e-ISBN: 978-87-7119-351-0. Pris: 110,00 kr.
- 16:01 Skårhøj, A., A.-K. Højen-Sørensen, K. Karmsteen, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet. Evaluering af fire efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-352-7. e-ISBN: 978-87-7119-353-4. Pris: 160,00 kr.
- 16:02 Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg & L.L. Eriksen: *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-354-1. e-ISBN: 978-87-7119-355-8. Pris: 170,00 kr.
- 16:03 Baviskar, S., M.N. Christoffersen, K. Karmsteen, H. Hansen, M. Leth-Espensen, A. Christensen & J. Brauner: *Kontinuitet i anbrin-*

- gelsler. Evaluering af lovændringer under Barnets reform, delrapport 1.* 128 sider. e-ISBN: 978-87-7119-356-5. Netpublikation.
- 16:04 Niss, N.K., K.I. Dannesboe, C.P. Nielsen & C.P. Christensen: *Evaluering af inklusionsindsatsen i Billund Kommune.* 132 sider. e-ISBN: 978-87-7119-357-2. Netpublikation.
- 16:05 Benjaminsen, L., M.H. Holm & J.F. Birkelund: *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige.* 336 sider. ISBN: 978-87-7119-358-9. e-ISBN: 978-87-7119-359-6. Pris: 320 kr.
- 16:06 Keilow; M., M. Friis-Hansen, S. Henze-Pedersen & S. Ravn: *Inklusionsindsatser i folkeskolen. Resultater fra to lodtrækningsforsøg.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-361-9. e-ISBN: 978-87-7119-362-6. Pris: 130 kr.
- 16:07 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge". Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjemmene.* 130 sider. e-ISBN: 978-87-7119-363-3. Netpublikation.
- 16:08 Andersen, D, K. Markwardt, L.B. Larsen & M.A. Svendsen: *Vel-færdsteknologi i plejeboliger. Borger, medarbejder og økonomisk perspektiv.* 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-364-0. Netpublikation.
- 16:09 Amilon, A & A.G. Jeppesen: *Økonomisk udsatte pensionister. Levevilkår blandt økonomisk dårligt stillede pensionister.* 98 sider. ISBN: 978-87-7119-365-7. e-ISBN: 978-87-7119-366-4. Pris: 100 kr.
- 16:10 Bille, R.: *Implementering af beskæftigelsespolitik i Danmark.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-369-5. Netpublikation.
- 16:11 Bach, H.B., L. Mehlsen & J. Høgelund.: *Evidens om effekten af indsatser for ledige seniorer.* 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-370-1. Netpublikation.
- 16:12 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at forbedre børns skolegang og uddannelse og voksnes arbejdsmarkedsparathed. En systematisk forskningsoversigt, nr. 2 og 3 af 4.* 172 sider. ISBN: 978-87-7119-371-8. e-ISBN: 978-87-7119-372-5. Pris 170 kr.
- 16:13 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at øge børns trivsel og forbedre forældres kompetencer. En systematisk forskningsoversigt, nr. 4 af 4.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-373-2. e-ISBN: 978-87-7119-374-9. Pris: 130 kr.



- 16:14 Højen-Sørensen, A.-K., L. J. Kristiansen, A.-M.K. Jørgensen & R.E. Wendt: *Kortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinavisk dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2014*. 107 sider. e-ISBN: 978-87-7119-375-6. Netpublikation.
- 16:15 Larsen, M., H. Holt, M.R. Larsen: *Et konsopdelt arbejdsmarked. Udviklingstræk, konsekvenser og forklaringer*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-376-3. e-ISBN: 978-87-7119-377-0. Pris: 170 kr.
- 16:16 Oldrup, H., M.N. Christoffersen, I.L. Kristiansen, S.V. Østergaard: *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-378-7. e-ISBN: 978-87-7119-379-4. Pris: 250,00 kr.
- 16:17 Oldrup, H., S. Frederiksen, S. Henze-Pedersen & R.F. Olsen: *Indsat far udsat barn. Hverdagsliv og trivsel blandt børn af fængslede*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-380-0. Netpublikation.
- 16:18 Thomsen, J.-P. (red): *Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-383-1. e-ISBN: 978-87-7119-384-8. Pris: 290,00 kr.
- 16:19 Hansen, H, C.P. Christensen & T. Termansen: *Evaluering af Feedback-Informed Treatment ved Silkeborg Kommunes Familiecenter*. 77 sider. e-ISBN: 978-87-7119-385-5. Netpublikation.
- 16:20 Højen-Sørensen, A.-K., K.S. Kohl, K.M.V. Dahl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Lige Muligheder – Udsatte børn og unge. Afsluttende evaluering*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-386-2. e-ISBN: 978-87-7119-387-9. Pris: 180,00 kr.
- 16:21 Bagger, S., K.S. Kohl, M.T. Strande & K. Karmsteen: *Anbragte børns skolegang på intern skole*. 89 sider. e-ISBN: 978-87-7119-388-6. Netpublikation.
- 16:23 Fridberg, T & J.F. Birkeund: *Pengespil og spilleproblemer i Danmark 2005-2016*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-390-9. e-ISBN: 978-87-7119-391-6. Pris: 180,00 kr.
- 16:25 Karmsteen, K., C.J.de Montgomery & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet II. Kvantitativ evaluering af to efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 80 sider. ISBN: 978-87-7119-393-0. e-ISBN: 978-87-7119-394-7. Pris 80,00 kr.
- 16:26 Jensen, D.C., M.J. Pedersen, J.H. Pejtersen & A. Amilon: *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-395-4. e-ISBN: 978-87-7119-396-1. Pris: 130,00 kr.

- 16:27 Jakobsen, V. & M.R. Larsen: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. En effektevaluering af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje*. 172 sider. ISBN: 978-87-7119-397-8. e-ISBN: 978-87-7119-398-5. Pris: 170,00 kr.
- 16:28 Henze-Pedersen, S., C.B. Dyssegaard, N. Egelund & C.P. Nielsen: *Inklusion – set i et elevperspektiv. En kvalitativ analyse*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-403-6. Netpublikation.
- 16:29 Nielsen, C.P. & B.S. Rangvid: *Inklusion i folkeskolen. Sammenfatning af resultaterne fra Inklusionspanelet*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-404-3. e-ISBN: 978-87-7119-405-0. Pris 130,00 kr.
- 16:30 Siren, A., M. Bjerre, H.B. Nørregård, N.K. Niss & H.H. Lauritzen: *Forebyggelse på aldrerådet. Evaluering af forebyggelse af fysiske, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-406-7. e-ISBN: 978-87-7119-407-4. 160,00 kr.
- 16:31 Olsen, R.F., K.M.V. Dahl & M.H. Poulsen: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer gør en forskel i ungdommen?* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-408-1. Netpublikation.
- 16:32 Kohl, K.S., M.L. Kessing, L. Fynbo, D. Andersen, A. Schmidt, M.N. Jensen & M.C. Munkholm: *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*. 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-411-1. Netpublikation.
- 16:33 Henze-Pedersen, S., K.S. Kohl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Implementering af Multifunc. Et behandlingsprogram til unge med svære adfærdsvanskeligheder*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-413-5. e-ISBN: 978-87-7119-414-2. Pris 180,00 kr.
- 16:34 Amilon, A., J.F. Birkelund, G. Christensen, A.G. Jeppesen & K. Markwardt: *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*. 142 sider. e-ISBN: 978-87-7119-415-9. Netpublikation.
- 16:35 Fridberg, T. & J.F. Birkelund: *Pengespil blandt unge i Danmark 2007-2016. En undersøgelse af 12-17-åriges spil om penge og risikable spilleadfærd*. 192 sider. ISBN: 978-87-7119-416-6. e-ISBN: 978-87-7119-417-3. Pris 190,00 kr.



# STOFMISBRUGSOMRÅDET I ET BRUGERPERSPEKTIV

Denne rapport beskriver stofmisbrugsområdet set fra brugernes synsvinkel. Rapporten bygger på interview med 106 borgere, der på meget forskellig vis lever med stofmisbrug. Den belyser, hvilke udfordringer, de oplever i mødet med myndigheder og indsatser, og hvilke former for hjælp, de sætter pris på eller godt kunne tænke sig. Rapporten undersøger også borgernes tilknytning til stofmisbrugsbehandlingen, og hvilken viden de har om de stoffer, de tager.

Undersøgelsen er baseret på interview med tre grupper af borgere med misbrug: Unge i behandling for stofmisbrug, voksne i behandling for stofmisbrug og endelig borgere, der har et stofmisbrug, men ikke modtager behandling.

Rapporten fokuserer på de strukturelle og relationelle barrierer, som borgerne oplever i deres møder med ansatte i bl.a. sundhedssystemet, beskæftigelsessystemet, det sociale system og politiet

Undersøgelsen viser, at mennesker med stofmisbrug er meget forskellige og har forskellige liv og ønsker. Det er dog et gennemgående træk, at brugerne efterspørger fleksible og helhedsorienterede indsatser, samt udvidet adgang til psykologhjælp, og at mange oplever at stemplingen som "stofmisbruger" giver dem problemer i mødet med myndigheder og indsatser.

Undersøgelsen er iværksat på initiativ af Socialstyrelsen.