



SERVICESTYRELSEN

# Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv



# Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv



Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv

© Servicestyrelsen 2010

Teksten kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Forfattere: Mette L. Lauridsen, Mette Kronbæk,  
Peter Sindal Lundsberg

Sproglig bearbejdelse: Karen Rostrup Böyesen

Foto: Signe Vad

Grafisk tilrettelæggelse og layout: Aakjærs as, Vejle

Bogen er sat med Vista Sans og Swift

Tryk: Laursen Grafisk, Tønder

ISBN: 978-87-92567-18-5 (trykt udgave)

ISBN: 978-87-92567-19-2 (elektronisk udgave)

Trykt i 8.000 eksemplarer

Pris: Gratis

Bogen kan downloades eller bestilles via

[www.servicestyrelsen.dk](http://www.servicestyrelsen.dk)

Servicestyrelsen

Edisonsvej 18, 1. sal

5000 Odense C

Tlf.: 72 42 37 00

[servicestyrelsen@servicestyrelsen.dk](mailto:servicestyrelsen@servicestyrelsen.dk)

[www.servicestyrelsen.dk](http://www.servicestyrelsen.dk)

# indhold

<b>Forord</b> .....	<b>9</b>
<b>Stofmisbrug i Danmark</b> .....	<b>11</b>
Terminologi .....	12
<b>Præsentation af området</b> .....	<b>15</b>
<b>Misbrug og afhængighed</b> .....	<b>16</b>
<b>Hvad er misbrug?</b> .....	<b>18</b>
Sygdomsmodellen .....	19
Symptommodellen .....	20
Livsformmodellen .....	21
Tilgangens betydning .....	21
<b>Hvad er god støtte og behandling?</b> .....	<b>23</b>
<b>Helhedsorienteret indsats og tværgående samarbejde</b> .....	<b>26</b>
Det hele menneske .....	28
<b>Den sociale handleplan</b> .....	<b>29</b>
Behandlingsplaner .....	31
<b>Den skadesreducerende tilgang</b> .....	<b>32</b>
Skadesreducerende tilbud .....	33
<b>Social behandling</b> .....	<b>39</b>
<b>Praktiske behandlingsforhold</b> .....	<b>41</b>
Døgnbehandling .....	41
Dagbehandling .....	42
Ambulant behandling .....	43
<b>Efterbehandling</b> .....	<b>44</b>
<b>Behandlingsmodeller</b> .....	<b>47</b>
<b>Den socialpædagogiske behandlingsmodel</b> .....	<b>47</b>
<b>Minnesota-modellen</b> .....	<b>48</b>
<b>Cenaps-modellen</b> .....	<b>51</b>
<b>Hierarkiske terapeutiske Samfund (HTS)</b> .....	<b>52</b>
<b>Demokratiske terapeutiske Samfund (DTS)</b> .....	<b>53</b>
<b>Den eklektiske model</b> .....	<b>54</b>

<b>Terapeutiske metoder</b> .....	<b>56</b>
Den løsningsfokuserede tilgang .....	56
<b>Kognitiv terapi</b> .....	<b>56</b>
Kognitiv misbrugsbehandling .....	57
<b>Systemisk terapi</b> .....	<b>58</b>
<b>Rammer for behandlingen</b> .....	<b>59</b>
<b>Tilbud og ydelser</b> .....	<b>59</b>
<b>Ansvar og muligheder</b> .....	<b>60</b>
Garanti for social behandling .....	61
Ret til frit valg mellem behandlingstilbud .....	61
Mulighed for tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling .....	62
Stofmisbrugsbehandling til unge under 18 år .....	62
<b>Lægelig behandling</b> .....	<b>63</b>
<b>Mødet med brugeren</b> .....	<b>69</b>
<b>Grundlæggende retssikkerhed</b> .....	<b>70</b>
Vejledningspligt .....	70
Udveksling af personoplysninger .....	73
Partsrettigheder .....	74
<b>Brugerinddragelse</b> .....	<b>77</b>
Hvorfor brugerinddragelse? .....	78
Forudsætninger for brugerinddragelse .....	78
<b>Niveauer for brugerinddragelse</b> .....	<b>79</b>
<b>Barrierer og dilemmaer</b> .....	<b>80</b>
Organisatoriske barrierer .....	81
Faglige og personlige barrierer .....	81
<b>Faglig kompetence</b> .....	<b>84</b>
<b>Visitation</b> .....	<b>87</b>
Særligt om visitation til døgnbehandling .....	88
<b>Redskaber ved visitation</b> .....	<b>90</b>
<b>VISO</b> .....	<b>90</b>
<b>Kvalitetsstandard</b> .....	<b>90</b>
<b>Netbaserede registre</b> .....	<b>91</b>
SIB – Stofmisbrugere I Behandling .....	92
DanRIS-døgn .....	92
Servicestyrelsens Stofmisbrugsdatabase .....	93
tilbudsportalen.dk .....	93
<b>EuropASI</b> .....	<b>95</b>

## **Støtte og rådgivning ..... 103**

### **Aktivitets- og samværstilbud ..... 104**

Væresteder ..... 104

### **Gadeplans- og opsøgende arbejde ..... 106**

Støtte- og kontaktpersonordningen (SKP) ..... 108

### **Selvhjælpsgrupper ..... 110**

Anonyme narkomaner (NA) ..... 110

### **Case management – en metode ..... 112**

### **En beskæftigelsesrettet indsats ..... 114**

Beskæftigelsesrettede ydelser ..... 114

## **Krop og misbrug ..... 119**

### **Sygdom og sundhedsfremme ..... 119**

Hygiejne og kost ..... 119

Smitsomme sygdomme ..... 120

Forebyggelse af følgesygdomme ..... 120

Stofmisbrugerens møde med sundhedssystemet ..... 121

### **Misbrugsstoffer ..... 123**

Opioider ..... 123

Kokain ..... 124

Amfetamin ..... 125

Cannabis (hash) ..... 126

Benzodiazepiner ..... 127

Ecstasy ..... 128

Fantasy ..... 128

Hallucinogener ..... 129

Khat ..... 129

Alkohol ..... 129

### **Substitutionsbehandling ..... 131**

Substitutionsbehandling i Danmark ..... 132

Målgruppen ..... 133

En længerevarende model ..... 133

Social behandling sammen med substitutionsbehandling ..... 134

### **Lægeordineret heroin ..... 136**

## **Familier med stofmisbrug ..... 141**

<b>Stofmisbrug under graviditeten</b> .....	<b>141</b>
Medicinering .....	141
<b>Indsatsen for gravide stofmisbrugere</b> .....	<b>142</b>
Tidlig støtte .....	145
Familieambulatorier .....	145
Mulighed for tilbageholdelse af gravide stofmisbrugere i behandling .....	146
<b>Børn i familier med stofmisbrugsproblemer</b> .....	<b>148</b>
Underretningspligt .....	150
Familietilbud .....	150
<b>Unge med rusmiddelproblemer</b> .....	<b>154</b>
Kendetegn ved unge med misbrugsproblemer .....	154
Behandling af unge med misbrugsproblemer .....	155
Samarbejdet med den unge og familien .....	156
<b>Pårørende og andet netværk</b> .....	<b>158</b>
Pårørendeforeninger .....	159

## **Særlige misbrugergrupper ..... 163**

<b>Kvinder med stofmisbrugsproblemer</b> .....	<b>164</b>
Dobbelt marginalisering .....	165
Kvinder med børn .....	166
Kvindes behandlingsbehov .....	166
<b>Nye misbrugere (hash og kokain)</b> .....	<b>168</b>
Tilbud til hash- og kokainmisbrugere .....	169
<b>Stofmisbrugere med psykiske lidelser</b> .....	<b>171</b>
Dobbeltdiagnose .....	171
Behandling .....	174
Tilbud til brugere med dobbeltdiagnose .....	176
<b>Voksne med ADHD</b> .....	<b>178</b>
ADHD og misbrug .....	179
Sagsbehandling ved ADHD .....	180
<b>Misbrugere med anden etnisk baggrund end dansk</b> .....	<b>181</b>

<b>Brugere med langvarigt misbrug</b> .....	<b>184</b>
Tilbud til brugere med langvarigt misbrug .....	186
Botilbud .....	187
<b>Kriminalitet og stofmisbrug</b> .....	<b>189</b>
Den gode løsladelse .....	189
<b>Misbrugere med senfølger af seksuelle overgreb</b> .....	<b>191</b>
<b>Stofmisbrug og prostitution</b> .....	<b>194</b>
Erfaringer fra prostitution .....	194
<b>Hjemløse stofmisbrugere</b> .....	<b>196</b>
Problemets omfang .....	196
Behandling af hjemløse .....	197
Tilbud til hjemløse stofmisbrugere .....	198





# Forord

I 2007 tog Indenrigs- og Socialministeriet en række initiativer til at løfte kvaliteten i den sociale behandlingsindsats for stofmisbrugere og ikke blot sikre en kvalificeret, men også korrekt sagsbehandling. Afsættet for initiativerne var en evaluering og status – udarbejdet af Center for Rusmiddelforskning i 2007 – over garantien for social behandling af stofmisbrugere, der blev indført i 2003. Undersøgelsen viste at der var problemer med at overholde behandlingsgarantien.

Denne bog er et af disse initiativers produkter. Sigtet med den er at samle op på den eksisterende viden om stofmisbrugsområdet i Danmark. Her beskrives en række temaer, knyttet til mennesker med stofmisbrugsproblemer, og tilbud der kan være relevante – enten i forhold til stofmisbruget eller i forhold til de mange andre sociale problemer der danner baggrund for misbruget eller er følger af det. Bogen tænkes anvendt af fagpersoner på området der enten kan søge inspiration, blive introduceret til områdets temaer eller blive henvist til andre publikationer hvis interessen stikker dybere (hvert kapitel afsluttes med en litteraturliste afgrænset af kapitlets emne – for de to sidste kapitlers vedkommende følger en litteraturliste hvert afsnit for at gøre det nemt at isolere særlige målgrupper). Bogen kan læses sammenhængende af den der ønsker en bred indføring i stofmisbrugsområdet, men kan også bruges til opslag på konkrete interesseområder.

Emnerne er valgt med henblik på at give en relativt bred introduktion til den sociale indsats på stofmisbrugsområdet. De afdækker dog ikke hele området, men er udtryk for et 'nutidsbillede' der kun i et vist omfang medtager den nye viden der konstant tilføres området.

Bogens målgruppe er både fagpersoner med et begrænset kendskab til området der har brug for et hurtigt overblik, og fagpersoner der har arbejdet mange år på stofmisbrugsområdet, men ønsker viden om emner der ligger uden for deres erfaringsområde, fx visitatorer, behandlere og sagsbehandlere der har kontakt med stofmisbrugere i deres daglige arbejde. Det er en meget differentieret målgruppe med forskellige uddannelser, erhvervs erfaringer, vidensbehov og opgaver i forhold til mennesker med stofmisbrugsproblemer, men det er vores håb at de alle kan hente inspiration eller viden på disse sider.

Det skal understreges at bogens målgruppe også omfatter fagpersoner der har kontakt med stofmisbrugere i andre sammenhænge end misbrugsbehandling. Endvidere skal opmærksomheden henledes på *God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet – et metodehæfte til fagpersoner omkring mennesker med et stofmisbrug* som Servicestyrelsen udgiver medio 2010. Her fokuseres der primært på sagsbehandlerens rolle og borgerens retsstilling.

I håb om at *Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv* kan bidrage til refleksion over arbejdet for mennesker med stofmisbrugsproblemer, ønskes hermed god læselyst.

*Servicestyrelsen, februar 2010*

# Stofmisbrug i Danmark

Det seneste årti byder på et historisk højt, stabilt niveau af mennesker der eksperimenterer med at bruge hash og andre illegale rusmidler. Den seneste befolkningsundersøgelse på området viser at 45% af landets 16-44 årige på et tidspunkt har eksperimenteret med hash, og at 13% af samme målgruppe har prøvet andre illegale rusmidler. At forsøge sig med rusmidler er typisk et ungdomsfænomen der starter i teenageårene, mest drejer sig om at eksperimenterer lidt og kun står på i en kortere periode (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Sundhedsstyrelsen skønner at der er ca. 27.000 stofmisbrugere i Danmark, et skøn baseret på dem der er – eller har været – i kontakt med misbrugsbehandlingssystemet inden for en given periode, suppleret med et estimat over antallet af de misbrugere der ikke har kontakt med systemet. (Skønnet er foretaget via en samkøring af to registre: Stofmisbrugsregistret og Landspatientregistret). Tallet omfatter ikke mennesker med en eksperimenterende brug af rusmidler (Sundhedsstyrelsen, 2009). Omfanget af stofmisbrugere vurderes at have været forholdsvis stabilt siden 2001. Det samlede antal stofmisbrugere der har været i behandling i løbet af 2008 er 12.200 personer. 77% af denne gruppe var mænd og gennemsnitsalderen var 32 år for mænd og 31 år for kvinder. Unge stofmisbrugere udgør en stadig større del af landets stofmisbrugere i behandling (Sundhedsstyrelsen, 2009).

De stofmisbrugere bogen fokuserer på, er dem der har kontakt med det offentlige system på en eller anden måde, pga. deres sociale problemer. Der er tale om en meget uhomogen gruppe med meget individuelle problemsammensætninger, men generelt set er den sværere belastet end resten af befolkningen. Kun 17% var i beskæftigelse i 2008 og deres boligsituation, uddannelsesniveau og sociale samliv tegner billedet af en socialt udsat gruppe. Heroin kombineret med andre rusmidler er det mest almindelige forbrugsmønster blandt stofmisbrugere i behandling, og dagens Danmark byder på en relativt stor gruppe stofmisbrugere med et langvarigt misbrug, mennesker der har været i substitutionsbehandling i årevis, mange med et betydeligt, sideløbende forbrug af andre rusmidler (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Andelen af misbrugere der søger behandling, med hash og centralstimulerende rusmidler som hovedstof, er steget markant gennem årene (særligt for de 18-24 årige), og hash udgør i dag hovedstoffet for ca. hver tredje i behandling. Det samlede antal misbrugere under 30 år der søger behandling for heroinmisbrug, er faldet fra 746 i 1997 til 223 i 2008. Heroin er således et rusmiddel der for øjeblikket er kraftigt i tilbagegang blandt behandlingssøgende stofmisbrugere. For dem der indskrives i behandling for første gang, ses et langt større antal med hash og andre centralstimulerende rusmidler som hovedstof end for gruppen som helhed (Sundhedsstyrelsen, 2009). Dette skift i rusmiddelmønstret – sammenholdt med at unge stofmisbrugere udgør en stadig stigende del af stofmisbrugerne

i behandling – betyder at behandlingssystemet i stigende grad møder stofmisbrugere der er mindre socialt ekskluderede end de lidt ældre misbrugere. I bogen beskrives en række temaer som er relevante, uanset om der er tale om brugere med langvarigt heroinmisbrug bag sig eller yngre brugere af fx hash og kokain. Men der er ganske givet en række nuancer og særlige forhold det vil være nødvendigt at holde sig for øje i håndteringen af de yngre misbrugere, der ikke behandles i bogen i nævneværdig grad. I denne gruppe – og ud over den – er der endvidere stofbrugere der ikke har kontakt med behandlingssystemet og som, på trods af en afhængighed, fungerer rimeligt i relation til familie, arbejde og netværk. Denne gruppes misbrugsproblemer er minimalt beskrevet og har derfor været svære at inddrage i denne bog, der primært bygger på andres forskning.

Bilaget bagerst i bogen er en direkte gengivelse af områdets mest relevante paragraffer og vejledninger, hentet på [retsinfo.dk](http://retsinfo.dk). En \* i en reference betyder at den pågældende tekst er med i bilaget. Referencerne i teksten er selvfølgelig kilder til hvorfra viden er hentet, men skal især fungere som vejviser til hvor man kan søge for at læse mere om emnet.

## Terminologi

Der er mange holdninger til hvordan man skal betegne mennesker med en problematisk brug af rusmidler. Ved at bruge betegnelsen *stofmisbruger*, antages det at den omtalte har et reelt misbrug, dvs. et forbrug der går ud over helbred eller sociale relationer. Det problematiske ved at bruge begrebet *misbruger* er at grænsen mellem brug og misbrug er flydende; hvad nogle opfatter som misbrug, vil andre opfatte som brug. Billedet rystes yderligere af at den sociale sammenhæng rusmidlet indtages i, kan være afgørende for om det vil blive betragtet som brug eller misbrug.

Et problematisk forbrug af euforiserende rusmidler behøver ikke at være det primære problem for den enkelte. Der kan være mange andre sidestillede problemer der er væsentlige faktorer i forhold til hvordan et menneske fungerer privat, socialt og helbreds-mæssigt. Selvom betegnelsen *stofmisbruger* kun sjældent er dækkende i forhold til den enkeltes problemsammensætning – og tillige ofte ligger langt fra den enkeltes selvforståelse – har vi valgt jævnligt at bruge denne betegnelse dels fordi alternativerne sprogligt er meget tunge og hæmmer læsevenligheden betydeligt, dels fordi betegnelsen medvirker til at fokusere på den problemstilling der er bogens omdrejningspunkt.

I forhold til terminologien omkring socialt udsatte mennesker er de mest brugte begreber *bruger*, *klient* og *borger* (den politiske betydning af begreberne uddybes på side 77ff i forbindelse med brugerinddragelse). Ordvalget indikerer forskellige relationer mellem mennesket og samfundet. Enhver er *borger* i et samfund mens *bruger* i højere grad beskriver et individ der benytter det offentlige system. Klientbegrebet henviser i højere grad til borgerens afhængighed af en offentlig myndighed og opfattes af nogle som et udtryk

for en tilgang præget af et menneskesyn der mangler ligestilling i synet på borger/fagperson-relationen, men af andre som det mest neutrale begreb. Vi har derfor undgået brugen af ordet *klient*. I denne bog bruges begrebet *borger* om et menneske der endnu ikke har modtaget et tilbud om social eller sundhedsfaglig støtte eller behandling, og *bruger* om en der har.

## Litteratur

Sundhedsstyrelsen (2008). Narkotikasituationen i Danmark.

Sundhedsstyrelsen (2009). Narkotikasituationen i Danmark.

Serviceoven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.



# Præsentation af området

Hvad betragter vi som misbrug? Det er nødvendigt at forholde sig til dette spørgsmål for at forstå rammerne for stofmisbrugsindsatsen i Danmark, og derfor præsenteres i det følgende en måde at anskue og diagnosticere misbrug og afhængighed på.

Fænomenet misbrug kan forstås ud fra forskellige modeller med forskellige tilgange til afhængighed og misbrug. Skal vi betragte misbrug som en sygdom, et symptom eller en livsform? I arbejdet med stofmisbrugere er det vigtigt at være opmærksom på betydningen af hvilken tilgang man som fagperson eller som ansvarlig myndighed har til hvad der forårsager misbrug. Det kan have afgørende betydning for den indsats der tilbydes brugeren.

De forskellige typer dokumentation som behandlingsstederne i stigende omfang forventes at udføre, er med til at skabe reel viden på et område der traditionelt er præget af udokumenterede antagelser. Meningen med den nationale erfaringsopsamling der foregår via indberetning til forskellige databaser, er at de indsamlede data skal øge den tilgængelige viden om hvordan misbrug skal håndteres generelt, og medvirke til at vise vej til den bedst mulige indsats over for stofmisbrugere. Det har indtil videre ført til en stribe konkrete anbefalinger til god stofmisbrugsbehandling, der gennemgås i dette kapitel.

Stofmisbrugsindsatsen kan have forskellige mål. Selvom hovedmålet med den sociale indsats på stofmisbrugsområdet fra politisk og lovgivningsmæssig side er stoffrihed, arbejdes der sideløbende ud fra en tilgang hvor målet med indsatsen tilrettelægges for den enkelte bruger. Derfor er stabilisering og reduktion også målsætninger der arbejdes med. Faktisk er skadesreduktion i Danmark et meget centralt indsatsområde som kort beskrives for at danne udgangspunkt for en række andre afsnit i bogen, hvor der sættes fokus på indsatser der helt eller delvist har skadesreduktion som mål.



# Misbrug og afhængighed

”En stofmisbruger er fysisk og/eller psykisk afhængig af et eller flere bevidsthedsændrende stoffer (rusmidler) i en sådan grad at det medfører skader eller problemer for pågældende selv og/eller nærtstående samt samfundet.” (botilbudsvejledningen pkt. 204\*, 2006)

Således definerer vejledning 4 til serviceloven en stofmisbruger. Den danske indsats over for stofmisbrugere tager udgangspunkt i at alle stofmisbrugere med behandlingsbehov er socialt udsatte. I vejledningen inddeles stofmisbrugere i tre kategorier afhængig af graden af social integration. Både fra en sundhedsmæssig og en social vinkel skal rusmidlet bruges mere end en enkelt gang før man kan tale om misbrug. En sporadisk og eksperimenterende brug af rusmidler som alkohol eller hash opleves af mange unge som et led i den almindelige socialiseringsproces i overgangen fra barn til voksen. For de fleste unge udvikler det eksperimenterende brug sig til en almindelig, socialt accepteret brug af rusmidler, men nogle udvikler misbrug eller afhængighed – to begreber det er væsentligt at skelne imellem. Man kan godt være misbruger eller storforbruger af et stof uden at være afhængig af det, og man kan godt være afhængig uden at være misbruger. Endelig kan man være både misbruger og afhængig (Rindom, 1999). Der er flere måder at holde begreberne ude fra hinanden på, fx beskriver centerleder på Center for Rusmiddelforskning, Mads Uffe Pedersen, med hjælp fra diagnosesystemet ICD-10, kontinuummet mellem brug og afhængighed således (Pedersen, 2005):

**Brug** af rusmidler – er et forbrug der ikke er et misbrug, kendetegnet ved at det ikke medfører sociale, psykiske og/eller fysiske problemer for den person der har forbruget.

**Risiko-brug** – er et forbrug af rusmidler der måske kan blive koblet til sociale problemer for brugeren. Hos brugere i denne del af spektret ser man sociale problemer der ikke med sikkerhed kan tilskrives brugen af rusmidler. Det kan betegnes som risiko-brug når et eller to af følgende kriterier opfyldes:

- Brugeren oplever en tvangsmæssig trang til at indtage rusmidler
- Via kontroltab svækkes brugerens evne til at styre indtagelsen af rusmidler og dermed til at standse eller nedsætte brugen
- Brugeren har abstinenssymptomer og må indtage rusmidler for at ophæve eller undgå dem

- Brugeren har udviklet tolerance for rusmidlet, dvs. et behov for en større mængde rusmiddel for at opnå samme effekt
- Rusmidlet har fået en dominerende rolle i brugerens liv – det prioriteres over alt andet
- Brugeren fortsætter med at bruge rusmidlet, selvom vedkommende har erkendt dets skadevirkninger

**Misbrug** af rusmidler – er et forbrug der afstedkommer klart påviselige sociale problemer. Men som ikke opfylder mindst tre af ovennævnte kriterier.

**Afhængigt misbrug** – er et forbrug der medfører klart misbrugsrelaterede sociale problemer. Mindst tre af de ovenstående kriterier skal være opfyldt og de misbrugsrelaterede sociale problemer skal kunne identificeres.

**Afhængigt brug** – er et forbrug der opfylder mindst tre af de ovennævnte kriterier, men uden at man med sikkerhed kan knytte eventuelle sociale problemer til brugen.

Når brugen af rusmidler ifølge en læge kan udløse en diagnose ud fra WHO's diagnosesystem ICD-10, vil den være enten *misbrug* eller *afhængighed* (afhængighedssyndrom). Risiko-brug er for usikker en definition at forholde sig fagligt til, bl.a. fordi det vil være uklart om tilstødende sociale problemer er årsag eller virkning.

I Danmark bruges først og fremmest ICD-10 til at vurdere afhængigheden og misbruget hos den borger der henvender sig til et misbrugscenter. Systemet medvirker til at finde den rette behandling af borgerens stofmisbrugsbelastning. WHO's diagnosesystem fokuserer ikke på *misbrug*, men på *afhængighed af rusmidler* og rubricerer borgeren som afhængig hvis tre af de kriterier der er beskrevet ovenfor under risiko-misbrug, er opfyldt inden for en sammenhængende periode på mindst en måned eller gentagne gange inden for et år.

ICD-10 er blevet kritiseret for at mangle fokus på den sociale del af misbruget. Denne mangel betyder at misbrugets eventuelle sociale følgevirkninger ikke er afgørende i afdækningen af behandlingsbehovet. Systemet fokuserer udelukkende på misbrugets psykiske og fysiske skadevirkninger så hvis brugeren endnu ikke har udviklet fysiske eller psykiske skader, men derimod en social dysfunktion forårsaget af misbruget, vil den pågældende ikke rangere som behandlingskrævende med ICD-10 diagnosesystemet (Pedersen, 2005). Social dysfunktion kan eksempelvis være brugerens manglende omgang med mennesker der ikke tager del i 'stoflivet', dvs. mennesker der ikke er brugere, misbrugere eller afhængige.

Hvis en bruger uden andet socialt netværk end det stof-relaterede, ophører med at indtage stoffet, fx ryge hash, vil resultatet være at den pågældende ingen social omgangskreds har og dermed isoleres fuldstændigt. En anden social slagside ved stofophør kan være en ødelagt døgnrytme. Livet som aktiv misbruger opdeler dagen i mange gøremål der vil efterlade store 'huller i livet' ved et eventuelt ophør af misbruget.

Fokuserer man på afhængighed, er det nødvendigt at være opmærksom på at de to typer afhængighed, den fysiske og den psykiske, ofte vil forekomme samtidigt, men i realiteten er to af hinanden uafhængige tilstande. Ege (2004) definerer dem således:

**Psykisk afhængighed** er en stærk trang (stofhunger, *craving*) til at indtage et rusmiddel for at opnå tilfredsstillelse eller lystfølelse og undgå ubehag.

**Fysisk afhængighed** er en tilstand der manifesterer sig dels som stof-tolerance, dels som psykiske og fysiske forstyrrelser (abstinenssymptomer) når stofindtaget ophører.

Der findes alternative diagnosesystemer der stiller skarpt på de sociale aspekter af et stofmisbrug, fx det amerikanske psykiatريفorbunds diagnosesystem DSM-IV R (APA, 1987 & 1994). Dette system bliver til gengæld kritiseret for sin potentielle risiko for at 'overdiagnosticere' og problematisere brugsmønstre der betragtes som normale i andre kulturer.

## Hvad er misbrug?

Misbrug handler ikke kun om den enkelte borgers fysiske og psykiske reaktioner. Tværtimod er misbrug først og fremmest kulturelt og socialt betinget. Det at blive betragtet som stofmisbruger er betinget af det omgivende samfunds sociale og kulturelle strukturer, og betydningen af betegnelsen *misbruger* varierer fra land til land, bl.a. som det kommer til udtryk i landenes lovgivning. Forskellige kulturer udpeger forskellige misbrugsstoffer, forskellige socialklasser tolker misbrug forskelligt ligesom der ikke er en fælles målestok for hvornår den enkeltes sociale forpligtelser ses indfriet. Pedersen (2005) beskriver helt overordnet misbrug som en brug af rusmidler der afstedkommer forskellige former for sociale problemer, der som regel er kulturelt og politisk bestemt.

Der kan ikke gives et entydigt svar på hvorfor nogle bruger rusmidler, men rusmidler kan give mennesker noget de føler har manglet i deres liv. Den positive virkning af forskellige rusmidler kommer til udtryk på forskellige måder (Ege, 2004):

**Fysiologisk** kan rusmidlet virke beroligende, bedøvende, søvndyssende, angstdæmpende, depressionshæmmende, euforiserende, smertestillende, opkvikkende m.m.

**Socialt** kan rusmidlet have en række virkninger der afhænger af den sammenhæng det indtages i. Indtagelsen af rusmidler kan være en adgangsbillet til visse subkulturer, og selve rusen kan bevirke at impulser som normalt undertrykkes, fx seksuelle eller aggressive, nemmere kan udledes. Rusen kan give en følelse af frigørelse fra ansvar.

**Psykisk** kan rusmidlet virke dæmpende på selvkritikken, det kan styrke selvtilliden og befordre selvhævdelsen – kedsomhed og hæmninger holdes på afstand.

Der er igennem tiderne gjort mange forsøg på at forklare hvorfor nogle mennesker udvikler et stofmisbrug og andre ikke. Nogen entydig forklaring kan imidlertid ikke gives. Der er nærmere tale om et samspil af flere faktorer. En måde er at opdele forklaringsmodellerne i tre grupper 'misbrug er en sygdom', 'misbrug er et symptom på noget andet' og 'misbrug er en livsform'. En mere detaljeret forklaringsmodel kan findes i bogen *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler* (Pedersen, 2005).

## Sygdomsmodellen

I Danmark blev sygdomsmodellen første gang taget op til debat i forbindelse med Minnesota-bevægelsens indtog. Her blev misbruget forstået som en sygdom der bl.a. har arvelige implikationer. Tager man udgangspunkt i dette perspektiv, er en dårlig/anderledes tolerance af rusmidler noget der kan arves. Nogle mennesker er disponeret for at udvikle misbrug og vil derfor hurtigt udvikle et misbrug hvis de indtager rusmidler, mens andre er disponeret for at kunne kontrollere deres rusmiddelindtag. Hvis et menneske er disponeret for misbrug, kan misbruget kun undgås ved total afholdenhed. I denne forklaringsmodel er sociale og kulturelle indikatorer sekundære og genetiske dispositioner primære. Sygdomsperspektivet fokuserer endvidere på rusmidlets fysiske skadevirkninger. Denne tilgang hviler ikke på en overbevisning om en medfødt, potentiel rusmiddelafhængighed, men derimod på at kronisk rusmiddelafhængighed kan skabes gennem rusmiddelbrug. Fortalerne for denne tilgang til sygdomsmodellen beskriver at der hos mennesker med et længerevarende rusmiddelbrug kan påvises en længerevarende, måske kronisk, dysfunktion i hjernens belønningscenter hvilket fastholder personen i misbrug (Nakken, 2006).

Selvom sygdomsmodellen fokuserer på den fysiske side af afhængigheden, mener de fleste med dette udgangspunkt dog at misbrug må betragtes som mere end en sygdom. Misbrug bliver en livsform hvor både sociale forhold og den fysiske og psykiske afhængighed tegner billedet – også som udløsende faktorer i relation til at starte et misbrug. Ud fra et behandlingssynspunkt kommer indsatsen for stofmisbrugere med kroniske lidelser til at rette sig dels mod stofafhængigheden, dels mod de konkrete sociale, psykiske,

helbredsmæssige og andre misbrugsrelaterede symptomer personen har. Behandlingen kan have to mål:

**At misbrugeren får det bedre** – ikke *cure* men *care*. Selvom målet ikke er at brugeren bliver stoffri, udelukker indsatsen ikke stoffrihed som et middel til at få det bedre.

Tolerancen over for tilbagefald er høj her. O'Brian og McLellan (2003) beskriver et sæt succeskriterier for denne type stofmisbrugsbehandling der stiler mod en reduktion i belastning og ikke mod helbredelse (kan måles ved hjælp af EuropASI, jf. side 95):

- Reduktion i brugen af rusmidler
- Forbedring af sundhedstilstand og social funktion
- Reduktion i trusler mod den offentlige sundhed og sikkerhed.

**At misbrugeren lærer at undgå rusmidlet.** Her rettes indsatsen mod at personen lærer at håndtere sin kroniske afhængighedslidelse ved at tillære værktøjer til at leve uden brug af rusmidler.

## Symptommodellen

I symptommodellen ses misbruget som et udtryk for et bagvedliggende socialt problem, fx dårlige sociale forhold eller manglende omsorg i barndommen (Ege, 2004). Det kan også ses som en bagvedliggende sygdom, fx depression, personlighedsafvigelse eller psykose. Symptomteorien kan enten tage udgangspunkt i en meget tæt sammenhæng mellem det enkelte menneskes baggrund, aktuelle situation og psykiske tilstand eller i nogle helt overordnede samfundsforhold. Vælges samfundstilgangen, må antallet af stofmisbrugere bringes ned ved at vilkårene for samfundets dårligst stillede ændres. I dette perspektivs ideal har samfundet både en forpligtelse og en mulighed for at tilrettelægge borgernes liv på en måde der hindrer social elendighed.

Det perspektiv i symptommodellen der tager udgangspunkt i det enkelte menneskes bagvedliggende, sociale eller helbredsmæssige problemer, vil fokusere på behandlingsmæssige tiltag der sigter mod at bearbejde disse problemer. Fagpersonerne, der kan komme både fra den sociale sektor og sundhedssektoren, vil anskue misbruget som brugerens løsning på nogle helt andre problemer der skal gøres til genstand for behandlingen, fx med terapi og medicin eller med ændringer i misbrugerens sociale vilkår, fx støtte til uddannelse eller ændrede boligforhold.

## Livsformmodellen

Ifølge denne indlæringspsykologiske model er misbrugsadfærd, som al anden menneskelig adfærd, indlært. Her betragtes misbruget også som et symptom, men på noget indlært – ikke noget bagvedliggende. I dette perspektiv fokuseres der på at nogle lærer at bruge rusmidler på én måde, fx kun lidt eller slet ikke, og andre lærer at bruge rusmidler på en anden og mere uhensigtsmæssig måde. Afhængigt af øjnene der ser, kan forbruget betegnes *brug* eller *misbrug*.

Hvor livsformmodellen er fremherskende, tager behandlingen afsæt i overbevisningen om at mennesket livet igennem er i stand til at fralære en uhensigtsmæssig adfærd og tillære en ny. De behandlingsmæssige tiltag vil derfor ofte rettes mod at resocialisere misbrugeren via miljøterapi (aflæring af mønstre og tillæring af nye) eller kognitiv terapi (den enkelte lærer at ændre sine tankemønstre og derigennem sin adfærd).

## Tilgangens betydning

I arbejdet med mennesker med stofmisbrug er det vigtigt at være opmærksom på grundlaget for den indsats behandlingen bygger på. Det er afgørende for hvilke forventninger der møder de behandlingssøgende stofmisbrugere, om deres problemer betragtes som en sygdom, et symptom eller en livsstil. Det har betydning for den indsats der gøres, og dermed også for de tilbud den enkelte misbruger vil få. Når en bruger visiteres videre, er valgmulighederne en konsekvens af den ansvarlige myndigheds tilgang og valg. Tilgangen er vigtig, men der er ikke enighed om hvilken der er mest hensigtsmæssig, fx anfører kritikere af sygdomsmodellen at det kan være svært at fralægge sig en misbrugeridentitet senere i livet, selvom selve misbruget er ophørt. Best mener (2006) at opioidafhængighed må forstås som en fase i et livsforløb og ikke som en kronisk tilstand. Han ser afhængighed af heroin som en livsfase de fleste vælger at stoppe når de når op i 30'erne – ved at ophøre med at bruge heroin. I forlængelse af denne antagelse skulle mange heroinafhængige afslutte deres afhængighed uden hjælp fra behandlingssystemet fordi de ikke påtvinges en misbrugeridentitet.

Argumentationen støttes af Granfield og Cloud (1996) der særligt har forsket i middelkassemisbrugere og som påpeger at netop de misbrugere der nægter at tage misbrugsidentiteten på sig, er dem der bedst klarer at komme ud af misbruget senere i livet. De argumenterer for at der, også for svært belastede klienter, er en vej ud af systemet. Ved at bevare troen på at misbruget kan høre op, og derigennem være åben over for borgere der ønsker forandring, kan der måske findes en vej ud af behandlingssystemet for stofmisbrugere.

Sygdomstilgangens fortalere, der jo betragter misbruget som en tilstand der kræver behandling, mener modsat at det er problematisk at opfatte misbruget som en livsfase der

afsluttes af sig selv. Modstanden hviler især på at denne holdning vil tilføje den enkelte stofmisbruger store nederlag fordi de dermed ikke får den længerevarende behandling og støtte, de har brug for.

Diskussionen er medtaget for at afspejle betydningen af at reflektere over de konsekvenser det har for brugeren når enkelte fagpersoner eller 'systemet' vælger deres udgangspunkt for at forstå stofmisbrug og stofmisbrugere.

## Hvad er god støtte og behandling?

I dagens socialpolitik stilles der krav om dokumentation for det sociale arbejde og måling af dets effekt. Der ses en stigende accept af at den sociale indsats baseres på en viden om hvad der 'virker', og at dette krav danner baggrund for prioriteringer på det sociale område, fx i forhold til stofmisbrugsbehandlingen. Det udspringer af et ønske om at gøre socialt arbejde bedre, at sikre at den indsats der gøres, er bedst mulig og baseret på den eksisterende viden (Caswell, 2005). Vægten ligger på at udvikle metoder der kan sikre effektivitet og kvalitetsudvikling af det sociale arbejde (Thorsager, 2006). Denne metodeudvikling må nødvendigvis tage afsæt i den viden man har eller kan skaffe sig om kendte måder at udføre konkret socialt arbejde. I dagens offentlige sektor, hvor ydelser vælges ud fra en kvalitetsvurdering af de forskellige indsatsformer, har tanken om at basere det sociale arbejde på dokumenteret viden om effekt stor aktualitet. I rammeaftalen om kommunernes økonomi for 2006 fokuseres skarpt på dokumentation, fx med følgende hovedprincipper for den fremtidige dialog:

- Den statslige styring af kommunerne skal baseres på mål- og rammestyring
- Den offentlige sektor er forpligtet til løbende at sikre den bedst mulige resurseudnyttelse og dokumentere opgaveløsningens effekt, kvalitet og resurseforbrug

En lang række internationale, videnskabelige undersøgelser fokuserer på evidensbaseret behandling på stofmisbrugsområdet. Ofte arbejdes der med konkrete behandlingsmetoder hvis succes er dokumenteret med vilkårligt kontrollerede forsøg, fx kognitiv terapi eller substitutionsbehandling (jf. kapitlet *Social behandling*). Dokumentationen udgør et vigtigt element i stofmisbrugsbehandlingen, men selvom der er evidens for en særlig behandlingsmetode, kan man ikke forlade sig på at den kan stå alene. Der er ikke videnskabelig evidens for en behandlingsmetode der virker for alle stofmisbrugere. En sådan metode må betragtes som en umulighed fordi mennesker med stofmisbrugsproblemer er en meget uhomogen gruppe, bl.a. fordi misbrugsproblemerne ofte optræder sammen med andre sociale og helbredsmæssige problemer. Der er heller ikke bevist en effekt af at visse behandlingsmetoder matcher misbrugere med et specifikt misbrug. Til gengæld er der undersøgelser der påviser en positiv effekt af at matche særlige indsatser med stofmisbrugernes problemer (Petersen, 2005).

Der mangler, som beskrevet, tilstrækkelig viden om effekten af især den sociale behandlingsindsats til entydigt at besvare spørgsmålet om hvad god behandling er. Men de mange internationale, videnskabelige undersøgelser af stofmisbrugsbehandling, der har fokus på virkningen af bestemte medicinske og sociale behandlingstiltag, tilbyder mulighed for at indkredse svaret lidt (Pedersen & Asmussen, 2002). Det skal understreges at der ikke findes



en 'sandhed' om god behandling – et begreb der heller ikke i sig selv er entydigt – men der publiceres hele tiden ny viden der medvirker til at udvikle forståelsen af indsatsen for mennesker med stofmisbrugsproblemer – og medvirker til at udvikle forståelsen for at ingen enkeltstående behandlingsmetode virker for alle. Ifølge Ege (2005) kan ...

”... ingen behandlingsform med nogen ret hævde sin overlegenhed i forhold til andre. Den bedste metode findes ikke, men man kan meget vel tale om god og dårlig metadonbehandling, god og dårlig Minnesota-behandling, god og dårlig psykoterapi osv.”

Petersen (2005) påpeger at de bedste resultater opnås når der ydes en helhedsorienteret og individuel indsats med diverse behandlingsydelser fra sundhedsfaglige, socialfaglige og psykoterapeutiske professionelle, sammensat ud fra den enkelte misbrugers behov. Endvidere har det stor betydning for effekten af indsatsen at den stofrelaterede rådgivning og behandling suppleres med sundhedsfaglige ydelser, familie- og parrådgivning, bolig og erhvervsvejledning, psykoterapi m.m.

Et væsentligt parameter for effekten af behandlingen er stofmisbrugerens egen indflydelse på hvilken behandlingsform der vælges. Ege (2005) ser det som en forudsætning for alt behandlingsarbejde at der etableres et samarbejde med den der søger hjælp, så man sammen kan afgrænse, definere og prioritere de problemer der skal arbejdes med. Det kan – ud over den psykiske og fysiske afhængighed – dreje sig om misbrugsrelaterede problemer som psykiske, personlige, helbredsmæssige og sociale problemer, behov for støtte til (gen) etablering af et socialt netværk og til at bryde en social isolation.

Behandlernes kompetencer er afgørende for effekten af behandlingen. De skal kunne matche de komplekse problemer stofmisbrugere har, dvs. have relevante uddannelser, efteruddannelser og færdigheder på de psykologiske, sociale og sundhedsfaglige områder (Petersen, 2005). Fagpersonernes organisatoriske kompetencer har også stor betydning, fx evnen til at dokumentere og formulere indsatsen og metoderne skriftligt og mundtligt. Pedersen (2000) peger yderligere på at det har betydning for effekten at der er ordnede arbejdsforhold, et godt arbejdsmiljø og lavfrekvent personaleudskiftning samt at behandlerne har en høj anciennitet – helst over 4 år – inden for misbrugsområdet.

Pedersen (2008) oplister en række krav der skal være indfrie før man kan tale om *god misbrugsbehandling*. Kravene er formuleret som 'guidelines' af NIDA (National Institute on Drug Abuse i USA) og NDARC (National Drug & Alcohol Research Centre i Australien):

1. Behandlingen skal være umiddelbart tilgængelig.
2. Ingen enkeltstående behandlingsmetode/tilbud passer til alle.
3. Effektiv behandling er rettet mod multiple behov, ikke kun mod stofmisbruget.

4. Screening for et eventuelt højrisiko-alkoholforbrug bør være implementeret.
5. Klinisk, social og somatisk vurdering bør føre til en klar og gensidig accepteret behandlingsplan.
6. Vurdering af behovet for en mere intensiv intervention bør udføres via en semi-struktureret, narrativ kommunikation.
7. Behandlingsplanen bør vurderes løbende og modificeres efter behov for at sikre at planen svarer til brugerens aktuelle behov.
8. Det er afgørende for behandlingens effektivitet at brugeren forbliver i behandling i en passende periode. Behandlingsintensiteten bør variere så brugere med svære og omsiggribende problemer får mere intensiv behandling end brugere med mere moderate og isolerede problemer.
9. Når det er muligt, bør brugerne gives mulighed for at vælge intervention.
10. Beslutninger om behandling bør baseres på brugerens mål, præferencer, belastning, tilstedeværelsen af dobbeltdiagnose, kognitiv og social funktion og tilbagefaldshistorie, også når det gælder særlige målgrupper, fx unge.
11. Afhængige og/eller stofmisbrugende personer med samtidige psykiatriske tilstande bør have begge tilstande behandlet på en integreret måde.
12. Rådgivning individuelt eller i gruppe, og andre adfærdsterapier, er afgørende elementer i effektiv behandling af misbrug.
13. En effektiv behandling forudsætter en organiseret og systematisk tilgang som er understøttet af skriftlige redegørelser af forløbet.
14. Social tilbagefaldsforebyggelse anbefales ved behandling af alle brugere med moderat til svær afhængighed.
15. Behandling behøver ikke at være frivillig for at være effektiv.
16. Brug af rusmidler under behandlingsforløbet bør monitoreres løbende.
17. Behandlingsprogrammet bør inkludere en undersøgelse af hiv/aids, hepatitis B og C, tuberkulose og andre infektionssygdomme, og der bør rådgives om hvordan brugeren undgår at udsætte sig selv og andre for risici.
18. Recovery (helbredelse) af stofafhængighed kan være en langsigtet proces og fordrer ofte flere forskellige behandlingsepisoder.
19. Opmærksomhed skærpes på at brugerne fastholdes i behandling og i deres sociale netværk.
20. Efterbehandling bør være struktureret og tydelig og udeblivelse følges op.

Selvom valg af behandlingsmetode (pkt. 12) har stor betydning, er det – som det fremgår af de ovenstående punkter – langt fra alene om at afgøre om en stofmisbrugsbehandling er effektiv. Pedersen (2007) peger på en række andre forhold der kan medvirke til at indkredse

hvilken behandling der er evidensbaseret, fx at der må fokuseres på kommunikationskompetencer hos behandlere og på evnen til at etablere et samarbejdsforhold med brugeren. Også de organisatoriske forhold må gives opmærksomhed, fx arbejdsforhold, ledelse og om der er etableret en selv-evalueringskultur der sikrer at dårlige strategier i behandlingen vil blive forandret.

For at undgå at effekten af en behandlingsindsats alene baseres på en vurdering af antallet af brugere der opnår stoffrihed, foreslår Petersen (2005) at opstille mål for behandlingen, fx:

- Fastholdelse i behandlingen, herunder aktiv deltagelse i behandling
- Reduktion af stofmisbrug
- Forbedret fysisk og psykisk livskvalitet
- Forbedret social funktion, fx arbejde og bolig
- Reduktion i kriminalitet
- Reduktion af samfundsbelastninger, fx spredning af misbrugsrelaterede infektioner, ulykker, uønskede graviditeter mv.

Dette synspunkt ligger godt i tråd med at der på stofmisbrugsområdet arbejdes med graduerede målsætninger, dvs. at der i opstillingen af mål skal tages hensyn til hvad den enkelte misbruger har af ønsker og behov i forhold til sin behandling. Ved en systematisk dataindsamling der sættes i forhold til parametre som de ovenstående (jf. også EuropASI side 95), sikres muligheden for at give behandlere et godt grundlag for at tilrettelægge behandlingen, ligesom der skabes mulighed for at opsætte mål for behandlingseffekten – altså hvilke ændringer der sigtes mod, inden for de opstillede mål.

”Mål for behandlingseffekten kan retningsgive behandlingen både for klienter og behandlere og er grundlag for justering af praksis i forhold til en acceptabel kvalitet.” (Petersen, 2005)

## Helhedsorienteret indsats og tværgående samarbejde

Socialt udsatte mennesker med et problematisk forbrug af rusmidler har ofte komplekse problemer. Som det fremgår ovenfor, opnås de bedste behandlingsresultater med en helhedsorienteret og individuel indsats der supplerer misbrugsbehandlingen med andre sociale og sundhedsfaglige ydelser der tager udgangspunkt i den enkelte brugers behov, dem alle sammen – ikke kun de misbrugsrelaterede. Det vil sige at indsatsen skal omfatte en række differentierede ydelser der – ud over stofmisbruget – retter sig mod problemer

med familien, boligen, uddannelsen, beskæftigelsen og helbredet – også psykiske problemer (Pedersen, 2008).

En sådan helhedsorienteret indsats er blandt andet nødvendig fordi en indsats rettet mod ét problem, ofte vil have en sideeffekt på et andet problem. Boligstøtte kan eksempelvis medføre at det bliver lettere at gøre noget ved forbruget af rusmidler. En anden begrundelse for at gå helhedsorienteret til indsatsen er at det kan være nødvendigt at iværksætte flere indsatser samtidigt for at få noget til at lykkes. Som eksempel kan nævnes den borger der har fået hjælp til at komme i egen bolig, og som kun kan fastholde den hvis han også får hjælp til at styre sit misbrug af rusmidler.

Når en indsats for en socialt udsat stofmisbruger iværksættes, er det derfor afgørende at det sker ud fra et helhedsorienteret perspektiv, og at den samlede indsats koordineres i en social handleplan for at en positiv forandring kan fastholdes. Det vil som regel fordre en indsats der går på tværs af forskellige tilbud og sektorer, hvilket igen stiller krav til et tværgående og tværfagligt samarbejde. Et sådant samarbejde spiller en helt afgørende rolle i den helhedsorienterede indsats over for mennesker med stofmisbrugsproblemer.

Et af formålene med den særlige indsats over for voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, eller med særlige sociale problemer, er at yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig eller botilbud (servicelovens §81\*). Indsatsen skal ”... tilrettelægges så den fremstår helhedsorienteret og afpasset efter den enkeltes særlige behov og muligheder og med respekt for den enkeltes integritet og værdighed” (formålsvejledningen pkt. 7\*, 2006). Respekten for den enkeltes integritet og værdighed er blandt andet regelsat i forvaltningslovens pålæg om tavshedspligt (§27\*) og regler for videregivelse af oplysninger, jf. forvaltningslovens §28\* og persondatalovens §5 stk. 1-3\*, §6-8\* §10\*, §11 stk. 1\*, se også side 74).

Den helhedsorienterede indsats for stofmisbrugere forudsætter et koordineret samarbejde mellem jobcenter, socialforvaltning, misbrugscenter osv. I samarbejdet og tilrettelæggelsen af indsatsen kan der være særlige hensyn at tage, fx kan det være vigtigt at indtænke et beskæftigelsesperspektiv i en helhedsorienteret indsats. Er stofmisbrugeren i behandling, må der tages højde for at brugeren kan deltage i både behandling og beskæftigelsestilbud. Generelt forudsætter et beskæftigelsesperspektiv at der bevares en respekt for at den beskæftigelsesrettede indsats skal være en del af en flerstrengt indsats med fokus på hele brugerens problemsammensætning. Det er vigtigt i indsatsen for de svageste ledige at man ikke udelukkende fokuserer på at afklare brugerens arbejdsevne og jobønsker, men også hele tiden medtænker andre aspekter af brugernes liv – at det helhedsorienterede perspektiv fastholdes (se fx Rambøll, 2008).

## Det hele menneske

Begreber som helhedssyn og tværfagligt arbejde er helt centrale i det sociale arbejde. Det har afgørende betydning for virkningen af indsatsen at der fokuseres på det hele menneske, dvs. alle væsentlige aspekter af brugerens livsvilkår, livssituation, erfaringer osv. Det er en forudsætning for en helhedsorienteret indsats at der koordineres og samarbejdes på tværs af fag og sektorer og på tværs af organisationsstrukturer og kulturer. Det spiller en stadig større rolle for udførelsen af det sociale arbejde.

”Kravet til organisationerne inden for det sociale arbejde er imidlertid nu, at de i større omfang igangsætter et team-samarbejde, hvor flere faglige eksperter indgår i en dialog om en mere nuanceret og helhedsmæssig belysning af klienternes problemer, som kan danne grundlag for en sammensat og koordineret indsats, der – hvis det er påkrævet – også kan inkludere flere professions indgreb i forhold til klienten” (Ejrnæs, 2004).

Det er vigtigt at have respekt for hinandens faglighed ligesom det er vigtigt at der opbygges en tværfaglig dialog der kan sikre en nuanceret belysning af problemerne. Nogle gange fungerer samarbejdet på grund af en god personlig relation, andre gange skal der arbejdes mere systematisk for at få et samarbejde til at fungere. Alene det at alle involverede parter har fokus på godt samarbejde, kan gøre det lettere at få ting til at falde i hak. Og det er der brug for i forbindelse med en indsats der stiller høje krav til tværgående samarbejde.

De høje krav til samarbejdet skyldes blandt andet at der er tale om brugere med komplekse problemer uden enkle løsninger, dvs. at der er mange aktører i hver enkelt sag. Aktørerne har forskellige opgaver i forhold til borgeren og har forskellige positioner i organisationen eller kommer fra forskellige organisationer og organisationskulturer. I samarbejdet mødes forskellige kulturer med hver sit fagsprog, sin dagsorden og sine idéer om hvad der er væsentligt, fx kommune, kriminalforsorg og behandlingssted. Samarbejdet skal ofte organiseres omkring fagpersoner med forskellig uddannelses- og erfaringsbaggrund og med forskellige faglige tilgange til det givne problem – endnu en udfordring. Hvis ikke indsatsens forskellige enkeltdele koordineres omhyggeligt, kan der opstå yderligere problemer med uklar rollefordeling med diverse forviklinger til følge. Disse vanskeligheder kan overkommes ved at have opmærksomhed på følgende forhold:

**Kendskab til den organisatoriske ramme** – både ens egen og samarbejdsparternes. Det kan skabe forståelse for hvorfor man har fokus på forskellige ting, tillægger forskellige ting betydning og har forskellige succeskriterier.

**Forståelse for hinandens faglige synsvinkler** – ved at gå ud fra at alle har de bedste intentioner, og være nysgerrig i forhold til handlinger og holdninger man umiddelbart ikke forstår, kan man opnå den fornødne indsigt i de andres handlemønstre. Samarbejdet kvalificeres ved at man er på vagt over for gensidige fordomme og får talt sammen om dem.

**Fokusering på brugerens behov** – at sikre brugeren den bedst mulige hjælp.

**Inddragelse af brugeren i samarbejdet** – ved at skabe en dialog præget af respekt for brugerens oplevelse af sin egen livssituation, øger man chancen for at indsatsen bliver en succes. Det er helt afgørende at den enkelte bruger indgår i processen med at finde frem til en løsningsmulighed (Ehrenreich, 2004).

**Tydeliggørelse af ansvar** – ved at afholde samarbejds møder der udmønter sig i aftaler om hvem der gør hvad, og nedskrive alt i et fælles referat som alle involverede får, støttes alle parter i at bruge deres kræfter struktureret. Den sociale handleplan (jf. nedenfor) understøtter denne proces ligesom også aftaler om hvad der skal ske når noget uventet opstår – hvem der skal gøre hvad, hvem der skal informeres mv. En tydelig ansvarsfordeling mindsker risikoen for at stafetten tabes. Det udløser tryk for både bruger og samarbejdsparter.

**Tillid og anerkendelse** – samarbejde blomstrer ved at parterne anerkender når noget fungerer og får talt om hvordan et så komplekst problem har kunnet løses og således – i fællesskab – blive klogere af de gode eksempler. Det samme gælder håndteringen af fejl. En åben dialog styrkes ved at fejl indrømmes, både over for bruger og samarbejdsparter, og reflekteres over i samarbejdsforummet.

## Den sociale handleplan

Borgere i behandling for stofmisbrug har som regel også andre, mere eller mindre omfattende, sociale problemer, fx med forsørgelse, helbred, bolig, kriminalitet eller kontakt til børnene. Hvert af disse problemer kræver opmærksomhed og indgår i den helhed af forhold der præger den enkelte borgers liv – forhold der kan have indflydelse på stofmisbruget. En effektiv indsats skal være koordineret, samlet og systematiseret i en social handleplan der inddrager alle borgerens forhold. På denne måde kan der tages højde for alle de kommunale (kontant)ydelse og eventuel anden social støtte der ydes til borgeren efter serviceloven.

Socialt udsatte stofmisbrugere er omfattet af det obligatoriske tilbud om en social handleplan efter servicelovens §141 stk. 2 nr. 2\*. De skal tilbydes at få udarbejdet en handleplan, men kan selv vælge om de vil tage imod tilbuddet. Det er vigtigt at dette valg beror på et oplyst grundlag. Formålet med den sociale handleplan er at gøre det tydeligt hvad der er målet med indsatsen, at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats og at klarlægge alle involverede parter forpligtelser (formålsvejledningen pkt. 96\*, 2006). Det er en kommunal myndighedsopgave at sikre udarbejdelsen af handleplaner og at de nødvendige samtykker fra borgeren er på plads. I praksis vil det sige den kommunale sagsbehandler. Ansvaret kan ikke videregives til en leverandør af en serviceydelse, fx et botilbud eller behandlingsinstitution.

Netop på stofmisbrugsområdet er det en udfordring at der er tale om en myndighedsopgave. Ofte opsøger borgeren selv et misbrugscenter uden forudgående kommunal visitation. Det kan være kommunens eget misbrugscenter eller ét kommunen har en samarbejdsaftale med, fx i nabokommunen, hvilket fordrer at alle fagpersoner omkring stofmisbrugeren må kende til betydningen af den sociale handleplan. Derfor er det vigtigt at indtænke procedurer for såvel vejledningsforpligtelsen (forvaltningslovens §7\*) som myndighedsvurderingen af borgerens behov for at få tilbudt en social handleplan - allerede i organiseringen af kommunens tilbud på stofmisbrugsområdet (se evt. Benjaminsen, 2009).

Den sociale handleplan skal ses som en ramme for samarbejdet med borgeren, en ramme der kan medvirke til at styre målene for indsatsen i den retning borgeren ønsker og kan leve op til. Viden om borgerens forudsætninger og ønsker er grundlaget for at kunne fastlægge hvilke konkrete tilbud der er behov for. I samarbejdet om at udarbejde handleplanen vil en åben dialog sikre at borgeren inddrages i sit sagsforløb og i løsningen af sine problemer. Det vil medføre at borgeren får ejerskab til indsatsen, hvilket igen vil medføre at det bliver uproblematisk at indhente nødvendige samtykker, fx til at iværksætte et behandlingstilbud.

Den sociale handleplan er også udgangspunktet for den opfølgning på den sociale indsats der skal ske efter servicelovens §148, stk. 2\*. Kommunalbestyrelsen skal løbende følge de enkelte sager for at sikre sig at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Hvis det konstateres at den tildelte hjælp ikke længere opfylder sit formål, må det overvejes om der er brug for andre former for hjælp.

I de indsatser borgeren kommer i berøring med, udarbejdes der ofte særskilte planer, fx jobplaner eller udskrivningsplaner. Disse planer er ikke sociale handleplaner, men det kan være relevant at drøfte med borgeren om planerne skal inddrages i udarbejdelsen af den sociale handleplan. Derved opnås bedst mulig helhed og sammenhæng i indsatsen for borgeren.

Den sociale handleplan opsamler mange af de grundlæggende bestemmelser i retssikkerhedslovens §§4-6\*. Den er dermed et væsentligt redskab i arbejdet med at sikre den udsatte borgers retssikkerhed.

## **Behandlingsplaner**

Hvis brugeren indskrives i et konkret behandlingsforløb for sit stofmisbrug, skal en behandlingsplan udarbejdes. Behandlingsplanen skal koordineres med den sociale handleplan, så en sammenhængende og helhedsorienteret indsats sikres. Også i denne sammenhæng skal der tages udgangspunkt i brugerens egne forudsætninger, ligesom det er vigtigt at behandlingsplanen udarbejdes i samarbejde med brugeren selv, så vidt det er muligt.

Substitutionsbehandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere. For hvert behandlingsforløb skal udarbejdes en lægefaglig behandlingsplan tilpasset den enkelte stofmisbruger, en plan der bygger på en forudgående udredning. Den lægefaglige behandlingsplan skal understøtte den sociale handleplan så det sikres at der er sammenhæng mellem de sociale og de sundhedsfaglige behandlingstiltag.

Stofmisbrugsbehandlingsområdet er karakteriseret ved at der arbejdes med delmål for indsatsen for den enkelte bruger og varierede målsætninger for de forskellige hovedgrupper af stofmisbrugere. En beskrivelse af behandlingsforløbet kan med fordel indgå som en del af den sociale handleplan. I beskrivelsen kan behandlingstilbuddet udstikke målene for behandlingen, de behandlingsmæssige faser og metoder – i samarbejde med brugeren, den visiterende myndighed og eventuelle andre samarbejdspartnere (formålsvejledningen pkt. 101\*, 2006).

Sammen med diverse indberetninger til de netbaserede registre (side 91) udtrykker behandlingsplanen om kommunen lever op til den garanti for social behandling (side 61) der sikres borgeren i servicelovens §101\*.



## Den skadesreducerende tilgang

Op gennem 1990'erne er der kommet stadig større opmærksomhed på at stoffrihed ikke er det eneste mulige mål for den konkrete indsats for mennesker med et stofmisbrug. Skadesreduktion eller skadesminimering er nu også mulige mål der optræder som primære mål for indsatsen for en del stofmisbrugere indskrevet i behandlingssystemet – parallelt med misbrugsophør. Mange behandlingssteder har skadesreduktion som et overordnet mål for hele behandlingsindsatsen, både i tilbud til brugere som har stoffrihed som nærtliggende behandlingsmål og for brugere der ikke ser rusmiddelophør som aktuelt relevant. Skadesreduktion er den danske oversættelse af begrebet *harm reduction* der dækker over indsatser hvis mål er at mindske de fysiske, psykiske og sociale skader livet som stofmisbruger har medført for både stofmisbrugerne, deres nærtstående og samfundet, og samtidig søge at forbedre funktionsevnen og udviklingsmulighederne. Skadesreduktion sigter altså mod at reducere følgeskaderne ved stofmisbrug, også selvom det ikke lykkes at reducere selve rusmiddelforbruget. Dvs. at når der arbejdes med en skadesreducerende tilgang kan målet godt være et andet end stoffrihed, så længe der arbejdes hen imod en reduktion af skader opstået på grund af misbruget (Asmussen & Dahl, 2002).

Skadesreduktion kan derfor optræde som en grundlæggende behandlingstilgang ligesom det kan optræde som et konkret og praktiske tiltag, fx sprøjtebytteordninger. Vigtigst er dog tilgangen. Det er afgørende at stimulere bredt til en problemtilgang der fokuserer på at reducere skaderne for den enkelte stofmisbruger og dennes omgivelser (Andersen & Järvinen, 2006). Ege (1997) mener at skadesreduktion er et udtryk for forståelsen *at der aldrig kun findes én rigtig løsning på sammensatte problemer*. Han påpeger desuden hvor vigtigt det er at have en omfattende forståelse af stofmisbrugsproblemet og dets langvarighed når man arbejder med skadesreduktion.

Forskellige former for skadesreduktion er ofte at finde blandt delmålene i den enkelte brugers handleplan – afpasset den enkeltes situation og resurser, bl.a. alder, misbrugets varighed og omfanget af sociale og personlige problemer. Selvom målet for mange er stoffrihed og social integration, vil det for nogle af de mere belastede misbrugere være mål nok i sig selv at arbejde mod at etablere en stabil livssituation. Det kan være mere relevant i første omgang at bruge en bevidst skadesreduktionsstrategi til at sikre en omsorgsindsats og en højnelse af brugerens livskvalitet. Udgangspunktet for indsatsen vil således ofte være baseret på differentierede målsætninger, hvor egentlig stoffrihed ikke er det eneste ønskelige mål. For nogle brugere vil det mest realistiske mål være at forbedre de sociale levevilkår – øge livskvaliteten – via behandling og omsorg, mens det for andre er realistisk at stille mod stoffrihed, med skadesreducerende tilbud som del af behandlingen.

”Den enkelte misbruger kan – i stedet for stoffrihed – have brug for: at nedsætte et skyhøjt forbrug af stoffer, at komme til hæfterne fysisk, at komme ud af et kriminelt miljø etc. Og det er så dér, behandlingen fokuseres.” (Asmussen & Dahl, 2002)

Ifølge Ege (1997) skal delmålene være realistiske så den enkelte bruger ikke udstødes, og hjælpen bør ydes på en måde der giver mening og er rationel for brugeren.

Skadesreduktion er både rettet mod de sociale og de fysiske skader et aktivt stofforbrug kan medføre, og der arbejdes på det individuelle såvel som på det samfundsmæssige plan. Skadesreduktion sigter mod at bedre hverdagslivet for den enkelte så også samfundets skader reduceres, fx ved at nedbringe risikoen for stofmisbrugernes helbredsskader, reducere antallet af dødsfald, reducere kriminalitet og forbedre misbrugernes generelle livskvalitet. Også i medicinsk misbrugsbehandling kan der skadesreduceres, fx ved at fokusere på den enkelte brugers negative konsekvenser ved at være bruger af et behandlingssystem og søge at minimere dem.

## Skadesreducerende tilbud

Skadesreduktion er en indgangsvinkel til hvordan arbejdet med stofmisbrugere kan tilrettelægges og den kan findes i initiativer både i og uden for stofmisbrugsbehandlingssystemet. En del skadesreducerende tilbud uden for behandlingssystemet beskrives nærmere andetsteds i bogen, fx væresteder, SKP-ordning og sundhedsfremmende tilbud (side 103ff). Skadesreducerende tilbud kan deles op i to hovedgrupper (Asmussen & Dahl, 2002):

**Lavtærskeltilbud** der ofte er meget omsorgsprægede, fx tilbud om et måltid mad, syge- og sårpleje eller et bad. Et væsentligt element ved lavtærskeltilbud er sigtet med at reducere den stigmatisering der er forbundet med at søge og få hjælp til stofmisbrugsproblemer, bl.a. ved at flytte fokus fra selve stofmisbruget til de skader og negative konsekvenser misbruget har ført med sig. Lavtærskeltilbud lægger først og fremmest op til at minimere brugernes skadelige vaner og støtte dem i at opnå en sundere og mindre farlig levevis. De fleste lavtærskeltilbud stiller færrest mulige krav til fx mødetider og rusmiddelbrug.

**Højtærskeltilbud** er behandling der stiller flere krav og har flere forventninger til brugerne. Der er tale om misbrugsbehandling hvor der kan være krav om fremmøde, en bestemt adfærd osv.

# Litteratur

## Misbrug og afhængighed

APA (American Psychiatric Association) (1987 & 1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn (DSM-IV). Washington, DC:APA.

Best, David, Ed Day og Bill Morgan (2006). Addiction Careers and Natural History of Changes. I: National Treatment Agency for Substance Misuse (juli 2006). Research briefing no. 20.

Botilbudsvejledningen (2006) – VEJ nr. 95 af 05/12/2006. Vejledning om botilbud m.v. til voksne (Vejledning nr. 4 til serviceloven). Velfærdsministeriet.

Ege, Peter (2004). Stofmisbrug og afhængighed – hos unge og voksne. Hans Reitzels Forlag.

Granfield og Cloud (1996). The Elephant that no one Sees – Natural Recovery among Middle-class Addicts. Journal of Drug Issues, nr. 26.

Nakken, Craig (2006). Den addiktive personlighed. Forlaget Eftertanke.

O'Brian, C.P. og T.A. McLellan (2003). Myter om behandling og afhængighed. I: STOF, nr. 1.

Pedersen, Mads Uffe (2005). Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Rindom, Henrik (1999). Rusmidlernes biologi – om hjernen, sprut og stoffer. Sundhedsstyrelsen.

Stall, R. og P. Biernacki (1986). Spontaneous Remission from the Problematic Use of Substances. I: International Journal of the Addictions, nr. 21.

Vind, Leif og Katrine Finke (2006). Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

## Hvad er god støtte og behandling?

Benjaminsen, Lars, Ditte Andersen og Maren Sørensen (2009). Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. København, SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).

Caswell, D. (2005). Handlemuligheder i socialt arbejde – et casestudie om kommunal frontlinjepraktis på beskæftigelsesområdet. AKF Forlaget.

Ege, Peter (2005). Hvad ved vi om behandling – og hvordan finder man ud af, om en behandling er god eller dårlig? I: STOF nr. 5.

Ehrenreich, Ditte (2004). Når ret skal være ret – om at sikre retssikkerheden for socialt udsatte. Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.

Ejrnæs, Morten (2004). Organisationer og socialt arbejde. I: Sociologi og socialt arbejde. Danmarks Forvaltningshøjskole.

Ejrnæs, Morten (2006). Faglighed og tværfaglighed – vilkårene for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere. Akademisk Forlag.

Formålsvejledningen (2006) – VEJ nr. 93 af 05/12/2006. Vejledning om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven (Vejledning nr. 1 til serviceloven). Velfærdsministeriet.

Forvaltningsloven (2007) – LBK nr. 1365 af 07/12/2007, Bekendtgørelse af forvaltningsloven. Justitsministeriet.

Guldager, Jens (2004). Helhedssyn i socialt arbejde. I: Sociologi og socialt arbejde. Danmarks Forvaltningshøjskole.

Møller Pedersen, Kjeld (2008). Effektmåling – hvordan dokumenterer vi effekten? [www.servicestyrelsen.dk](http://www.servicestyrelsen.dk)

- NDRAC: National Drug and Alcohol Research Center (Australien). <http://ndarc.med.unsw.edu.au/>
- NIDA: National Institute on Drug Abuse (USA). [www.nida.nih.gov/PODAT/PODAT1.html](http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODAT1.html)
- Nielsen, Bent og Anette Søgård Nielsen (2001). Odensemodellen – et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere. Fyns Amt.
- Nielsen, Connie, Peter Thisted Dinesen, Lars Benjaminsen og Jens Bonke (2007). Effektmåling. 07:08. SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).
- Pedersen, Mads Uffe (2000). Stofmisbrugere før, under, efter døgnbehandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, Mads Uffe (2005). Fra viden til villen – hvordan omsætter man viden til professionel behandling? I: STOF nr. 5.
- Pedersen, Mads Uffe (2007). Evidence Based Practice in 'The Real World'. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, Mads Uffe (2008). Norge versus Danmark. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning. [www.crf-au.dk](http://www.crf-au.dk)
- Pedersen, Mads Uffe og Vibeke Asmussen (2002). Metadon-projektet – design og metode. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, Mads Uffe (2008). 10 guidelines for god behandling. Inspireret af en undersøgelse fra det amerikanske 'National Institute on Drug Abuse' og det australske 'National Drug and Alcohol Research Center' (downloadet den 18.02.2008 fra [www.crf-au.dk](http://www.crf-au.dk)). Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, Mads Uffe. (Endnu ikke publiceret, men inspireret af en undersøgelse fra det amerikanske 'National Institute on Drug Abuse' (downloadet den 18.02.2008 fra [www.crf-au.dk/download/mup\\_evidensbaseret\\_behandling20071113.pdf](http://www.crf-au.dk/download/mup_evidensbaseret_behandling20071113.pdf)).
- Persondataloven (2000) – LOV nr. 429 af 31/05/2000, Lov om behandling af personoplysninger. Justitsministeriet.
- Petersen, Helle (2005). Mål, midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. Københavns Kommune.
- Rambøll Management. Evaluering af projekter for personer på kanten af arbejdsmarkedet. Arbejdsmarkedsstyrelsen 2008.
- Retsikkerhedsloven (2008) – LBK nr. 877 af 03/09/2008, Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. Velfærdsministeriet.
- ServiceLOVEN (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.
- Servicestyrelsen (2008). Veje til bedre kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen (rapport fra kvalitetsseminar). [www.servicestyrelsen.dk](http://www.servicestyrelsen.dk) (Udsatte).
- Thorsager, L. (2006). Metodebegrebet i socialt arbejde – arbejdspapir. 11:2006. SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).
- Thorsager, L. m.fl. (2007). Metoder i Socialt arbejde – begreber og problematikker. SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd)

# Litteratur

## Den skadesreducerende tilgang

Andersen, Ditte og Margaretha Järvinen (2006). Skadesreduktion – idealer og paradokser. Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift. Vol. 23, nr. 5, 2006.

Asmussen, Vibeke og Helle Vibeke Dahl (2002). Skadesreduktion som forebyggelse på stofmisbrugsområdet. I: Nordisk Alkohol- og narkotikatidsskrift (NAT), årg. 19, nr. 4. Helsingfors, Stakes.

Benjaminsen, Lars, Ditte Andersen og Maren Sørensen (2009). Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. København, SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).

Botilbudsvejledningen (2006) – VEJ nr. 95 af 05/12/2006, Vejledning om botilbud m.v. til voksne, (Vejledning nr. 4 til serviceloven). Socialministeriet.

Ege, Peter (1997). Harm reduction – hvad lægger vi i det? I: STOF nr. 2.

Elm Larsen, Jørgen og Niels Mortensen (red.) (2009). Udenfor eller indenfor. København, Hans Reitzels Forlag.

Houborg, E. (2006). Stofmisbrug, metadon, subjektivering – historiske og aktuelle fremstillinger af stofmisbrug. Ph.d.-afhandling, Sociologisk Institut, Københavns Universitet.

Järvinen, Margaretha (2009). Mellem patologi og frihed – perspektiver på marginalisering. I: Elm Larsen & Mortensen, 2009.

Järvinen, Margaretha (2009). Skadesreduktion i praksis. København, SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).

Retssikkerhedsloven (2008) – LBK nr. 877 af 03/09/2008, Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. Velfærdsministeriet.

Sundhedsstyrelsen (2002). Focalpoint – narkotikasituationen i Danmark.





# Social behandling

Misbrugsbehandling er den intervention der sættes i gang når bruger og fagperson, fx socialpædagog, terapeut, læge eller behandler, samarbejder om en behandling hvis mål er at stoppe eller reducere misbruget, og reducere de sociale følger af livet som misbruger afstedkommer.

Behandling kan overordnet defineres som *en målrettet indsats på baggrund af systematisk udredning* (VBGS, 2008). Kalder man noget *behandling*, betyder det at dét der tilbydes borgeren, er en individuelt tilrettelagt indsats der tager udgangspunkt i en udredning, en visitation, en udarbejdet social handleplan og en behandlingsplan. Misbrugsbehandlingens mål er en forandring eller en bedring der kommer til udtryk i en grundlæggende bedre livssituation og en mere hensigtsmæssig livsstil for brugeren. Misbrugsbehandlingen foregår inden for rammerne af det som Ege (2004) kalder et misbrugsbehandlingssystem der består af både social og sundhedsfaglig misbrugsbehandling. Da det er den sociale behandling der er i fokus i denne bog, er den sundhedsfaglige misbrugsbehandling kun ganske kort beskrevet på side 63 (Lægelig behandling).

Serviceovens §101\* er hovedindgangen til misbrugsbehandlingssystemet. Denne paragraf giver borgerne krav på at et socialt behandlingstilbud er iværksat inden for 14 dage efter at borgeren har givet udtryk for sit behov. Det er kommunerne der har pligt til at sikre forsyningen af tilbud, enten ved at oprette egne kommunale tilbud eller ved at samarbejde med andre kommuner, regioner eller private tilbud (serviceovens §4\*).

## Social behandling for stofmisbrug

§101. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde behandling af stofmisbrugere.

Stk. 2. Tilbud efter stk. 1 skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen.

Stk. 3. Socialministeren fastsætter i en bekendtgørelse regler om behandling efter stk. 1 og 2 af stofmisbrugere under 18 år i særlige tilfælde.



- Stk. 4. En person, der er visiteret til behandling, kan vælge at blive behandlet i et andet offentligt behandlingstilbud eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det, der er visiteret til efter stk. 1.
- Stk. 5. Fristen efter stk. 2 kan fraviges, hvis personen vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller godkendt privat behandlingstilbud end det, kommunalbestyrelsen har visiteret til efter stk. 1.
- Stk. 6. Retten til at vælge efter stk. 4 kan begrænses, hvis hensynet til stofmisbrugerens taler for det.

Serviceoven

Serviceoven sikrer altså borgerne en garanti for behandling, en frit-valgsordning og et retskrav på behandlingstilbud. I særlige tilfælde omfatter behandlingsgarantien også unge under 18 år (mere herom side 62). Af botilbudsvejledningen (pkt. 204, 207 og 211\*, 2006) fremgår det at den sociale misbrugsbehandling skal:

- Rette sig mod den nedsatte fysiske – og især psykiske – funktionsevne og de sociale problemer der følger af misbruget.
- Sammensættes i individuelle forløb hvor den enkelte stofmisbruger visiteres til et konkret behandlingstilbud på baggrund af en faglig vurdering.
- Tillægge stofmisbrugerens egne ønsker til forløbet stor betydning, og der skal udarbejdes en behandlingsplan over forløbet.
- Tage udgangspunkt i en socialpædagogisk eller psykologisk funderet indsats i et forløb der lægges fast i behandlingsplanen (nøgleord: motivation og frivillighed – det individuelle udgangspunkt er altafgørende).
- Foregå parallelt med – eller i forlængelse af – en lægelig behandling, fx psykiatrisk eller medicinsk (behandlingens intensitet vil variere i forhold til årsagen til funktionsnedsættelsen og den valgte metode).

Behandlingen skal forhindre en yderligere funktionsnedsættelse hos brugeren. Indsatsen skal tage udgangspunkt i brugerens egne resurser og højne brugerens livskvalitet ved at øge den pågældendes sociale og personlige kompetencer. Behandlingen følges op med en mindre intensiv efterbehandling hvor brugeren samtidig gives tilbud om støtte til bolig, personlig støtte, aktivitets- og samværstilbud, aktivering, revalidering mv. – alt efter behov.

## Praktiske behandlingsforhold

Social stofmisbrugsbehandling kan sammensættes af forskellige elementer der mere eller mindre direkte retter sig mod brugerens stofafhængighed. Det kan foregå inden for forskellige praktiske rammer som sagsbehandleren må kende til for at kunne samarbejde ordentligt med brugeren. Viden om behandlingsstederne kan fx fremme forståelsen for brugerens erfaring fra tidligere behandling. Hvis brugeren giver udtryk for ikke at kunne indgå i en bestemt type tilbud, må det tages alvorligt så en behandlingssøgende stofmisbruger ikke påtvinges en rolle han eller hun ikke kan identificere sig med. Har en bruger fx været indskrevet i dagbehandling uden at det har bidraget til en positiv forandring, kan et ophold på en døgninstitution eller en ambulans indskrivning tænkes at være mere hensigtsmæssig.

### Døgnbehandling

Døgnbehandling er den ramme der tilbyder den højeste behandlingsintensitet. Det giver ganske særlige muligheder at lade overnatning indgå i den daglige ydelse (VBGS, 2008). I løbet af 2007 var 1.191 brugere indskrevet i døgnbehandling, fordelt på følgende måde

Alder	Kvinder	Mænd	I alt
20-29	120	331	451
30-39	96	327	423
40-49	55	153	208
50-59	9	21	30
60-69		1	1
I alt	307	884	1.191

(Sundhedsstyrelsen, 2007)

De fleste døgnbehandlingstilbud har stoffrihed som mål for behandlingen. Generelt sigter behandlingsstederne mod at tilbyde et miljø uden misbrug, og det forventes at brugerne underordner sig en række aktiviteter, fx afrusning, udredning, information og undervisning, samtaler, gruppearbejde, arbejdsstræning og udvikling eller generhvervelse af sociale kompetencer. Stoffri døgnbehandling er det oplagte valg hvis man antager at brugeren er nødt til at komme væk fra sit sædvanlige miljø og sine relationer for at kunne koncentrere sig om sin behandling og herigennem opnå og bevare stoffrihed (Pedersen & Dahl, 2003).

Nogle døgnbehandlingstilbud stræber først og fremmest efter at stabilisere brugeren og har derfor ikke stoffrihed som primært mål. De kan eksempelvis arbejde på at forbedre brugerens sociale livssituation, evt. understøttet af medicin. Forskellige

døgnbehandlingsforløb kan tilbydes: Nogle behandlingsinstitutioner tilbyder døgnbehandling med korte forløb på op til ca. 3 måneders varighed, ofte suppleret med længere opfølgende behandlingsforløb. Andre tilbyder længere døgnbehandlingsforløb der som regel varer 6-12 måneder, men kan komme op på flere år. Center for Rusmiddelforskning har fulgt døgnbehandlingsinstitutionerne i perioden 1997-2007. Undersøgelsen viser at der kan ses en positiv sammenhæng mellem opnået stoffrihed efter behandling og gennemførelse af institutionens program. Også behandlingens varighed har betydning. Den skal hverken være for lang eller for kort (Pedersen, 2009).

I nogle tilfælde vil det give bedst mening at indlede døgnbehandlingsforløbet med en ambulante behandling der kan indeholde en forberedelse på døgnbehandlingen og afklare brugerens situation inden opholdet. I andre tilfælde vil en ambulante indledning ikke være hensigtsmæssig for selvom brugeren ikke kan passe et ambulante forløb, kan man ikke tolke det som bevis for at den pågældende ikke vil kunne profitere af et døgnforløb. Et døgnbehandlingsforløb vil typisk blive fulgt op af udslusning og efterbehandling. I dag bruger en del kommuner kun døgninstitutionerne til afgiftning eller korte forløb som så følges op af et stoffrit efterbehandlingsforløb – i bedste fald (Pedersen & Thomsen, 2003).

Der er forskellige behandlingstyper og -ideologier på landets døgnbehandlingsinstitutioner, og den enkelte kommune vil ofte samarbejde med flere institutioner der har forskellige tilgange til behandlingen. For at kunne vurdere hvilken behandling der bedst matcher den enkelte brugers behov, anbefaler Pedersen og Thomsen den kommunale myndighed at arbejde tæt sammen med de enkelte institutioner. (Der findes en række tilgængelige evalueringer af døgninstitutioner i Danmark, bl.a. foretaget af Center for Rusmiddelforskning, jf. litteraturlisten.)

## Dagbehandling

Intensiteten i dagbehandlingstilbuddene kan karakteriseres ved 'middel'. VBGS (2008) definerer dagbehandling som tilbud der leverer en ydelse

- 3-5 gange om ugen i mere end 2 timer eller
- 2 dage i over 2 timer og 2 dage i under 2 timer

Dagbehandling kan foregå i kommunalt regi eller på en privat institution og er ofte mere gruppeorienteret end den ambulante behandling. I dagbehandlingen støttes brugerens individuelle mål med en kombination af aktiviteter, projektføløb, individuelle samtaler og gruppesamtaler. Forløbet kan omfatte undervisning, aktivering og sociale støttetilbud – ud over behandling for stofmisbrug. Dagbehandling kan være det primære behandlingsforløb, men kan også bruges til for- eller efterbehandling. Det behandlingsmæssige sigte vil i reglen være at opnå stoffrihed.

Dagbehandling er bygget op om et relativt intensivt forløb, men griber mindre ind i den enkelte brugers hverdag end døgnbehandlingen. Brugeren kan blive i sit hjem og holde fast i hverdagen, netværket og et eventuelt arbejde. I en afvejning af om det er mest hensigtsmæssigt med dag- eller døgnbehandling, vil derfor indgå en vurdering af hvad netværket og tilknytningen til arbejdsmarkedet betyder for den enkelte. Hvis brugeren bliver i sit miljø, vil behandlingen ikke ske fuldstændigt afkoblet fra den pågældendes hverdag, og hvis stoffrihed er målet, kan brugeren øve sig i stoffrihed i reelle hverdagssituationer undervejs i behandlingsforløbet. Det skaber mulighed for at brugeren kan afprøve de værktøjer der arbejdes med i behandlingen, og behandlerne får mulighed for at følge op på erfaringerne undervejs (Pedersen & Dahl, 2003).

Dagbehandling har visse fordele i forhold til døgnbehandling: Det er billigere fordi det kræver færre medarbejdertimer pr. bruger og det kan være mere smidigt i forhold til den aktuelle brugergruppe. Dagbehandlingstilbuddet kan løbende justeres i forhold til gruppens udvikling.

### Ambulant behandling

Med en ydelse på 2-8 gange om måneden, individuelt eller i grupper, er ambulant behandling karakteriseret ved en lav intensitet (VBGS, 2008), ofte i form af en længerevarende, skadesreducerende indsats. I modsætning til døgnbehandling sker den ambulante behandling i tilknytning til brugerens vante miljø og mere eller mindre intensivt, afhængigt af brugerens behov. Ambulant behandling kan være understøttet af substitutionsbehandling og er ofte et individuelt tilbud bestående af rådgivning, samtaleforløb eller lignende.

Der findes også stoffri, ambulant behandling, både i forbindelse med efterbehandling og i behandling for rusmidler der ikke skaber fysisk afhængighed. Et ambulant behandlingstilbud tilpasses den enkelte brugers situation og behov og kan derfor spænde fra at være meget tætte forløb til forløb med varierede intervaller for kontakten til behandlingsstedet. I 2007 var 11.337 brugere i dag- eller ambulant behandling, fordelt således:

Alder	Kvinder	Mænd	I alt
<19	183	443	626
20-29	694	2.196	2.890
30-39	734	2.531	3.265
40-49	792	2.186	2.978
50-59	406	1.055	1.461
60-69	37	72	109
>60	5	3	8
<b>I alt</b>	<b>2.851</b>	<b>8.486</b>	<b>11.337</b>

(Sundhedsstyrelsen, 2007)

## Efterbehandling

Målet med at efterbehandle er at opretholde de fremskridt stofmisbrugereren har opnået i misbrugsbehandlingen og derigennem forebygge eventuelle tilbagefald. Efterbehandling er til brugere med behov for professionel støtte til at fortsætte en igangværende, positiv udvikling. Om en foranstaltning kan betragtes som efterbehandling, afhænger af hvad det forudgående behandlingsforløb har bestået af. Generelt indikerer efterbehandling en nedtrapning af behandlingsintensiteten, og at elementer af behandlingen gradvist ophører. Målet er at støtte den forhenværende misbruger i arbejdet med at blive (re)integreret i samfundet.

Det er ofte afgørende for en behandlings succes at overgangen til efterbehandling sker når den enkelte bruger er klar til et sådant skift. Derfor kan det være hensigtsmæssigt at være fleksibel i forhold til hvornår brugeren overgår fra selve behandlingsforløbet til efterbehandlingen. Det bør være behandlerens og brugerens fælles afgørelse hvornår brugeren er klar til de nye udfordringer dette skift medfører. Det kan der ikke lægges faste rammer for.

Efterbehandlingen er en meget central del af behandlingsforløbet og har stor indflydelse på om brugeren får tilbagefald eller lykkes med at holde fast i sin stoffrihed eller sit stabiliserede forbrug af rusmidler. Ved at lade den sociale handleplan række helt ind i denne fase, kan man stimulere brugerens motivation for ikke at falde tilbage i det gamle misbrugsmønster. Som i den primære behandling er det også her afgørende at der arbejdes med midler tilpasset den enkelte brugers resurser og livsforhold. Tre vigtige elementer bør dog som minimum overvejes:

**En substitutionsordning** tilrettelagt i overensstemmelse med brugerens hverdag så den kan komme til at fungere så gnidningsløst som muligt.

**En kontaktperson** som brugeren kan fastholde en relation til igennem længere tid, måske flere år – en vigtig samtalepartner i tiden efter behandlingen, særligt i de første år mens brugeren opbygger et nyt liv.

**Personlig støtte** til dagligdags gøremål til brugere der ikke selv kan tage vare på den personlige pleje og det praktiske arbejde i hjemmet, fx rengøring, indkøb, tøjvask og madlavning. Støtten ydes som hjælp til selvhjælp – brugeren skal i videst muligt omfang selv deltage. Målet med personlig støtte er at øge brugerens selvstændighed og medvirke til at udvikle personlige færdigheder, bl.a. med henblik på at opretholde sociale netværk og struktur i dagligdagen. Personlig støtte tilbydes som regel efter en konkret behovsvurdering ([www.ism.dk](http://www.ism.dk)).

Hvis brugeren har en betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer der udløser et behov for hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder (servicelovens §85\*), kan den pågældende tilbydes en støtteperson eller medhjælper der kan knyttes til bofællesskaber såvel som andre boformer. Støttepersonen yder rådgivning og vejledning om almindelige daglige funktioner som rengøring, personlig hygiejne og økonomi, og bistår desuden ved at deltage i beskæftigelses- og fritidsaktiviteter. Han eller hun kan også etablere kontakter til omverdenen dels til familie, bekendte, foreningsliv eller offentlige eller private tilbud, dels til behandlingstilbud der anses for relevante i forhold til fysiske og psykiske lidelser eller misbrug. Misbrugere i en efterbehandlingsfase kan drage nytte af støtteperson-ordningen og vil måske endda kunne få tilkendt en støtteperson som vedkommende kender fra sit ophold på en behandlingsinstitution eller fra andre sammenhænge.

### **Midtvejshuse**

Denne type efterbehandlingstilbud – med høj intensitet – fungerer som et beskyttet bofællesskab hvor tidligere stofmisbrugere bor sammen. Midtvejshuse danner overgang mellem et intensivt behandlingsforløb og en tilbagevenden til samfundet, og målet er da også at beboerne skal starte i job, aktivering, uddannelse eller revalidering mens de bor i huset. I midtvejshuset trænes beboerne i at få hverdagen til at fungere i forhold til bolig og økonomi, og de tilbydes terapi der skal lære dem at håndtere risikosituationer. Målet med denne overgangsordning er at lette udslusningen til egen bolig.

Midtvejshuse er især for brugere der har brug for megen struktur og støtte for at kunne vende tilbage til samfundet, mere end de almindelige efterbehandlingstilbud kan yde. Opholdets varighed kan svinge fra tre måneder til et år og kan suppleres med dagtilbud som aktivering, revalidering mv.

### **Gruppebaseret efterbehandling**

Brugeren kan være med i mange slags grupper i forbindelse med sin efterbehandling. Ofte vil det være muligt at finde en gruppe der netop fokuserer på stofmisbrugerens problemer, og her vil der typisk også blive lagt vægt på tilstødende problemer i forhold til økonomi, job, psykiske lidelser, vold osv. Det kan være overordentlig nyttigt for den enkelte bruger at dele sine erfaringer med andre og samtidig opleve ikke at være alene om problemerne.

### **Individuel efterbehandling**

Nogle brugere i efterbehandling kan have behov for individuel behandling i stedet for gruppebehandling, eller som supplement hertil. Fordelene ved den individuelle behandling er især at brugeren får mere opmærksomhed end ved gruppesessioner og at det bliver

muligt for behandleren at yde en mere specifik terapeutisk indsats. Den sociale behandlingsplan skal forholde sig til hvilke overvejelser man har gjort sig om den individuelle efterbehandling.

### **Udslusning og botilbud**

Når en bruger skal udsluses, fx fra et døgntilbud, kan fagpersonen i samarbejde med brugeren lægge linjerne for en mere selvhjulpent tilværelse. Udgangspunktet for planlægningen af denne overgang til samfundet – og måske til et familieliv – er at brugeren skal gøres fri af behandlingsmiljøet. Relevante tilbud om behandling ligger inden for rammerne af visitation efter servicelovens §101\*. I den sociale handleplan skal indgå planer for udslusning.

# Behandlingsmodeller

Alene i Danmark er der på misbrugsområdet en række forskellige modeller og metoder der danner baggrund for de forskellige behandlingstilbud. Som fagperson med kontakt til stofmisbrugere er det afgørende at have en fundamental viden om de mange slags tilbud der findes, ellers kan man ikke matche en konkret bruger med et hensigtsmæssigt tilbud. Når det er sagt, skal det nævnes at langt de fleste steder der arbejder med misbrugsbehandling ikke entydigt kan placeres inden for en model eller metode. De praktiseres kun sjældent i ren form. Som regel vil behandlingen være sammensat af elementer fra forskellige behandlingsretninger, men vil typisk tage udgangspunkt i en bestemt model. Her er det vigtigt at have kendskab til retningen, for ikke alle modeller og metoder kan blandes sammen i et forløb. Der kan fx være disharmoni mellem det grundlæggende menneskesyn og måden man anskuer misbrug og misbrugere på.

De forskellige bagvedliggende teorier har afgørende betydning for den daglige praksis, især i relation til hvilket perspektiv behandlingsstedet har på misbrug og afhængighed. De forskellige behandlingsmodeller formulerer hver deres ramme for misbrugsbehandlingen på den enkelte institution, og definerer hvilke tilbud brugeren præsenteres for og hvordan de organiseres, tilbud der kan falde helt forskelligt ud, selv når målene er ens.

De mest udbredte behandlingsmodeller kan identificeres i DanRIS og Tilbudsportalen (se side 92-95). Det kan være svært at genkende modellerne i behandlingstilbuddenes egne beskrivelser; dels bruger de ofte andre ord og begreber til at beskrive deres behandlingspraksis, dels er – som nævnt – kun få behandlingstilbud rendyrkede udgaver af en beskrevet model. De modeller der beskrives i det følgende, er valgt fordi de er de mest udbredte. Ud over dem findes en række andre behandlingsmodeller som er fravalgt pga. deres beskedne udbredelse i det danske misbrugsbehandlingssystem.

## Den socialpædagogiske behandlingsmodel

De socialpædagogiske modeller har store variationer indbyrdes. Der findes ikke én entydig socialpædagogisk model, men der er visse fællestræk som vil fremgå af det følgende.

Institutioner der betegner sig selv som socialpædagogiske, har som regel en medarbejderstab der består af socialfagligt uddannet personale, fx pædagoger, lærere og socialrådgivere. Ofte er også psykologer ansat eller tilknyttet. Som regel bygger praksis på alment accepterede pædagogiske retninger der også bruges på andre socialpædagogiske områder. Der kan arbejdes ud fra en symptom- eller livsformsmodel (se side 20-21) hvor de behandlingssøgende stofmisbrugere ses som et menneske der i sin opvækst eller sit øvrige liv har været udsat for en større personlig belastning end vedkommende har kunnet tackle. Familie og samfund bærer et ansvar og skal indgå i løsningen af de problemer som disse



mere sårbare mennesker har udviklet. Stofindtagelsen ses som en metode til at glemme, distancere sig og overleve. Derfor skal indsatsen ikke kun rettes mod stofmisbruget, men også mod at udvikle et andet syn på sig selv, forbedre sine menneskelige relationer, opnå en sundere levevis og få en mere meningsfuld kommunikation med andre.

I en socialpædagogisk tilgang arbejdes der ofte med gruppesamtaler af undervisende karakter. Behandlingsinstitutionerne tilbyder ofte terapi- og undervisningsprojekter, gruppe- og individuelle samtaler samt praktisk arbejde og andre fysiske udfordringer. Målet er at stimulere den enkelte til at forholde sig til de personlige problemer der ligger til grund for misbruget. Det er *dem* der gøres til genstand for bearbejdelse. Gennem samtalerne opbygges en ny forståelse og skabes anderledes forudsætninger for at møde tilværelsen.

De døgninstitutioner der arbejder socialpædagogisk, har bl.a. tilbud til de mest belastede misbrugere, og mange af dem kan tilbyde substitutionsunderstøttet ophold (Dahl & Pedersen, 2006). Socialpædagogiske behandlingstilbud hviler ofte på at indsatsen skal være helhedspræget, tage hensyn til den enkelte brugers specielle forhold og have til hensigt at styrke ressourcerne og fjerne eller reducere belastningerne ved stofmisbruget og den livsstil der knytter sig til det. Ydelser skal kunne tilgodese individuelle behov og skal derfor være fleksible. De socialpædagogiske behandlingssteder baserer som regel deres tilbud på frivillighed, åbenhed, dialog og samarbejde. Når brugeren indskrives på institutionen vil der især blive fokuseret på:

- Brugerens adfærd i samspillet med andre og brugerens bevidsthed om sine følelser og evnen til at udtrykke dem
- At gøre brugeren bevidst om sine egne værdier
- At indlære nye normer
- At inddrage og støtte pårørende

Tanken bag tilgangen er at udvikle den enkeltes ressourcer og kvaliteter og støtte den pågældende i at finde sin egen mening med livet. Målet med den socialpædagogiske model er at udvikle kompetence hos den enkelte, så brugeren efter endt behandling kan indgå i samfundet på almindelige vilkår og fortsætte i arbejde, uddannelse eller aktivering (Andersen, 2009).

## Minnesota-modellen

Minnesota-behandlingen blev udviklet i USA i slutningen af 1940'erne og begyndelsen af 1950'erne i et samarbejde mellem psykologen Daniel Anderson, lægen Nelson Bradley og en række alkoholmisbrugere med positive erfaringer fra AA (Anonyme Alkoholikere). Den ideologiske 12-trins behandlingsmodel bruges både i alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Modellen er udsprunget af AA, men – anvendt i stofmisbrugsbehandling – adskiller den sig

ved at foregå i institutionelle rammer (Steffen, 1993). De 12 trin (se næste side) kan sammenfattes i 3 stadier: nedbrydning, vendepunkt og genopbygning.

”I den første fase nedbrydes den enkeltes modstand mod at betragte sig selv som ’syg’, ’bunden nås’. I den anden fase skal den afhængige vænne sig til den nye måde at betragte sig selv på. Og i den tredje fase arbejder man på misbrugerens tilbagevenden til og rehabilitering i det omgivende samfund ud fra selvforståelsen: ’Jeg er afhængig’” (Stoustrup, 1999).

På samme måde som hos NA (se side 110) arbejdes der i Minnesota-modellen med stoffri behandling med varig stoffrihed som mål. Institutionsmodellen er ofte organiseret med tilknytning til NA's anonyme selvhjælpsgrupper. I Danmark er behandlingsmodellen løbende blevet mere institutionaliseret. Der er udarbejdet standardiserede behandlingsforløb, organiseringen er blevet mere professionel og behandlingsmodellen mere fleksibel. Fra midten af 1990'erne begyndte en oplødning i fortolkningen af ideologien hvilket har ført til at mange Minnesota-institutioner er blevet mere åbne eller pragmatiske (Hesse, 1998a; Pedersen, 2000).

Minnesota-modellen har åndelige eller religiøse træk der særligt kommer til udtryk i modellens begreber om sygdom og åndelighed. Misbrug betragtes som en medfødt uhelbredelig sygdom man må forsøge at mestre via fuldstændig afholdenhed. Derfor skal misbrugere efterfølgende leve et liv som ikke-aktive misbrugere; og misbruget er et problem de må forholde sig aktivt til resten af livet (Steffen, 1993; Hesse, 1998 a; Hesse & Solberg, 1999).

Med dette udgangspunkt kan en misbruger sammenlignes med eksempelvis en astmatiker – man kan ikke slippe af med astmaen, men man kan handle på en måde så man undgår astmaanfald. Formålet med behandlingen er at få brugeren til at erkende sin magtesløshed i forhold til misbruget og indse at han eller hun har brug for det fællesskab gruppen tilbyder – enten i form af en samhørighed med gruppens øvrige medlemmer, eller med en gud. Praksis bygger primært på erfaringer og fortællinger fra aktuelle og tidligere brugere (Pedersen, 1998).

## De 12 trin

1. Vi indrømmede at vi var magtesløse over for vores addiction (afhængighed), at vores liv var blevet uhåndterlige.
2. Vi kom til at tro på at en magt større end os selv kunne genskabe vores tilregnelighed.
3. Vi tog en beslutning om at lægge vores vilje og vores liv over til omsorgen fra Gud, som vi opfattede Ham.
4. Vi lavede en søgende og frygtløs moralsk status over os selv.
5. Vi indrømmede for Gud, os selv og et andet menneske vore fejls sande natur.
6. Vi var fuldstændig parate til at lade Gud fjerne alle disse karakterdefekter.
7. Vi bad Ham ydmygt om at fjerne vores utilstrækkeligheder.
8. Vi lavede en liste over alle de mennesker vi havde gjort fortræd og blev villige til at gøre afbigt (bod) over for dem alle.
9. Vi gjorde direkte afbigt over for disse mennesker hvor det var muligt, undtagen når dette ville skade dem eller andre.
10. Vi fortsatte med at gøre personlig status og når vi fejlede, indrømmede vi det straks.
11. Vi søgte gennem bøn og meditation at forbedre vores bevidste kontakt med Gud som vi opfattede ham, idet vi kun bad om kendskab til Hans vilje med os og om styrken til at udføre den.
12. Da vi havde haft en åndelig opvågning som resultat af disse trin, forsøgte vi at bringe dette budskab til addicts og at praktisere disse principper i alt hvad vi foretog os.

(www.na-kbh.dk)

Gruppemødet er det centrale terapeutiske forum for behandlingen, men derudover er livet på Minnesota-institutionerne stærkt hierarkisk indrettet. Alle har ansvar for og kan give ordrer til dem der står lavere i hierarkiet. Den enkelte brugers placering i hierarkiet afhænger af hvor langt vedkommende er i behandlingen, og der er mulighed for både op- og nedstigning. Reglerne for at bevæge sig i behandlingsforløbet er enkle. De fortæller tydeligt hvad man må og ikke må og hvilke konsekvenser det har at overtræde reglerne, hvad enten det drejer sig om adfærd, misbrug eller andet. Det er entydigt hvem der bestemmer hvad. Som regel begynder en ny bruger nederst i hierarkiet, men kan få beføjelser ved at gøre en indsats. Reglerne ligger fast og lederens instruktioner skal efterkommes uden diskussion.

Den hierarkiske opbygning støtter brugen af rollemodeller hvilket er en vigtig del af terapien. Dels kan brugeren spejle sig i brugere på de højere trin, dels kan brugere på højere trin øve sig i at håndtere konflikter blandt brugerne på de lavere behandlingstrin.

Hierarkiet synliggør desuden hvor langt brugeren er nået i den fremadskridende proces mod et liv som stoffri, ligesom det også tydeliggør hvad et tilbagefald vil betyde.

En stor del af landets døgnbehandlingsinstitutioner tager udgangspunkt i Minnesota-modellen. Også i ambulant regi findes behandlingstilbud der bygger på denne model. Pedersen (2000) mener at der er stor forskel på hvordan de enkelte institutioner fortolker modellen hvilket giver sig udslag i forskellige behandlinger, men påpeger at der overordnet kan tales om en dansk udgave af modellen, en 'pragmatisk anlagt blandingsmodel' med et udpluk af elementer fra andre behandlingsmodeller. Fx har nogle af Minnesota-institutionerne brugere i metadonbehandling hvilket går imod modellens grundfilosofi om stoffrihed. Et fællestræk for de institutioner der bygger på Minnesota-modellen, er at de introducerer brugerne til lokale NA-grupper, og opfordrer dem til at deltage i dem efter endt behandling.

## Cenaps-modellen

Cenaps-modellen er en videreudvikling af Minnesota-modellen der gør op med mange af de faste rutiner og den hierarkiske opbygning. Den blev introduceret af Terence T. Gorski der – sammen med andre Minnesota-behandlere – fandt den oprindelige model for rigid og fastlåst i forhold til den øvrige udvikling på området, bl.a. fordi den ikke var et brugbart tilbud til brugere med gentagne tilbagefald efter endt behandling. Cenaps-modellen integrerer principperne fra AA og Minnesota-modellen med resultater fra den nyere forskning på afhængighedsområdet. Målet er at tilbyde en behandling der kan understøtte livslang helbredelse for den afhængige.

Cenaps-behandlingen fastholder Minnesota-modellens stramme struktur, disciplin og syn på afhængigheden som en sygdom. Men der er ikke 12 trin i Cenaps' struktur; i stedet tilrettelægges en individuel behandling i samarbejde med brugeren. En leder i Cenaps Danmark, Steffen Pedersen, fortæller at man integrerer nye forskningsresultater og nyere metoder i behandlingen, fx kognitiv terapi og problemløsende gruppebehandling. Behandlingsfilosofien i Cenaps er baseret på kognitiv terapi (side 56). Tilgangen udspringer af en overbevisning om at man kan øge indsatsens succesrate ved at basere behandlingen på en forståelse af afhængighed og relaterede problemer. Cenaps-modellen tager afsæt i at der er en videnskabelig sandhed om afhængighed som man kan lægge til grund for en behandling. Cenaps-modellen hviler på teorien om at et aktivt misbrug medfører ændringer i hjernen som er afgørende for det videre misbrug. Steffen Pedersen formulerer det således:

”Stemmingsændrende stoffer forandrer kemien i hjernen og selve hjernens funktion. Så snart hjernens funktion er forandret, opstår fysiske, psykiske og adfærdsmæssige forandringer. Det er umuligt at bruge stemningsændrende stoffer, uden at der sker forandringer i tankemåde, følelser, personlighed, adfærd og forhold til andre.”

Modellen forsøger derfor at kombinere de bio-psyko-sociale modeller med de udviklings-baserede og kobler faserne i helbredelsen sammen med planlægningen af tilbagefaldsforebyggelse. Der lægges vægt på at brugeren deltager frivilligt i behandlingen og har mulighed for at sige stop, fx til spørgsmål man stilles i gruppeterapien eller hvis man føler sig presset på anden måde. Cenaps-behandlingen tilrettelægges individuelt og tager udgangspunkt i misbrugerens egen oplevelse af sine problemer. I gruppeterapien arbejdes der problem-løsende ud fra en ikke-konfronterende metode. Behandlingen indeholder elementer af indlæring, systematisk rådgivning, adfærdsterapi og jeg-støttende terapi og fokuserer på at lære misbrugereren

- At ændre sine irrationelle tanker
- At håndtere sine uhåndterlige følelser og selvnedgørende handlinger knyttet til uhensigtsmæssige tankemønstre
- At korrigere fejlagtige og uhensigtsmæssige forestillinger og tankemåder og den deraf følgende selvnedgørende adfærd

## Hierarkiske terapeutiske Samfund (HTS)

Synanon-bevægelsen blev grundlagt i USA af Charles Dederich i slutningen af 1950'erne og opløst igen i 1990'erne. Dederich var medlem af AA og bidrog til at udvikle AAs møder i en mere direkte og konfronterende retning der stræbte efter mere følelsesmæssig åbenhed og autenticitet i fællesskabet. Dederich kaldte teknikken *Synanon-games* og i 1958 resulterede den i at bofællesskabet Synanon blev dannet. Efter bevægelsens opløsning i 1990'erne opstod flere former for terapeutiske samfund med dét tilfælles at de var hierarkisk struktureret (Mølholm Hansen, 1999). Opbygningsgården er et eksempel på en behandlingsinstitution med HTS-tilgang; tilgangen er også repræsenteret i fængslernes tilbud om misbrugsbehandling.

Et terapeutisk samfund er et lille lukket behandlingssamfund hvor brugerne, og i visse tilfælde også behandlerne, bor sammen i et praktisk og terapeutisk fællesskab. Terapeutiske samfund er en slags kunstige mini-samfund med aspekter fra det omgivende samfund. Alt hvad der foregår på institutionen er del af behandlingen – at være i fællesskabet er behandlingens grundelement. Det betyder at brugernes daglige omgang med hinanden skal ses som et miljøterapeutisk rum hvor brugeren lærer sig selv at kende og øver sig i at deltage i

fællesskabet. Behandlingen skal bidrage til en resocialisering af brugeren der ikke betragtes som syg, som i Minnesota-modellen, men som fejlsocialiseret. Forholdene omkring den hierarkiske struktur i Minnesota-modellen gælder dog også for HTS.

Behandlingen hviler på en klart defineret struktur hvor medarbejderne har fast styring med hvad der foregår, men i den hierarkiske arbejdsgang foregår styringen ofte igennem et arbejds- eller fase-hierarki blandt beboerne. Brugeren arbejder, holder hus og indgår i sociale relationer med hinanden. Det er et vigtigt aspekt ved de terapeutiske samfund at de udgør et alternativ til de fællesskaber misbrugerne kommer fra.

Brud på reglerne har konsekvenser, og sanktionerne udmåles i et tæt samarbejde mellem medarbejdere og beboere. Det terapeutiske samfund tilbyder således en ramme inden for hvilken misbrugeren kan genfinde sig selv og lære at indgå i nye sociale relationer, dvs. relationer der ikke involverer et misbrug. Der fokuseres på helheder frem for detaljer i behandlingsarbejdet. Det centrale i behandlingen er samspelet mellem beboere og medarbejdere, og dynamikken i brugergruppen sikres ved at erfarne brugere er rollemodeller for mindre erfarne brugere. HTS bruger tidligere misbrugere i personalegruppen ud fra tanken om at en bruger der er længere fremme i sin behandling, fungerer godt som inspirationskilde og rollemodel for de nyere brugere. Endvidere betragtes det som udviklende for mennesker at blive tildelt en position med ansvar og blive vist tillid til at man magter at leve op til dette ansvar.

I HTS' hierarki har medarbejderne den højeste autoritet og skal adlydes. Alle skal acceptere personalets autoritet. Selvom de er del af fællesskabet, er de højest placeret i hierarkiet – inden for fællesskabet. Grundlaget og betingelsen for behandlingen er et ubrydeligt sammenhold, et fællesskab der gør konfrontationer mulige, bl.a. fordi de bidrager til åbenhed blandt beboerne. Vandevælde (2004) beskriver tilgangen som byggende på:

- Faststrukturerede hverdagsaktiviteter
- Klare og konsistente regler
- Konfrontation som strategi for både dagligdags adfærd og terapi
- Hierarkisk fællesskab (nye har færre privilegier og ansvarsområder end erfarne)

## Demokratiske terapeutiske Samfund (DTS)

Idéen om Demokratiske terapeutiske Samfund blev oprindeligt udviklet i psykiatrien (Pedersen, 2000). Modellen er et opgør med det traditionelle psykiatriske hospital der blev opfattet som ydmygende, autoritært og nedbrydende for patienternes selvrespekt (Mølholm Hansen, 1999). I stedet for at styre patienterne med regler og hierarkisk, autoritær kontrol, ønsker man at skabe et demokratisk fællesskab hvor patienterne ikke er underlagt behandlingens myndighed, men selv tager aktivt del i deres egen og andres behandling og i organisationen af institutionens dagligdag. Dermed bliver det afgørende at brugeren er motiveret for

behandling og frivilligt lader sig indlægge på institutionen – en grundtanke der er fælles for de stofmisbrugsbehandlingssteder der kan karakteriseres som DTS (Mølholm Hansen, 1999).

Et andet centralt element i DTS er *living-learning* hvor brugerne via en beskyttet dagligdag på institutionen får viden og redskaber til at indgå i en almindelig hverdag den dag de forlader institutionen (Pedersen, 2000). Institutionens dagligdag tjener således som terapeutisk metode i behandlingen. Strukturen på en DTS-institution er løs og justeres løbende i dialog med brugerne efter hovedprincipperne:

- Alle er lige
- Brugeren skal have indflydelse på tilrettelæggelsen af sin behandling

I dagens Danmark bruges DTS-modellen primært på socialpædagogiske opholdssteder og tager ofte udgangspunkt i en psykoterapeutisk behandling, fx som på Hjulsgård. Psykoterapien bygger på humanistisk-eksistentialistiske metoder som gestaltterapi, oplevelsesterapi, kropsterapi m.m. Pardannelse mellem brugerne kan være tilladt med DTS-tilgangens løse struktur og få restriktioner, og afholdenhed kan være mere nuanceret fortolket end *livslang afholdenhed fra alle rusmidler*. Selve behandlingen er individuelt tilrettelagt, hvorfor den ene brugers behandling kan adskille sig meget fra den andens (Pedersen, 2000).

Gruppeterapi er den primære behandlingsform, og DTS-behandlingsinstitutionen kan rumme forskellige substitutionsklienter der har andre primære behandlingsmål end medicinafholdenhed.

## Den eklektiske model

Denne behandlingsmodel er nok den mest udbredte i den danske misbrugsbehandling. Den kan ikke beskrives som en retning, men må forstås som en samlebetegnelse for de indsatser der ikke bruger en bestemt model, men sammensætter forskellige metoder, ydelser og værdier inspireret af de beskrevne behandlingskulturer. Når behandlingsmodellen kaldes eklektisk (sammensat), er det fordi der ikke er tale om en behandlingsmåde med afsæt i et enkelt velbeskrevet, sammenhængende teoretisk fundament. Det er ikke ensbetydende med at det enkelte behandlingstilbud ikke har beskrevet sin organisering, sine metoder, sine værdier, sit menneskesyn osv.

Mange af de behandlingstilbud der bruger en eklektisk behandlingsmodel, har kombineret flere af de kendte metoder på deres egen måde, fx 12-trinsmodellen kombineret med den demokratiske terapeutiske model og suppleret med en kognitiv behandlingsform. En del af de institutioner der arbejder med denne blandingsmodel, har en socialpædagogisk tilgang. Tilbuddene markerer sig især ved ikke at betegne indsatsen som behandlende, men

som en udvikling mod et mål der drejer sig om at etablere et fællesskab gennem arbejde og almindelig dagligdags livsførelse.

De eklektiske modeller bygger på formodningen om at ingen forhold gælder for alle situationer og personer. Hver eneste behandlingssøgende stofmisbruger er unik og skal tilbydes individuel behandling der løbende må justeres i takt med personens udvikling. Selve misbruget ses ikke som et selvstændigt problem, men som en del af et større problemkompleks der skal behandles i sin fulde udstrækning. Det er op til den enkelte bruger at gøre sit personlige behandlingstilbud meningsfuldt – i samarbejde med behandlerne.



## Terapeutiske metoder

Mange misbrugsbehandlingssteder arbejder med forskellige former for terapi – individuelt eller i grupper. Fordelene ved individuel terapi er at man koncentrerer sig om brugeren og dennes unikke problemer og giver vedkommende hurtig og direkte sparring fra terapeuten. Fordelene ved gruppeterapi er at deltagerne på kortere tid kommer til at arbejde med flere slags problemer og at de kan lære af gruppens fælles diskussioner og erfaringer. Gruppen giver desuden mulighed for at brugeren kan opleve ikke at være helt alene i verden med sine problemer, og gruppedeltagerne får mulighed for at støtte hinanden. I individuel terapi kan der altså arbejdes i dybden med et problem ad gangen, mens der i gruppeterapi er mulighed for at de enkelte på skift kan arbejde med et problem ad gangen, men samtidig kan få input i forhold til andre dele af deres liv ved at deltage i de øvrige deltagers terapiproces. Ved gruppeterapi er det vigtigt nøje at overveje gruppens sammensætning så der skabes de bedst mulige rammer for en konstruktiv gruppedynamik.

Det er naturligvis meget individuelt om den enkelte bruger ønsker at indgå i et gruppe- eller individuelt terapiforløb og mange steder supplerer de to typer hinanden. To meget udbredte terapiformer er kognitiv og systemisk terapi, men det skal påpeges at terapi i behandlingsindsatsen for stofmisbrugere sjældent optræder i en særlig terapiretningens rene form. Som regel praktiseres forskellige terapiformer blandet med forskellige sociale behandlingsformer der alle indgår i et større samspil.

### Den løsningsfokuserede tilgang

At fokusere mere på løsningen end på problemet er en tilgang der bruges i både kognitiv og systemisk terapi. Her lægges vægten på nutiden og på de løsninger der praktisk lader sig realisere. Hvor tilgangen er løsningsfokuseret, retter behandleren opmærksomheden mod udvalgte formulerede problemer der skal findes en løsning på, en løsning der tager udgangspunkt i brugerens resurser og egne løsningsforslag. Med en løsningsfokuseret tilgang forsøger man ikke at forstå eller forklare brugerens problemer, og fokus er heller ikke primært rettet mod konsekvenserne af problemerne i brugerens liv. Tilgangen er baseret på en antagelse om at problemer aldrig er konstante og altoverskyggende. Der er altid undtagelser. Målet er at hjælpe brugeren med at erkende hvor problemerne ligger og (gen)finde gode handlemønstre som derefter kan forstærkes.

### Kognitiv terapi

Kognitive behandlingstilgange tager udgangspunkt i et menneskesyn hvor følelser, tanker og handlinger hænger uløseligt sammen. Udgangspunktet er at vi som mennesker kan have automatiske, negative tanker der står i vejen for vores udvikling og for at vi har det

godt. Disse tanker kan være ubevidste eller uklart formulerede, men de fungerer som en slags grundpræmisser der styrer den enkeltes tænkning (Hesse, 1998b). Tilgangen har som grundlæggende, teoretisk udgangspunkt at al adfærd betragtes som indlært, og at al adfærd kan erstattes af nye adfærdsformer. Følelser og adfærd ses som afhængige af tanker, og de kan derfor påvirkes ved at man tænker på en anden måde. Perspektivet er fremadrettet, dvs. at kognitiv terapi ikke bruger megen tid på at finde ud af hvor rutiner og handlemønstre er opstået. I stedet søger man at afdække hvordan disse rutiner og handlemønstre udmønter sig og bruger denne afdækning til at arbejde med at aflære uhensigtsmæssig adfærd og indlære nye – mere hensigtsmæssige – strategier og handlemønstre. Behandlingen går derfor ud på at ændre personens tanker, følelser og handlinger i samspil med de omgivelser personen indgår i (Vind & Finke, 2006; Hutchinson & Oltedal, 2006).

Den kognitive behandling fokuserer på at brugeren får en oplevelse af kontrol over sig selv og sine omgivelser og der sigtes mod at ændre tænkningen så den bliver mindre begrænsende og selvundertrykkende og mere fornuftbetonet. Kognitiv behandling fokuserer således på at opbygge en evne til at kontrollere det problematiske gennem aflæring af uhensigtsmæssige strategier i specifikke situationer (Hesse, 1998b).

## **Kognitiv misbrugsbehandling**

I kognitiv misbrugsbehandling fokuseres der på den del af brugerens adfærd der har relation til misbruget. Metoden lægger vægt på at behandleren, sammen med brugeren, undersøger hvilke følelser og tanker brugeren har om brug og misbrug af rusmidler. De gennemgår hvilke situationer der gør brugeren tilbøjelig til at bruge rusmidler, hvordan han eller hun ellers kunne handle i disse situationer og hvilke strategier brugeren kan anlægge for at undgå brugen af rusmidler – det som Vind og Finke (2006) kalder coping-evner. Fra et kognitivt synspunkt foregår misbrugerens tænkning og følelsesliv i tillærte mønstre der hele tiden udvikles i samspillet med det omgivende miljø. Målet med behandlingen kan være afholdenhed eller nedsat forbrug.

Kognitiv terapi giver altså misbrugereren mulighed for at ændre problematiske og uhensigtsmæssige tanker, følelser og adfærd forbundet med misbruget. Tilgangen kan beskrives som en behandlingsmetode der støtter udviklingen af forandringsfærdigheder og nye måder at mestre misbrugsrelaterede problemer på, dvs. at man sammen finder andre måder at reagere på i svære situationer end at bruge rusmidler. Hesse (1998b) påpeger vigtigheden af at misbrugsbehandlingen ikke lukker sig om sig selv, og at det ikke er tilstrækkeligt at fokusere på et misbrugsophør hvis den øvrige livssituation er ustabil, fx hvis brugeren har svært ved at blive integreret på arbejdsmarkedet fordi vedkommende ikke har en uddannelse eller lignende.

## Systemisk terapi

Systemisk terapi tager udgangspunkt i en teori om at alting er forbundet med alt andet i verden, og at det derfor ikke giver mening at betragte enkeltdele isoleret. Den systemiske teori er inspireret af socialkonstruktionismen, og sproget spiller derfor en central rolle. I socialkonstruktionismen er kategorier og begreber ikke individuelt producerede afspejlinger af verden, de er derimod konstrueret socialt ved at vi deltager i fællesskabets sprog. Vi skabes og eksisterer i fortællinger der kan ændres. De problemer brugeren har, anses ikke for at være skabt inde i brugeren selv, men i brugernes relationer til omverdenen. Derfor inddrages de sociale samspil brugerne optræder i, og der sættes ind på at flytte fokus fra begrænsninger til muligheder.

En grundlæggende antagelse i systemisk terapi er at de billeder man skaber sig af verden, varierer fra menneske til menneske. Da ingen har patent på sandheden, opererer man med forskellige, ligeværdige versioner af virkeligheden. Alle har dermed deres helt egen unikke måde at forstå og opleve verden på, og mennesket vil altid forsøge at skabe mening og sammenhæng som et værn mod kaos og utryghed. Denne mening, eller dette værn, organiseres i en fortælling der altid er en del af kulturen. Enhver personlig fortælling er samtidig en social og kulturel fortælling der udtrykker kulturelle værdier og normer man altid kan bryde ned. Brugen af systemisk teori og metode kan således hjælpe med at finde nye veje og nye handlemåder. Gennem samtale og refleksion får brugeren mulighed for at opdage nye sider af sig selv, og kan motiveres til at handle på nye måder.

Det er en hovedpointe i systemisk terapi at skabe udvikling i menneskers selvforståelse og dertil hørende handlemuligheder. Her tænkes især på det enkelte menneskes samspil med andre. Brugen af systemisk metode fører ikke til lange samtaler hvor alt traumatisk fra fortiden bearbejdes. Terapien fokuserer på den enkeltes historier, og herigennem på den pågældendes værdier, håb og drømme. I praksis foregår det ved at brugerens historier bliver fortalt til terapeuten som bevidner og anerkender dem. Der stilles skarpt på hvordan man kan komme videre, skabe nye forståelser og nyt håb. Dette kan ses som en modsætning til terapiformer der kun har opmærksomhed på alt det der opleves problematisk (Daverkosen & Grønbæk Østergaard, 2004).

Ifølge den systemiske terapi skal man flytte fokus fra begrænsninger til muligheder, og måske få brugeren til at genfortælle og genfortolke dele af sin livshistorie. Herved kan man give brugeren en mere afslappet og nuanceret holdning til sine problemer. Ifølge denne metode kan dialog om problemernes reelle forekomst og betydning ofte hjælpe brugeren. Metoden anerkender at der kan være reelle problemer, men deres betydning 'konstrueres' af det enkelte menneske og denne konstruktion kan ændres ved dialog. Man kan opfatte og løse brugerens problemer på mange måder, og terapeuten sørger for at der kommer nogle alternativer på banen, alternativer der er mere gunstige for brugeren.

## Rammer for behandlingen

Det er op til hver enkelt kommune at vælge hvordan man ønsker at organisere indsatsen for stofmisbrugere. En undersøgelse foretaget af Center for Alternativ Samfundsanalyse viser at kommunerne efter kommunalreformen, hvor forvaltningen af det fulde ansvar for stofmisbrugsbehandlingen overgik til de enkelte kommunalbestyrelser, har valgt at organisere sig forskelligt. Omkring halvdelen af kommunerne driver deres eget kommunale tilbud i form af et misbrugscenter. De øvrige har enten indgået en samarbejdsaftale med et kommunalt tilbud i en nabokommune eller har en samarbejdsaftale med et tilbud der drives af den region kommunen ligger i (Jakobsen, 2008). Selvom kommunen køber ydelsen i en anden kommune, har den dog stadig ansvaret for at kontrollere ydelsens kvalitet. Myndighedsansvaret for den enkelte borger er altid placeret i bopælskommunen.

### Tilbud og ydelser

Vejledning nr. 4 til serviceloven beskriver hvilke behandlingstilbud der bør indgå i den kommunale indsats (botilbudsvejledningen pkt. 212-214\*, 2006). Her fremgår det at behandlingstilbuddene bør omfatte døgntilbud, dagtilbud og ambulante tilbud, helst med differentierede målsætninger, ambitions- og kravniveauer. Indsatsen på behandlingsområdet bør være indrettet så der er tilbud til alle slags stofmisbrugere. For at indfri behandlingsforpligtelsen bør kommunen kunne tilbyde en række ydelser, fx:

- Systematisk udredning
- Afgiftning/nedtrapning, evt. længerevarende stoffri behandling
- Substitutionsbehandling
- Aktivitetstilbud – både med revalideringsmæssigt sigte (daghøjskole, arbejde, uddannelse mv.) og med et mere kreativt eller omsorgsmæssigt sigte der kan medvirke til at udvikle brugerens sociale kompetence
- Par- og familierapi
- Individuel, socialfaglig rådgivning, fx fra læge og psykolog
- Gruppebehandling og selvhjælpsgrupper (aktivitets-, undervisnings-, emne- og behandlingsorienterede)
- Støtte-kontaktpersonordning (siden 2006 har SKP-ordningen til psykisk syge også omfattet misbrugere og hjemløse)
- Case management til sikring af kontinuitet og helhed i de individuelle behandlingsforløb
- Gradvis udslusning, efterbehandling og recidivopsamling
- Samarbejde med og støtte til pårørende

## Ansvar og muligheder

Indsatsen over for stofmisbrug sker på tværs af fag- og sektorgrænser. Det er en sammensat opgave der løses i et samarbejde mellem lokale og nationale myndigheder på sundheds-, social- og justitsområdet.

**Nationalt** koordinerer *Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse* den statslige indsats. Her ligger også ansvaret for at føre kontrol med den lovlige brug af narkotika og ansvaret for om statens opgaver i forhold til forebyggelse og lægelig behandling udføres tilfredsstillende. *Indenrigs- og Socialministeriet* har ansvar for den statslige del af opgaven med den sociale behandlingsindsats dels for stofmisbrug, dels i relation til bolig, uddannelse, arbejde, bostøtte mv. *Justitsministeriet* har hovedansvar for den kontrol- og politimæssige indsats og for indsatsen over for stofmisbrugere i fængslerne.

**Lokalt** bærer kommunerne ansvaret for den konkrete forebyggelses- og behandlingsindsats. De bistås af de ovennævnte myndigheder, fx i forbindelse med overvågning, overordnede retningslinjer, dokumentation, vidensformidling mv. Det er op til de enkelte kommunalbestyrelser selv at organisere indsatsen. Hvis en kommune ikke har eget behandlingstilbud, kan den som nævnt indgå en aftale med region eller anden kommune omkring behandlingen.

Behandling af stofmisbrug hviler således på både en lægefaglig og socialfaglig indsats, og det er vigtigt at anerkende og benytte begge fagligheder for at få et behandlingsforløb til at lykkes. Der tale om opgaver der både lokalt og nationalt fordrer et samarbejde der går på tværs af fag og sektorer, ikke alene mellem sundheds- og socialområderne, men også på tværs af en række tilstødende områder, fx beskæftigelses- og uddannelsesområdet samt kriminalforsorgen. Det har ingen umiddelbar betydning for den enkelte borger at ansvaret fordeler sig på forskellige ministerier. Borgeren kan nøjes med at have kontakt til kommunen der har det lokale ansvar for den sociale støtte såvel som for forebyggelses- og behandlingsindsats. Den sociale behandling af stofmisbrug sker med hjemmel i serviceloven med tilhørende bekendtgørelser og vejledninger, mens det er bestemmelserne i sundhedsloven, autorisationsloven og *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling* (2008) der sætter reglerne for hvordan substitutionsbehandlingen af stofmisbrugere skal administreres.

Behandlingsindsatsen for stofmisbrug hviler altså primært på den sociale indsats forankret i servicelovens bestemmelser om tilbud til voksne og den medicinske behandling forankret i sundhedsloven. Der er imidlertid også en række retlige principper for hvordan

en sag omkring en stofmisbruger skal håndteres; principper der handler om retssikkerhed og inddragelse, regler for sagsbehandling og aktindsigt, parternes rettigheder og pligter m.m. De er beskrevet i næste kapitel og anbefales læst af alle der professionelt arbejder med behandling eller visitationen til behandling. De retlige principper er helt afgørende for sikringen af borgernes rettigheder ved visitation og behandling. Disse regler og principper for sagsbehandlingen bliver desuden behandlet mere udførligt i *God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet* som Servicestyrelsen udgiver medio 2010.

### **Garanti for social behandling**

Når en borger henvender sig til sin kommune med et ønske om behandling for stofmisbrug, skal kommunen iværksætte at borgeren kommer i behandling inden for 14 dage. Fristen løber fra første personlige henvendelse, hvad enten den har form af personligt fremmøde, telefonopkald eller har været skriftlig, fx brev eller e-mail (botilbudsvejledningen pkt. 205\*, 2006).

Fristen for iværksættelse inden for 14 dage gælder kun i forhold til kommunens tilbud om social stofmisbrugsbehandling. Vælger stofmisbrugeren at blive behandlet i et andet behandlingstilbud end det, der er visiteret til, vil det ikke altid være muligt for kommunen at iværksætte en behandling inden for fristen.

### **Ret til frit valg mellem behandlingstilbud**

Når en borger er visiteret til behandling efter servicelovens §101\*, kan han eller hun vælge at blive behandlet i et andet offentligt behandlingstilbud eller godkendt privat behandlingstilbud af tilsvarende karakter som det der er visiteret til (botilbudsvejledningen pkt. 208\*, 2006). Det er forholdsvis nyt (juli 2008) at retten til frit valg mellem behandlingstilbud også omfatter private, ambulante behandlingstilbud. De krav der stilles til disse tilbud, er at de skal være godkendte og fremgå af Tilbudsportalen (se side 93).

Når behandlingen tilrettelægges, skal der udarbejdes en behandlingsplan for indsatsen der beskriver behandlingens karakter. Det frie valg skal ske inden for rammerne af den lagte behandlingsplan. Hvis der er visiteret til døgnbehandling, kan der vælges et andet døgnbehandlingstilbud af samme karakter som beskrevet i behandlingsplanen. Det frie valg fungerer på samme måde hvis der er visiteret til ambulante behandling. Hvis kommunen har visiteret til et tilbud, men ikke iværksætter behandlingen, fx fordi der ikke er ledige pladser i kommunen, kan stofmisbrugeren frit vælge at blive behandlet et andet sted der har samme karakter som det der er visiteret til.

I ganske få tilfælde vil retten til frit valg af behandlingstilbud kunne begrænses af hensyn til stofmisbrugeren selv. Det er en undtagelsesbestemmelse der er tiltænkt

stofmisbrugere med psykoser, svære karakterafvigelser, egentlige psykiatriske lidelser eller lignende, dvs. misbrugere der i visse tilfælde savner evne til at træffe rationelle valg.

### **Mulighed for tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling**

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gravide kvinder der er visiteret til døgnbehandling, mulighed for at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse. Den gravide bestemmer selv om hun vil indgå kontrakten, og hun kan fortsat modtage døgnbehandling uden denne kontrakt (mere om gravide med et stofmisbrug side 141).

Hvis kommunalbestyrelsen har besluttet at kommunen vil benytte sig af denne lovs bestemmelser i forhold til andre stofmisbrugere, kan også de tilbydes en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse.

### **Stofmisbrugsbehandling til unge under 18 år**

Garantien for at få social behandling for unge under 18 år er – som behandlingsgarantien for voksne – en ventetidsgaranti. Regler og principper fremgår af servicelovens §101, stk. 3\*, (bekendtgørelse af) garanti for social behandling af stofmisbrug\*(2006) og pkt. 282-286 i ungestøttevejledningen\* (2006).

Et tilbud om stofmisbrugsbehandling til unge under 18 år erstatter ikke kommunens generelle pligt til at yde særlig støtte til børn og unge med et særligt behov (servicelovens kapitel 11\*). Tilbud efter §101 er en skærpelse, en pligt til at yde *hurtig hjælp* i disse særlige tilfælde.

Reglerne om stofmisbrugsbehandling til unge under 18 år omfatter kun unge med alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer – forårsaget af misbruget. Det skal være problemer der bevirker at vedkommende ikke kan fungere i forhold til familie, uddannelse, arbejde eller skole. Her er der altså tale om unge der har fået sociale, fysiske eller psykiske skader af et stofmisbrug og som – på grund af misbruget – ikke kan profitere af andre tilbud til unge med særlige behov. Det er altså ikke alle under 18 år der er omfattet af bestemmelsen i §101\*, men kun de der har stofmisbrug som altoverskyggende problem, og som derfor ikke kan få dækket deres behandlingsbehov med de almindelige tilbud.

Det er kommunens faglige vurdering der danner basis for at afgøre om der er tale om en situation der kræver en hurtig indsats, ligesom også kommunens faglige vurdering ligger til grund for valget af foranstaltninger der skal iværksættes i denne forbindelse. Det er den unge selv eller dennes forældre der kan anmode kommunen om stofmisbrugsbehandling efter §101, stk. 3. Tilbud kan ikke iværksættes uden samtykke fra forældremyndighedsindehaver og den unge (hvis den unge er fyldt 15 år).

## Lægelig behandling

Som følge af kommunalreformen er ansvaret for den samlede behandling for stofmisbrug udlagt til kommunerne, herunder også substitutionsbehandlingen. Det er således en kommunal opgave at tilbyde en borger med et stofmisbrug gratis lægebehandling (sundhedslovens §142\*). Det gør den enkelte kommune ansvarlig for at den nødvendige lægefaglige kapacitet står til rådighed. I modsætning til reglerne for den sociale behandling, giver bestemmelsen i sundhedsloven ikke den enkelte bruger ret til frit at vælge behandlingssted. Adgang til lægelig behandling kan kun opnås via brugerens bopælskommune (botilbudsvejledningen pkt. 217\*, 2006).

Kravet på medicinsk behandling adskiller sig fra den sociale behandling på flere centrale områder, fx er tilbud om substitutionsbehandling ikke omfattet af en behandlingsgaranti. Sundhedsstyrelsen anbefaler at en sammenhæng mellem de to behandlingsformer tilstræbes, jf. vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere ... (2008) og botilbudsvejledningen pkt. 206\* (2006).

Reglerne for behandling med substitutionsmedicin, der altså skal ske enten via egne behandlingsinstitutioner eller via aftaler med andre kommuner, regionstilbud eller private institutioner, fremgår af sundhedsloven (2008), autorisationsloven (2006) og vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i behandling (2008).

Den medicinske behandling tager afsæt i reglerne fra Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed, men skal ske i tæt sammenhæng med den sociale behandling og støtte. Den lægelige indsats kan ikke stå alene. Stofmisbrugere der søger behandling, har ofte meget komplekse problemer af både fysisk, psykisk og social karakter.

Det er kun læger ansat i kommunale lægestillinger, læger i regionstilbud eller læger ansat på private institutioner der må ordinere substitutionsmedicinen, men de kan uddelegere opgaven til andre læger, fx privatpraktiserende læger. I enkeltstående tilfælde kan praktiserende læger ordinere substitutionsmedicin som led i abstinensbehandling (autorisationslovens §41\*, 2006).

Hvis den behandlingsansvarlige læge har en medhjælper, skal man være opmærksom på at ansvaret for behandlingen fortsat ligger hos lægen. Lægen har eksempelvis ansvaret ved udleveringen af erstatningsdoser og ved videregivelse af helbredsoplysninger til andre myndigheder (at videregive helbredsoplysninger er en sundhedsfaglig opgave der tages lige så alvorligt som at udlevere medicin).



# Litteratur

## Praktiske behandlingsforhold

- Autorisationsloven (2006) – LOV nr. 451 af 22/05/2006. Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Botilbudsvejledningen (2006) – VEJ nr. 95 af 05/12/2006, Vejledning om botilbud m.v. til voksne, (Vejledning nr. 4 til serviceloven). Socialministeriet.
- Ege, Peter (2004). Stofmisbrug og afhængighed – hos unge og voksne. Hans Reitzels Forlag.
- Hutchinson, G. S. og S. Oltedal (2006). Modeller i socialt arbejde. 2. udg. Hans Reitzels Forlag.
- Narkotikarådet (2000). Substitutionsbehandling – Narkotikarådets anbefalinger.
- Pedersen, Mads Uffe (2000). Stofmisbrugere før, under, efter døgnbehandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, Mads Uffe (2001). Substitutionsbehandling; organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder ... Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Pedersen, Mads Uffe (2009). Stoffri døgnbehandling 1997-2007. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning. [www.crf.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2009/mup\\_stoffri\\_d%C3%B8gnbehandling\\_1997\\_til\\_2007\\_\\_2009.pdf](http://www.crf.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2009/mup_stoffri_d%C3%B8gnbehandling_1997_til_2007__2009.pdf)
- Pedersen, Mads Uffe og H.D. Thomsen (2003). Garvergården, Odense Kommune – Døgnbehandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning. [www.crf.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2003/Garverg%C3%A5rden.pdf](http://www.crf.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2003/Garverg%C3%A5rden.pdf)
- Pedersen, Mads Uffe og Helle Dahl (2003). Ambulant stoffri nærbehandling – Fredericia projektet. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning. [www.crf.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2003/Ambulant\\_stoffri\\_n%C3%A6rbeh.pdf](http://www.crf.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2003/Ambulant_stoffri_n%C3%A6rbeh.pdf)
- Petersen, T. og A. McBride (red.). Working with Substance Misusers – a Guide to Theory and Practice. London, Routledge.
- Regeringen (2003). Kampen mod narko – handleplan mod narkotika. Fra: [www.sum.dk](http://www.sum.dk) (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse).
- Serviceloven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.
- Sundhedsloven (2008) – LBK nr. 95 af 07/02/2008, Bekendtgørelse af sundhedsloven. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Sundhedsstyrelsen (2007). Narkotikasituationen i Danmark 2007.
- VBGS (2008). Ventetid og BehandlingsGaranti på Stofmisbrugsområdet. [www.stofmisbrugsdatabasen.dk](http://www.stofmisbrugsdatabasen.dk).
- Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (2008) – VEJ nr. 42 af 01/07/2008. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Vind, Leif og Katrine Finke (2006). Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Williams, C. (2001). Twelve Step Approaches. I: Petersen & McBride (2001).
- [www.ism.dk](http://www.ism.dk)
- [www.socialebegreber.dk](http://www.socialebegreber.dk)

## Behandlingsmodeller

Andersen, Ditte (2009) Den sociale stofmisbrugsbehandling – Delrapport 3 -Behandlingstilbud og metoder. SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).

Dahl, Helle Vibeke og Mads Uffe Pedersen (2006). Kvinder i motivations- og stofmisbrugsbehandling i Vestre Fængsel og Horserød Statsfængsel. Århus Universitet: Center for Rusmiddelforskning.

Hesse, Morten (1998a). Kognitiv terapi i misbrugsbehandling – en case study af gruppebehandling af stofmisbrugere. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Hesse, Morten og Ulrik Solberg (1999). Egeborgs behandling – slutrapport. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Hutchinson, G. S. og S. Oltedal (2006). Modeller i socialt arbejde. 2. udg. København, Hans Reitzels Forlag.

Mølholm Hansen, Lasse (1999). Opbygningsgården. Århus Universitet: Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, Mads Uffe (1998). Konflikter i døgnbehandlingen af stofmisbrugere. I: Social Kritik, nr. 56/1998.

Pedersen, Mads Uffe (2000). Stofmisbrugere før, under, efter døgnbehandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, Mads Uffe og H.D. Thomsen (2003). Garvergården, Odense Kommune – Døgnbehandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, Mads Uffe og Helle Dahl (2003). Ambulant stoffri nærbehandling – Fredericia projektet. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Petersen, T. og A. McBride (red.). Working with Substance Misusers – a Guide to Theory and Practice. London, Routledge.

Steffen, Vibeke (1993). Minnesota-modellen i Danmark – mellem tradition og fornyelse. Holte, Forlaget SOCPOL.

Stoustrup, Karen (1999). Minnesota-modellen. I: STOF nr. 8.

Vandevælde, Stijn m.fl. The Development of the Therapeutic Community in Correctional Establishments: A Comparative Retrospective Account of the 'DEMOCRATI'. International Journal of Social Psychiatry, Vol. 50, No. 1, 2004

Williams, C. (2001). Twelve Step Approaches. I: Petersen & McBride (2001).

[www.danris.dk](http://www.danris.dk)

[www.na-kbh.dk](http://www.na-kbh.dk)

[www.tilbudsportalen.dk](http://www.tilbudsportalen.dk)

## Terapeutiske metoder

Beck, J. S. (2008). Kognitiv Terapi – teori, udøvelse og refleksion. København, Akademisk Forlag.

Berg, Insoo Kim og Scott D. Miller (1998). Rusbehandling – en løsningsfokuset tilnærming. Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Daverkosen, Mie og Louise Grønbæk Østergaard (2004). Gode viljer i en frizone. I: STOF nr. 3.

Dybvad Larsen, Henrik, Kaj Christensen m.fl. (red.) (2000). Socialpsykiatri – et systemisk perspektiv. Munksgaard. 2000.

# Litteratur

- Hesse, Morten (1998a). Kognitiv terapi i misbrugsbehandling – en case study af gruppebehandling af stofmisbrugere. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Hesse, Morten (1998b). Situationsspecifik coping i misbrugsbehandling – en case study af gruppebehandling af stofmisbrugere. (Speciale, KU, Institut for Psykologi 1997)
- Hesse, Morten (2000). Hvad er kognitiv adfærdsterapi for misbrug? Misbrugsnet, Dansk Psykolog Forenings Selskab for Misbrugspsykologi. Artikel til kursus i kognitiv misbrugspsykologi 11.-12. maj 2000. Fra: [www.misbrugsnet.dk](http://www.misbrugsnet.dk), Fagligt stof.
- Hutchinson, G. S. og S. Oltedal (2006). Modeller i socialt arbejde, 2. udg. København, Hans Reitzels Forlag.
- Jessen-Petersen, Birgit (1998). Terapi er andet end dagligdags samtale. I: STOF, nr. 5.
- Thorsen, Sidsel (2009). Hvad er det gruppebehandling kan? I: STOF nr. 13.
- Vind, Leif og Katrine Finke (2006). Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

## Rammer for behandlingen

- Autorisationsloven (2006) – LOV nr. 451 af 22/05/2006. Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Bekendtgørelse om garanti for social behandling for stofmisbrug til unge under 18 år i særlige tilfælde (2006). BEK nr. 1651 af 13/12/2006. Velfærdsministeriet.
- Botilbudsvejledningen (2006) – VEJ nr. 95 af 05/12/2006, Vejledning om botilbud m.v. til voksne, (Vejledning nr. 4 til serviceloven). Socialministeriet.
- Det kommunale kartel (2009). Vejledning om virksomhedsmodeller i kommunerne. [www.dkk.dk](http://www.dkk.dk)
- Jakobsen m.fl. (2008). Stofmisbrugsområdet i kommunerne – muligheder og barrierer efter kommunalreformen. CASA.
- Kommunernes Landsforening. Den modificerede BUM-model – nye udfordringer på social- og sundhedsområdet. [www.kl.dk](http://www.kl.dk)
- Ordinationscirkulæret – VEJ nr. 9881 af 08/06/2007. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed. Til landets læger m.fl. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Serviceloven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.
- Servicestyrelsen (2010). God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet – et metodehæfte til fagpersoner omkring mennesker med stofmisbrug. (Publikationen testes i skrivende stund af syv kommuner og udgives først offentligt medio 2010.)
- Sundhedsloven (2008) – LBK nr. 95 af 07/02/2008, Bekendtgørelse af sundhedsloven. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Ungestøttevejledningen – VEJ nr. 99 af 05/12/2006, Vejledning om særlig støtte til børn og unge og deres familier (Vejledning nr. 3 til serviceloven). Velfærdsministeriet.
- Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (2008) – VEJ nr. 42 af 01/07/2008. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- [www.tilbudsportalen.dk](http://www.tilbudsportalen.dk)

## Anvendte hjemmesider

<http://sydgaardens-venner.dk/sgv9.html> (Sydgårdens Venner, Støtteforening for pårørende og misbrugere)

[www.cenaps.dk](http://www.cenaps.dk) (CENAPS, dagbehandling og kursuscenter)

[www.jacobmosgaard.dk/systemiskognarrativtaenkningogpraksis.html](http://www.jacobmosgaard.dk/systemiskognarrativtaenkningogpraksis.html) (Psykolog Jacob Mosgaard)

[www.sct-ols.dk/gravideprojekt.htm](http://www.sct-ols.dk/gravideprojekt.htm) (Skt. Ols, et behandlingstilbud for misbrugere)

[www.socialebegreber.dk/wm143343](http://www.socialebegreber.dk/wm143343)

[www.vejle.dk/page24568.aspx](http://www.vejle.dk/page24568.aspx) (Psykiatridelingen, Vejle Kommune)



## Mødet med brugeren

Når borgeren møder myndighedspersoner, træder en lang række regler og principper i kraft. Dels har stofmisbrugeren adskillige rettigheder som vedkommende typisk ikke selv er bevidst om, dels skal den pågældende inddrages i planlægningen af sit behandlingsforløb. Det er myndighedspersonen der skal kende disse regler og principper og sørge for at de overholdes. I det følgende gennemgås kort hvilke regler og principper der har vist sig mest relevante i arbejdet med stofmisbrugere. De vil blive beskrevet mere indgående i *God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet* (Servicestyrelsen, 2010).

Den følgende oversigt tjener primært som indgang til de lovparagraffer der knytter sig til indsatsen og som kan findes – i fuld ordlyd – i bilaget.

# Grundlæggende retssikkerhed

Traditionelt fokuserer retssikkerhedsbegrebet især på *forudsigelighed* – borgeren skal kunne stole på at forvaltningens afgørelser træffes på baggrund af gældende regler, *legalitet* – forvaltningsmyndighedernes afgørelser hviler på love vedtaget af Folketinget og *klageadgang* – borgeren skal have mulighed for at klage over myndighedernes afgørelser. Forvaltningens afgørelse skal være i overensstemmelse med indholdet i loven og de grundlæggende sagsbehandlingsprincipper, fx skal den være truffet på et sagligt grundlag og ud fra princippet om lighed for loven.

I forbindelse med den konkrete sagsbehandlingsproces er der desuden en række regler der skal sikre at processen forløber under skyldig hensyntagen til borgerens retssikkerhed.

## Vejledningspligt

Offentlige myndigheder har en generel pligt til at vejlede borgerne. Denne pligt beskrives i forvaltningslovens §7\* og skal ses i sammenhæng med intentionen om en helhedsorienteret indsats på det sociale område – beskrevet i retssikkerhedslovens §5\*. Kommunernes generelle pligt til at vejlede og rådgive borgerne med henblik på at forbygge at sociale problemer opstår eller forværres, er også fastsat i servicelovens §10\*.

En grundig orientering om rettigheder og pligter indebærer at man som sagsbehandler må kalde tingene ved deres rette navn, fx *rettighed*, *aktindsigt* og *partshøring*. Man kan forklare dem med andre ord, men retsprincipperne må knyttes til deres faglige betegnelser hvis borgeren ikke senere skal blive usikker på hvad hans eller hendes rettigheder er. I modsat fald sløres borgerens retsstilling. Hvor omfattende vejledningen skal være, afhænger både af den person der søger hjælp fra den offentlige myndighed og hvad der søges hjælp til. Der kan således ikke siges noget definitivt om omfanget af vejledningsforpligtelsen, men når vejledningen tilrettelægges, skal der tages højde for:

- Borgerens sproglige og intellektuelle muligheder for at forstå vejledningen, fx kan det være nødvendigt at bruge tolk og at give vejledningen på en måde så borgeren forstår indholdet, dvs. at fagudtryk skal forklares.
- Borgeren skal vejledes om sine rettigheder efter lovgivningen, både sine partsrettigheder (side 74) og sine almindelige borgerrettigheder (de følgende sider).
- Borgeren skal vejledes om konsekvenserne af notatpligten, om at myndighedspersonen kan være forpligtet til at videregive nogle af de oplysninger borgeren afgiver til andre myndigheder, og om hvad *samtykke til udveksling af oplysninger* indebærer (de følgende sider).

Den mest hensigtsmæssige måde at videreformidle de oplysninger borgeren har brug for, må overvejes i forbindelse med hver enkelt borger. En mundtlig formidling om rettigheder og afgørelser bør suppleres med skriftlige oplysninger. Det er også vigtigt at afsætte den nødvendige tid til at udføre sin vejledningspligt. Borgerens oplevelse af retssikkerhed hænger tæt sammen med om den enkelte er klar over sine rettigheder og pligter, om der er en god dialog mellem borger og fagperson og om det er tydeligt for borgeren at fagpersonen har en myndighedsfunktion og hvad den indebærer (Socialministeriet, 2004).

For at kunne håndhæve borgerens retssikkerhed må fagpersonen kende indholdet i begrebet, og vide hvor i lovgivningen principperne står beskrevet. Retssikkerhedsloven fastsætter reglerne for sagsbehandlingen på det sociale område i kommuner og statslige myndigheder (§2, stk. 1\*). Den fastlægger rammerne for hvordan offentlige myndigheder skal behandle sociale sager og hvordan klagesystemet på det sociale område skal organiseres. Lovens bestemmelser supplerer de generelle regler for sagsbehandling i forvaltningsloven.

Retssikkerhedsloven (§1\*) sikrer følgende:

- Borgernes ret til at medvirke ved sagsbehandlingen
- En tidlig og helhedsorienteret indsats
- Forebyggelsen mod at borgere der har svært ved at klare sig på arbejdsmarkedet, får brug for hjælp til forsørgelse
- En administrativ struktur for sagsbehandlingen der tager højde for alt dette

Borgernes retskrav forpligter samtidig myndighederne til at sørge for at borgerne kan udnytte disse rettigheder. Ved tilrettelæggelsen af sagsbehandlingen sikrer §4\* i retssikkerhedsloven at borgeren kan medvirke ved behandlingen af sin sag. Det er kommunen der har ansvaret for at tilrettelægge sagsbehandlingen så det gøres muligt, bl.a. ved at sikre at borgeren kender sine rettigheder og muligheder i den aktuelle sag. I forhold til stofmisbrugsbehandling betyder det at den borger der søger misbrugsbehandling, skal informeres om sin ret til frit at vælge behandlingstilbud og om indholdet i garantien for at få social behandling (side 61). Den pågældende skal også orienteres om sit krav på at få tilbudt en social handleplan (side 29) og de krav der stilles til myndighedens belysning af sagen (følgende sider). Desuden er det vigtigt at den enkelte sagsbehandler er meget tydelig omkring sin rolle i sagen. Sagsbehandleren er i dette tilfælde en myndighedsperson med magt til at træffe en afgørelse af væsentlig betydning for borgeren.

De fleste af de følgende regler, rettigheder og krav vil blive behandlet væsentligt mere udførligt i *God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet* (Servicestyrelsen, 2010). I den følgende tekst er de valgt medtaget i stikordsform fordi de er væsentlige betingelser for at få kontakten mellem stofmisbruger og sagsbehandler til at fungere:



**Notatpligt** betyder at alle væsentlige ekspeditioner i en sag skal noteres i borgerens journal. En offentlig myndighed der modtager oplysninger med betydning for en borgers sag, har pligt til at notere i sagen at de pågældende oplysninger er modtaget (offentlighedslovens §6\*). Notatpligten medfører også at myndigheden skal opbevare kopier af breve der sendes til borgeren (Andersen, 2007). Konsekvensen af notatpligten er at alle væsentlige oplysninger der afgives i forbindelse med sagsbehandlingen eller under et behandlingsforløb, skal noteres. Og disse oplysninger vil i en anden sammenhæng kunne blive brugt af en helt anden myndighed. Fx kunne man forestille sig en situation hvor oplysninger om indtjening ved prostitution senere vil indgå i en sag om socialt bedrageri. Borgeren skal derfor vejledes om at sagsbehandleren er forpligtet til at notere alle oplysninger af betydning for sagen, som myndigheden får kendskab til, og at det kan få konsekvenser idet det ikke kan udelukkes at andre myndigheder på et tidspunkt kan få adgang til sagens oplysninger.

**Ret til bisidder** (forvaltningslovens §8\*) kan være særlig relevant at orientere udsatte borgere om fordi de her gives mulighed for at tage nogen med, fx til møder med det offentlige system. Borgeren (parten) kan når som helst vælge at lade sig repræsentere af en anden (dvs. få en partsrepræsentant) eller lade sig bistå af andre (dvs. møde frem med en eller flere bisiddere). Hvis bisidderen af egen drift henvender sig på borgerens vegne, skal vedkommende have fuldmagt fra borgeren.

**Undersøgelsesprincippet** eller 'officialprincippet' (retssikkerhedslovens §10\*) betegner den situation hvor sagsbehandleren indsamler de oplysninger der er nødvendige for at træffe en afgørelse. Det er et grundlæggende, forvaltningsretligt princip at ansvaret for at fremskaffe de nødvendige oplysninger om sagen ligger hos den offentlige myndighed (Gammeltoft-Hansen, 2002; Andersen, 2003). Undersøgelsesprincippet skal bidrage til lovlige og rigtige afgørelser. Hvis en sag ikke er tilstrækkeligt oplyst når myndigheden træffer sin afgørelse, er afgørelsen som udgangspunkt ugyldig (Gammeltoft-Hansen, 2002). Om en oplysning er nødvendig, skal vurderes i den konkrete situation.

**Borgerens medvirken** til at samle oplysninger om sagen, er regelsat i retssikkerhedslovens §11\*. Som udgangspunkt er den enkelte borger ansvarlig for sin egen situation og derfor kan myndighederne anmode borgere der ansøger om hjælp efter den sociale lovgivning, om at medvirke ved sagens oplysning. I nogle tilfælde vil oplysninger om borgeren allerede være registeret i systemet, særligt hvis der er tale om en borger der allerede har kontakt med det sociale system. Sådanne oplysninger kan ikke frit indhentes. Det forudsætter samtykke fra borgeren.

## Udveksling af personoplysninger

Som nævnt er det afgørende at de nødvendige, korrekte oplysninger for at træffe en lovlig og rigtig afgørelse er tilgængelige. Samtidig er det vigtigt at kun de relevante oplysninger indhentes. Som myndighed er man berettiget til at videregive oplysninger på anmodning fra en anden myndighed hvis oplysningerne er af betydning for myndighedens sagsbehandling. Retssikkerhedslovens §11 a, stk. 1\*, stiller krav om udtrykkeligt *samtykke fra borgeren* forud for udvekslingen af oplysninger (forvaltningslovens §31, stk. 1\*; retssikkerhedslovens §11, stk. 1 a\*). Retssikkerhedslovens §11 a\* har forrang i forhold til forvaltningslovens §31\*, dvs. at i de tilfælde, hvor bestemmelsen i retssikkerhedsloven finder anvendelse, er det den og ikke forvaltningslovens §31 der skal bruges.

Håndteringen af personoplysninger skal være sagligt begrundet, og oplysningerne skal som nævnt være relevante og tilstrækkelige. Der er dermed lagt en begrænsning på videregivelse og indhentelse af personoplysninger i enhedsforvaltningen. I praksis vil det sige at den medarbejder der skal visitere en borger til stofmisbrugsbehandling, skal overveje hvilke oplysninger der er tilstrækkelige og relevante for at træffe en afgørelse, fx skal man overveje om oplysninger om pårørende eller om tidligere behandlingsforløb er relevante for den aktuelle sag. Hvis ikke, må oplysningerne ikke indhentes eller videregives (Gammeltoft-Hansen, 2002).

På stofmisbrugsområdet må man skelne mellem sundhedsfaglige oplysninger og socialfaglige oplysninger, herunder oplysninger om økonomi, kriminalitet mv. Det skyldes at sundhedspersoners udveksling af sundhedsfaglige oplysninger sker efter sundhedsloven, og efter denne lov skal sundhedspersonen (det vil i praksis sige den behandlingsansvarlige læge) vurdere hvilke oplysninger der er relevante for modtageren (sundhedslovens §43\*). Reglerne for udveksling af socialfaglige oplysninger kan findes i forvaltningsloven og persondataloven.

## Partsrettigheder

Mennesker med stofmisbrugsproblemer har – som alle andre – krav på en juridisk korrekt sagsbehandling der er sammenhængende og fagligt velfunderet. Blandt andet har borgeren en række rettigheder i forhold til at kunne følge med i sagens akter, blive hørt i forbindelse med kompromitterende oplysninger og stille krav til sagens afgørelse. Overholdelsen af sagsbehandlingsreglerne er en væsentlig garanti for at der i den offentlige forvaltning træffes ikke bare lovlige, men også rigtige afgørelser. Og sagsbehandlere der skal træffe afgørelser i sager om stofmisbrugsbehandling, skal kende – og bruge – de relevante regler for sagsbehandlingen. En del er gennemgået i det foregående, men også andre regelsæt er nødvendige at kende for at kunne behandle stofmisbrugerens sag i overensstemmelse med lovgivningen:

**Forvaltningsloven** gælder i alle sager hvor offentlige forvaltningsmyndigheder træffer afgørelser (§2\*). Det er også her vi finder reglerne om tavshedspligt (§27\*). Som udgangspunkt gælder forvaltningsloven kun offentlige myndigheder og – for en del af lovens vedkommende – kun i afgørelsessager, fx en myndigheds beslutning om at tilbyde stofmisbrugsbehandling. Væsentlige ændringer i et tilbud sidestilles med en afgørelse (jf. servicelovens §3\*). Private institutioner er dog omfattet af forvaltningsloven i relation til opgaver der udføres for det offentlige, fx ydelser i henhold til serviceloven (jf. retssikkerhedslovens §43\*).

**Offentlighedsloven** styrer borgernes adgang til at få indsigt i den offentlige forvaltnings dokumenter. I praksis er især to af offentlighedslovens bestemmelser vigtige i forbindelse med stofmisbrug: notatpligten (§6\*) som er kort beskrevet på side 72, og adgangen til egenaces (§4\*), dvs. retten til at se oplysninger om sig selv i andres sager. Private institutioner er omfattet af offentlighedsloven hvis de leverer ydelser i henhold til serviceloven.

**Persondataloven** udstikker reglerne for hvordan personoplysninger skal behandles, hvad enten de opbevares elektronisk eller manuelt i et register. Loven rummer blandt andet en række definitioner på begreber anvendt i loven (§3\*). Persondataloven finder anvendelse overalt i den offentlige forvaltning hvor personoplysninger behandles.

For at være omfattet af sagsbehandlingsreglerne i forvaltningsloven, skal man være part i sagen, dvs. have en væsentlig individuel interesse i sagen (Andersen, 2007). En borger er altid part i sin egen sag. Ved en ansøgning om misbrugsbehandling er der sjældent tvivl om

hvem parten er; pårørende er som hovedregel aldrig parter medmindre stofmisbrugeren er mindreårig. I så fald er forældremyndighedsindehaveren som udgangspunkt part i barnets sag. I sager om voksne stofmisbrugere er misbrugeren selv part, og derfor har de pårørende ikke ret til information om behandlingsforløbet eller om afgørelsen – kun hvis parten giver tilladelse til det. Det samme gælder medarbejdere tilknyttet hjælpeorganisationer eller enkeltpersoner der fungerer som bisiddere (jf. side 72).

Det er afgørende at gøre sig klart hvem der har partsstatus i en sag, bl.a. i relation til tavshedspligten. Hvem må sagsbehandleren tale med om sagen? Uden partens samtykke har ingen andre krav på at modtage information om og få aktindsigt i sagen.

**Aktindsigt** (forvaltningsloven kapitel 4\*) giver parten mulighed for at se de oplysninger forvaltningen har om vedkommende. Tilsvarende regler om aktindsigt findes i offentlighedslovens §4, stk. 2\* der giver borgeren ret til indsigt i egne oplysninger som følge af reglerne om egenaces. Også persondataloven har bestemmelser om borgerens ret til indsigt i de oplysninger der findes om den pågældende i de offentlige registre (kapitel 9\*). Der stilles ingen formkrav til en anmodning om aktindsigt ud over at borgeren skal kunne identificere hvilken sag der ønskes aktindsigt i.

Som udgangspunkt er sagsbehandleren forpligtet til at udlevere kopier af alle sagens akter hvis en borger anmoder om aktindsigt i sin sag. Hvis der er tale om en anmodning om aktindsigt i helbredsoplysninger, skal det behandles efter sundhedslovens regler (§43\*). I sager om misbrugsbehandling vil langt de fleste oplysninger være omfattet af aktindsigt.

**Begrundelsespligt og klagevejledning** handler om myndighedens forpligtelse til at ledsage skriftlige afgørelser med en begrundelse for afgørelsen (forvaltningsloven kap. 6\*) og en forklaring på hvordan man kan klage over den (forvaltningsloven kap. 7\*), medmindre afgørelsen fuldt ud giver den pågældende part medhold. I praksis vil det sige at den stofmisbruger der søger om døgnbehandling og modtager et tilbud om ambulans behandling, skal have afgørelsen begrundet. Det samme gælder den stofmisbruger der anmoder om at komme i behandling på en bestemt institution, fx fordi stofmisbrugeren har særlig erfaring med institutionen, men hvor kommunen visiterer til en anden institution. Væsentlige ændringer i behandlingstilbud svarer til en afgørelse og dermed kræves både begrundelse og klagevejledning (service-lovens §3\*).

På stofmisbrugsområdet er der tale om to forskellige klagemuligheder: Klager over social behandling efter serviceloven skal stiles til Det sociale Nævn og klager over sundhedsfaglig behandling skal indgives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. På stofmisbrugsområdet er der udarbejdet en fælles klagevejledning der beskriver de forskellige klageadgange (klagevejledning for stofmisbrugere i behandling\*, 2007).

## Brugerinddragelse

Lovgivning handler om at skabe retssikkerhed for borgerne. Det manifesterer sig blandt andet ved bestemmelser hvis direkte sigte er at øge borgerens retssikkerhed via brugerinddragelse, medbestemmelse, handleplaner, helhedsvurderinger, synlighed i sagsbehandlingen og begrundelser for afgørelser (Nyboe & Ehrenreich, 2004).

Brugerinddragelse er en konkretisering af borgerens retssikkerhed, og det er da også i retssikkerhedslovens §4\* vi finder bestemmelsen om at enhver borger skal have mulighed for at medvirke ved behandlingen af sin sag. Over de seneste 10-15 år har interessen for brugerinddragelse været stigende. Indtil starten af 1980'erne var det diagnosticering, akut behandling og specialiserede tilbud der tiltrak sig størstedelen af opmærksomheden i det sociale arbejde. Socialarbejderen var eksperter der skulle finde løsninger på borgernes problemer. Den enkelte borger fik ikke meget råderum, men måtte tilpasse sig de givne tilbud og indordne sig under hvordan eksperterne vurderede hans eller hendes problemer. Siden er den offentlige sektor blevet gennemgribende moderniseret, hvilket bl.a. har ført til at den enkelte borger nu i langt højere grad betragtes som en aktør der skal medvirke til at sikre udvikling og effektivitet i velfærdsstaten (Bjerge, 2005).

I samme periode er begrebet *bruger* blevet en del af den politiske terminologi. Det signalerer at der er tale om et aktivt individ der selv definerer sine problemer og behov, og som har medansvar for sin egen situation (Thomsen, 2002). Inddragelsen af brugeren indgår både i aktivloven, serviceloven og retssikkerhedsloven og som et led i sagsbehandlingsreglerne. Brugerne skal inddrages og have indflydelse på de beslutninger og tiltag der vedrører dem selv. Brugernes synspunkter og behov skal desuden indgå i den overordnede udvikling på det sociale område (Ramsbøl m.fl., 2007). Et andet begreb der ofte bruges på det sociale område er *borger*, som indikerer at alle individer er borgere i samfundet med dertilhørende rettigheder og pligter. Stofmisbrugere er borgere som alle andre, og indgår ikke uden videre i tilbud der gør dem til brugere eller klienter. Brugerbegrebet står i kontrast til områdets tredje begreb, *klient*, der beskriver et afhængighedsforhold til en samfundsmæssig institution som den enkelte ikke selv er herre over. Klienten har ikke umiddelbart samme mulighed for at påvirke de tilbud han eller hun modtager, og har heller ikke umiddelbart mulighed for at henvende sig et andet sted (Raunkiær & Laurén, 2006).

Så selvom det er vigtigt at anerkende at professionelle på det sociale område har en faglig viden der ikke skal tilsidesættes, understreges det med brugerbegrebet at der i høj grad også skal gøres plads til brugerens egen forståelse. En bruger af sociale tilbud kan dog ikke altid frit vælge mellem forskellige tilbud, bl.a. på grund af strukturelle begrænsninger som økonomi og lovgivning. Bjerge og Selmer (2007) påpeger derfor at betegnelsen *klient* i mange sammenhænge stadig er lige så betegnende for brugerens rolle i dagens sociale

arbejdspraksis som før socialreformen og den nye terminologi. Klientkategorien *stofmisbruger* kan på den ene side virke fastholdende i forhold til kategoriens handlemønstre, men på den anden side kan inddelingen i kategorier også udløse relevant hjælp, fx misbrugsbehandling. Bjerge og Selmer mener at det kan opleves rettighedsgivende og positivt at være *klient* i et socialt system og have en 'ekspert' til at definere problemer og hjælp.

Har man et stofmisbrugsproblem kan man altså både være *borger*, *bruger*, *klient* og endda *patient* (på institutioner med en sygdomstilgang, jf. side 19). På det ene behandlingssted kan man som *bruger* have indflydelse på personaleansættelser, mens man i en anden sammenhæng som *klient*, er underlagt eksperter der gør deres bedste for at navigere én ud af misbruget – begge steder er man kommet pga. af sit stofmisbrug og alle steder skal de lovgivningsmæssige rammer for brugerinddragelse overholdes.

## Hvorfor brugerinddragelse?

Kvaliteten og indholdet i de offentlige tilbud kan udvikles ved at man aktivt anvender brugernes egne oplevelser og vurderinger (Socialministeriet & Finansministeriet, 2002). Brugerinddragelse og indflydelse er vigtige elementer i kvalitetssikring og udvikling af behandlingsformer. Ramsbøl m.fl. (2007) har samlet følgende ofte fremførte argumenter for at give brugerne indflydelse på det sociale felt:

**Effektivitet** – brugerindflydelsen optimerer resurseforbruget fordi de forskellige tiltag kan udformes i overensstemmelse med brugernes ønsker og behov.

**Demokrati** – brugerinddragelsen understøtter princippet om at alle mennesker skal have indflydelse på tiltag der påvirker deres eget liv.

**Udnyttelse af tilgængelig viden** – brugerne er dem der i udgangspunktet har den største viden om hvilken hjælp de har brug for, og brugerne kan indgå aktivt i at udvikle kvaliteten af den støtte og behandling de modtager.

## Forudsætninger for brugerinddragelse

Det er ikke muligt at give en enkel opskrift på hvordan brugerinddragelse skal etableres; det afhænger af formålet med inddragelsen og den sammenhæng den skal indgå i. Men der er en række forudsætninger der kan fremme den. For det første skal de forhold brugeren får ansvar for og indflydelse på, matche vedkommendes muligheder og kompetencer. Dernæst er det vigtigt at etablere et forum hvor brugeren kommer til orde og bliver hørt. Rammerne, stedet og processen omkring brugerinddragelsen må være præget af trykthed, tydelighed og demokrati så det er klart hvornår og hvordan beslutninger træffes.

Brugerinddragelsen fremmes yderligere hvis informations- og kommunikationsniveauet fra fagperson til bruger (og omvendt) er højt, fx hvis stedets behandlingsfilosofi og holdninger er noget brugeren er gjort bekendt med. Formål, mål og metoder for brugerens indflydelse skal være tydeligt formuleret, og vilje, økonomi og faglige resurser må stå til rådighed, også når resultaterne af indsatsen medfører ændringer i kendte rutiner. I det hele taget må der være en høj grad af åbenhed over for forandringer, selvom det er usikkert hvor processen fører hen. Endelig må der etableres et samarbejde mellem de forskellige indsatser brugeren indgår i (Thomsen, 2002).

## Niveauer for brugerinddragelse

Brugerinddragelse af stofmisbrugere kan ske på forskellige niveauer, afhængigt af de lovgivningsmæssige rammer (Ramsbøll, 2007)

**Det kollektive centrale niveau** – hvor brugerinddragelsen relaterer sig til inddragelse i det lovgivende arbejde, politiske beslutninger, politikudvikling eller overordnet prioritering. Indflydelse på dette niveau kan bl.a. opnås gennem det almindelige politiske demokrati, ved høring af interesseorganisationer og via inddragelse i råd og nævn.

**Det kollektive, lokale niveau** – hvor servicelovens kapitel 5\* danner grundlag for brugerinddragelsen. Her er inddragelsen rettet mod brugerne som gruppe og den foregår i mødet og dialogen mellem bruger og professionel, i brugerråd og husmøder i de enkelte sociale tilbud samt i samarbejdet mellem de involverede parter. Niveaueet for hvad der kan opnås indflydelse på ad denne vej, i forhold til de sociale tilbud den enkelte indgår i, er meget varieret. Det spænder fra meget konkrete forhold, som madplan, indretning og aktiviteter, til mere overordnede områder, fx opstilling af interne regler og ansættelse af personale.

**Det individuelle niveau** – hvor inddragelsen består i at den enkelte bruger skal have indflydelse på de tilbud vedkommende modtager. Rammen for inddragelsen er derfor mødet mellem brugerne og de professionelle de møder. Retssikkerhedslovens §4\* sikrer den enkelte brugers ret til at blive inddraget i forhold der vedrører ham eller hende. Når brugerne inddrages i sådanne forhold, kan inddragelsesniveauet betragtes som individuelt. Konkret giver inddragelsen sig udslag i eksempelvis §141\*-handleplaner efter serviceloven og forvaltningslovens §19\* om partshøring i forbindelse med afgørelsesvirksomhed.



Omfanget af den konkrete inddragelse kan også variere. På det sociale felt opfattes begreberne *brugerindflydelse* og *brugerinddragelse* forskelligt, og der mangler generelt konsensus om begreberne, hvilket gør det svært at arbejde bevidst metodisk med at indføre brugerinddragelse. For at kommunikere godt er det en væsentlig forudsætning at parterne har en fælles opfattelse af hvad der tales om – hvordan begreberne forstås (Ramsbøl, 2007).

For mennesker med stofmisbrugsproblemer er det relevant at tale både om brugerinddragelse og brugerindflydelse, men det er vigtigt at skelne mellem de to begreber og at være bevidst om hvornår der er tale om hvad. Begreberne kan bruges til at tydeliggøre brugernes reelle muligheder for indflydelse i en given sammenhæng og denne klarhed er central for at brugerne kan vurdere deres egne muligheder for at påvirke en given situation. Ifølge Raunkiær og Laurén (2006) spiller magt en betydelig rolle i forhold til begreberne inddragelse og indflydelse. Når der er tale om inddragelse, refereres der til en relation hvor nogen forsøger af få andre til at deltage i noget hvor der allerede er en dagsorden. Indflydelse, derimod, lægger op til en højere grad af magt placeret hos brugeren. Landsforeningen af Væresteder (2005a) beskriver brugerindflydelse som noget brugeren *tager* eller *øver*. Dvs. at brugerne er de aktive, dem der tager indflydelse. Brugerinddragelse derimod, er når brugeren bliver inddraget på initiativ af de professionelle i relationen. Brugerrollen kan siges at lægge op til brugerindflydelse, mens klientrollen lægger op til brugerinddragelse. Det skyldes at brugeren som udgangspunkt er mindre afhængig af relationen til den professionelle end klienten. Brugerens viden og erfaringer anerkendes i højere grad på niveau med de professionelles faglige viden og tillægges en betydelig værdi. Det samme gælder ikke klientens viden og erfaringer. Her er den professionelles faglige viden dominerende.

Ifølge Pedersen og Nielsen (2007) viser praksis fra behandlingsinstitutioner at en dialog mellem sagsbehandler og bruger om hvilke ønsker brugeren har til behandlingen, er helt essentiel. Samtidig beskrives det som umuligt at skræddersy tilbud til hver enkelt borger hvorfor man som udgangspunkt har en række standardtilbud. Typisk vil begrebet *brugerinddragelse* være det mest relevante i forhold til behandlingen af stofmisbrugere. *Brugerindflydelse* antyder flere reelle indflydelsesmuligheder end virkeligheden kan mønstre (Raunkiær & Laurén, 2006).

## Barrierer og dilemmaer

Brugerinddragelse af stofmisbrugere er ikke altid let. Krogstrup (1999) formulerer det således:

”Der synes at være en tendens til at brugerinddragelse får karakter af et projekt som nærmest foregår på sidelinjen af almindelig praksis, og som af og til må understøttes af forsøgsmidler fordi det ellers er vanskeligt at tilvejebringe de fornødne resurser og de fornødne argumenter for det ekstraarbejde som brugerinddragelsen tilsyneladende kræver.”

Barriererne optræder på alle niveauer: politiske, administrative, personale- og professionsbestemte samt hos brugerne. De kan også knytte sig til brugernes sociale levevilkår.

### **Organisatoriske barrierer**

De politiske, administrative og strukturelle barrierer vedkommer selve grundlaget for at inddrage brugerne. Det offentliges organisering medfører at der findes regler og rutiner for de problemer der skal behandles. Det afføder en kategorisering af brugergrupper, fx med henblik på at formulere regelsæt for hvordan forskellige typer af henvendelser om stofmisbrugsbehandling skal håndteres. Det forudsætter igen at henvendelser sker på en bestemt måde. I det bureaukratiske system er der ikke alene indbygget mekanismer der forhindrer brugerinddragelse, men også mekanismer der medfører at resursestærke brugere får mere indflydelse end resurssvage, som Krogstrup formulerer det. Det problematiseres i undersøgelser på området at de mest resurssvage brugere ofte har meget svært ved at opnå indflydelse og at de ikke er repræsenteret af, eller aktive i, brugerorganiseringer og brugerråd (se fx Thomsen, 2003).

Der er et indbygget misforhold i inddragelsen af stofmisbrugere ved at den behandling de modtager, ofte er præget af en vis grad af kontrol. Krogstrup mener at jo mere afhængig en bruger er af en social ydelse, desto vanskeligere er det at skabe reel brugerinddragelse. På et område som stofmisbrugsbehandling, hvor den enkelte bruger er meget afhængig af den professionelles vurdering og hvor der kun er få eller ingen alternative tilbud at vælge imellem, vil brugerinddragelse altså have mange odds imod sig. En anden generel barriere knytter sig til lovgivningen om stofmisbrugsbehandling, fx fordrer sundhedsloven en vis kontrol i forbindelse med substitutionsbehandling der i øvrigt tolkes med stoffrihed som mål. Det strider imod en del af brugernes egne ønsker (Vestergård, 2007).

### **Faglige og personlige barrierer**

En anden type barrierer for brugerinddragelsen finder vi hos både fagperson og bruger. Fagpersonen kan være vant til at være den der styrer kontakten til brugeren og til at identificere, definere og behandle bestemte problemer. Raunkiær og Laurén (2006) beskriver de særlige krav, det stiller til de professionelle at arbejde med deres autoritet på en måde der er i overensstemmelse med deres faglige viden, men samtidig åbner for en reflekteret dialog

med brugerne om deres holdninger og muligheder. De anbefaler de professionelle at have opmærksomheden rettet mod hvordan deres faglighed og uddannelse indgår i samværet med brugerne, så *viden* ikke udvikles til *vidensautoritet* der ikke kan stilles spørgsmål til. Det er altså en forudsætning for inddragelsen at de professionelle reelt er villige til at afgive dele af den magt der er forbundet med deres position i forhold til brugerne.

For at få brugerinddragelse til at lykkes må både ledere og medarbejdere have en positiv holdning til denne del af processen. For den offentligt ansatte kan det være en barriere at være usikker på hvad brugerinddragelse er, hvordan den skal foregå og hvad den kan medføre (Socialministeriet & Finansministeriet, 2002). Fagpersonen kan være bekymret for at overskride tids- eller budgetrammerne eller måske føler vedkommende sig nødt til at gå på kompromis med sin faglighed når brugeren selv skal være med til at træffe beslutninger. Når man følger brugerens ønsker til deres stofmisbrugsbehandling, kan det medføre udfordringer på det strukturelle niveau, men det er vigtigt at fastholde at der altid som udgangspunkt må tages højde for brugernes egne ønsker. Det er svigt hvis man ikke inddrager brugerne i beslutninger der vedrører deres egen behandling.

Generelt for brugere i udsatte grupper kan der være barrierer i form af dårlige erfaringer med at forsøg på brugerinddragelse ikke har ført til reel indflydelse, eller manglende erfaring med at påtage sig indflydelse og ansvar. Brugere kan også mangle forudsætninger for at tackle mødet med en offentlig medarbejder og have svært ved at formulere deres oplevelse, erfaring eller mening (Pedersen, 2001). Ifølge Thorsager (2007) kan en anden personlig barriere være at brugeren oplæres i systemet og tilpasser sig det i en sådan grad at man dårligt kan tale om brugerinddragelse på brugerens præmisser.

Specifikt for stofmisbrugere kan brugerinddragelsen hæmmes af at de enkelte brugere kan have svært ved at definere hvad behandlingen egentlig består i – ud over den medicinske behandling – og derfor også har svært ved at overskue om de har reel indflydelse på den. Også magtrelationen mellem bruger og fagperson spiller en væsentlig rolle, fx er substitutionsbehandling ofte præget af autoritet og kontrol. At brugere er dybt afhængige af ydelsen, og har ingen eller få alternativer, skaber en begrænsende ramme om brugerinddragelsen. I substitutionsbehandling fylder medicinen endvidere meget i brugernes bevidsthed og levner ikke plads til meget andet. Hvis de har et aktivt misbrug, kan en påvirket tilstand hos brugerne have stor betydning for om de kan udvise engagement og deltagelse. Brugere i substitutionsbehandling, evt. med et sidemisbrug, fokuserer på deres akutte problemer og har svært ved at planlægge ud i fremtiden. Endelig lever brugerne i en virkelighed der forandrer sig hurtigere end eventuelle, foreslåede forandringer kan gennemføres. Deres liv er ofte kaotisk og ændrer sig fra dag til dag. Det langsigtede perspektiv i medbestemmelsen giver ikke mening i en sådan sammenhæng (Pedersen, 2001).

## **Brugerorganisering**

Der findes en række brugerorganisationer hvor stofmisbrugere kan gøre sig gældende, fx:

**Brugerforeningen** – en interesseorganisation for aktive stofbrugere hvis formål er at: "... styrke stof- og metadonbrugernes sociale og samfundsmæssige interesser og igangsætte aktiviteter i form af støtte, oplysning og rådgivning til den enkelte. Foreningen skal modvirke diskrimination og afhjælpe magtesløshed". Alle interesserede kan optages i foreningen, men kun aktive stofbrugere kan vælges til bestyrelsen ([www.brugerforeningen.dk](http://www.brugerforeningen.dk))

**SAND** – en sammenslutning af nærudvalg i Danmark. SAND er en interesseorganisation for nuværende og tidligere hjemløse. Organisationen arbejder for at fremme de hjemløses indflydelse lokalt, regionalt og nationalt ([www.sandudvalg.dk](http://www.sandudvalg.dk)).

**SVID** – en sammenslutning af værestedsbrugere i Danmark og en brugerorganisation under Landsforeningen af Væresteder (LVS). Organisationen arbejder for at styrke brugerindflydelse på værestederne i Danmark og for at skabe en konstruktiv dialog mellem brugere, brugerrepræsentanter og medarbejdere, ledelse og evt. bestyrelse på værestederne ([www.svid.dk](http://www.svid.dk)).

## Faglig kompetence

Rusmiddelområdet omfatter mange forskellige opgaver og er komplekst organiseret. Det stiller krav om en række forskellige kompetencer og kvalifikationer hos de mennesker der arbejder på området. I misbrugsbehandlingen er derfor repræsenteret en lang række faggrupper der varetager forskellige opgaver og funktioner i indsatsen for stofmisbrugerne. De færreste enkelte arbejdsopgaver kan siges at knytte sig til bestemte faggrupper eller bestemte uddannelser, men det er nødvendigt at have en bred faglighed, bl.a. for at kunne se sig selv i en faglig kontekst og forholde sig kritisk til sin egen praksis. De professionelle kompetencer har afgørende betydning for virkningen af misbrugsbehandlingen. Petersen (2005) anser det for veldokumenteret at det er en forudsætning for god behandling at behandlingsstedet har tilknyttet behandlere med relevant psykologisk, social- og sundhedsfaglig uddannelse, suppleret med en relevant efteruddannelse.

Misbrugsbehandling er et komplekst felt der fordrer bredt orienterede medarbejdere der kan differentiere indsatsen med afsæt i en bred, tværfaglig viden, solide analytiske og metodiske færdigheder og dialog med brugeren om hvad der fungerer bedst for ham eller hende. Lindholm og Olsen (2003b) arbejder med en kompetenceprofil for professionelle på rusmiddelområdet der tager udgangspunkt i en tredeling af kompetencerne – på tværs af institutioner og funktioner:

De **faglige** kompetencer er sammensat af relevant teoretisk, metodisk og holdningsmæssig viden og færdigheder, bredde i den professionelle erfaringsbaggrund og evner til at reflektere både over mødet med brugerne og metoderne i arbejdet og dets organisering.

De **organisatoriske** kompetencer er sammensat af evner til at arbejde sammen i et team og til at etablere og opretholde mange kontakter med relevante samarbejdspartnere. Gode samarbejdsevner er et omdrejningspunkt i den koordinerede indsats for den enkelte bruger. Der skal samarbejdes med feltets forskellige aktører og institutioner omkring så forskellige aspekter som bolig, økonomi, sygdom, familie, arbejde mv.

De **personlige** kompetencer er sammensat af rummelighed, vedholdenhed og evner til at knytte de forskellige indsatser på området sammen. Personlig kompetence drejer sig grundlæggende om menneskelighed, at være til stede som menneske, at være alsidig og rummelig og at have en personlig erfaringsbaggrund. Som professionel skal man endvidere være afklaret omkring sine egne holdninger og værdier om rusmidler så ens egne erfaringer ikke påvirker arbejdet. Andre centrale kompetencer er robusthed og evnen til refleksion, man skal turde møde mennesker i en vanskelig situation og rumme at se dem have det dårligt, samtidig med at man tilbyder hjælp der tager udgangspunkt i brugernes egne ønsker og livsvilkår – ikke i ens egne opfattelser af hvordan livet skal leves

Disse generelle kompetencer kan specificeres nærmere hvis de knyttes til konkrete funktioner og arbejdsopgaver. Hvilke kompetencer der er de væsentligste, afhænger af hvor i processen den enkelte fagperson har sine arbejdsfunktioner.

**Rådgivning, visitation og kontrol** fordrer at medarbejderen kan kommunikere og skabe kontakt med henblik på at etablere en ligeværdig dialog med brugeren – den dialog der er forudsætningen for at kunne motivere til en forandring i misbrugs-mønstret. Medarbejderen skal også kunne analysere og fastholde helhedssynet på brugerens behov frem for at fokusere på enkelte symptomer. Rådgivning mv. kan desuden fordrer viden om behandlings- og efterbehandlingsmuligheder, samarbejds-partnere, lovgivning og kommunale retningslinjer, handleplansudarbejdelse og dokumentation samt børn og pårørende i misbrugsfamilier. Endelig er en reflekteret tilgang til etik og moral nødvendig.

**Planlægning og styring** fordrer udviklingsorienteret viden om rusmiddelområdet og kompetencer i forhold til organisatorisk udvikling. For at kunne planlægge og styre arbejdet med brugerne, er også diverse ledelseskompetencer påkrævet, dels for at kunne sætte de rigtige folk på de rigtige opgaver, dels for at kunne støtte medarbejderne i forbindelse med de dilemmaer og konflikter de vil opleve i arbejdet med misbrugerne.

**Behandling** stiller krav om en misbrugsfaglig bredde der sætter behandleren i stand til at tilrettelægge en målrettet indsats med afsæt i den enkelte brugers særlige behov – ikke i en behandlingsmæssig standard. Medarbejdernes forskellige funktioner kan stille krav der tilsammen omfatter viden om en lang række emner (fx om forskellige rusmidler, misbrug og afhængighed, misbrugets psykiske, fysiske og sociale årsager og konsekvenser, forskellige behandlingsmetoder og tilgange, terapietninger og pædagogiske metoder, lovgivning og regler, medicinske behandlingstiltag, screeningsværktøjer, forskellige målgrupper, marginalisering og kollegial supervision). Hertil kommer en tilsvarende lang række konkrete færdigheder (fx i at kommunikere og føre motivationsfremmende samtaler, tilrettelægge behandlingsplaner sammen med brugeren, arbejde med motivation, forandring og modstand, dokumentere, begrunde, udvikle og evaluere eget arbejde samt reflektere over etik og moral).

Selvom det er vigtigt at være bredt funderet på det misbrugsfaglige område, er der også brug for medarbejdere med mere dybtgående faglige kompetencer på visse områder, fx særlige behandlingsformer, ernæring og motion i behandlingen, socialpædagogiske metoder, familie/pårørendebehandling, konflikthåndtering, assertion og kommunikation.

**Efterbehandling, støtte, omsorg, kontakt og aktivering** fordrer medarbejdere der kan analysere og tackle sammensatte behov hvor misbruget kun er en del af problemet, fordi det ofte drejer sig om plejekrævende brugere med komplekse, sociale problemer. Til disse opgaver skal tværfaglige kompetencer derfor fremhæves, men også nogle af kompetencerne nævnt ovenfor under 'behandling' kan vise sig nødvendige. Denne særlige brugergruppe kan også stille krav om medarbejdere der har konkret viden om hiv og hepatitis C, om skadesreduktion (fx at undgå infektioner, rene sprøjter, ordentlig ernæring, skifte forbindelse) og om hyppigt forekommende psykiske lidelser. De skal også kunne inddrage brugere i aktiviteter, have viden om sundhed, ernæring og motion og have metoder til at udføre opsøgende arbejde. Endelig skal stor faglig fleksibilitet og rummelighed fremhæves. Medarbejderen skal kunne acceptere forbedringer der er meget beskedne i forhold til de behov brugerne selv udtrykker, særligt i forhold til misbrugere i grænseområdet mellem substitutionsbehandling og omsorgsarbejde.

## Visitation

Alfa og omega i visitationen er en grundig individuel udredning. Den er nødvendig for at kunne tilbyde brugeren stofmisbrugsbehandling eller andre tilbud. Men udredningen er ikke en fast størrelse. Hvis borgerens situation ændrer sig efter at der er truffet en afgørelse om hvad borgeren skal tilbydes, må udredningen justeres ligesom også den sociale handleplan. Det er altså ikke nok at finde et godt tilbud til brugeren. Der skal løbende følges op på om tilbuddet stadig er hensigtsmæssigt eller om den sociale handleplan skal revideres i forhold til en ny situation.

Når borgeren visiteres, må der kun lægges vægt på de lovlige hensyn der indgår i den bestemmelse der visiteres efter (Gammeltoft-Hansen, 2002). Som beskrevet under undersøgelsesprincippet side 72, er det afgørende at den enkelte sagsbehandler – i visitationsprocessen – tager konkret stilling til hvilke oplysninger der er relevante for at træffe en lovlig og rigtig afgørelse. Kun relevante oplysninger må bruges som grundlag for afgørelsen. Med andre ord vil det ikke være lovligt at forlange samtlige oplysninger om den enkelte ansøger.

I praksis visiteres til ambulant-, dag- og døgnbehandling efter servicelovens §101\*. Hvis der visiteres til døgnbehandling skal der efterfølgende vælges et behandlingstilbud efter servicelovens §107\* – i overensstemmelse med behandlingsplanen. Ønsker en borger med et stofmisbrug at blive behandlet, har vedkommende krav på at der iværksættes behandling efter servicelovens §101\*. (Borgerens krav på frit valg af behandlingsindsats beskrives på side 61). For at kunne tilbyde den mest hensigtsmæssige behandling, bør kommunen kortlægge brugerens problemer på en måde der kan bruges både til visitation og til den efterfølgende planlægning af behandlingsindsatsen. Det skal understreges at mange behandlingssøgende stofmisbrugere har komplekse problemer hvoraf misbrug måske kun er det ene. Det kan være irrelevant udelukkende at tilbyde brugeren misbrugsbehandling hvis andre problemer opleves mere påtrængende. Så skal man overveje om misbrugsbehandlingen kan integreres med en anden social eller medicinsk indsats. Sådanne overvejelser kan give idéer til hvordan og hvortil man kan henvise, visitere og behandle personer med komplekse problemer – overvejelser der tager udgangspunkt i kortlægningen af brugerens problemer. Potentielle alternative henvisningsmuligheder bør også ridses op. Den socialfaglige vurdering af hvilken indsats der skal tilbydes, kan ifølge Eskelinen og Caswell (2003) foretages med tre forskellige hovedtilgange:



**Udforskningsmodellen** bygger på at finde fakta og samle udsagn og forklaringer fra forskellige kilder, at drage konklusioner på denne baggrund og derefter fremlægge en professionel vurdering. Efter denne model er socialarbejderen nødt til at stille mange spørgsmål for at kunne konkludere. Det kan ske i en fast ramme der støtter at data bearbejdes i overensstemmelse med en valgt teori eller organisationens eller faggruppens målsætninger. Denne model giver i høj grad socialarbejderen en ekspertrolle.

**Indsatsmodellen** er en vurderingsproces domineret af kriterier opstillet af organisationen. Som regel går opgaven ud på at vurdere om borgeren opfylder kriterierne for bestemte ydelser, dvs. skabe et match mellem den behandlingssøgende og de eksisterende tilbud. Selve vurderingselementet spiller ikke en særlig stor rolle og har mest karakter af informationsindsamling. Regler eller forudbestemte politikker er retningsgivende for hvilken indsats der visiteres til.

**Udvekslingsmodellen** er kendetegnet ved at brugeren opfattes som eksperten når hans eller hendes problemer vurderes. Modellen lægger vægt på samarbejde med brugeren og på at udveksle information mellem sagsbehandler og borger. Brugers udtalelser fortolkes ikke, men tages snarere som udgangspunkt for at hjælpe den pågældende til at finde sine indre resurser og potentialer, og for at afgøre hvordan socialarbejderen bedst samarbejder med brugeren for at nå vedkommendes mål – under forudsætning af at disse mål hverken er skadelige eller ulovlige. I denne model sigter den vurdering der skal afgøre hvad der visiteres til, mod at være behovsstyret og føre til empowerment hos brugeren.

Eskelinen og Caswell mener ikke at der direkte kan sættes lighedstegn mellem en bestemt sagsbehandlerrolle og en bestemt vurderingsmodel. De tre modeksempler er medtaget for at nuancere billedet af hvordan visitationen skal gribes an. Kun sjældent visiteres der efter en bestemt 'rendyrket' model, og det er heller ikke nødvendigt. Der skal altid visiteres efter gældende lov, men der er plads til at reflektere over hvilken slags tilgang der giver mest mening i forhold til en konkret visitation.

## **Særligt om visitation til døgnbehandling**

Hensigten med et døgnophold kan være at tilbyde brugere rammer der understøtter behandling, dvs. brugere der har behov for intensiv, social behandling i en kortere periode. Det er et særlig centralt element i døgnbehandling af stofmisbrugere (jf. pkt. 115 i botilbudsvejledningen\*, 2006). Adfærdsproblemer og behov for hjælp eller pleje døgnet

rundt er de forhold der skal styre den skønsmæssige vurdering der skal anlægges, dvs. de lovlige kriterier. Det er ikke lovligt at hævde at en stofmisbruger har 'opbrugt sin kvote', fx fordi vedkommende har været visiteret til døgnbehandling flere gange. Loven sætter ingen grænser i antallet af gange en person kan visiteres til døgnbehandling. (jf. kap. 16 i botilbudsvejledningen\*).

I 2007 blev der skabt mulighed for at tilbyde borgere at indgå en kontrakt om at tilbageholde vedkommende hvis han eller hun vil forlade sin døgnbehandling i utide. Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at afgøre om man generelt i kommunen ønsker at gøre brug af denne mulighed. Er der fra politisk hold truffet afgørelse om at bruge lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, kan sagsbehandleren overveje at tilbyde borgeren en sådan kontrakt hvis det skønnes hensigtsmæssigt (gravide stofmisbrugere *skal* have dette tilbud). Det er frivilligt at indgå kontrakten; man kan godt få døgnbehandling alligevel ((bekendtgørelse af) lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling §5\*, 2007).

## Redskaber ved visitation

Ud over at kende de regler der skal sørge for borgerens grundlæggende retssikkerhed, skal sagsbehandleren også have viden om reglerne for visitation. I denne forbindelse er det vigtigt at kende de netbaserede registre som fagpersonen både skal inddatere i og hente oplysninger fra. De er derfor kort beskrevet i det følgende.

Hvordan den enkelte kommune vælger at tilrettelægge sin visitation varierer, og flere anerkendte værktøjer kan inddrages i visitationsprocessen. Her følger en beskrivelse af fem redskaber der bruges på hver deres måde i processen.

### VISO

Den nationale Videns- og SpecialrådgivningsOrganisation, VISO, blev oprettet i forbindelse med kommunalreformen og begyndte sit virke den 1. januar 2007 i Servicestyrelsens regi. VISO bistår kommuner og borgere med vejledende specialrådgivning i de tilfælde hvor den rette ekspertise ikke findes i kommunen. Et af de områder VISO yder specialrådgivning inden for, er *udsatte voksne*. VISO rådgiver i personsager og tilbyder herudover opkvalificering til kommunerne med afsæt i en konkret gruppe borgere med samme problemstilling. VISO tilbyder desuden vejledende udredning for kommunerne i personsager når den rette kompetence ikke findes i kommunen. Udredning kan kun ske efter henvendelse fra kommunen og er en grundig afdækning og beskrivelse af borgerens problemer. Ydelserne er gratis.

VISO's overordnede formål er at gøre professionel og dækkende specialrådgivning og udredning tilgængelig for landets sagsbehandlere. Derudover skal organisationen sørge for at opsamle viden om specialrådgivning og udviklingen på området og formidle denne viden til alle relevante aktører. VISO består af en central enhed placeret i Odense, et specialistnetværk spredt over hele landet, en vidensdel defineret som et samarbejde mellem den centrale enhed, specialistnetværket og 14 videnscentre med hver sit fagområde, samt en faglig bestyrelse. VISO's vidensdel opsamler og formidler viden mens bestyrelsen rådgiver VISO's ledelse, vurderer organisationens arbejde og medvirker til at prioritere indsatsområder.

Flere oplysninger om VISO kan findes på hjemmesiden [www.servicestyrelsen.dk](http://www.servicestyrelsen.dk) eller i servicelovens §13\*.

### Kvalitetsstandard

Da kommunalreformen trådte i kraft 1. januar 2007, overtog kommunerne ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen og blev i den forbindelse lovmæssigt forpligtet til have en kvalitetsstandard for den sociale behandling af stofmisbrug. Alle kommuner har pligt til

at udarbejde deres egen kvalitetsstandard. Det er altså ikke tilstrækkeligt at henvise til en anden kommunes version, heller ikke selvom behandlingen af kommunens borgere varetages af en anden kommune. Formålet med standarden er at synliggøre hvilken service borgeren kan forvente, og kommunerne har pligt til at gøre kvalitetsstandarder alment tilgængelig for borgerne i kommunen – som minimum via internettet. I kvalitetsstandarder sørger kommunalbestyrelsen for at informere borgerne, blandt andet om de kvalitetskrav kommunalbestyrelsen stiller til de døgnbehandlingstilbud kommunen bruger til at løse opgaverne under §101\* i serviceloven.

Den kommunale kvalitetsstandard for stofmisbrugsbehandling skal mindst omfatte en beskrivelse af de indsatsområder der følger af servicelovens §101. Minimum for hvad kvalitetsstandarder skal beskrive, fremgår af §2 i (bekendtgørelse om) kvalitetsstandarder for social behandling af stofmisbrug\* (2006). Herudover skal det i kvalitetsstandarder beskrives hvordan der i forbindelse med §101-behandling efter serviceloven sikres opmærksomhed på forholdene for stofmisbrugerens eventuelle hjemmeboende børn under 18 år. Det skal også oplyses hvordan den fremtidige indsats på stofmisbrugsbehandlingsområdet ser ud.

Det er centralt for implementeringen af stofmisbrugsbehandlingen i kommunerne at de kommunale medarbejdere forstår at integrere og bruge kvalitetsstandarderne i det daglige arbejde, særligt med henblik på at styrke sammenhængen i tilbuddet i forhold til den enkelte bruger. Standarderne giver borgere og samarbejdspartner et indblik i serviceniveauet, men de udgør samtidig et redskab for kommunen til at føre tilsyn med tilbuddenes kvalitet i forhold til kommunalbestyrelsens politiske mål og prioriteringer.

Kronbæk og Andersen (2007) har samlet en række relevante lovmæssige dokumenter og konkrete eksempler på kommunale kvalitetsstandarder der kan findes på Servicestyrelsens hjemmeside.

## Netbaserede registre

På stofmisbrugsområdet er der i dag fire registre eller databaser der indsamler og videreformidler viden om behandlingen af stofmisbrugere. Selve dataindsamlingen foregår på to niveauer:

**Beskrivende** – data om antal, omfang, indhold m.m. registreres

**Undersøgende** – de metoder der er anvendt i behandlingen, indsamles

Registre har det tilfælles at de er blevet oprettet for at indfri de krav myndighederne løbende stiller, fx skal de overvåge garantier for social behandling, følge udviklingen i social stofmisbrugsbehandling for brugere over og under 18 år, måle effekten af social behandling

med henblik på at kunne vurdere både metoder og leverandører og finde sammenhæng mellem pris og kvalitet i forhold til en bestemt målgruppe.

Alle landets kommuner og behandlingssteder indberetter til registrene. Det er lovpligtigt at rapportere til dem, og derfor kan de tilsammen tilbyde et overblik over stofmisbrugere i behandling i Danmark, både dem i lægelig behandling efter sundhedsloven og dem i social behandling efter serviceloven.

Der arbejdes i øjeblikket (2010) på at sammenlægge registrene så alle data om en stofmisbruger kun skal indberettes ét sted. Den kommende fælles indberetningsportal vil blive bestyret af Servicestyrelsen og forventes at være i drift i 2011. De data som kan trækkes ud fra registreringerne, vil dog stadig kunne findes på de oprindelige hjemmesider. De aktuelle databaser beskrives i det følgende.

## **SIB – Stofmisbrugere I Behandling**

Registret er placeret hos Sundhedsstyrelsen ([www.sst.dk](http://www.sst.dk)) og indsamler oplysninger på cpr-nummerniveau om stofmisbrugere i behandling. Det indberettes hvilke rusmidler der bruges og hvordan de indtages samt misbrugernes risikoadfærd og alder, geografiske herkomst, socioøkonomiske karakteristika, behandlingstype og -omfang.

Sundhedsstyrelsens register skal blandt andet følge udviklingen i antallet af stofmisbrugere i behandling og brugen af de forskellige rusmidler. De indsamlede data samkøres med forskellige andre registre for at gøre det muligt at skønne over det samlede antal stofmisbrugere og følge udviklingen af dødsfald, både blandt stofmisbrugere i behandling og uden for. Sundhedsstyrelsen er desuden internationalt forpligtet til at indberette behandlingsdata fra SIB til det europæiske narkotikaovervågningscenter EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse) og til FN (UNODC – United Nations Organisation for Drugs and Crime).

## **DanRIS-døgn**

DanRIS-døgn (Dansk Registrerings- og InformationsSystem for døgnbehandlingssteder – [www.danris.dk](http://www.danris.dk)) registrerer stofmisbrugere over 18 år i behandling på døgninstitutioner. Det er Center for Rusmiddelforskning der indsamler oplysningerne for Indenrigs- og Socialministeriet. Det foregår på cpr-nummerniveau og vedrører primært brugerens sociale og fysiske belastningsgrad, målt via EuropASI (se side 95). Hertil kommer generelle informationer om behandlingsstedet og de ydelser der tilbydes brugeren. EuropASI kan bruges til at identificere forskellige risiko- og resursegrupper for de enkelte tilbud og dermed skabe et systematisk grundlag for visitation og match.

## **Servicestyrelsens Stofmisbrugsdatabase**

Stofmisbrugsdatabase er sammenlagt af VBGS-databasen og DanRIS-ambulant (www.stofmisbrugsdatabase.dk):

**VBGS – Ventetid vedrørende BehandlingsGaranti for Stofmisbrugere** indsamler oplysninger fra alle landets kommunale myndigheder om stofmisbrugere over 18 år og (som det eneste register) også stofmisbrugere under 18 år der modtager behandling iflg. servicelovens §101\*. VBGS-databasen har indsamlet oplysninger på cpr-nummerniveau siden 2007 og er oprettet ud fra et ønske om at overvåge kommunernes overholdelse af 14-dages garantien for at få social stofmisbrugsbehandling. Oplysningerne offentliggøres løbende på ikke-personfølsomt niveau. Kommuner og behandlingssteder kan se egne data på cpr-nummerniveau i Stofmisbrugsdatabase.

**DanRIS-ambulant – Dansk Registrerings- og InformationsSystem for ambulante behandlingssteder** har siden 2008 indsamlet oplysninger om stofmisbrugere i ambulant behandling. DanRIS-ambulant er bygget over samme læst som DanRIS-døgn, men data indsamles sammen med VBGS via Servicestyrelsens indberetningsplatform. DanRIS samler oplysninger om stofmisbrugeres belastning via EuropASI-modellen når de indskrives og hvilke §101-tilbud de tilbydes. Med DanRIS-ambulant kan kommunernes forskellige tilbud sammenholdes, fx defineret ved *stoffri dagbehandling, ambulant social opfølgning af brugere i metadonbehandling, motivationsgruppe med henblik på videre stoffri døgnbehandling* eller andet. Alle §101-tilbud til stofmisbrugere i offentlig ambulant misbrugsbehandling skal registreres i DanRIS-ambulant med dato for påbegyndelse og afslutning samt årsag til ophør.

## **tilbudsportalen.dk**

Tilbudsportalen er en lovfæstet database over godkendte behandlingstilbud for socialt udsatte i hele landet. På de områder portalen dækker, må sagsbehandlere kun visitere til tilbud registreret her (servicelovens §14\*). Database administreres af Servicestyrelsen og har til formål at forenkle sagsbehandlerens, borgerens eller den pårørendes arbejde med at finde et relevant tilbud. Den skal synliggøre tilbuddenes faglige ydelser på en åben og gennemskelig måde og gøre det muligt at sammenligne fx pris og organisering, bl.a. med henblik på en ligeværdig konkurrence. Endelig skal den styrke overblikket og forbedre planlægningsgrundlaget for de områder den dækker. Behandlingsstedernes stamoplysninger på Tilbudsportalen genbruges i Stofmisbrugsdatabase for at undgå dobbeltindberetning.

Et opholds- eller behandlingssted der tilbyder ydelser under servicelovens §101, stk. 1\* eller §107\*, skal være godkendt som *generelt egnet* af den kommune hvor tilbuddet ligger. Dette krav gælder ikke tilbud hvor der er indgået en generel aftale med kommunen eller regionen (servicelovens §144, stk. 1-2\*). Forhold omkring godkendelse og tilsyn er fastsat i bekendtgørelse om godkendelse af og tilsyn med private opholdssteder, private botilbud og private behandlingstilbud for stofmisbrugere (2008); her skal blot nævnes at godkendelsen skal omfatte institutionens økonomiske forhold og dens pædagogiske metoder, fysiske rammer og personalesammensætning, bl.a. uddannelsesniveau. Godkendelse og tilsyn påhviler kommunen eller regionen der løbende skal sikre sig at oplysningerne i Tilbudsportalen er korrekte og i overensstemmelse med de faktiske forhold (bekendtgørelse om Tilbudsportalen, 2007).

Af relevans for stofmisbrugsområdet omfatter Tilbudsportalen alle offentlige og private tilbud der drives i overensstemmelse med følgende lovbestemmelser:

#### **Serviceloven**

- §101 om tilbud om behandling af stofmisbrugere\*
- §103 om beskyttet beskæftigelse
- §104 om aktivitets- og samværstilbud\*
- §§107-110 om botilbud, forsorghjem, kvindekrisecentre mv.\*
- §192 om plejehjem

#### **Sundhedsloven**

- §141, stk. 2, om behandlingstilbud til alkoholmisbrugere\*

#### **Almenboligloven**

- §5, stk. 2 om plejeboliger for personer med behov for omfattende service og pleje
- §105 om almene ældreboliger til personer med nedsat funktionsevne

#### **Friplejeboligloven**

- §1 om friplejeboliger

Tilbudsportalen oplyser om de enkelte tilbuds organisatoriske forhold, målgruppe, tilbudstyper, fx. ambulant og døgnbehandling til stofmisbrugere, ydelser, takster og brugerbetaling, behandlingsmetoder og værdigrundlag, personaleforhold og fysiske forhold, sammensætning af råd, samarbejdsrelationer, evalueringer samt særlig specialrådgivning. Hertil kommer oplysninger fra bl.a. Danmarks Statistik, Sundhedsstyrelsen og DanRIS. Data kan trækkes ud på forskellige måder:

'Struktureret søgning' bruges til at finde relevante tilbud til en konkret borger. Målgruppen afgrænses, fx ved alder og socialt problem. Dernæst vælges tilbudstype eller ydelse. Søgningen kan også afgrænses geografisk. Har man særlige krav til fx metoden, kan de tilføjes i fri tekst.

'Egen leverandørliste' kan genereres under 'statistik'. Listen sammensættes efter eget ønske, fx af tilbuddenes målgruppe, takst, leverandørnavn og antal pladser. Den færdige liste kan føjes til *Foretrukne* hvorefter man altid vil få en opdateret version når listen aktiveres.

'Søg på kort' giver mulighed for at se hvilke leverandører der findes i et givent område. De er delt op i ambulant behandlingstilbud, botilbud til børn og unge, botilbud til voksne, dagtilbud til børn og unge, dagtilbud til voksne og plejehjem/plejebolig.

## EuropASI

EuropASI (European Addiction Severity Index) er den europæiske version af en standardiseret interviewmetode der blev udviklet i USA sidst i 1970'erne. Metoden er den mest brugte dataindsamlingsmetode på misbrugsområdet (Pedersen & Asmussen, 2002). Her måles brugernes resurser og behov med henblik på at kvalificere udredningen omkring den enkelte bruger og styrke dokumentation og evaluering i de tilbud der gives. EuropASI er et struktureret instrument der kan bidrage til en vurdering af et konkret problem. Fordi det kan give indsigt i om der over tid sker en forværring eller forbedring i relation til en konkret bruger, kan det også bruges som et middel til effektmåling.

EuropASI kan systematisk kortlægge misbrugerens baggrund og belastning på områderne: stof, alkohol, kriminalitet, familie og netværk, sociale forhold, økonomi, arbejde og fysisk og psykisk helbred. Til hvert område er der en række spørgsmål, delt op i to kategorier: livstidsspørgsmål og 30-dagsspørgsmål, fx:

- Hvor mange dage har du indtaget forskellige former for rusmidler (inkl. alkohol)?
- Hvor mange dage har du haft arbejde?
- Hvor mange kroner har du brugt på rusmidler? (og spørgsmål der knytter sig til hvor pengene kommer fra)
- På en skala fra 0-4: Hvor besværet har du været pga. stofproblemer? – og Hvor vigtigt er det for dig nu at blive behandlet for stofproblemer?



- Hvor mange dage har du været involveret i illegale aktiviteter for at skaffe penge? Hvor alvorlige synes du dine aktuelle problemer med kriminalitet/retssystemet er? Hvor vigtigt er det for dig at få hjælp til disse problemer?
- Hvor mange dage har du haft alvorlige konflikter med din familie? Hvor vigtigt er det for dig at få behandling eller rådgivning for disse familiemæssige problemer?
- Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer? Hvor bekymret eller besværet har du været af disse? Hvor vigtigt er det for dig nu at blive behandlet for disse fysiske problemer?
- Har du inden for de sidste 30 dage haft en tydelig periode af mindst 14 dages varighed, hvor du har oplevet dig selv som deprimeret (samt fx oplevet svær angst, haft svære koncentrationsproblemer?)

Ud fra svarene beregnes en samlet score. Scoren på et spørgsmål kan være 0 eller 1 og viser stofmisbrugerens belastning inden for hvert område. I spørgeskemaet skal både interviewer og klient derudover vurdere problemets sværhedsgrad og behandlingsbehov. Her bruges en rangskala. Petersen (2005) beskriver standardkortlægningsværktøjet således:

”EuropASI er en hensigtsmæssig måde at sikre at man ikke overser væsentlige problemstillinger, og det er også en måde at få overblik over hvad det er der skal planlægges i behandlingen, både her og nu ved henvendelse og på længere sigt. Ved opfølgning i behandlingen er anvendelse af struktureret kortlægning ligeledes værdifuld.”

Fordelene ved EuropASI er blandt andet (Pedersen & Asmussen, 2002; Petersen, 2005):

- Det er den mest anvendte dataindsamlingsmetode både på stof- og alkoholområdet. Det giver et bredt sammenligningsgrundlag.
- Ud over at have fokus på misbruget belyser metoden også sociale, fysiske og psykiske problemer. Det fremmer en helhedsorienteret tilgang og er befordrende for et tværgående samarbejde mellem social- og sundhedssektorerne.
- Brugeren skal vurdere sig selv og det kan bruges til at møde den enkelte bruger med respekt, ligesom det kan medvirke til at få brugeren til at reflektere over sin situation.

EuropASI bruges til indberetninger i DanRIS-døgn og DanRIS-ambulant. Det bruges også af behandlingsstederne til udredning i forbindelse med visitation. Et andet anvendelsesområde er fornyelsen af handleplaner; her kan EuropASI medvirke til at holde rede på om brugeren har fået det bedre og om indsatsen skal justeres?

EuropASI's pålidelighed vurderes forskelligt. Pedersen & Asmussen (2002) vurderer at metodens pålidelighed og gyldighed bliver svagere jo mere psykisk ustabil brugeren er. Til gengæld ser EuropASI-metoden ud til at kunne mønstre en høj grad af pålidelighed i forhold til at forudsige voldelig kriminalitet.

## Litteratur

### Grundlæggende retssikkerhed

Andersen, Jon (2003). Forvaltningsret. 5. udg., Forlaget Thomson.

Andersen, Jon (2007). Social forvaltningsret. 2. udg., Nyt Juridisk Forlag.

Ehrenreich, Ditte (2004). Når ret skal være ret – om at sikre retssikkerhed for socialt udsatte. Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.

Ejler, Nicolaj, Steffen Bohni Nielsen og Chris Enrico Petersen (2004). Undersøgelse af retssikkerhedslovens §4. Socialministeriet.

Forvaltningsloven (2007) – LBK nr. 1365 af 07/12/2007, Bekendtgørelse af forvaltningsloven. Justitsministeriet.

Gammeltoft-Hansen, Hans m.fl. (2002). Forvaltningsret. 2. udg., DJØF Forlag.

Høgsbro, Kjeld, Kirsten Marie Bovbjerg, Louise Hardman Smith, Mette Kirk og Jesper Henriksen (2003). Skulte livsverdener – en etnografisk undersøgelse af forholdene for mennesker med hjemløshed, misbrug og sindslidelse som problem. AKF Forlaget.

Høilund, Peter og Søren Juul (2005). Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde. Hans Reitzels Forlag.

Järvinen, Margaretha, Jørgen Elm Larsen og Niels Mortensen (2002). Det magtfulde møde mellem system og klient – magtudredningen. Århus Universitetsforlag.

Klagevejledning for stofmisbrugere i behandling (2007) – VEJ nr. 9810 af 27/07/2007. (Fælles for den sundhedsfaglige og den sociale behandling), Socialministeriet.

Lipsky, M. (1980). Street Level Bureaucracy – Dilemmas of the Individual in Public Services. Russel Sage Foundation.

Nyboe, Jette og Ditte Ehrenreich (2004). Lov til et bedre liv – retssikkerhed for socialt udsatte. Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte.

Offentlighedsloven (1985) – LOV nr. 572 af 19/12/1985 om offentlighed i forvaltningen. Justitsministeriet.

Persondataloven (2000) – LOV nr. 429 af 31/05/2000, Lov om behandling af personoplysninger. Justitsministeriet.

Petersen, Chris Enrico, Nicolaj Ejler og Steffen Bohni Nielsen (2004). Undersøgelse af retssikkerhedslovens §4 – endelig rapport. Socialministeriet.

Retssikkerhedsloven (2008) – LBK nr. 877 af 03/09/2008, Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. Velfærdsministeriet.

# Litteratur

Retssikkerhedsvejledningen (2006) – VEJ nr. 73 af 03/10/2006, Vejledning om retssikkerhed og administration på det sociale område. (Regler om anvendelsesområdet for lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, behandling af klager, praksiskoordinering, handicapråd, Det Centrale Handicapråd, statistik mv.). Socialministeriet.

Serviceoven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.

Servicestyrelsen (2010). God sagsbehandling på stofmisbrugsområdet – et metodehæfte til fagpersoner omkring mennesker med stofmisbrug. (Publikationen testes i skrivende stund af syv kommuner og udgives først offentligt medio 2010.)

Socialministeriet (2004). Undersøgelse af retssikkerhedslovens §4.

Sundhedsloven (2008) – LBK nr. 95 af 07/02/2008, Bekendtgørelse af sundhedsloven. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Vejledning om forvaltningsloven (1986) – VEJ nr. 11740 af 04/12/1986. Justitsministeriet.

[www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk)

## Brugerinddragelse

Asmussen V. og T. Kolind (2005). Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Bjerger, Bagga (2005). Empowerment og brugerinddragelse i praksis – mellem forestillinger og det muliges kunst. En antropologisk analyse af forestillinger om 'godt' socialt arbejde i relation til praksis blandt svagtstillede metadonbrugere. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Bjerger, Bagga og Bodil Selmer (red) (2007). Det sociale arbejdes daglige praksis – perspektiver på brugerinddragelse og retssikkerhed. Århus Universitetsforlag.

Ehrenreich, Ditte (2004). Når ret skal være ret – om at sikre retssikkerheden for socialt udsatte. VFC Socialt Udsatte.

Høgsbro Kjeld, Preben Brandt, Frank Ebsen, Ole Thomsen og Merete Nordentoft (2003a). Brugerne, de professionelle og forvaltningen. AKF.

Høgsbro, Kjeld, Kirsten Marie Bovbjerg, Louise Hardman Smith, Mette Kirk og Jesper Henriksen (2003b). Skjulte livsverdener – en etnografisk undersøgelse af forholdene for mennesker med hjemløshed, misbrug og sindslidelse som problem. AKF Forlaget.

Kolind, Torsten (2005). Hvad lægger brugerne vægt på i behandlingen? I: STOF nr. 5.

Krogstrup, Hanne Kathrine (1999). Det handicappede samfund – om brugerinddragelse og medborgerskab. Systime.

Landsforeningen af Væresteder (2005a). Brugernes værested – fra omsorg og lavtærskel til samvær og aktivitet.

Landsforeningen af Væresteder (2005b). Mulighedernes værested – fra omsorg og lavtærskel til samvær og aktivitet.

Landsforeningen af Væresteder (2005c). Samfundets værested – fra omsorg og lavtærskel til samvær og aktivitet.

Nyboe, Jette. og Ehrenreich, Ditte: Lov til et bedre liv – retssikkerhed for socialt udsatte. Videns- og formidlingscenter for socialt udsatte, 2004.

Pedersen, Mads Uffe og Marie Konge Nielsen (2007). Behandlingsgaranti og ydelser i dansk stofmisbrugsbehandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, R. (2001). Evaluering af de 4 københavnske by-ambulatorier. Københavns Kommune.

Ramsbøl, Hanne m.fl. (2007). Når målet er indflydelse – om brugerinddragelse på §110-boformer. Servicestyrelsen.

Raunkjær, Mette og Merete Laurén (2006). Brugerindflydelse og brugerinddragelse – teoretisk distinktion samt empiriske erfaringer. Nordisk socialt arbejde, nr. 2, 26. årg.

Retssikkerhedsloven (2008) – LBK nr. 877 af 03/09/2008, Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område. Velfærdsministeriet.

Serviceloven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.

Socialministeriet (2003). Værdier i socialpolitikken. Socialministeriet, Social-Juridisk Center.

Socialministeriet og Finansministeriet (2002). Web-håndbog om brugerinddragelse. Regeringens moderniseringsprogram.

Thomsen, Ole (2002). Brugerindflydelse for udsatte grupper – følgegruppen om socialpsykiatri og socialt udstødte. Formidlingscenteret Storkøbenhavn.

Thomsen, Ole (2003). Brugerindflydelsens og brugerinddragelsens former og muligheder. I: Høgsbro (2003).

Thorsager, L. m.fl. (2007). Metoder i socialt arbejde, begreber og problematikker. SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).

Vestergård, Christina (2007). Dilemmaer i brugerinddragelse. I: Bjerge & Selmer (2007).

[www.brugerforeningen.dk](http://www.brugerforeningen.dk)

[www.sandudvalg.dk](http://www.sandudvalg.dk)

[www.svid.dk](http://www.svid.dk)

## Faglig kompetence

Lindholm, Jonas og Claus Olsen (2003a). Behov for uddannelse i fremtiden. I: STOF nr. 2.

Lindholm, Jonas og Claus Olsen (2003b). Kompetence- og uddannelsesbehov på rusmiddelområdet – en indledende undersøgelse. Center for Alternativ Samfundsanalyse.

Petersen, Helle (2005). Mål, middel og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. Københavns Kommune.

## Visitation

Bekendtgørelse af lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling (2007) – LBK nr. 190 af 27/02/2007. Velfærdsministeriet.

Botilbudsvejledningen (2006) – VEJ nr. 95 af 05/12/2006, Vejledning om botilbud m.v. til voksne, (Vejledning nr. 4 til serviceloven). Socialministeriet.

Eskelinen, Leena og Dorte Caswell (2003). Den socialfaglige praksis ved visitation af arbejdsløse. AKF Forlaget. [www.akf.dk/udgivelser/2003/pdf/socialfaglig\\_praksis.pdf](http://www.akf.dk/udgivelser/2003/pdf/socialfaglig_praksis.pdf)

# Litteratur

Formålsvejledningen (2006) – VEJ nr. 93 af 05/12/2006, Vejledning om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven, (Vejledning nr. 1 til serviceloven). Socialministeriet.

Gammeltoft-Hansen, Hans m.fl. (2002). Forvaltningsret. 2. udg., DJØF Forlag.

Jakobsen, Flemming m.fl. (2008). Stofmisbrugsområdet i kommunerne – muligheder og barrierer efter kommunalreformen. Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA).

Serviceloven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.

## Redskaber ved visitation

Almenboligloven (2008) – LBK nr. 1000 af 09/10/2008, Bekendtgørelse af lov om almene boliger mv. Velfærdsministeriet.

Bekendtgørelse om godkendelse af og tilsyn med private opholdssteder, private botilbud og private behandlingstilbud for stofmisbrugere (2008) – BEK nr. 349 af 09/05/2008. Velfærdsministeriet

Bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter §101 i lov om social service (2006) – BEK nr. 622 af 15/06/2006. Velfærdsministeriet.

Bekendtgørelse om Tilbudsportalen (2007) – BEK nr. 681 af 20/06/2007. Socialministeriet.

Friplejeboligloven (2007) – LOV nr. 90 af 31/01/2007, Lov om friplejeboliger. Socialministeriet.

Kronbæk, Mette og Finn Damgaard Andersen (2007). Kvalitetsstandarder i stofmisbrugsbehandlingen – efter kommunalreformen. Servicestyrelsen, Udsatteenheden. [www.servicestyrelsen.dk](http://www.servicestyrelsen.dk): Udsatte/Misbrug/Kvalitetsstandarder

Pedersen, Mads Uffe og Vibeke Asmussen (2002). Metadon-projektet – design og metode. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Petersen, Helle (2005). Mål, midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen.

Serviceloven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.

Sundhedsloven (2008) – LBK nr. 95 af 07/02/2008, Bekendtgørelse af sundhedsloven. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

[www.danris.dk](http://www.danris.dk)

[www.stofmisbrugsdatabasen.dk](http://www.stofmisbrugsdatabasen.dk)





## Støtte og rådgivning

Der findes forskellige typer sociale tilbud der ikke forudsætter visitation og som ikke stiller store krav til brugerne, fx i forhold til fremmøde, og som derfor kan være relevante hvor stofmisbrug er del af problemet. Det er omsorgstilbud hvor ydelserne er støtte og rådgivning – tilbud der kan være en del af den individuelt tilpassede indsats for brugeren, og tilbud der har det tilfælles at formålet er at hjælpe brugeren til et bedre funktionsniveau og en øget livskvalitet.

*Rådgivning* er borgerens tilbud om at få en samtale med en kommunal medarbejder, enten via telefon eller ved fremmøde – anonymt hvis det ønskes (servicelovens §§10 og 11\*). Rådgivning tager afsæt i at borgeren henvender sig for at få hjælp til en situation den pågældende ikke selv kan magte, eller for at få råd om hvordan en given situation kan afhjælpes. Den rådgivning misbrugere tilbydes på denne måde – uden en behandlingsplan – er ikke behandling, men kan i nogle tilfælde resultere i visitation og udarbejdelse af en behandlingsplan. Andre gange står rådgivning alene, uden at føre til videre tiltag.

Rådgivningen skal afpasses den enkeltes behov og kan omfatte rådgivning om en række forskellige forhold, fx uddannelse, beskæftigelse, boformer og almene trivselsmæssige spørgsmål. I pkt. 58 i formålsvejledningen\* (2006) anbefales det at den professionelle i den rådgivende samtale tager udgangspunkt i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med henblik på at forbedre den tidlige og forebyggende indsats.

I forbindelse med en rådgivende samtale vil det som regel være relevant at prøve at få afdækket borgerens eventuelle behov for andre sociale ydelser eller tilbud. Samtidig skal det afklares om der er behov for tilbud til borgerens børn eller familie, eller der kan dukke oplysninger op der peger på tilstedeværelsen af andre sideløbende problemer for borgeren, problemer der måske afføder behov for andre tilbud, et udvidet samarbejde med andre fagpersoner eller en forebyggende indsats (formålsvejledningen, kap. 9\*).



## Aktivitets- og samværstilbud

Et aktivitets- eller samværstilbud efter servicelovens §104\* skal have til hensigt at øge borgerens livskvalitet og forebygge at han eller hun udstødes socialt. Nogle tilbud skal borgeren visiteres til, andre tilbud er åbne og anonyme. Tilbud man skal visiteres til, omfatter primært borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, mens åbne tilbud som regel er målrettet borgere med særlige sociale problemer.

Mulige aktiviteter inden for §104 er relativt omfattende, og i praksis rummer de eksisterende tilbud alt fra omsorgsmæssige foranstaltninger – som mad, kaffe, vask, uddeling af tøj, rådgivning og tilbud om socialt samvær – til udflugter, idrætsaktiviteter, sundhedstilbud og inddragelse i brugerorganisationer. Aktivitets- og samværstilbuddene kan desuden tilbyde rådgivning og opsøgende virksomhed samt særlige undervisnings-tilbud efter Undervisningsministeriets regler om specialundervisning.

Disse tilbud kvalificerer ikke direkte brugeren til arbejdsmarkedet og er derfor ikke omfattede af §32 i *bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats* (2008). Det betyder at de ikke uden videre kan indgå i en ordinær jobplan, men de kan kombineres med et særligt tilrettelagt beskæftigelsesforløb placeret det samme sted, fx på et værested. Det særligt tilrettelagte forløb vil dermed kunne indgå i en ordinær jobplan.

### Væresteder

Et aktivitets- og samværstilbud forankret i servicelovens §104\* tager ofte form af et værested. Over 100 af Danmarks mange væresteder er organiseret i Landsforeningen af Væresteder, der selv beskriver værestedet som en ramme for fællesskab og en mulighed for forandring.

Ud over at have rene omsorgstilbud arbejder værestederne ofte også med aktiverende og udviklende forløb og tilbyder forskellige aktiviteter. Mange væresteder udfører opsøgende arbejde, og en del væresteder for aktive misbrugere tilbyder både sygepleje og mulighed for rådgivning fra socialrådgivere og andre fagpersoner. For tidligere misbrugere skaber værestedet mulighed for samvær og aktiviteter med ligestillede. Da de første væresteder blev etableret i starten af 1980'erne var de udelukkende tænkt som rum hvor socialt udsatte borgere helt bogstaveligt kunne få lov til bare at være. I dag har en del væresteder udviklet sig til at være tilbud der arbejder målrettet på at opfylde en række forskellige behov hos brugerne. I dag er der således væresteder hvor man bare kan drikke kaffe og få et måltid mad og et bad, men der er også væresteder der tilbyder eksempelvis skrivesteder for at give brugerne mulighed for støtte til at skrive jobansøgninger og hjælp til at komme i direkte arbejdsmarkedsorienterede tilbud. Der stræbes efter at holde balancen mellem værksteder og væresteder, så brugerne kan holde fast i at opfatte værestedet som et 'frirum'

der ikke er en del af den kommunale organisering. I dag er væresteder engageret i en lang række projekter på det sociale område, bl.a. med fokus på beskæftigelse.

For stofmisbrugere i eller uden for behandling kan værestedet blive det tilbud der bryder den sociale isolation, og det sted hvor man kan deltage i aktiviteter sammen med andre. Værestedet kan også være aktør i en beskæftigelsesorienteret indsats eller lignende, og er ofte en central samarbejdspartner for kommunale aktører og behandlingssteder der arbejder med misbrug.

## Gadeplans- og opsøgende arbejde

Kommunerne har pligt til selv at udføre en opsøgende indsats for at nå ud til visse borgergrupper der ikke selv henvender sig – eller kun meget sjældent. Det gælder forskellige grupper voksne der er socialt udsatte eller trueede af social udstødelse, men som holder sig væk fra de offentlige forvaltninger. Lovgivningen fokuserer på den enkelte borgers sociale rettigheder og på at gøre det muligt for hver enkelt at gøre brug af disse rettigheder. Opsøgende socialt arbejde kan give særligt udsatte denne mulighed for at realisere deres ret til socialt medborgerskab, dvs. retten til et liv i overensstemmelse med de sociale standarder i samfundet, ret til respekt, accept og mulighed for at deltage i værdsatte sociale relationer (Bømler & Bertelsen, 2004). Serviceloven pointerer at opsøgende virksomhed er nødvendig i forhold til nogle grupper af voksne, bl.a. sindslidende, stofmisbrugere og nogle alkoholmisbrugere, hjemløse og andre der ikke magter at sætte sig i kontakt med omverdenen af egen drift, og som derfor let kommer til at leve en meget isoleret tilværelse uden relevant og nødvendig støtte og behandling (formålsvejledningen, kap. 11).

Det opsøgende arbejde må ofte foregå helt på borgerens præmisser og kontakten skabes hvor den enkelte opholder sig, fx på banegårde, i parker eller ved andre samlingssteder i lokalmiljøet. Opsøgende arbejde kan også bruges til at rekruttere brugere til aktivitets- og samværstilbud som væresteder og natcaféer, til herberger, forsorgshjem og andre tilbud man kan bruge uden at være visiteret til. Opsøgende medarbejdere kan derfor være brobyggere mellem personer på gaden og hjemløseinstitutioner, rådgivningscentre og andre relevante tilbud. Når der skabes kontakt til de nævnte grupper af udsatte, vil der ofte være brug for en hurtig indsats og kontaktetablering til relevante tilbud.

Målet med opsøgende socialt arbejde falder i to hovedgrupper (Andersen, 1996):

**At bekæmpe social isolation og yderligere udstødelse** (forebyggelse eller stabilisering)

**At tilbyde en mulighed for at forbedre eller bryde en svær social situation**

Opsøgende socialt arbejde er uopfordret kontakt fra sociale myndigheder eller repræsentanter for private sociale organisationer der skønner at de opsøgte personer har behov for social bistand eller omsorg (Bømler & Bertelsen, 2004). Indsatsen er et uanmodet tilbud om social bistand der balancer mellem det enkelte menneskes ret til at være i fred, og de offentlige myndigheders forpligtelser eller private sociale organisationers mål for omsorg.

Uanset formålet med det opsøgende sociale arbejde, er det et forsøg på at gribe forandrende ind i en persons liv, uden forhåndstilsagn fra dem der opsøges. Det rejser nogle

etiske spørgsmål fordi mennesker – som nævnt – har ret til at være i fred, og derfor må både den ansvarlige institution og den opsøgende medarbejder på forhånd reflektere over og afklare begrundelsen for det opsøgende arbejde – hvad man vil opnå med det, og hvad der er tilbuddets reelle indhold.

Det opsøgende arbejde kan opfattes som stemplende fordi der ikke nødvendigvis er en fælles forståelse mellem socialarbejderen og den person der opsøges, om det rimelige i at forsøge at etablere den aktuelle kontakt. Den opsøgte borgers ønsker og behov falder ikke nødvendigvis sammen med dem, den opsøgende institution har defineret. Udfaldet af kontaktforsøget vil derfor altid afhænge af den opsøgende socialarbejders respekt for borgerens grænse for hvor tæt man kan gå i sin egenskab af repræsentant for samfundet – og fornemmelse for hvor denne grænse ligger – balanceret af med de forpligtelser samfundet har.

Opsøgende arbejde skal altid ses i forhold til et givent problem. Det kan ikke stå alene og skal indeholde konkrete tilbud – og hænge sammen med planer for handling og opfølgning. Derfor er det vigtigt at tydeliggøre målet med indsatsen, at definere indsatsens problemområde og at formulere holdninger og forventninger til udbyttet af indsatsen. Det kan være svært at fastsætte succeskriterier for opsøgende arbejde – og dokumentere succesen – fordi målet i første omgang vil være blot at skabe kontakt og udvikle en relation. Til gengæld er det denne relation der senere vil gøre det muligt at sætte ind med tydeligere hjælpeforanstaltninger. Det kan være problematisk hvis der sættes en snæver tidsgrænse for det opsøgende arbejde, og for hvornår den opsøgende medarbejder skal videregive kontakten, da det er problemernes omfang og kompleksitet der afgør hvor langvarig en kontakt der er brug for.

Det opsøgende, sociale arbejde kan have forskellige former og begreberne bliver ofte lidt flydende i dagligdagen:

**Brobygning** indebærer at den opsøgende medarbejder kan henvise til relevante hjælpetilbud. Her kontaktes målgruppen uden forudgående aftale, og personerne er ikke kendte for socialarbejderen på forhånd. Arbejdet foregår uden for medarbejderens base eller institution. Der kan også bygges bro til andre udegående funktioner der bygger videre på den opnåede kontakt, fx kan den opsøgende medarbejder og brugeren måske blive enige om at det vil være hensigtsmæssigt med et besøg af 'gadesygeplejersken' fordi der er et specifikt sundhedsproblem.

**Opsøgende/udgående arbejde** knyttet til egen base eller institution skaber mulighed for at tilbyde ydelser fra basen. Personer i målgruppen kan både være kendte og ukendte for socialarbejderen og de kontaktes uden forudgående aftale. Det opsøgende arbejde foregår uden for basen og har ofte til hensigt at få personer til at benytte et bestemt tilbud.

**Udegående socialt arbejde** tilbyder borgeren samme støtte som vedkommende ville kunne få på institutionen eller basen. Borgeren er kendt for medarbejderen i forvejen og ofte har man på forhånd aftalt at mødes. Men mødet foregår uden for basen, i brugerens eget hjem eller et offentligt sted. Nogle mennesker har svært ved at vedligeholde en kontakt til hjælpesystemet, og her kan udegående socialt arbejde være meningsfuldt i forsøget på at imødekomme disse menneskers behov (Døssing, 2004). Kommunerne kan vælge at sende medarbejdere ud til fremskudt sagsbehandling der både kan være afklaringsforløb der foregår på gadeplan, og motiverende samtaler i borgerens hjem. Nogle stofmisbrugere vil aldrig komme til at sætte deres fod i et misbrugscenter og må derfor mødes i deres nærmiljø. Den medarbejder der viderefører kontakten med denne gruppe, skal have kvalifikationer og kompetencer til at yde fuld sagsbehandling.

Den primære forskel på opsøgende og udegående arbejde er at opsøgende arbejde som udgangspunkt ikke har en specifik målsætning, men er baseret på et ønske om at hjælpe en borger der har brug for hjælp i en eller anden grad – ud fra samfundets almindelige normer. Når borgeren har accepteret den opsøgende medarbejders tilstedeværelse og eventuelle tilbud om hjælp, kan kontakten overdrages til en relevant institution eller en udegående funktion med særlige opgaver. Siden vil ansvaret for kontakten eventuelt kunne overdrages til en institution eller til personen selv. I praksis vil der hyppigt være perioder med overlap mellem opsøgende, udegående og institution. Det skal fremhæves at særligt udsatte mennesker let mister kontakten med fastbaserede institutioner.

## **Støtte- og kontaktpersonordningen (SKP)**

SKP-ordningen er et eksempel på et tilbud der starter med at være opsøgende, socialt arbejde og ofte resulterer i at være udegående, socialt arbejde med brobygningselementer. Ordningen er et tilbud til borgere der ikke kan indgå i andre tilbud, og en metode til opsøgende, socialt arbejde. Dens formål er at styrke brugernes muligheder for at opbygge og fastholde kontakt til omverdenen ud fra deres egne ønsker og behov. På sigt skal tilbuddet sætte den enkelte bruger i stand til at benytte samfundets muligheder og de øvrige etablerede tilbud (servicelovens §99\*).

SKP-ordningen i serviceloven skal ikke forveksles med de kontaktpersonordninger der er indarbejdet på de fleste støtte- og behandlingsinstitutioner, både under brugerens ophold og ved opholdets ophør. Servicelovens SKP-ordning fokuserer især på at:

- sammen med brugeren skal SKP-medarbejderen identificere og formulere brugerens behov for omsorg, støtte og service og sikre at brugeren modtager dette i overensstemmelse med sine rettigheder
- sammen med brugeren skal SKP-medarbejderen understøtte at andre indsatser planlægges, samordnes og gennemføres
- SKP-medarbejderen skal bistå brugeren i kontakten til myndigheder mv.

SKP-ordningen er et frivilligt tilbud brugeren kan sige nej til. Kommunerne skal tilbyde denne indsats som et supplement til de øvrige offentlige sociale tilbud – ikke som en erstatning. Tilbuddet skal fungere på brugerens præmisser og SKP-medarbejderen har ingen myndighedsfunktioner ud over at være bundet af de gældende regler for underretning mv. (jf. side 150). Ordningens bærende elementer er selve kontakten og tilliden i forholdet mellem bruger og SKP-medarbejder, det forhold hvorpå den støttende og strukturerende indsats, der er tilbuddets indhold, skal bygges.

# Selvhjælpsgrupper

En selvhjælpsgruppe består af brugere der samles for at tale om et bestemt problem; det er problemets art der er afgørende for sammensætningen af selvhjælpsgruppen. Nogle selvhjælpsgrupper sættes i gang af professionelle, nogle styres af professionelle gennem hele forløbet og andre er udelukkende bruger-drevne. Selvhjælpsgrupper har fællesskab med socialfaglige og behandlingsmæssige traditioner som socialt gruppearbejde og gruppeterapi (Barlach & Pedersen, 2006). Deltagerne er fælles om ansvaret for gruppen, og det er en forudsætning for en velfungerende selvhjælpsgruppe at alle i gruppen har lyst til at være der og er motiverede for at indgå i gruppen. Selvhjælpsgrupper bygger på et princip om at møde hinanden med respekt og tillid og på at bruge hinandens erfaringer som hjælp i konkrete situationer. Målet er at skabe forandring, og gruppens medlemmer støtter sig til gruppen indtil de er i stand til at håndtere deres problemer selv.

Selvhjælpsgrupper bygger på anonymitet. For at skabe den nødvendige tryghed i gruppen indgås som regel en aftale om tavshedspligt, dvs. at man ikke fortæller folk uden for gruppen hvem de andre gruppemedlemmer er, eller hvad de siger på møderne. Tavshedspligten gælder som regel også efter at gruppen er ophørt.

Der findes mange selvhjælpsgrupper rundt omkring i landet og der oprettes nye og nedlægges gamle hele tiden. Mange selvhjælpsgrupper har et andet centralt tema end misbrug, og mange har stramme bestemmelser for hvem der kan deltage i deres gruppe og regler for hvordan man skal agere i gruppesammenhæng. En stor del af grupperne har misbrug eller brug af rusmidler som ekskluderende faktor, i nogle tilfælde også mediciner. Nogle kommuner har igangsat selvhjælpsgrupper for misbrugere eller tidligere misbrugere. I så fald vil det som regel fremgå af kommunens hjemmeside.

## Anonyme narkomaner (NA)

På stofmisbrugsområdet er NA (Narcotics Anonymous) den mest udbredte form for selvhjælpsgruppe. NA er et ikke-kommercielt fællesskab af mænd og kvinder for hvem rusmidler har været et væsentligt problem. Eks-misbrugerne mødes regelmæssigt for at hjælpe hinanden med at forblive stoffri. En del brugere deltager i NA-møder mange år efter at de er blevet stoffri.

NA-programmet bygger på total afholdenhed fra alle rusmidler. NA bygger på et 12-trinsprogram der er et handlingsprogram for at opnå varig stoffrihed – ligesom i øvrigt Minnesota-modellen (side 48). Alle er velkomne til at komme til NAs åbne møder, men det er kun stoffrie mødedeltagere der har taleret på møderne. Enhver kan tilslutte sig, og det er gratis at være med. Den eneste forudsætning for at deltage er at man skal ønske at stoppe sit brug af rusmidler. Selve programmet er et sæt principper som kan følges i hverdagen. Der

afholdes NA-møder over hele landet. Mødelister og anden information om programmet kan findes på [www.nadanmark.dk](http://www.nadanmark.dk).



## Case management – en metode

Case management er en særlig relevant metode til at arbejde tværgående med de svært belastede stofmisbrugere. Målet er at integrere, koordinere og advokere for en indsats for individer og grupper med behov for en omfattende social og sundhedsmæssig støtte eller behandling. I socialt arbejde har case management til formål dels at frembringe problem-løsnings- og mestringskompetencer hos brugeren, dels at finde og fremme en effektiv og hensigtsmæssig indsats ved at fokusere på systemernes muligheder og funktionsevne.

Case management organiserer det sociale arbejde. Den der udpeges til case manager, har til opgave at afdække brugerens behov og er ansvarlig for at disse bliver dækket. Case manageren har således en koordinerende funktion på tværs af sektorerne (Schepelern Johansen, 2007). Metoden i case management sigter mod at yde en helhedsorienteret indsats der retter sig mod den enkelte brugers sociale, psykiske og fysiske problemer. Der lægges vægt på at indsatsen er lokalt baseret, brugerorienteret, pragmatisk, fleksibel, udadrettet og med en primær kontaktperson (Kolind, 2007).

Case managementmetoden har vundet indpas på områder der arbejder med behandling og omsorg uden for de afgrænsede institutionsmiljøer. Udgangspunktet er den enkelte borgers tilværelse i samfundet. I dag bruges metoden blandt andet i psykiatrien og stofmisbrugsbehandlingen, efter at forståelsen for kompleksiteten i stofmisbrugsproblematikken er vokset (Petersen, 2005).

I stofmisbrugsbehandling koordinerer case manageren brugerens behandling på tværs af sektorerne. Den enkelte brugers case manager sørger for at styrke og udvikle klare arbejdsgange og tager sig ikke kun af brugerens misbrugsproblemer, men af alle elementer i vedkommendes liv, fx uddannelse, arbejde, familieliv, boligsituation, økonomi, sygdom, sundhedstilstand, personlige resurser og selvopfattelse. Kolind (2007) beskriver hvordan mange mennesker med stofmisbrug ikke alene har svært ved at opsøge relevante velfærdsydelser, men også kan have svært ved at fastholde kontakten. En vigtig del af arbejdet består derfor i at koordinere, tilknytte og fastholde brugerne til ydelserne.

Ifølge Hesse (2007) bygger case management på følgende elementer:

**Udredning:** Case manageren skal danne sig et overblik over brugerens problemer og behov.

**Planlægning:** Case manageren samarbejder med brugeren om at fastlægge hvad der skal ske, hvilke skridt der skal tages hvornår osv.

**Koordinering:** Case manageren træffer aftaler med brugeren – eller på vegne af brugeren – vedrørende de indsatser der skal sættes i værk, fx i forhold til misbrugsbehandling, boligsituation, arbejde eller uddannelse osv.

**Fortalerrollen:** Case manageren skal arbejde med at nedbryde de barrierer der findes mellem brugeren og de hjælpeforanstaltninger han eller hun har brug for. Det medfører at case manageren skal påtage sig rollen som fortaler for brugeren og argumentere for dennes rettigheder i forhold til hjælpeforanstaltningen.

**Opfølgning:** Case manageren følger op på gennemførelsen af de indgåede aftaler. Det indebærer at case manageren ikke slipper brugeren, heller ikke selvom den pågældende vælger ikke at gøre brug af den aftalte hjælp. Case manageren har i dette tilfælde ansvar for at revidere planen og finde ud af hvad der kan gøres for at den alligevel kan gennemføres.

Case manageren skal kende områdets øvrige hjælpesystemer, fx arbejdsrelaterede ydelser, hjemløsetilbud, hospitaler, misbrugsbehandling og kriminalforsorg og være kendt af medarbejderne dér (Hesse, 2007). Metoden ligner SKP-metoden, men adskiller sig fra den ved at have et element af myndighedsudøvelse i sit sigte med at skaffe service og relevante tilbud, og i sin koordinering der fokuserer skarpt på systemets givne muligheder og funktionsevne.

# En beskæftigelsesrettet indsats

Kun 17% af landets stofmisbrugere er i beskæftigelse og næsten halvdelen er på dagpenge eller kontanthjælp. Kun hver fjerde har færdiggjort en uddannelse ud over folkeskolen, og hver tiende har forladt folkeskolen i utide (Sundhedsstyrelsen, 2009). Den lave beskæftigelsesprocent blandt stofmisbrugere er et særligt dansk fænomen. I lande som USA og Sverige har samme gruppe en beskæftigelsesprocent på op imod 80% (Hilden Winsløw, 2000). De erfaringer man har med at fokusere på beskæftigelse i indsatsen for svage ledige med sociale problemer, er gode (Rambøll Management, 2008).

Generelt betragtet ønsker socialt udsatte at komme tilbage til arbejdsmarkedet hvis de ikke er nedslidte (Rambøll Management, 2006). En indsats med dette mål stiller dog nogle særlige krav til tilbuddet (Pedersen, 2006):

- Det skal være let at komme til for brugeren
- Det skal matche brugerens formåen og være meningsfyldt
- Det skal være fremadrettet og føre til forandring
- Det skal have fokus på tillidsskabende omsorg
- Indsatsen skal koordineres tværasektorielt, og brugeren skal inddrages

Den der modtager brugeren i et beskæftigelsesrettet tilbud, skal især være opmærksom på at myndighedsrollen skal præciseres ligesom også behovet for information og dokumentation. Forløbets mål og retning skal være tydeligt formuleret sammen med brugeren, og hvis der sker en udskiftning af kontaktpersoner, skal brugeren informeres. Endelig skal man kontinuerligt være lydhør over for den enkelte bruger og løbende tilpasse indsatsen til brugeren (KFUM, 2007).

## Beskæftigelsesrettede ydelser

Aktivloven og bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats skaber mulighed for at tilbyde borgeren forskellige beskæftigelsesrettede ydelser. Borgerens alder og matchkategori har indflydelse på hvor længe disse tilbud kan gives, ligesom det har betydning om borgeren er omfattet af reglerne for revalidering, fleksjob eller andet. Ydelserne er følgende:

**Vejledning og opkvalificering** tilbydes borgere der mangler konkrete kompetencer eller som skal trænes i samfundsmæssig forståelse. Det kan i praksis være tilbud der giver borgeren mulighed for at afklare, udvikle og opkvalificere nyopdagede eller eksisterende kompetencer. Tilbuddet tilpasses den enkeltes behov, fx de særlige skånebehov der kan gøre sig gældende, og kan omfatte korte vejlednings- og afklaringsforløb, særligt tilrettelagte projekter og uddannelsesforløb samt ordinære uddannelsesforløb.

**Virksomhedspraktik** tilbydes borgere der har brug for støtte til at afklare deres beskæftigelsesmål, eller borgere med mangelfulde faglige, sproglige eller sociale kompetencer der ikke kan få arbejde på ordinære vilkår eller med løntilskud. Virksomhedspraktik kan også tilbydes særligt udsatte unge under 18 år. Praktikanten udfører ordinære arbejdsopgaver og indgår i virksomhedens daglige opgaver på lige fod med den lønede arbejdskraft.

**Ansættelse med løntilskud** tilbydes borgere med særlig risiko for langvarig ledighed. Ansættelsen sker på ordinære vilkår hos arbejdsgiveren efter de løn- og arbejdsvilkår der gælder for området.

**Revalidering og for-revalidering** kan tilbydes brugere med en begrænset arbejdsevne der ikke kan afhjælpes i tilstrækkelig grad med erhvervsrettede aktiviteter, heller ikke de ovenfor nævnte. Revalidering kan give borgeren mulighed for at forblive – eller komme ind – på arbejdsmarkedet og dermed blive selvfor-sørgende i ordinær beskæftigelse.

**Økonomisk tilskud** til hjælpemidler, undervisningsmaterialer, arbejdsredskaber og mindre arbejdspladsindretninger samt personlig assistance kan tilbydes brugere med særlige behov udløst af en nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne.

**Mentorordningen** kan tilbyde støtte og vejledning til brugere der starter i tilbud på en virksomhed eller en uddannelsesinstitution. Den kan omfatte særlig introduktion, vejledning og oplæring ved en af virksomhedens medarbejdere eller en ekstern konsulent.

**En sygeopfølgingsplan** kan være en del af en jobplan, eller et alternativ hertil, men vil som regel erstatte den ordinære jobplan i starten af et sygdomsforløb. Den kan tilbyde borgeren forpligtende, beskæftigelsesfremmende foranstaltninger der tager hensyn til borgerens fysiske og psykiske helbredsproblemer.

**Beskryttet beskæftigelse** kan tilbydes borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller borgere der på grund af særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på arbejdsmarkedets normale vilkår, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning. Her er der ingen faste rammer for hvor, hvordan eller hvad.

## Litteratur

### Aktivitets- og samværstilbud

Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats – LBK nr. 938 af 25/09/2009. Beskæftigelsesministeriet.

Formålsvejledningen (2006) – VEJ nr. 93 af 05/12/2006. Vejledning om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven (Vejledning nr. 1 til serviceloven). Socialministeriet.

Landsforeningen af Væresteder. [www.vaeresteder.dk](http://www.vaeresteder.dk)

Rambøll Management (2006). Brugerundersøgelse af aktivitets- og beskæftigelsestilbud for socialt udsatte. Udarbejdet for Servicestyrelsen.

Serviceloven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.

Socialministeriet (2006). Det Fælles Ansvar II.

### Gadeplans- og opfølgende arbejde

Andersen, Carsten (red.) (1996). Har jeg brug for dig? – opfølgende arbejde i forhold til socialt udsatte. Projekt opfølgende arbejde og væresteder, Storbypuljen, Socialministeriet. Socialt Udviklingscenter (SUS).

Bruun-Toft, Vibeke og Rasmus Koberg Christiansen (2005). Særlig indsats for svært udsatte stofmisbrugere med anden etnisk baggrund end dansk på Indre Vesterbro – projektrapport. Københavns Kommune, Socialforvaltningen, Mål- og rammekontoret for misbrug og bolig. I samarbejde med Rådgivningscenter Vest og Mændenes Hjem.

Bømler, T. og B. Bertelsen (2004). Prostitution og meninger der brydes. Ålborg Universitetsforlag.

Døssing m.fl. (2004). Anden etnisk baggrund – og omfattet af serviceloven §67. UFC Handicap og VFC Udsatte.

Formålsvejledningen (2006) – VEJ nr. 93 af 05/12/2006. Vejledning om formål og andre generelle bestemmelser i serviceloven (Vejledning nr. 1 til serviceloven). Socialministeriet.

Gade Nielsen, Jimmie og Susanne Pihl Hansen (2000). Opsøgende Socialt Arbejde – en kortlægning og analyse på baggrund af erfaringer i Københavns og Frederiksberg kommuner. Udviklings- og formidlingscenter for socialt arbejde med unge (UFC).

Serviceoven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.

Vejledning om støtte- og kontaktpersoner for personer med sindslidelser (2001). VEJ nr. 196 af 03/12/2001. (Lov om social service). Socialministeriet.

Zeeberg, Henriette og Karen Rostrup Böyesen (2006). SKP til misbrugere og hjemløse – metodehæfte om arbejdet med de nye målgrupper for støtte- og kontaktpersonordningen. VFC Socialt Udsatte.

## Selvhjælpsgrupper

Barlach, Lise og Pedersen, Flemming H. (2006) Ligesom at komme hjem ...selvhjælpsgrupper for seksuelt misbrugte. VFC Socialt Udsatte.

Dahl, Helle Vibeke og Mads Uffe Pedersen (2006). Kvinder i motivations- og stofmisbrugsbehandling i Vestre Fængsel og Horserød Statsfængsel. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Serviceoven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.

[www.nadanmark.dk](http://www.nadanmark.dk)

## Case management

Hesse, Morten (2007). Case Management – modeord, socialrådgiverdyder eller McDonaldisering af misbrugsbehandlingen? I: STOF nr. 9.

Kolind, Torsten (2007). Case Management med variationer. I: STOF nr. 9.

Petersen, Helle (2005). Mål, midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune.

Schepelern Johansen, Katrine (2007). Case management & dobbeltdiagnoser - muligheder og problemer i behandlingen af mennesker med dobbelt diagnose. I: STOF nr. 9.

## En beskæftigelsesrettet indsats

Aktivloven (2007) – LBK nr. 1460 af 12/12/2007. Bekendtgørelse af lov om aktiv socialpolitik. Beskæftigelsesministeriet.

Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats – LBK nr. 938 af 25/09/2009. Beskæftigelsesministeriet.

Hilden Winsløw, Jacob (2000). Hvis narkomani er en historie. I: STOF nr. 12.

KFUM (2007). Samarbejde i krydsfeltet – delrapport om KFUM's sociale arbejde i Danmarks projekt 'Direkte i Arbejde'. (Damtoft Consult har udarbejdet rapporten.)

Pedersen, Dorrit (2006). Et holdepunkt i hverdagen og noget at tage sig til – en rapport om aktivitets- og beskæftigelsestilbud til langvarigt ledige stofmisbrugere og hjemløse. Københavns Kommune. Socialforvaltningen. Projektkontoret.

Rambøll Management (2006). Brugerundersøgelse af aktivitets- og beskæftigelsestilbud for socialt udsatte. For: Servicestyrelsen. Rambøll Management (2008). Sådan hjælper vi de svageste i job ... – erfaringer fra puljen 'Personer på kanten af arbejdsmarkedet'. Arbejdsmarkedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2009). Narkotikasituationen i Danmark.



## Sygdom og sundhedsfremme

Stofmisbrugere har en somatisk oversygelighed. Mange dør tidligt af én af de mange sygdomme der følger misbruget og af et liv præget af hårde fysiske, psykiske og sociale forhold. Særligt det intravenøse stofmisbrug kan medvirke til en dårlig almentilstand og har desuden en række bivirkninger der giver langvarige fysiske skader hvis der ikke behandles. Ca. 1.000 mennesker dør hvert år af skader fra stofmisbrug (Juel, 2006). Den mandlige stofmisbrugers gennemsnitslevealder er 38,1 år og kvindernes 40,6 år (Sundhedsstyrelsen, 2008).

### Hygiejne og kost

Mange stofmisbrugere lider af blodbårne infektioner der kan være opstået i forbindelse med et intravenøst misbrug. Det drejer sig om bakterielle infektioner der kan ramme alle organer, men som bliver særligt graverende når de angriber hjerteklapperne. Betændelse i hjerteklapperne kommer ofte fra en infektion et andet sted i kroppen, fx tandbylder, paradentose eller urenheder fra de mange nålestik. Også virusinfektioner er hyppige blandt stofmisbrugere, fx hiv og hepatitis B og C. For hepatitis B og C gælder at de kan føre til kroniske leverskader som levercirrose (skrumpelever).

Intravenøst misbrug fører også sårdannelse og betændelse med sig, ofte med udvikling af bylder. Disse symptomer skyldes først og fremmest den dårlige hygiejne omkring injiceringen der ofte sker på gaden, men kan også hidrøre fra urene stoffer eller stoffer der ikke er egnede til injektion. Mange stofmisbrugere udvikler årebetændelse der kan resultere i kronisk venøs insufficiens, dvs. en beskadiget venefunktion der giver sig udslag i et dårligt kredsløb der især rammer benene. Dårligt kredsløb fremmer blodpropper og kroniske sår der i sidste ende kan medføre amputation.

Dårlig mundhygiejne, og dermed dårlige tænder, forekommer hyppigt hos stofmisbrugere. Hertil kommer at hash, benzodiazepiner og morfikapreparater har som bivirkning at hæmme den naturlige spytssekretion, og derfor ofte medfører store cariesproblemer.



Problemet forstærkes af at stofmisbrugere ofte får en underlødige kost, rig på hurtige kulhydrater, med forskellige mangelsygdomme til følge. Rusmidlernes euforiserende virkning nedsætter både sult og tørst, og fjerner dermed misbrugerens trang til den nødvendige føde der derfor bliver minimal og ofte med lav energifordeling. En del stofmisbrugere har et blandingsmisbrug, fx af euforiserende stoffer og alkohol, der er så hårdt ved leveren at det fører til alkoholisk hepatitis og – på sigt – levercirrose.

Konsekvenserne af de beskrevne fysiske lidelser kan blive ekstra alvorlige fordi stofmisbrugerne har svært ved at indgå i de almindelige behandlingsforløb og derfor kan gribe til at forlade behandlingen i utide – ude af stand til selv at tage vare på deres egen sundhed. Resultatet heraf er en meget dårlig sundhedsmæssig tilstand.

## Smitsomme sygdomme

Det skønnes at der i 2006 var ca. 27.000 stofmisbrugere i Danmark. Undersøgelser viser at 80-100% af de stofmisbrugere der tager stoffet intravenøst, er smittet med hepatitis C (Thiesen, 2005). Hos tre ud af fire udvikler smitten sig til en kronisk infektion og blandt disse vil ca. hver fjerde udvikle skrumpelever (levercirrose) i løbet af 20-30 år. Nogle få af disse vil have risiko for at udvikle leverkræft. I 2007 var 73% af alle diagnosticerede hepatitis C-tilfælde relaterede til intravenøst stofmisbrug (Sundhedsstyrelsen, 2008). Ifølge Sundhedsstyrelsen er ca. 35% af samtlige stofmisbrugere smittet med hepatitis B (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Hiv-smitte blandt stofmisbrugere er ikke blevet så udbredt som frygtet hvilket kan tages som udtryk for at kanyler og sprøjter er blevet mere tilgængelige og ikke længeres deles så ofte som tidligere. Den høje hepatitis C-frekvens indikerer imidlertid en fortsat høj blodbåren smittefrekvens. I 2008 var 4% af de nypåviste hiv-positive misbrugere med intravenøst stofmisbrug, og 19% af de nydiagnosticerede aidstiltfælde har et intravenøst stofmisbrug (Sundhedsstyrelsen, 2009).

## Forebyggelse af følgesygdomme

Omfanget af stofmisbrugernes helbredsproblemer betyder at der er et stort sundhedsmæssigt potentiale i forebyggelsen af nogle af de følgesygdomme misbruget medfører:

- **Forbedret livskvalitet** via en indsats omkring almindelig hygiejne, sund mad og motion
- **Mindre underernæring og færre mangelsymptomer** via nærrende og tilstrækkelig mad og øget mundhygiejne med regelmæssige tandeftersyn (dermed også færre hjerteklapinfektioner)
- **Bedre tænder** via en indsats for tandhygiejne, kost og tandlægehjælp

- **Færre infektioner** via sterilt værktøj, rådgivning om smitterisici og forholdsregler som sprøjteudleveringsordninger og lægeordineret heroin
- **Færre hepatitis B-tilfælde** via gratis vacciner, også til samlevende og eventuelle faste seksualpartnere (jf. Hepatitisbekendtgørelsen, 2006)
- **Færre smittede med hiv** og andre blodbårne infektioner via sprøjteprogrammer for rene sprøjter og kanyler (er implementeret i hele landet)
- **Færre tilfælde af hepatitis C** via primær og sekundær rådgivning der skal gøre både smittede og ikke-smittede bevidste om risikoen for smitte (jf. handlingsplan fra 2007)

## Stofmisbrugerens møde med sundhedssystemet

Mødet mellem stofmisbrugeren og det almindelige, somatiske sundhedssystem på hospitalerne er ikke altid positivt for de involverede partner. Forskellige forventninger og uens oplevelser af situationen fører til at mange stofmisbrugere lader sig udskrive eller bliver udskrevet før tid, dvs. før de er færdigbehandlet. På denne måde kan stofmisbrugere forlade hospitalet med så alvorlige lidelser som hjerteklapbetændelse eller betændte sår – akutte eller kroniske lidelser der forværrer brugerens sundhedstilstand når de ikke behandles.

Der er flere grunde til at mødet mellem stofmisbrugeren og sundhedssystemet går skævt. For det første kan det være svært for stofmisbrugeren at indgå i et aftalebaseret system hvor man skal møde op på et bestemt tidspunkt, vente i et venteværelse og indgå i et behandlingsforløb; barrierer der for stofmisbrugere er så uoverstigelige at de holder sig væk fra sundhedssystemet og ofte ikke engang har kontakt til egen læge. Får de akut brug for en læge, henvender de sig på skadestuen. Konsekvensen er at tilstanden ofte er forværret i forhold til hvis lægehjælpen var søgt tidligere. Brugernes barrierer gør det samtidigt svært for sundhedspersonalet at yde forebyggende behandling og sundhedsfremmende tiltag til denne målgruppe. For det andet har mange stofmisbrugere dårlige erfaringer med sundhedsvæsenet. Ud over at de frygter abstinenser, oplever de at de ikke tages alvorligt, at deres smertebehandling ikke er tilstrækkelig og at de stigmatiseres, bl.a. via negativ særbehandling (Brünés, 2007).

For sundhedspersonalet er stofmisbrugere ofte en kilde til usikkerhed og afmagt, følelser der medvirker til en oplevelse af at misbrugere er vanskelige at have indlagt. Personalet oplever stofmisbrugere som opmærksomhedskrævende og utålmodige – en gruppe der har svært ved at tage imod faglig vejledning. Usikkerheden og magtesløsheden kan også stamme fra de konflikter der ofte er forbundet med abstinens- og smertebehandling. Derudover spreder de stofmisbrugere der er påvirkede, utryghed, bl.a. fordi det kan være svært for personalet at afgøre om påvirkningen skyldes behandlingen, fx smertebehandling, eller at brugeren er blevet suppleret med andre rusmidler. Det gør det svært

for personalet at yde en fagligt optimal behandling. Endelig er de indlagte stofmisbrugere patienter med problemer der ikke begrænser sig til indlæggelsesdiagnosen, men snarere er et kompleks af fysiske, psykiske og sociale problemer. Et sundhedsvæsen med fokus på effektivitet og målrettethed kan have svært ved at finde plads til disse patienter.

# Misbrugsstoffer

Nogle faktorer ved misbrug er generelle og uafhængige af hvilket rusmiddel der indtages. Andre faktorer er specielle for det pågældende stof og medfører forskellige problemsammensætninger alt efter om der er tale om misbrug af eksempelvis hash, centralstimulerende rusmidler eller heroin. Variationerne fører ikke alene til forskelle mellem misbrugerne, men også til forskelle i måden hvorpå misbrugerne anskues af behandlingssystemet og det omgivende samfund. Nogle rusmidler giver nogle misbrugere adfærdsmæssige bivirkninger som aggression, sløvhed, ligegyldighed eller ømhed. Det betyder at brugere af forskellige rusmidler har forskellige forudgående adfærdsmønstre, og dermed også forskellige vilkår for deres hverdagsliv (Lund, 2004).

Mange stofmisbrugere i dag har et blandingsmisbrug, dvs. at de bruger mere end et enkelt rusmiddel. Nogle blander dem og andre bruger rusmidlerne i en bestemt rækkefølge. De enkelte rusmidler kan have meget forskellige virkninger og virkningen af et bestemt rusmiddel varierer fra menneske til menneske. Selvom der er stor variation i rusmidlernes effekt, er der mere der samler dem end skiller dem. Både virkningen og skadevirkningen af de forskellige rusmidler er fundamentalt fælles (Ege, 2004).

Hvor ikke andet er angivet, stammer de følgende (bearbejdede) data enten fra Eges *Stofmisbrug og afhængighed, 2004* eller Rindoms *Rusmidlernes biologi, 2000*.

## Opioider

Opioider er en fællesbetegnelse for en gruppe rusmidler der udvindes af råopium. Gruppen omfatter både naturlige præparater baseret på råopium, fx heroin, morfin og opium og rent syntetisk fremstillede præparater som ketogan og metadon. I 2007 var 44% af de indskrevne klienter i stofmisbrugsbehandling opioidmisbrugere. Således er heroin og andre opioider stadig de hyppigst anvendte rusmidler blandt brugere i stofmisbrugsbehandling, selvom tallet de senere år er faldet kraftigt for nyindskrevne i behandling (Sundhedsstyrelsen, 2008b).

Som udgangspunkt har de forskellige opioid-præparater samme virkning, men farmakodynamisk er de forskellige, dvs. at de ikke virker lige hurtigt eller lige længe. Størst virkning opnås når opioidpræparatet injiceres eller ryges. Umiddelbart efter indtagelsen oplever brugeren en ekstatiske følelse – et kick eller et sus – der varer ca. et minut. Herefter indtræder som regel en behagelig sløvhed, koncentrationsvanskeligheder og eufori, men i visse tilfælde kan rusmidlet også have den modsatte virkning og medføre irritabilitet, rastløshed, dårligt humør og opkastninger. Effekten afhænger i høj grad af hvor godt brugeren tåler rusmidlet (tolerance), af brugerens sindstilstand, stemning og forventning til rusmidlet (set) og af de fysiske og sociale rammer rusmidlet indtages i (setting).

Selvom der er stor enighed om opioiders afhængighedsskabende virkning, diskuteres det fortsat hvorfor nogle personer meget hurtigt udvikler psykisk afhængighed, fx af heroin, mens andre kan klare en langvarig smertebehandling med morfin uden at udvikle psykisk afhængighed. Meget tyder på at både sociale forhold og personlige egenskaber har betydning. Opioider skaber psykisk afhængighed ved doser der er så små at brugeren ikke udvikler fysisk afhængighed. Fysisk og psykisk afhængighed udvikles efter måneder eller års forbrug hvorimod tolerance allerede udvikles efter få uger med regelmæssigt forbrug. Har brugeren udviklet tolerance, må den pågældende indtage en større dosis for at opnå samme virkning. Hvis en bruger har udviklet tolerance og afbryder indtagelsen af et opioid, vil det medføre akutte abstinenssymptomer, fx feber, kulderystelser eller diarré, der varer 3-7 dage hvis det drejer sig om heroin og 2-3 uger i forbindelse med metadonbehandling. Efter længerevarende misbrug kan der indtræde langvarige abstinenssymptomer i op til et halvt år efter misbrugets afslutning, fx søvnproblemer, stoftrang, træthed og initiativløshed.

Misbrug af opioider medfører ikke væsentlige organskader, men er ofte ledsaget af en række sociale, helbredsmæssige og psykiske skader. Misbrugeren vil veksle mellem at være påvirket og at have trang til stoffet hvilket gør det svært at tage vare på arbejde og sociale relationer. Samtidig medfører misbruget ofte at misbrugeren oparbejder en stor gæld. Disse faktorer øger risikoen for social marginalisering og eksklusion. Hertil kommer de helbredsmæssige skader der især drejer sig om en øget risiko for hiv-smitte og hepatitis B og C samt andre skader i forbindelse med intravenøs indtagelse, enten fordi rusmidlet er blandet med andre sundhedsskadelige produkter, eller fordi det indtages under dårlige hygiejniske forhold der kan medføre sår, bylder, blodpropper m.m. Også psykiske skader er kendte for de fleste opioidmisbrugere, fx depression og angst. Som en del af behandlingen for opioidmisbrug kan bruges substitutionsmedicin.

## Kokain

Kokain er et af de centralnervestimulerende rusmidler der har størst udbredelse blandt unge. I 2008 havde 9,2% af alle unge mellem 16 og 24 år prøvet kokain på et tidspunkt i deres liv – de 5,6% inden for det sidste år (Sundhedsstyrelsen, 2008b). I løbet af de seneste fem år er udbredelsen af kokain steget, mens udbredelsen af andre centralnervestimulerende rusmidler, som ecstasy og amfetamin, er faldet.

Kokain-indtagelse giver en følelse af at være vågen og opstemt, men i store doser kan det fremkalde psykoselignende tilstande med bl.a. paranoide symptomer. Kokain kan både spises, sniffes, injiceres og ryges. Rusmidlet virker hurtigt: Kort efter indtagelsen opnås et sus der opleves som intens eufori, selvtillid, lystfølelse og ekstase hvorefter der indtræder en tilstand af psykisk velvære. Denne tilstand af at være 'høj' varer ca. en time. Så melder abstinenserne sig langsomt og brugeren føler rastløshed, irritation, måske endda angst.

Abstinenserne øger trangen til at indtage mere kokain og hvis dette sker kontinuerligt, vil der efter få døgn indtræde en ubehagelig tilstand med psykisk og fysisk udmattelse. Af samme grund er kokain almindeligvis ikke et rusmiddel der kan indtages dagligt. Ofte holder misbrugereren en pause på et par dage, hvorefter misbruget genoptages.

Risikoen for at udvikle afhængighed af kokain er stor, og de markante op- og nedture som misbrugereren oplever, øger også risikoen for et blandingsmisbrug hvor benzodiazepiner, alkohol eller heroin bruges til beroligelse og søvn.

Ud over psykisk afhængighed giver kokainmisbrug skader som angst, hyperaktivitet, søvn- og spiseforstyrrelser, tvangspræget adfærd, paranoia og forbigående psykoser. Risikoen for pludselig død pga. hjerneblødning, hjerteflimmer, blodpropper eller andet, øges endvidere væsentligt med kokain. Det er ikke dokumenteret at længerevarende kokainmisbrug medfører permanente psykiske og kognitive skader, men mistanken om en sammenhæng er til stede.

## Amfetamin

Amfetamin har i mange år været det mest udbredte centralstimulerende rusmiddel blandt unge i Danmark, men aktuelt ligger brugen på niveau med brugen af kokain. I 2008 havde 10,2% af alle unge mellem 16 og 24 år på et tidspunkt prøvet amfetamin, de 5,6% i løbet af det seneste år (Sundhedsstyrelsen, 2008b). Hos de unge er der primært tale om et eksperimenterende brug hvor stoffet enten indtages alene eller sammen med alkohol.

På samme måde som med kokain, medfører amfetamin en følelse af øget energi, vågenhed og opstemthed. De to rusmidlers største forskel ligger i halveringstiden der for amfetaminens vedkommende er ca. 4 timer, dvs. væsentligt længere end kokainens. Det giver dermed en længerevarende rus. Amfetamin indtages primært som piller der spises, eller pulver der sniffes. Virkningen indtræder efter få minutter når rusmidlet sniffes, længere hvis det spises. De hårdest belastede misbrugere injicerer rusmidlet. Der er udviklet en amfetaminvariant, *Ice*, der kan ryges på samme måde som kokain og metamfetamin.

Ligesom kokain fremkalder amfetamin let psykisk afhængighed. Tolerance for rusmidlet udvikles som regel hurtigt, og her er tale om en vedvarende effekt der stadig gør sig gældende efter flere måneder med stoffrihed. Et af de største problemer ved amfetamin er den umotiverede vold indtagelsen af rusmidlet kan føre til, og som skyldes at rusen er meget påvirket af omgivelserne (setting'en). Situationer fejlfortolkes let med voldsomme udfald af aggression til følge.

## Cannabis (hash)

Cannabis er det mest udbredte illegale rusmiddel i Danmark. Tal fra Sundhedsstyrelsen viser at 45% af befolkningen mellem 16 og 44 år på et tidspunkt i deres liv har eksperimenteret med hash, heraf 9% inden for det seneste år. Brugen af cannabis er særligt udbredt blandt unge. Således har 41% af de 16-24 årige på et tidspunkt prøvet hash, 21% inden for det seneste år og 8% inden for den seneste måned. I 2007 var hash angivet som hovedstof for 33% af de indskrevne i behandling, mens 26% angiver at have hash som sidestof (Sundhedsstyrelsen, 2008b).

Cannabis indtages primært ved rygning, men kan også blandes i mad. Rusen varer normalt 3-4 timer, men kan forlænges ved fortsat indtagelse. Det stof i cannabis der primært medfører rusen, udvindes fra hamplanten og kaldes tetra-hydro-cannabinol (THC). THC er fedtopløseligt og optages derfor let i kroppen hvor det deponeres i fedtvævet. Halveringstiden er på 2-3 dage og stoffet vil derfor være at finde i kroppen i op til en uge efter indtagelsen. Bruges hash regelmæssigt, dvs. flere gange om ugen, ophobes stoffet i hjernens fedtvæv og der indtræder en ligevægtstilstand hvor der udskilles samme mængde som der indtages. I sådanne tilfælde vil stoffet kunne spores i urinen op til en måned efter indtagelsen.

Når cannabis indtages gennem rygning, optages det i blodet og føres til hjernen hvor det binder sig til specielle modtagere der dels er placeret dybt inde i tindingelappen (hippocampus) der spiller en vigtig rolle for indlæringen, dels i lillehjernen der koordinerer musklernes bevægelser, og endelig i frontallappen der har betydning for sindstilstanden og følelserne. Rusen medfører ofte at brugeren bliver sløv og indelukket, og den påvirker de psykomotoriske og intellektuelle funktioner samt evnen til at kontrollere muskelbevægelser. Samtidig har THC en tendens til at forstærke den følelsesmæssige tilstand rygeren befinder sig i inden rusen. I den mere alvorlige ende af rusens virkninger finder vi forvrængede sanseindtryk, hallucinationer og psykoselignende tilstande der opstår ved indtagelse af større doser. THC's påvirkning af hippocampus hæmmer også indlæringsevnen og hukommelsen under rusen. Det kan medføre at indlæringsevnen nedsættes ved et regelmæssigt forbrug af hash gennem længere tid. Det kan have alvorlige konsekvenser, især for unge under uddannelse.

Regelmæssig brug af cannabis skaber afhængighed, men risikoen for at blive afhængig er moderat sammenlignet med andre illegale rusmidler som opioider, kokain og amfetamin. Holder man op med at indtage rusmidlet, er abstinenssymptomerne primært psykiske i form af irritabilitet, søvnløshed og nervøsitet. Abstinenssymptomerne bliver mindre efter ca. 10 dage, men kan blive ved i flere uger. Hvad angår langtidsvirkningerne ved et regelmæssigt og langvarigt forbrug, mangler der fortsat dokumentation herfor. Brug af cannabis medfører ikke organskader, men ophobning af THC hos kroniske brugere

medfører ofte et tiltagende socialt og kognitivt funktionstab. Desuden kan der peges på en række psykiske symptomer der kan indtræde efter både kort og lang tids forbrug, fx akutte, ikke-psykotiske reaktioner som reaktive depressioner og panikreaktioner, samt akutte psykotiske reaktioner (fx vrangforestillinger, ), flashback-reaktioner, forværring eller udløsning af bestående psykiske lidelser, manglende motivation og abstinenssymptomer.

Der foreligger ikke dokumentation for hvor hyppigt disse symptomer indtræder, men Ege peger på vrangforestillinger og reaktive depressioner som hyppige virkninger. Der er megen diskussion om den såkaldte *cannabispsykose*. Undersøgelser peger på en øget hyppighed af psykoser blandt hashrygere, men denne sammenhæng kan også skyldes at personer med begyndende psykoser er mere tilbøjelige til at bruge hash end personer uden psykoser. Der kan således ikke føres bevis for sammenhængen. Diskussionen om hvorvidt cannabispsykose er en selvstændig diagnose eller en relativt uspecifik reaktion på massiv cannabisindtagelse, er i høj grad en semantisk diskussion der ikke må sløre for det faktum at der kan forekomme psykotiske tilstande efter indtagelse af cannabis – omend det er sjældent.

## Benzodiazepiner

Benzodiazepin er et registreret lægemiddel med en sløvende, muskelafspændende og angstdæmpende virkning der bruges til at behandle angst, nervøsitet, søvnløshed og epilepsi. På det danske marked findes 16 forskellige udgaver af benzodiazepiner uden større virkningsforskelle, men med varierende absorberingshastighed. Benzodiazepinernes virkning på angst og søvnproblemer er forbigående, særligt hvad angår søvnproblemer. Ved ophør med benzodiazepiner forstærkes de oprindelige angst- og søvnproblemer. Benzodiazepiner er afhængighedsskabende (se i øvrigt Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, 2008).

Misbrug af benzodiazepin-præparater forekommer hyppigst hvor der i forvejen er et misbrug af andre rusmidler, primært alkohol og opioider. Her er det især de præparater der absorberes hurtigt, fx Rohypnol, der er i spil. Herudover misbruges benzodiazepiner mest af patienter der har fået det ordineret af deres læge som behandling for nervøsitet, stress, søvnbesvær eller lignende, og som har fået brug for stadigt større doser for at opnå den ønskede virkning i takt med at deres tolerance har udviklet sig. Ege (2004) vurderer at antallet af benzodiazepin-misbrugere er ret begrænset i forhold til det store forbrug af benzodiazepiner i befolkningen generelt.

Misbrugere bruger benzodiazepiner primært på grund af den beroligende og sløvende virkning, men de bruges også til at øge eller nedsætte virkningen af andre rusmidler. Præparaterne anvendes ofte i uhensigtsmæssigt store doser. Den fysiske påvirkning er ustabil og præget af stemnings- og affektabilitet der dog også kan optræde uden en fysisk



årsag. Hvis meget store doser indtages, kan det udløse eksempelvis ophidselse, fjendtlighed og aggressivitet efterfulgt af glemsel, og dermed føre til kriminalitet, vold mv. Da benzodiazepiner påvirker de kognitive og psykomotoriske funktioner, vil en påvirket person opføre sig som en hjerneskadet, her forstået som svær at nå ind til og svær at tale med. Endelig kan angst og søvnproblemer forværres ved benzodiazepin-misbrug som konsekvens af abstinenserne og toleranceudviklingen.

## Ecstasy

Virkningen af ecstasy kan på mange måder sammenlignes med virkningen af amfetamin og kokain. Brugeren oplever en følelse af eufori – at være vågen og opstemt – og samtidig påvirkes lysten til at være sammen med andre mennesker. I 2008 havde 5,1% af de 16-24 årige prøvet ecstasy, de 2,3% inden for det seneste år (Sundhedsstyrelsen, 2008b). Ecstasy forstærker positive følelser og brugeren vil ofte udvise en kærlig og sensitiv adfærd. Det bruges mest af unge i forbindelse med store musikarrangementer hvor der danses intensivt og længe, fx techno-raves. Det skyldes blandt andet at rusmidlet øger lydindtryk så brugeren får en mere intens og ekstatiske oplevelse. Hallucinogene virkninger kan opstå ved voldsomme doser, men det sker ikke ved normale doser og kan derfor ikke betragtes som en egenskab ved stoffet. Rusen varer 4-6 timer.

Ecstasy har en lang række bivirkninger. Et af stoffets største problemer er at det øger risikoen for depressioner fordi det efterlader en varig ændring i produktionen af serotonin der har stor betydning for vores humør, og dermed også på evnen til at føle glæde. Ecstasy fremkalder let psykisk afhængighed.

Ecstasy-forgiftninger er relativt sjældne, men kan være dødelige. En af de faktorer der kan fremkalde forgiftninger, er at stoffet øger risikoen for overophedning, en risiko der forstærkes når ecstasy bruges i forbindelse med langvarig dans. Udover ændringer i centralnervesystemet, kan ecstasy desuden give skader på hjerte, nyrer og lever.

## Fantasy

Fantasy, eller GHB som det mere korrekt hedder (Gamma Hydroxy Butyrate), er et af de nyere rusmidler på det illegale marked. Stoffet har i en kort periode været brugt som bedøvelsesmiddel, men det blev stoppet fordi det havde alvorlige bivirkninger som krampe og opkastning. En fantasy-rus opleves frigørende – angst mindskes og følelsesmæssige hæmninger forsvinder og efterlader en oplevelse af afslappethed, lykke og sensualitet. Risikoen for en overdosis af fantasy er høj fordi afstanden mellem rus og forgiftning er lille. Overdosis af rusmidlet kan føre til bevidstløshed og hvis fantasy indtages sammen med alkohol, øges risikoen for overdosis.

## Hallucinogener

Hallucinogener er fællesbetegnelsen for rusmidler der kan frembringe hallucinationer, både de naturligt forekommende stoffer, fx fra kaktus og svampe, og de syntetiske stoffer som LSD. I 2007 fik 18 personer der var i kontakt med det psykiatriske system, en hallucinogenrelateret diagnose, men i alt var 41 kontakter med sygehusvæsenet følger af forgiftninger med hallucinogener (Sundhedsstyrelsen, 2008b).

Det er meget forskelligt hvordan rusen opleves fra person til person. *Set*, dvs. brugerens sindstilstand, stemning og forventning til stoffet, og *setting*, dvs. de fysiske og sociale rammer stoffet indtages i, er afgørende elementer. Virkningen kan variere fra ekstatisk lykkefølelse til dyb angst. Dårlige trip kan i reglen tales ned eller behandles med benzodiazepiner.

Brug af hallucinogener kan udløse akutte psykotiske reaktioner, men det diskuteres fortsat om hallucinogener kan medføre langvarige psykotiske tilstande. Rindom (2000) peger på at der er en særlig risiko for det hos sårbare personer, mens Ege (2004) betragter det som en sammenhæng der ikke kan føres bevis for. Egentligt misbrug af hallucinogener ses sjældent og brugerne af rusmidlerne kommer derfor sjældent i kontakt med det psykiatriske eller sociale behandlingssystem.

## Khat

Khat er en afrikansk busk hvis blade kan give en virkning der minder om amfetamins. De friske blade tygges og fremkalder en relativt mild rus pga. indtagelsesmetoden. Af samme grund er også abstinenssymptomerne forholdsvis milde. Khat giver en stimulerende og opkvikkende virkning, mens eftervirkningen som regel er sløvhed og nedtrykthed; der er dog set eksempler på aggressivitet, psykoser og hallucinationer (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Udbredelsen af khat-misbrug er meget begrænset i Danmark og eksisterer overvejende blandt somaliske flygtninge og indvandrere som kender til det fra deres hjemland (Pedersen & Toudahl, 2008).

## Alkohol

Alkohol er afhængighedsskabende og optages let og hurtigt – allerede efter ca. 5 min. kan det måles i blodet. Ved daglig indtagelse i større mængder udvikler man efterhånden en alkoholtolerance, og rusen begynder at skifte karakter. Følelsen af 'beruselse' – forstået som afslappethed og færre hæmninger – vil ændre sig og ikke længere være styrende. Langsomt bliver det de fysiske abstinenssymptomer der kommer til at styre alkoholindtagelsen i stedet, defineret af behovet for at dæmpe disse symptomer.

Abstinenserne hænger sammen med de organskader der i reglen følger et langvarigt overforbrug af alkohol. Misbrugeren oplever en øget svedetendens, rysten på arme og ben,

kvalme og opkastninger, forøget puls og blodtryk, nervøsitet og angst – og det tager til med årene. Den farligste reaktion er *delirium* hvor de nævnte symptomer optræder for fuld styrke, ofte kombineret med syns- eller følelseshallucinationer og kramper. Denne tilstand kan være dødbringende. Leveren påvirkes særligt negativt af alkohol. Et massivt misbrug over flere år kan føre til en række forskellige leverskader, bl.a. den såkaldte skrumpelever, samt til kræft i mund, svælg og spiserør.

Det vil være relevant enten at samarbejde med det kommunale alkoholbehandlings-tilbud der har viden om hvordan man spørger til og taler om alkohol, eller man kan yde alkoholbehandling i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen fordi en stor del af de behandlingssøgende enten har eller får et alkoholproblem i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen. Det vil generelt være godt med et tæt samarbejde med fagpersoner fra alkoholbehandlingen som kan medvirke som sparringspartnere i sager med alkoholproblemer (Sundhedsstyrelsen, 2008a).

# Substitutionsbehandling

Ved substitutionsbehandling erstattes et uhensigtsmæssigt stof eller lægemiddel med et mere hensigtsmæssigt lægemiddel med henblik på at behandle brugeren for afhængighed. Formålet er at stabilisere stofmisbrugeren farmakologisk, fysisk, psykisk og socialt. I Danmark skal substitutionsbehandling tilbydes sammen med social behandling og må ikke stå som det eneste behandlingstilbud til stofmisbrugeren.

Her i landet bruges to præparater til substitutionsbehandling: metadon og buprenorphin. På grund af buprenorphins større sikkerhed, sammenlignet med metadon, anbefaler Sundhedsstyrelsen (2008) buprenorphin som førstevalgspræparat til opioidafhængige der ikke tidligere har været i behandling, samt at flest mulige behandles med buprenorphin.

Fra 2009 kan desuden bruges heroin til injicering ved substitutionsbehandling af en mindre, afgrænset gruppe stofmisbrugere der har vist sig ikke at profitere af længevarende, peroral metadonbehandling (dvs. at stoffet indtages via munden).

**Buprenorphin** fortrænger andre opioidagonister (agonister er forbindelser med en aktiverende fysiologisk virkning) fra receptorerne (protein der transmitterer signalet til cellen). Derfor udløser buprenorphin abstinenssymptomer hos heroinmisbrugere og hos stofmisbrugere i behandling med metadon og morfin. Hos stofmisbrugere vil buprenorphinbehandlingen endvidere blokere for virkningen af andre agonister og beskytter dermed i vid udstrækning mod den forgiftning disse stoffer kan forårsage. Konkret sætter buprenorphinen sig på de 'fangarme' der ellers ville optage opioidproduktet, fx heroin, og forhindrer dermed at personen oplever en virkning af produktet. Buprenorphin gives normalt en gang i døgnet, oftest som pille der lægges til opløsning under tungen.

**Metadon** kan blokere abstinenssymptomer i mere end 24 timer. Hos de fleste stofmisbrugere kan metadon reducere eller fjerne stoftrangen. Hvis metadonen doseres korrekt, kan den blokere for den euforiserende virkning af den heroinmængde personen normalt bruger – uden at påvirke de psykomotoriske funktioner. Principielt skal metadon doseres sådan at der netop gives så meget at stoftrangen reduceres mest muligt og abstinenssymptomerne blokeres i 24 timer, og netop så lidt at de normale psykomotoriske funktioner ikke påvirkes nævneværdigt. Metadon gives i reglen en gang dagligt, men kan også deles op i flere daglige doser. Produktet gives som tablet, mikstur eller injektionsopløsning.

Mere udførlige begrundelser for de forskellige præparater kan findes i vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (2008).

## Substitutionsbehandling i Danmark

Antallet af substitutionsbehandlede er steget støt igennem de seneste 25 år. I 2004 var ca. 5.000 brugere i længerevarende metadonbehandling, dvs. mere end 5 måneder, og ca. 600 i længerevarende buprenorphinbehandling der blev indregistreret til behandling af opioidafhængige i 1999 (Sundhedsstyrelsen, 2008). Kommunale læger har ansvar og ordinationsret for substitutionsbehandling af kommunens borgere mens privatpraktiserende læger kun overlades ansvaret i ganske få og særlige tilfælde. Læger ansat i kriminalforsorgen har ordinationsret i forhold til borgere indsat i danske fængsler. De juridiske vilkår for substitutionsbehandling beskrives i sundhedsloven, autorisationsloven, serviceloven og retssikkerhedslovens. En borger der henvender sig til kommunen for at blive behandlet for stofmisbrug, har krav på at komme i social behandling inden for 14 dage. Det er ikke tilstrækkeligt at henvise borgeren til substitutionsbehandling alene.

Ved substitutionsbehandling for stofmisbrug omfatter den lægelige behandling primært undersøgelse for og behandling af misbruget og afhængigheden. Sekundært undersøges brugeren for fysiske og psykiske problemer knyttet til misbruget, og det sikres at vedkommende får behandling for dem.

Den lægelige behandlingsplan forudsættes integreret i den sociale handleplan (jf. side 29). Det er kommunens ansvar at sikre sammenhængen mellem den lægelige behandling og den sociale indsats. Substitutionsbehandling kan antage forskellige behandlingsmæssige former, men bruges især med følgende begrundelser:

**Den medicinsk-social model** med hovedvægt på social rehabilitering. Den medicinske behandling retter sig mod afhængigheden og søger at normalisere og stabilisere brugeren som en forudsætning for den sociale behandling. Substitutionsbehandlingen kan være af kortere eller længere varighed og målet kan være enten stoffrihed eller stabilisering i længerevarende substitutionsbehandling.

**Den kortvarige abstinensorienterede behandling** hvor substitutionspræparater kun gives i en kort periode med henblik på nedtrapning og overgang til stoffri behandling.

## Målgruppen

Grundlaget for at iværksætte substitutionsbehandling er at misbrugeren er afhængig af opioider, og at den pågældende selv ønsker en længerevarende substitutionsbehandling. Behandlingen henvender sig udelukkende til misbrugere der har været fysisk afhængige af opioider i længere tid. Diagnosen *afhængighed* stilles på baggrund af WHO's ICD-10 om klassifikation og diagnostiske kriterier (se side 16). Det indebærer blandt andet at kun personer afhængige af opioider, fx heroin, ketogan, morfin og metadon, kommer i betragtning.

Før en substitutionsbehandling iværksættes, er det vigtigt at overveje andre behandlingsformer. Længerevarende substitutionsbehandling er en krævende behandlingsform hvor brugeren og behandlingssystemet indleder et forpligtende forhold over en længerevarende periode. Substitutionsbehandling er derfor ikke et naturligt førstevalg for nyindskrevne brugere.

## En længerevarende model

Længerevarende substitutionsbehandling skal som hovedregel suppleres med en længerevarende social indsats. Formålet er at få brugeren stabiliseret og øge den pågældendes sociale, psykiske og fysiske livskvalitet. Mange brugere i længerevarende substitutionsbehandling modtager primært behandlingen som et skadesreducerende tiltag (side 32). Substitutionsbehandling er den bedst dokumenterede behandlingsform i misbrugsbehandlingen og der er foretaget talrige, især amerikanske, undersøgelser af effekten. Blandt de generelle konklusioner på de internationale undersøgelser finder vi følgende positive virkninger af substitutionsbehandlingen (Narkotikarådet, 2000):

- Reduceret dødelighed
- Reduceret berigelseskriminalitet
- Reduceret risikoadfærd ved blodoverførte virussygdomme
- Øget livskvalitet og reduceret omfang af psykiske symptomer
- I nogen grad øget beskæftigelse blandt de behandlede

Center for Rusmiddelforskning (Pedersen, 2005) rapporterer at metadonbehandling har en generel skadesreducerende effekt på misbruget og de illegale aktiviteter, men at behandlingen ingen eller kun sparsom effekt har på brugernes sociale liv. Undersøgelsen viser blandt andet følgende:

**Nyindskrevne brugere** får reduceret antallet af dage hvor de udøver kriminalitet, antallet af dage hvor de indtager heroin, antallet af gange de injicerer og til en vis grad forbruget af nervemedicin, sovemedicin, kokain og hash. Sammenligningen er foretaget mellem starten på metadonbehandling og situationen efter 1½ år. Ændringerne sker forholdsvis hurtigt, primært i de 3 første måneder, hvorefter brugerne stabiliserer sig på det nye niveau.

**Brugere efter en måned og derover** har ingen markante ændringer i antallet af dage de udøver kriminalitet. Der ses et lille fald i antallet af dage de indtager heroin mens antallet af gange de injicerer, er nogenlunde uændret lige som forbruget af nervemedicin, sovemedicin, kokain og hash. Igen er sammenligningen foretaget efter 1½ år.

**Brugerens sociale netværk og psykiske funktion** er ikke måleligt påvirket efter metadonbehandling. Tilsyneladende har metadon ingen eller sparsom effekt på brugernes sociale liv, fx beskæftigelse, boligforhold, psykisk belastning og socialt netværk. Men en udvidet social indsats kan gavne brugerne hvis den foregår med en tilstrækkelig hyppighed.

## **Social behandling sammen med substitutionsbehandling**

Den sociale behandling der gives i forbindelse med substitutionsbehandlingen, har samme kendetegn som god social behandling der ydes til mennesker med stofmisbrugsproblemer generelt (se side 23ff). Ifølge Center for Rusmiddelforskning gør metadonbehandling suppleres med følgende konkrete tiltag:

**Mindst én ugentlig samtale** med metadonbrugeren, ud over metadonudleveringen. Samtalen kan være individuel eller i grupper.

**En høj grad af tilgængelighed** til behandlerne, så høj at man i dagtimerne kan få en samtale hvis man har brug for det. Det betyder bl.a. at der højst kan være 20 brugere pr. behandler.

**Et værested** tilknyttet behandlingscentre til de mest belastede brugere.

**Metadonudlevering og social indsats bør foregå samme sted** (metadonmodtagere befinder sig på forskellige funktionsniveauer og de metadonmodtagere der har et velfungerende liv, overordnet set, behøver ikke at møde op på behandlingscentret hver dag).

**Minimal kontrol.** Generel brug af urinkontrol anbefales ikke og metadonmodtageren bør ikke udelukkes fra behandlingen pga. illegale rusmidler.

**Undervisning og beskæftigelsesvejledning** bør indgå i substitutionsbehandlingen (fokus på brugernes resurser).

**Korrekt dosering** til brugere i vedligeholdelsesbehandling; det er vigtigt at der ikke ordineres for lidt. Positiv effekt hænger nøje sammen med dosis.



## Lægeordineret heroin

Som led i behandlingsindsatsen for de mest belastede heroinmisbrugere, besluttede Folketinget i 2008 at igangsætte en ordning med lægeordineret heroin. Der er endnu ingen erfaringer med den danske ordning, men det er positive erfaringer fra udlandet der ligger til grund for den. I 1994 begyndte man i Schweiz at bruge lægeordineret heroin i behandlingen af visse stofmisbrugere og siden er Australien, Nederlandene, Tyskland, Spanien, Canada og Belgien fulgt efter (Brandt, 2007).

I Danmark er målgruppen for lægeordineret heroin *de sværest belastede misbrugere*. Af landets 9-11.000 heroinafhængige kommer kun ca. 600 på tale til lægeordineret heroin, nemlig dem der har et massivt forbrug af heroin samtidigt med at de er i substitutionsbehandling. Af de ca. 600 misbrugere skønner Sundhedsstyrelsen at 3-400 reelt ønsker og magter at indgå i behandlingen med injicerbar heroin (Sundhedsstyrelsen, 2008). Sundhedsstyrelsen definerer målgruppen for injicerbar heroin således:

”... de svært belastede stofmisbrugere der trods behandling med oral metadon fortsat har et næsten dagligt intravenøst misbrug af opioider, som er fysisk og psykisk meget belastede, og som har høj forekomst af illegale aktiviteter.” (Sundhedsstyrelsen, 2008)

2-3% af de sværest belastede stofmisbrugere i behandling kan man ikke forvente vil kunne overholde de grundlæggende krav forbundet med lægeordineret heroin pga. svære medicinske, psykiatriske og sociale problemer, og de allerhårdest belastede stofmisbrugere – uden for behandlingssystemet – er ikke målgruppe for ordningen (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Sigtet med den lægeordinerede heroin er bl.a. at få reduceret omfanget af kriminalitet, sundhedsproblemer, sygelighed og dødsfald hos målgruppen. Endvidere er det målet at øge den sociale integration og livskvalitet hos dem der modtager behandlingen. Ifølge Center for Rusmiddelforskning er der imidlertid ikke tale om nogen mirakelløsning:

”Vi taler ikke om en gennemgribende forandring af det danske behandlingssystem, men om at hjælpe en gruppe mennesker der ikke lever et værdigt liv. Vi vil ikke kunne se det i statistikkerne. Men vi hjælper nogle som vi ikke kan være bekendt ikke at hjælpe. En mindre gruppe mennesker der i dag lever et meget uværdigt liv.” (Pedersen, 2007)

Med baggrund i de internationale erfaringer regner Pedersen med at de stofmisbrugere der ikke har gavn af substitutionsbehandling, vil have gavn af den lægeordnede heroin, især i forhold til stofbrug og kriminalitet og sandsynligvis også ved at få stabiliseret de sociale funktioner. Men der vil stadig være brug for en særlig indsats, og den medicinske behandling vil ikke være nok. Sundhedsstyrelsen understreger at behandlingen med lægeordnede heroin kun vil have en ganske lille betydning på den samlede stofmisbrugs-situation, og da den er dyrere, mere kompleks og risikofyldt end anden behandling, vil man altid prøve først at finde en anden behandlingsløsning (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Behandling med lægeordnede heroin sker efter Sundhedsstyrelsens *vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed* (2009). Det er kun læger der er godkendt af Sundhedsstyrelsen, der har ret til at ordinere heroin som led i substitutionsbehandling, jf. *bekendtgørelse om ordination af diacetylmorfin (heroin) som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug* (2009).

## Litteratur

### Sygdom og sundhedsfremme

Brünés, Nina (2007). Projekt Socialsygeplejerske – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient. København, Projekt UDENFOR.

Hepatitisbekendtgørelsen (2006) – BEK nr. 746 af 20/06/2006. Bekendtgørelse om gratis hepatitisvaccination til særligt udsatte persongrupper. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002). Indsatsen overfor de hårdest belastede stofmisbrugere. Februar 2002.

Juel, K., J. Sørensen og H. Brønnum-Carlsen (2006). Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed.

Sundhedsstyrelsen (2008). Narkotikasituationen i Danmark. 2008.

Sundhedsstyrelsen (2009). Narkotikasituationen i Danmark 2009.

Thiesen, H. (2005). Beskrivelse af sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere i Københavns Kommune 2005. Københavns kommune.

### Misbrugsstoffer

Ege, Peter (2004). Stofmisbrug og afhængighed – hos unge og voksne. Hans Reitzels Forlag.

Lund, Thomas (2004). Ny misbrugsprofil – og behandlingssystemets respons. I: STOF nr. 4.

Pedersen, Klaus og Klaus Toudahl (2008). Når khat fylder for meget – misbrug i en minoritetsgruppe. I: STOF nr. 12.

Rindom, Henrik (2000). Rusmidlernes biologi – om hjernen, sprut og stoffer. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2007). Narkotikasituationen i Danmark 2007.

# Litteratur

Sundhedsstyrelsen (2008a). Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale.

Sundhedsstyrelsen (2008b). Narkotikasituationen i Danmark 2008.

Sundhedsstyrelsen (2009). Narkotikasituationen i Danmark 2009.

Sundhedsstyrelsen (2009). Brugen af kath blandt personer med somalisk baggrund i Danmark.

Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (2008) – VEJ nr. 38 af 18/06/2008. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

[www.sundhedsstyrelsen.dk](http://www.sundhedsstyrelsen.dk)

## Substitutionsbehandling

Narkotikarådet (2000). Substitutionsbehandling.

Pedersen, Mads Uffe (2001). Substitutionsbehandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, Mads Uffe (2005). Heroinafhængige i metadonbehandling – den medicinske og psykosociale indsats. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, Mads Uffe og Vibeke Asmussen (2002). Metadon-projektet – design og metode. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Petersen, Helle (2005). Mål, midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. Københavns Kommune.

Sundhedsstyrelsen (2008). Narkotikasituationen i Danmark 2008.

Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (2008) – VEJ nr. 42 af 01/07/2008. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

## Lægeordineret heroin

Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (2008) – LBK nr. 1350 af 17/12/2008. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Bekendtgørelse om ordination af diacetylmorfin (heroin) som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug (2009) – BEK nr. 125 af 18/02/2009. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Brandt, Preben (2007). Brug af ordineret heroin i behandlingen af stofmisbrugere – et socialt perspektiv. (Inklæg ved høring for Folketingets Socialudvalg og Sundhedsudvalg om lægeordineret heroin, 25. maj 2007.)

Pedersen, Mads Uffe (2007). Introduktion – lægeordineret heroin på dagsordenen. (Inklæg ved høring for Folketingets Socialudvalg og Sundhedsudvalg om lægeordineret heroin, 25. maj 2007.) Tilgængeligt på Teknologirådets hjemmeside: [www.tekno.dk/pdf/hoeringer/p07\\_Hoeringsrapport\\_laegeordineret\\_heroin.pdf](http://www.tekno.dk/pdf/hoeringer/p07_Hoeringsrapport_laegeordineret_heroin.pdf).

Sundhedsstyrelsen (2008). Narkotikasituationen i Danmark 2008.

Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed (2009) – VEJ nr. 9240 af 11/05/2009. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.





## Stofmisbrug under graviditeten

Gravide kvinder har brug for samme type stofmisbrugsbehandling som andre stofmisbrugere. Derudover har de nogle særlige behov der også skal varetages i behandlingen. At være gravid og samtidig have et problematisk forbrug af rusmidler, medfører som regel problemer på flere niveauer; dels skader hos fosteret, dels komplikationer under graviditet og fødsel – komplikationer der kan give barnet varige skader

I perioden 1990-2001 blev der her i landet registreret 4.698 kvinder der enten var gravide og havde et rusmiddelproblem eller som fødte børn med stofabstinenser – gennemsnitligt 392 kvinder om året. I denne periode fik de nævnte kvinder 2.424 levendefødte børn, dvs. 202 børn om året i gennemsnit. Det skønnes at ca. hvert femte af disse børn fødes af en mor der ikke har kontakt med behandlingssystemet (Embedslægen ..., 2003). Undersøgelser blandt gravide og tidligere gravide stofmisbrugere viser at kun ca. hver 10. graviditet har været planlagt. En stadig udfordring kan derfor identificeres, nemlig at sikre kvinder der lever som aktive misbrugere, nem adgang til sikker prævention.

Ved at have et aktivt stofmisbrug under graviditeten, risikerer den gravide kvinde at skade ikke blot sig selv, men også sit foster. Hun kan således risikere at få et barn med stofrelaterede lidelser der både efter fødslen og i en stor del af barndommen vil give barnet behov for særlig støtte. Information om fosterskader ved et aktivt misbrug er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (Olofsson, 2005).

### Medicinering

Gravide misbrugere kan behandles med substitutionspræparater – som regel metadon og i særlige tilfælde buprenorfin. Den medicinske behandling hjælper kvinden mod stoftrang og abstinenser og kan forebygge et illegalt stofindtag. Medicinen skal hjælpe kvinden til at undgå både abstinenser og den påvirkning hun får af stoffet, idet begge tilstande påvirker ilttilførslen til fostret og dermed udgør en helbredsrisiko for det kommende barn. Kvinden

kan også komme i nedtrappingsbehandling i samarbejde med en hospitalslæge. En nedtrapping vil altid ske under hensyntagen til fostrets tilstand og foregå i et væsentligt langsommere tempo end dét en ikke-gravid kvinde almindeligvis kan gennemføre. Dette lægefaglige ansvarsområde er beskrevet i Sundhedsstyrelsens *vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling* (2008).

## Indsatsen for gravide stofmisbrugere

Gravide kvinder der bruger rusmidler, repræsenterer store forskelle i baggrundsforhold, sociale forhold, konkret rusmiddelbrug og de konsekvenser den enkelte oplever ved misbruget. De fleste har dog en oplevelse af at det er svært at leve op til det omgivende samfunds forventninger, både hvad angår det at være gravid og det at være kommende mor. Intet i rollen som gravid kvinde med et forbrug af rusmidler harmonerer med rollen som mor. Derfor oplever de fleste gravide misbrugere et stort ydre pres for at forandre livsstil omgående. Nogle vælger endda at holde graviditeten helt skjult.

Graviditetsforløbet er ofte præget af at kvinden er usikker på om hun kan få lov til at beholde barnet. Også skyld- og skamfølelse over de risici hun udsætter fostret for, og spekulationer over den store udfordring det kan være at skulle klare en akut omlægning af livsstil til et liv uden misbrug, sætter sit præg. Vil hun blive klar til at varetage ansvaret for et barn?

Den professionelle udfordring i støtten til den gravide kvinde er at balancere mellem et perspektiv på det ufødte barn og et perspektiv på kvinden. Det ses ikke sjældent at en behandler overidentificerer sig med den ene af parterne og dermed bliver blind for den andens interesser. Kvinder med stofmisbrugsproblemer får i gennemsnit lige så mange børn som andre kvinder i Danmark. Derfor må indsatsen ikke alene rettes mod den igangværende graviditet, men også have en sådan kvalitet at kvinden vælger at søge hjælp næste gang hun bliver gravid.

Dahl og Hecksher (2007) konkluderer i en undersøgelse der belyser området fra kvindens perspektiv, at det ikke nødvendigvis er afgørende for kvinderne om de har fået lov til at beholde deres barn hjemme efter fødslen, når de beskriver de positive og negative sider af deres behandling under graviditeten. Derimod ser det ud til at være afgørende om kvindernes relationer til behandlingspersonalet har været præget af respekt og tillid – om de har oplevet dem som ikke-krænkende. Kvinder der har været i behandling for stofmisbrug som gravide, kan fortælle om positive erfaringer der især lægger vægt på oplevelsen af at behandlerne har bevaret respekten for dem, at de har kommunikeret med dem som kommende mødre og som kvinder i en særlig presset situation. Når kvinderne har oplevet behandlingen positivt, fortæller de om behandlere der har lagt vægt på hvor vigtigt det var at tage vare på barnet – samtidig med at de har holdt fast i relationen til moderen. Kvinderne lægger især vægt på at de ikke har oplevet indsatsen under graviditeten som

et uigennemskueligt virvar af kontrol og konsekvens. De vidste hvilke konsekvenser det havde for deres videre forløb hvis de ikke overholdt aftalerne.

Nogle af undersøgelsens kvinder beskriver det som et problem at de ikke oplevede at behandlingsindsatsen under graviditeten var individuelt tilpasset. De oplevede det ikke frugtbart for forløbet at behandlingsindsatsen virkede overdimensioneret i forhold til de reelle resurser de selv oplevede at besidde. Det anbefales derfor at:

- Der skal være klare retningslinjer for den kontrol gravide stofmisbrugere udsættes for
- Behandlingen skal tage udgangspunkt i den enkelte kvindes individuelle resurser

Gravide kvinder med et risikofyldt rusmiddelbrug kræver en ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats, både i den primære og den sekundære sektor. Serviceloven pålægger kommunerne at sikre at kvinden, det ufødte barn og familien modtager relevante sociale tilbud før såvel som efter fødslen. Det har afgørende betydning for et positivt forløb at der samarbejdes med kvinden i en åben dialog og med respekt for hendes beslutninger. Det er vigtigt at det fremstår tydeligt for kvinden hvilke roller, opgaver og kompetencer de mange forskellige aktører har. Hun skal vide at man skal lytte til hvilken støtte hun ønsker, og hun skal kende sine rettigheder, fx vedrørende samtykke og pligter i forhold til samarbejde (side 72). Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde skal medvirke til at kvalificere den samlede hjælp til kvinden og familien, så støtten tilpasses kvindens behov og ønsker og opfattes relevant og meningsfuld af hende (Heick, 2009).

Center for Rusmiddelforskning har identificeret tre hovedmodeller i arbejdet med gravide stofmisbrugere (Dahl & Hecksher, 2007):

**Den medicinske model**, kendetegnet ved et lægefagligt perspektiv. Kvinden tilknyttes en hospitalsafdeling, et særligt team eller et specialambulatorium. Indsatsen retter sig mod at forebygge rusrelaterede, medfødte skader og sygdomme hos barnet.



**Den sociale model**, kendetegnet ved at et socialfagligt team koordinerer indsatsen og bidrager med terapeutisk støtte og misbrugsbehandling under graviditeten. En socialfaglig medarbejder er den primære kontaktperson og vejleder der rådgiver kvinden i graviditetsforløbet, ud over at være bindeled mellem kvinden, den kommunale sagsbehandler og de sundhedsfaglige instanser. Målet for indsatsen kan være kort- eller langsigtet og indebærer at der opbygges og fastholdes en god relation til kvinden. Der arbejdes både med at støtte en stabilisering af kvindens samlede forhold og en stabilisering af den medicinske behandling. Bliver kvinden stoffri, samarbejder den socialfaglige medarbejder med kvinden om at formulere strategier der forebygger tilbagefald. Uanset hvilken beslutning de sociale myndigheder måtte træffe for barnet efter fødslen, arbejdes der i den sociale model på at etablere eller styrke mor/barn-relationen.

**Den døgnterapeutiske model**, karakteriseret ved at tilbyde kvinden en beskyttende ramme under graviditeten med henblik på at stabilisere hende fysisk og psykisk. Kvinden kan i samarbejde med hospitalsafdelingen og døgninstitutionen arbejde mod stoffrihed såvel som mod en stabilisering af substitutionsbehandlingen. Det primære mål er ikke at kvinden bliver stoffri før fødslen, men derimod at fostret kommer i den bedst mulige tilstand så medfødte skader forebygges mest muligt. Derfor tilrettelægges den medicinske behandling i samarbejde med hospitalslægen. Den enkelte kvindes problemer er centrale i behandlingen. Døgnbehandling er den mest intensive behandling den gravide kvinde kan tilbydes. Den omfatter terapi og misbrugsbehandling med kort- eller langsigtet perspektiv, afhængigt af hvilke problemer kvinden har, samt støtte relateret til kvindens tilknytning til barnet og den kommende forælderrolle.

Dahl og Hecksher peger på at de metoder der magter at balancere mellem at fokusere på den gravide misbruger og det kommende barn, som regel findes i tilbud der har kunnet etablere et samarbejde mellem specialister på det sundhedsfaglige område, det udviklingspsykologiske- og socialpædagogiske område og misbrugsbehandlingen. Målet med at behandle gravide misbrugere er at tilgode både kvindens og barnets trivsel. Derfor må indsatsen for denne målgruppe både have et misbrugsfagligt og et svangerskabsfagligt indhold.

Offentligt ansatte skal underrette kommunen hvis de via deres arbejde får kendskab til vordende forældre der har problemer af en sådan karakter at man ledes til at formode at barnet vil få brug for særlig støtte umiddelbart efter fødslen ((bekendtgørelse om) underretningspligt over for kommunen\*, 2007, se evt. også side 150). Det betyder også at kommunen skal undersøge de vordende forældres forhold nærmere hvis medarbejderen antager at der

kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen (servicelovens §50, stk.10\*). Afgørelsen om undersøgelse træffes med samtykke fra forældrene.

## Tidlig støtte

Hvis en gravid kvinde har et stofforbrug der er risikofyldt for fosteret, er det vigtigt at hun hurtigst muligt henvises til den rette instans så hun kan få rådgivning og tilbydes en indsats og en sammenhængende hjælp. Alle fagpersoner der kan komme i kontakt med en gravid stofmisbruger gennem deres arbejde, bør have en handlevejledning liggende der kan sikre kvinden hurtig kontakt til et regionalt specialambulatorium. En sådan vejledning bør forefindes i kommunale forvaltninger og misbrugscentre, på væresteder, dag- og døgnbe-handlingssteder, hos praktiserende læger mv.

De instanser det oftest vil være nødvendigt at involvere, er specialambulatoriet, den praktiserende læge, social-, børne- eller familieforvaltningen, misbrugscenteret og et eventuelt misbrugsbehandlingssted. Hver instans har sin bemyndigelse til at yde en indsats for kvinden. Social-, børne- eller familieforvaltningen har ansvar for den socialfaglige indsats, mens den praktiserende læge og specialambulatoriet har ansvar for den sundhedsfaglige side af sagen.

## Familieambulatorier

Det er blevet besluttet at etablere specialambulatorier i alle regioner. Ambulatorierne skal tage udgangspunkt i Hvidovre Familieambulatoriums model og have som hovedopgaver dels at varetage den specialiserede forebyggende og behandlende svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer, dels at medvirke til at samle ressourcerne og sikre en koordineret indsats – både tværfagligt i hospitalsregi med de tilknyttede fødselslæger, jordemødre, børnelæger, psykologer og socialrådgivere, og tværsektorielt i forhold til kommuner, behandlingscentre og andre aktører.

For at få en koordineret, tværsektoriel indsats til at fungere optimalt, bør der på regionsplan de forskellige instanser imellem, være samarbejdsaftaler der beskriver ansvarsområder, opgavefordeling og arbejdsgange. På denne måde kan man i højere grad sikre at kvinden så tidligt som muligt får hospitalskontakt til et regionalt specialambulatorium hvor hun kan få relevant lægelig rådgivning om risikoforhold ved graviditet og stofmisbrug, og relevant information og rådgivning hvis hun er usikker på om hun skal gennemføre graviditeten. Samarbejdsaftaler kan også medvirke til at sikre at kvinden får information fra kommunen om hvilke muligheder hun har for at komme i behandling for misbrug og få social støtte og opfølgning – både i forbindelse med graviditeten og det kommende barn.

Specialambulatorierne skal kunne modtage kvinden uden særlige formalia og uden ventetid. Gravide kvinder med et rusmiddelbrug skal altid henvises til et regionalt hospital

med et specialtilbud for svangreomsorg og opfølgning. Sådanne ambulatorier vil være tilknyttet en neonatal- og børneafdeling. Specialambulatoriet vurderer om kvindens rusmiddelbrug er risikofyldt for fostret, og samarbejder med kvindens praktiserende læge og lægen på misbrugscentret hvis kvinden er tilknyttet et sådant. Hvis kvinden ikke har kontakt med et behandlingssted, bør hun støttes og visiteres til et relevant tilbud. Det kan støtte hende under graviditeten og i tiden efter fødslen og hjælpe hende med at navigere mellem de mange professionelle aktører. Indsatsen bør tilrettelægges så kvinden skal forholde sig til færrest mulige professionelle.

Gravide misbrugere kan have svært ved selv at tage initiativ til at bruge det almindelige tilbud om svangreomsorg hos egen læge og graviditetsundersøgelserne på jordemodercenteret. Derfor har kvinden ofte brug for at få støtte til at modtage disse ydelser, fx ved at en medarbejder på misbrugscenteret holder hende fast på aftaler med sundhedsvæsenet og følger hende til dem hvis det er nødvendigt. Dorte Hecksher fra Center for Rusmiddelforskning understreger at tilgængelighed er en afgørende forudsætning for at kvinderne bruger tilbuddene:

”Behandlernes tilgængelighed er meget central for disse kvinder der ofte vil befinde sig i kritiske situationer uden for normal ’åbningstid’. Det er i hvert tilfælde noget af den erfaring der er i Familie- og Gravidteamet i Århus Amt [nuværende Region Midtjylland]. Hvis man vil basere sin relation til kvinden på tillid og åbenhed, er man samtidig nødt til at være mere tilgængelig for kvinden end det almindeligvis er muligt som sagsbehandler.”

Som udgangspunkt må indsatsen for gravide stofmisbrugere altså tilrettelægges så kvinden får den relevante støtte tidligst muligt, så den bliver tilstrækkelig tilgængelig for kvinden og så hun skal forholde sig til færrest mulige professionelle, der dog bør omfatte fagpersoner med faglig ekspertise på både det sociale og sundhedsfaglige felt. Indsatsen bør tilrettelægges med fokus på både moderen og barnet.

### **Mulighed for tilbageholdelse af gravide stofmisbrugere i behandling**

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde gravide kvinder der er visiteret til døgntilbeholdelse, mulighed for at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse. Det er frivilligt for den gravide om hun vil indgå kontrakten, og hun kan fortsat modtage døgntilbeholdelse uden kontrakt ((bekendtgørelse af) lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, 2007, §5<sup>a</sup>). Servicestyrelsen foretager hvert år en optælling af hvor mange gange kontrakten er blevet brugt på landsplan. I 2009 havde to kommuner indgået i alt tre kontrakter med gravide misbrugere.

# Litteratur

Afhængige mødre (2009). Tema i STOF nr. 13.

Bekendtgørelse af lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling (2007) – LBK nr. 190 af 27/02/2007. Velfærdsministeriet.

Bekendtgørelse om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling (2008) – BEK nr. 101 af 20/02/2007. Velfærdsministeriet.

Bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service (2007) – BEK nr. 1336 af 30/11/2007. Velfærdsministeriet Dahl, Helle Vibeke og Dorte Hecksher (2007). Graviditet og misbrug – belyst ud fra kvindernes perspektiv. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Embedslægen i København og Frederiksberg kommuner (2003). Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001. København og Frederiksberg kommuner.

Hecksher, Dorte (2009). Center for Rusmiddelforskning (interview)

Heick, Mia (2009). Medarbejder på Familievinklen (interview)

Olofsson, May (2005). Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – familieambulatoriets interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen.

Serviceoven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.

Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (2008) – VEJ nr. 42 af 01/07/2008. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Vejledning om lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling (2008) – VEJ nr. 10 af 20/02/2008. Velfærdsministeriet.

## Børn i familier med stofmisbrugsproblemer

I 2007 boede 1.217 børn sammen med en voksen i stofmisbrugsbehandling, mens 547 børn under 18 år var anbragt uden for hjemmet (SIB, 2008). Derudover må der formodes at være et ukendt antal børn med forældre der har et problematisk forbrug af rusmidler, men som endnu ikke har søgt behandling og derfor ikke er inddraget i opgørelserne.

De registrerede forældre repræsenterer store forskelle i typen og omfanget af rusmidler og i den effekt den voksnes stofmisbrug har for misbrugerens, barnet og familien som helhed. Tallene omfatter både forældre med et massivt stofmisbrug i en kortere årrække og forældre med et langvarigt, massivt stofmisbrug. En række risikofaktorer er fælles for deres børn der også har en del tilfælles i forhold til de konsekvenser misbruget har. Da der er store variationer i børnene og familiernes resurser og måder at forholde sig til misbruget på, er der også forskel på de konsekvenser misbruget har for det enkelte barn.

Op gennem 1990'erne øgedes opmærksomheden på at mange børn vokser op i familier med misbrugsproblemer og at forældres misbrug kan have alvorlige konsekvenser for børnenes sundhed og trivsel på både kort og langt sigt. En række danske undersøgelser, der også samlede op på udenlandske forskningsresultater, dokumenterede at der var behov for at få barnets særlige behov for støtte og indsats synliggjort og sat i fokus (Bygholm Christensen, 1994; Christoffersen, 2000; Christensen, 1994). Disse undersøgelser, der primært fokuserede på forældre med alkoholmisbrug, ikke stofmisbrug, viste at børn af forældre med misbrug har en særlig risiko for at udvikle adfærdsmæssige, sociale og emotionelle vanskeligheder. De viste også at der ikke er et direkte årsag/virkning-forhold mellem forældrenes misbrug og børnenes vanskeligheder, men at det derimod er misbrugets negative effekt på samspilmønstrene i familien der vanskeliggør barnets sunde udvikling.

Når rusmiddelbrug bliver et problem for barnet og familien, vil det dreje sig om at forælderen forbrug af rusmidler er så stort at det forstyrrer de opgaver og funktioner der skal varetages i familien, eller at det belaster de følelsesmæssige bånd mellem familiedlemmerne (Hansen, 2003). Brug af rusmidler vil ofte forhindre forælderen i at være tilstrækkelig opmærksom på barnets fysiske og psykiske behov i hverdagen.

Børn i familier med stofbrug er lige så forskellige som andre børn. Alle børn reagerer ikke på samme måde selvom de bliver udsat for de samme belastninger. Børn har forskellig modstandskraft og robusthed samt forskellige overlevelsesstrategier og udviser ikke samme symptomer på forælderen misbrug. Mange af de signaler der ses hos børnene, er de samme som hos børn i familier med alkoholmisbrug eller børn der af andre årsager ikke trives. For børn i familier med intenst stofbrug gør særlige forhold sig dog gældende. Kriminalitet optræder hyppigt idet salg, køb og besiddelse af narkotika er ulovligt. Forælderen må ofte bruge megen tid og mange penge på at fremskaffe stoffet ... og involveres derved yderligere

i kriminalitet. Ofte frygter forælderen at de sociale myndigheder griber ind og at han eller hun udstødes og stigmatiseres endnu mere. Derfor holder forældre med et stofmisbrug sig ofte tilbage fra at dele deres problemer med nogen og fra at deltage i sociale aktiviteter som fx familiearrangementer i skole og daginstitution. Barnet tilskyndes til at gå stille med de hjemlige forhold eller påtager sig det selv, hvilket forhindrer dem i at få hjælp til den bekymring de ofte føler for deres forældres liv og for deres egen og familiens fremtid. Hertil kommer at skamfuldhed og hemmeligholdelse kan medvirke til at give problemer i forhold til venner og andre sociale tilhørsforhold, og at barnet ofte er særlig følsomt over for den forandring der sker med den mor eller far der er stofpåvirket eller har abstinenser (Heick, 2009).

Rusmidlernes forskellige stemningsændrende virkninger kan på børn virke meget skræmmende og uforståelige. Rusmidler som amfetamin og kokain kan gøre forældrene opstemte og tilsyneladende fulde af energi, men når rusen ebber ud, kan en efterfølgende tilstand præges af nedture, kraftige psykiske reaktioner og depressivitet. Barslund (2004) har fulgt 20 børns udvikling over 1½ år hvor hele familien har indgået i døgnbehandling på Familiecenter Dyreby der behandler familier med stofmisbrugsproblemer. Han påpeger at de forældre der tager rusmidler, i perioder kommer langt væk ikke bare fra sig selv, men også fra deres børn – psykisk set. Han har konstateret at nogle forældre næsten ikke kan holde ud at være sammen med deres børn når de er på stoffer. De skubber børnene fra sig, fysisk og psykisk, og det medfører at børnene i alt for stort omfang skal klare sig selv. Andre forældre ser umiddelbart ud til at få overskud, også til børnene, når de tager stoffer. Men denne følelsesmæssige kontakt til børnene er tydeligt overfladisk, fx ser børnene næsten ingen almindelige følelsesmæssige reaktioner hos deres påvirkede forældre, og forældrene forholder sig ofte ikke ordentligt til børnenes følelser.

Der er forskel på at være barn i en familie med alkohol og en familie med stofmisbrug. Anbringelsesprocenten er relativt større for børn fra familier med stofmisbrug hvilket måske kan forklares ved at det traditionelt har været langt vanskeligere at opspore børn i familier med alkoholproblemer. Det er muligt at det aktuelt øgede fokus på børn i alkoholfamilier om nogle år vil føre til en stigning i anbringelser uden for hjemmet. Men det er også muligt at de ændringer der i øjeblikket konstateres omkring brugen af rusmidler, kan få betydning for hvor mange børn fra stofmisbrugsfamilier der anbringes uden for hjemmet. Det stigende forbrug af hash og kokain (jf. side 168), sammenholdt med et fald i heroinmisbruget, kan blive en væsentlig faktor i forhold til antallet af anbringelser fordi en større andel af børnene vil komme fra hjem med forældre der ikke nødvendigvis er stærkt socialt marginaliserede. Konsekvenserne af misbruget i sådanne familier vil sandsynligvis være mindre synlige for omgivelserne og sværere at opspore for den ansvarlige instans.

## Underretningspligt

”Den, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdrageres side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen” (servicelovens §154\*).

Alle offentlige ansatte har udvidet underretningspligt ((bekendtgørelse om) underretningspligt over for kommunen\*, 2007 og servicelovens §153\*). Det gælder også medarbejdere der udfører opgaver for det offentlige, fx ansatte ved private behandlingstilbud.

Underretningspligten er personlig og altså ikke fx lederens ansvar. Man har pligt til at underrette kommunen når man via sit arbejde får mistanke om at et barn eller ung under 18 år har brug for særlig støtte, også selvom man får mistanken for sent til at have en rimelig mulighed for at hjælpe barnet eller den unge i sit eget regi. Det samme gælder hvis offentligt ansatte får kendskab til vordende forældre med problemer der giver formodning om at barnet vil få behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen (se foregående afsnit). Man kan dele sin bekymring med sin leder, men det fritager ikke den enkelte medarbejder fra at sikre sig at kommunen underrettes hvis han eller hun mener at bekymringen er reel. Kommunens sociale myndigheder har pligt til at følge op på underretningen. De nærmere forhold omkring underretning er beskrevet i ungestøttevejledning (2006) pkt. 57\*.

Hvis man bliver bekymret for barnet eller den unges trivsel, er det vigtigt at træffe en beslutning om hvordan der skal handles. Man må gøre sig klart om vanskelighederne kan klares inden for egne arbejdsmæssige rammer, eller om det er nødvendigt at inddrage kommunens børne- og familieafdeling. Den enkelte fagperson må sammen med sin leder vurdere om det er en akut situation eller ej, og ikke mindst dele bekymringen for barnet med forældrene. Inddragelsen af forældrene gælder dog ikke hvis man har mistanke om at en eller begge forældre har udsat barnet for fysisk eller seksuelt overgreb. Det er vigtigt at huske at en underretning til den kommunale myndighed kan være familiens adgang til at få en nødvendig hjælp, og helst en tidlig, sammenhængende indsats hvis det er det, der er behov for.

## Familietilbud

En forudsætning for at børn af stofmisbrugende forældre får den nødvendige hjælp og støtte, er naturligvis at de identificeres og henvises til tilbud der er tilrettelagt til at afhjælpe deres vanskeligheder. Alle kommuner skal i deres kvalitetsstandard sikre at der er opmærksomhed på forholdene for eventuelle hjemmeboende børn, så man tidligt kan opspore

de børn der har brug for støtte og hjælp og sørge for at de får den ((bekendtgørelse om) kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug\*, 2006).

Der er i de senere år taget mange initiativer til at skabe opmærksomhed om de børn der lever i familier med misbrug, med henblik på at sikre børnene tidlig og relevant støtte. Men der er stadig stille børn der ikke ses. I 2006 satte Sundhedsstyrelsen et landsdækkende projekt om børn i familier med alkohol i gang, og samme år iværksatte Servicestyrelsen projekt *Bedre tværfaglig Indsats* der har udviklet en generel model for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde der kan sikre en tidlig og sammenhængende indsats for børn med sindslidende eller misbrugende forældre.

Mange af behandlingsstederne for voksne er blevet opkvalificeret med specialviden om barnets særlige position i familier med misbrug og har fået metoder til hvordan man kan fokusere på, opspore og synliggøre barnets behov for en særlig indsats. Mange institutioner har indarbejdet handlev vejledninger og rutiner der sikrer at der kommer fokus på barnets behov og har indgået tværfaglige og tværsektorielle samarbejdsaftaler. Der er stigende opmærksomhed på at en forælders misbrug berører alle familiens medlemmer, og at behandlingstilbuddene derfor må omfatte tilbud til familien som helhed. Der er også kommet fokus på barnets selvstændige behandlingsbehov og på udviklingen af en række metoder til at arbejde med børn og familier hvor en eller begge forældre har et misbrug, fx et børnegruppetilbud. Eksempler fra praksis kan findes i en stor mængde litteratur på området (Bredtoft & Christensen, 1994; Harbo & Christensen, 1998; Andersen & Schellenberg, 1998; Trembacz, 2002; Lauridsen & Roth Hansen, 2007). De mest almindelige tilbud til børn fra familier med misbrug er:

- Familiesamtaler
- Familierapeutisk behandling
- Familiekurser
- Børne- og ungegrupper
- Individuelle samtaler med børn og unge

Det overordnede mål med disse tilbud er at forbedre barnets udviklingsproces og forebygge at børnene udvikler problemer som konsekvens af forældrenes misbrug. Valg af behandling og metode må afvejes i forhold til barnet eller familiens problem, de mål man har for indsatsen og de muligheder der er tilgængelige. Tilbuddene hjælper barnet til at sætte ord på de vanskeligheder forælderen misbrug medfører for dem og dermed bryde det tabu der er forbundet med at vokse op i en familie med misbrug.

En del steder arbejdes der med et sammenhængende familietilbud der tager udgangspunkt i at den voksnes misbrug berører hele familien. Familietilbuddet fokuserer på at hjælpe forældrene med at se og forstå deres børns signaler og behov og med at handle



på nye måder i forhold til dem. Der arbejdes med familiens samspil, struktur og rollefordeling, og målet er at alle familiens medlemmer får mulighed for at udvikle sig i en positiv retning. Metoden er at forbedre familiens samspil med en styrket forældrekompetence der indebærer at forældrene har viden om misbrugets betydning for barnet. Forælderen støttes i at lytte til hvad barnet fortæller for at kunne hjælpe barnet videre i dets liv. Lauridsen og Roth Hansen (2007) giver en nærmere beskrivelse af en række af de forskellige typer tilbud der findes til misbrugsfamilier med børn. Tilbudsportalen (side 93) kan være det sted man finder det konkrete behandlingstilbud der tilbyder sammenhængende familiebehandling.

Stofmisbrugende forældre og deres børn har ofte svært ved at bruge almindelige kommunale tilbud som familiecentre, familiehuse eller familietilbud, fx fordi forældrene ofte falder uden for stedernes målgruppe på grund af deres stofproblem. Hvis de alligevel medvirker i disse steders behandlingstilbud – og har været tilbageholdende med at orientere om deres stofproblem – må de som regel standse midt i forløbet fordi det er for svært for dem fortsat at holde problemet hemmeligt. Med sådanne betingelser giver tilbuddet ikke mening for dem. En anden grund til at stofmisbrugsfamilier ikke bruger de almindelige familietilbud, er at de måske nok kan opleve at kunne tale åbent om deres stofproblem, men de kan ikke regne med at fagpersonerne har den nødvendige viden til at følge op på det.

Institutioner der tilbyder stofmisbrugsbehandling til voksne, har stigende opmærksomhed på at barnets særlige behov skal afdækkes. Også antallet af behandlingstilbud der medinddrager hele familien, er voksende. Her er det udfordringen at skabe nogle rammer, metoder og behandlingstilbud der giver mening for forældrene og som indebærer at de tør indvie andre i deres vanskeligheder i forhold til forældrerollen.

Har man brug for at finde et tilbud til et barn eller en ung fra en misbrugsfamilie, et tilbud der ikke er knyttet til forældrenes misbrugsbehandling, men er forankret i det sociale system, kan Tilbudsportalen også bruges til det (side 93). Det kunne fx være tilbud der alene er rettet mod familiens børn og unge, fx med børne- eller ungegrupper.

## Litteratur

Andersen, Gitte og Jeanette Schellenberg (1998). Det er godt at vide, at andre har haft det på samme måde ... - gruppearbejde med unge fra alkoholfamilier. Odense Kommune.

Barslund, Gert (2004). Børns udvikling i døgntilbud på Familiecenter Dyreby - (behandling af familier med misbrugsproblemer). Familiecenter Dyreby.

Bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrug efter §101 i lov om social service (2006) - BEK nr. 622 af 15/06/2006. Velfærdsministeriet.

Bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service (2007) – BEK nr. 1336 af 30/11/2007. Velfærdsministeriet.

Bredtoft, Erik og Ellen Christensen (1994). Børnene med – rapport om kurser for børnefamilier med alkoholproblemer. Behandlingshjemmet Ringgården.

Broholm, Kit (1996). Børn i familier med alkohol- og stofproblemer – ansvar og opgaver lokalt. Sundhedsstyrelsen, Socialministeriet.

Bygholm Christensen, Helene (1994). Børn i familier med alkoholmisbrug – en redegørelse for relationen mellem familieinteraktionen og barnets psykosociale tilpasning. Psykologisk Skriftserie, Århus Universitet. 1994.

Bygholm Christensen, Helene (2000). Børnefamilier med alkoholproblemer. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Christensen, Else (1994). Når mor eller far drikker – interview med børn og forældre i familier med alkoholmisbrug. SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).

Christoffersen, M.N. (2000). Risikofaktorer i barndommen – langtidsvirkninger af forældres misbrug. SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).

Daverkosen M. og L.G. Østergaard (2003). ForældreVinklen – vinkler og gode viljer i en frizone. Behandlingscenter for Stofbrugere, Københavns Amt.

Hansen, F.A. (2003). Børn som lever med forældres alkohol- og stofproblemer. Sundhedsstyrelsen.

Harbo, Birte og Ellen Christensen (1998). Børn skal ses og høres. Ringgården og Alkoholrådgivningen i Randers.

Heick, Mia (2009). Medarbejder på Familievinklen (Interview).

Lauridsen, Mette Lykke og Birgitte Roth Hansen (2007). Behandlingstilbud til børn og unge i familier med alkoholmisbrug – et inspirationshæfte. Servicestyrelsen.

Ludvigsen K.L.B. (2003). Mere end en stofmisbruger – ekstern evaluering af et tilbud til stofbrugere med børn. Behandlingscenter for Stofbrugere Københavns Amt.

Serviceloven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.

SIB (2008). Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling.

Sundhedsstyrelsen (2006). Narkotikasituationen i Danmark 2005.

Sundhedsstyrelsen (2008). Narkotikasituationen i Danmark 2008.

Trembacz, Birthe (2002). Familier med alkoholmonstre. Psykologisk Forlag.

Ungestøttevejledningen (2006) – VEJ nr. 99 af 05/12/2006. Vejledning om særlig støtte til børn og unge og deres familier (Vejledning nr. 3 til serviceloven). Velfærdsministeriet.

[www.familievinklen.dk](http://www.familievinklen.dk)

[www.sundhedsstyrelsen.dk](http://www.sundhedsstyrelsen.dk)

[www.tilbudsportalen.dk](http://www.tilbudsportalen.dk)

## Unge med rusmiddelproblemer

Danske unge under 18 år har et højt forbrug af rusmidler. De flestes brug er eksperimenterende og implicerer primært alkohol og i mindre grad hash. For nogle unge udvikler det eksperimenterende forbrug sig. For langt de fleste unge vil et problem med rusmidler være ét af flere sociale problemer, og det kan være svært at vurdere om rusmidler er årsag eller virkning i forhold til de andre problemer den unge har.

Unge under 18 år med et problematisk forbrug af rusmidler eller risiko for at udvikle ét kan have en række problemer. De kan give sig udtryk i at den unge er ved at droppe ud af skolen, søger væk fra familien, mister sine venner eller indgår i grupper hvor det primære omdrejningspunkt er rusmidler. Misbrug hos unge er sjældent et isoleret problem, oftere er det ét af en række sociale problemer hvor misbruget sjældent er det primære. Nogle unge har desuden psykiske eller psykiatriske problemer og bruger rusmidler til selvmedicinering (se fx [www.unges-misbrug.dk](http://www.unges-misbrug.dk) for at læse mere om unge og rusmidler).

I Danmark findes ingen sikker opgørelse over antallet af unge rusmiddelbrugere. I 2006 blev ca. 1.000 under 18 år behandlet i ambulante behandlingstilbud mens en mindre gruppe var i døgnbehandling på pædagogiske opholdssteder. Center for Rusmiddelforskning anslår at tallet svarer til 3-7% af det samlede antal unge med misbrugsproblemer (inkl. alkohol). Dette skøn er fremkommet ved at bruge amerikanske og tyske beregningsmodeller der når frem til et omfang på 18-21.000 unge med misbrugsproblemer. Beregningsmodellen har indbygget en forventning om at en forholdsvis stor del af de 18-21.000 unge under 18 år der udvikler misbrugsproblemer inden de bliver 18 år, spontant ophører med misbruget i 20-30 års alderen (Vind & Finke, 2006).

### Kendetegn ved unge med misbrugsproblemer

Mads Uffe Pedersen (2005) har udviklet en forståelsesramme til de forskellige slags sårbarhed unge har i forhold til at udvikle et problematisk forbrug af rusmidler. Især mener han at typerne *udbrændte* og *identitetsforvirrede* unge har risiko for at udvikle et misbrug

**Udbrændte unge** er de mest belastede. De bruger al deres energi på at holde mest muligt sammen på sig selv. Ofte er de droppet ud af skolen og er kommet i forskellige vanskeligheder. I store træk er de ekskluderet fra almindeligt socialt samvær og er derfor enten alene eller sammen med andre ekskluderede – i et fællesskab der kan omfatte rusmidler og kriminelle aktiviteter, fx hærværk, tyveri eller salg af rusmidler. De fleste i gruppen, men ikke alle, har haft en belastet opvækst og har risiko for at udvikle psykiske sygdomme, fx skizofreni, borderline eller svær depression. Deres foretrukne rusmidler er alkohol, feststoffer og måske kokain og heroin.

**Identitetsforvirrede unge** har en mere social adfærd end de udbrændte og har ikke samme risiko for at udvikle psykiske sygdomme. Deres manglende selvtillid udmønter sig i at de ikke ved hvad de vil med deres liv – de er præget af en forvirring der hos nogle er en lidt kraftig teenage-reaktion mens den for andre er en mere bekymrende reaktion der kræver hjælp. Nogle i gruppen udvikler spiseforstyrrelser, depressionslignende træk, selvmordstanker og selvskadende adfærd. Drengene kan dyrke fx bodybuilding, men bruger ellers tiden til fest og weekend-venner. Rusmidler spiller en fremtrædende rolle – herunder feststoffer som ecstasy, amfetamin og måske kokain. For nogle er rusmidlerne en overgang, men for andre er der tale om en livslang mangel på selvtillid der kan udvikle sig til egentlig psykisk sygdom.

**Modsatte unge.** De øvrige ungegrupper benævnes i forståelsesmodellen med fællesbetegnelsen modsatte unge med undergrupperne *praktisk kompetente unge*, *sportsunge* og *boglige unge*. Som udgangspunkt er der ikke grund til at være bekymret for disse unge. De har mere selvtillid, er mere udadvendte og har større opbakning fra voksne. Der kan dog, også blandt disse unge, forekomme identitetsforvirring og kriser der kan give grobund for udvikling af et problematisk forbrug af rusmidler.

## Behandling af unge med misbrugsproblemer

Som nævnt vil misbrug som regel kun være en del af den unges problem, og derfor skal den unge have hjælp og støtte til hele sin situation – ikke kun til misbruget. Helt unge med misbrugsproblemer kræver andre pædagogiske strategier end voksne med misbrugsproblemer. De unges misbrugsproblemer har en anden karakter end de voksnes, men erfaringen viser også at mange unge afholder sig fra at søge hjælp der ensidigt fokuserer på misbrug. Unges associationer om *misbrugere* svarer ikke til deres selvopfattelse, og det kan udgøre en barriere i sig selv. Hvis den unge selv søger rådgivning eller støtte, er det oftest til andre problemer end rusmiddelforbruget. Undersøgelser viser at der i normalsystemet, fx skolerne, hersker en særlig berøringsangst blandt fagpersoner over for at arbejde med og rumme unge der har problemer med rusmidler. Der er dog i de seneste år kommet øget fokus på dette område (Ehrenreich & Hansen, 2005).

Det kan være svært at vurdere hvornår en ung går fra at have et eksperimenterende forbrug af rusmidler til at være i risikozonen for at rusmidlerne får negativ indflydelse på den unges liv, eller for at den unge bliver egentlig marginaliseret. Nogle unge kan have et omfattende forbrug uden at det medfører særlige sociale problemer. For andre kan et mindre forbrug være den sten der tipper læsset i et liv hvor sociale problemer er en del af

hverdagen. For en fagperson med kontakt til unge, er det derfor væsentligt at være bevidst om de faresignaler man skal være opmærksom på.

Hjælpeindsatsen til den unge kan blive vanskeliggjort af at den unge ofte ikke selv har erkendt at hans eller hendes brug af rusmidler udgør et problem. Nogle unge oplever rusmidlerne som det eneste der fungerer i deres liv, fx hvis den unge er del af en venskabsgruppe hvor dét at bruge rusmidler er dét der udløser gruppens anerkendelse. Eller hvis rusmidlets virkning flytter fokus væk fra de sociale problemer den unge i øvrigt tumler med. For at kunne hjælpe de unge der ikke har erkendt misbrugsproblemet, skal de professionelle have kompetencer til at motivere de unge til at ændre adfærd, eller til at erkende at de har brug for støtte og hjælp. Som regel vil det også være hensigtsmæssigt at de netværk og institutioner de unge misbrugere skal indgå i, motiveres til at rumme disse unge på en måde så de ikke udelukkes, men tværtimod sættes i stand til at få et positivt udbytte af at deltage (Døssing, 2007).

Der er ikke megen dokumenteret viden om behandlingen af helt unge mennesker med misbrugsproblemer, men der findes en række retningslinjer på området. Center for Rusmiddelforskning har sammenfattet en række af disse – oprindeligt amerikanske – til følgende anbefalinger (Vind & Finke, 2006):

- Et behandlingsprogram bør indeholde en omfattende udredning, bl.a. af psykiatriske, psykologiske og medicinske problemer samt indlæringsvanskeligheder, familiens funktionsevne og andre centrale aspekter af den unges liv.
- Behandlingsindsatsen bør rette sig imod alle aspekter af den unges liv, og forældrene bør involveres i den.
- Aktiviteter bør afspejle de udviklingsmæssige forskelle mellem voksne og unge.
- Der bør fokuseres på at opbygge en tillidsrelation mellem den unge og behandleren der i øvrigt bør have særlig kompetence i unges udvikling.
- Behandlingen bør tage højde for særlige behov hos drenge og piger såvel som for kulturelt betingede behov hos forskellige minoritetsgrupper.
- Der bør tilrettelægges en kontinuerlig behandling der indbefatter opfølgning, forebyggelse af tilbagefald og viderehenvielse til kommunale tilbud.

## Samarbejdet med den unge og familien

For professionelle der arbejder med unge med et problematisk forbrug af rusmidler, er det meget væsentligt at etablere et godt samarbejde både med den unge og hans eller hendes familie. Ifølge serviceloven skal den unge og familien blandt andet inddrages fordi det skaber et godt grundlag for at opnå gode resultater. Effekten af behandling af unge under 18 år er simpelthen større når forældrene inddrages. Ofte har det stor betydning for den unge at have sine forældres støtte og opbakning, og det er ganske ofte den unge misbrugers

motivation for at gå i behandling at vedkommende dels ønsker et bedre forhold til familien, dels ikke ønsker at forældrene skal have det dårligt over misbruget – uden at dette skal forstås sådan at de unge lader forældrene bestemme om de må bruge rusmidler (Rohr Sørensen, 2008).

”Vi har en tro på at vi kan hjælpe nogle unge så de slet ikke kommer så langt ud at de har brug for behandling, ved at hjælpe deres forældre. Når vi taler om unge der har stofproblemer i større eller mindre grad, er det uundgåeligt at hele familiens balance bliver udfordret hvis forældrene opdager problemerne. Og hvis familien går i ubalance, påvirker det den unge og den unges adfærd.” (Madsen, 2008)

Der findes tilbud til forældre til unge med misbrug, fx med forældregrupper hvor forældrene kan støtte hinanden, eller individuel rådgivning. Naturligt nok er forældrene ofte meget bekymrede når deres børn har et problematisk brug af rusmidler. De er bekymrede for den unges adfærd og for hvad der kan tilståde deres barn, både nu og fremover. I denne sammenhæng fremhæver Rohr Sørensen (2008) vigtigheden af at udarbejde handleplaner i samarbejde med den unge og forældrene, og af at de involverede parter oplever at blive taget alvorligt. Huskes skal også at forældre til anbragte unge skal inddrages når der træffes beslutninger der vedrører anbragte unges hverdag.

## Litteratur

Døssing, Lis, Karen Scott og Jette Nyboe (red.) (2007). Under huden på problemet – socialt arbejde og unge med misbrug – en antologi. Servicestyrelsen og Landsforeningen af opholdssteder.

Ehrenreich, Ditte og Susanne Pihl Hansen (2005). Undersøgelse af unge under 18 år med misbrugsproblemer. VFC Socialt Udsatte.

Madsen, Unna (Leder af U-turn, Københavns Kommunes tilbud til unge der ryger hash eller tager stoffer). I: Moustgaard (2008).

Moustgaard, Ulrikke (2008). Alle har brug for et frirum – historier om at skabe forandring i familier, hvor en ung bruger rusmidler. U-turn, Københavns Kommune.

Pedersen, Mads Uffe (2005). Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Rohr Sørensen, Karina (2008). Stof til eftertanke – ideer til arbejdet med unge misbrugere og deres forældre. Rusnavigatorerne. Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere. Fra [www.kabs.dk](http://www.kabs.dk).

Vind, L. og K. Finke (2006). Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

[www.unges-misbrug.dk](http://www.unges-misbrug.dk)

## Pårørende og andet netværk

I indsatsen for mennesker med stofmisbrugsproblemer skal man være opmærksom på at en del stofmisbrugere – ud over eventuelle børn – har voksne pårørende eller andet netværk der må tages højde for i indsatsen, fx en partner, forældre eller andre nære familiemedlemmer eller venner. De pårørende kan på forskellig vis inddrages i indsatsen for brugeren, men kan også selv have behov for støtte. Et misbrug skader ikke kun misbrugeren men også de mennesker der er tættest på. Familiemønstret i en familie med en misbruger vil som regel være stærkt præget af misbruget. Det er misbruget der sætter dagsorden og det er ikke kun misbrugeren men også den øvrige familie blevet vant til. Derfor vil det ofte være en fordel for både misbruger og pårørende at de pårørendes roller og behov for hjælp tænkes med i behandlingstilbuddet til misbrugeren. Pårørende til en stofmisbruger der ikke er i behandling, kan i øvrigt have brug for samme støtte som pårørende til en stofmisbruger i behandling.

Rådgivning eller tilknytning til en selvhjælpsgruppe kan være de typer støtte en nær pårørende til en stofmisbruger kan tilbydes når tilværelsen som pårørende bliver for belastende. Det er især følelser som skyld, skam og magtesløshed der tynger den voksne pårørende. Hertil kommer ofte et behov for viden om de forskellige rusmidler og hvordan de virker. Også stofmisbrugeren i behandling kan have glæde af at hans eller hendes pårørende får støtte og rådgivning, dels fordi det kan lette den dårlige samvittighed over at være en belastning for sine nærmeste, dels fordi det har betydning for brugeren at de pårørende ved mere om stofafhængighed, fx at det ikke er muligt at stoppe fra den ene dag til den anden. Der findes mange forskellige typer tilbud til pårørende men de mest almindelige er:

**Rådgivning** der som regel vil være organiseret som et tilbud til mennesker der har brug for hjælp til at håndtere rollen som pårørende, og som måske har brug for mere viden om deres pårørendes brug af rusmidler eller om hvilke behandlingsmuligheder der findes. Rådgivningen vil ofte foregå pr. telefon – og vil i så fald som regel være anonym – eller ved personligt fremmøde.

**Undervisning** af de pårørende. Mange pårørende mangler viden om hvordan forskellige rusmidler virker, hvilke muligheder der er for behandling og hvad behandlingen indebærer. Det kan også være frugtbart at orientere pårørende om skadesreduktion i forhold til stoffrihed, følgevirkningerne af stofmisbrug m.m.

**Grupper for pårørende** er et tilbud til dem der ønsker støtte til at håndtere rollen som pårørende til en stofmisbruger, eller som har brug for at sætte fokus på deres egen livskvalitet og udvikling, ofte efter lange perioder hvor misbrugerens behov er kommet i første række. Eksempler på gruppeemner kan være: Hvordan hjælper man bedst? Hvad siger man til venner og bekendte? Hvordan passer man på sig selv? Hvad kan man gøre for at få en bedre relation til den misbrugende?

**Familiesamtaler** er som regel knyttet direkte til misbrugerens behandling og baseret på at brugeren har givet sit samtykke til at familien bliver inddraget. I familiesamtalerne kan der fokuseres på kommunikationen mellem familiens medlemmer, deres indbyrdes relationer og der kan dukke forhold op der skal tages hånd om, fx oplysninger om vold.

Det er en god idé nøje at overveje fordele og ulemper før man inddrager pårørende i indsatsen for en misbruger. Et netværk kan have uvurderlig stor betydning, men man skal ikke være blind for at mange stofmisbrugere har et meget belastet forhold til deres nærmeste familie. Det må hver gang individuelt vurderes om de pårørende vil være en faktisk resurse i indsatsen og om inddragelsen er i overensstemmelse med brugerens ønske. Måske kan der være skjulte kilder til problemer ved at inddrage de pårørende, fx at de ikke har samme mål med behandlingen som misbrugeren. For nogle pårørende er stoffrihed det eneste brugbare mål, mens brugeren selv måske stiler efter skadesreduktion. I sådanne tilfælde må inddragelsen suppleres med al den oplysning og viden der er nødvendig for at skabe forståelse mellem parterne.

Det er vigtigt at vide at voksne pårørende ikke har formelle rettigheder i forhold til at blive inddraget i behandlingen af den stofmisbrugende, og at der derfor er 'vandtætte skodder' mellem stofmisbrugsbehandlingen og de tilbud de pårørende modtager. Brugere skal vide at de ikke risikerer at de pårørende blandes ind i forhold der vedrører deres misbrugsbehandling og sag – som naturligvis er omfattet af fuldstændig tavshedspligt, også i forhold til de pårørende – heller ikke selvom de pårørende indgår i et pårørendetilbud (jf. 'Partsrettigheder' side 74).

## **Pårørendeforeninger**

Der findes forskellige foreninger for pårørende til stofmisbrugere. Herunder er nævnt to eksempler, hvor det hovedsageligt er misbrugernes forældre der er aktive:



**Landsforeningen for human narkobehandling.** På foreningens hjemmeside står bl.a.:

”Vi ønsker human behandling af stofbrugere såvel ved stoffri behandling som ved substitutionsbehandling. Realistiske behandlingsmetoder som ikke gennemtvinger stoffrihed hvor der er ingen motivation er. [...] For os er det vigtigste at undgå den psykiske og fysiske ødelæggelse. At tage hensyn til det hele menneske med de genetiske, sociale og eksistentielle forskelle der kendetegner det enkelte individ. At enhver behandling, såvel stoffri som substitution, tilpasses det enkelte individ. At mennesker ikke skal risikere at dø grundet afbrudt substitutionsbehandling ved misforståede kontrolforanstaltninger eller ved påtvungen stoffri behandling hvor der er stor risiko for pausedødsfald” ([www.lfhn.dk](http://www.lfhn.dk)).

**Landsforeningen af pårørende til stofmisbrugere.** På foreningens hjemmeside står bl.a.:

”Foreningen er stiftet med det formål at medvirke til oplysning om misbrugsproblemer og herunder at afhjælpe disse. Foreningens formål er ligeledes at oprette lokalforeninger i Danmark der gennem rådgivning og vejledning gør en indsats for at afhjælpe misbrug og dets konsekvenser, både for den enkelte, dennes pårørende og omgangskreds, der måtte blive følelsesmæssigt involveret”.

## Litteratur

Jensen, Lene (2005). Forældreinddragelse – når unge under 18 år er i behandling. I: STOF nr. 6.

Moustgaard, Ulrikke (2008). Alle har brug for et frirum – historier om at skabe forandring i familier, hvor en ung bruger rusmidler. U-turn, Københavns Kommune.

Rohr Sørensen, Karina (2008). Stof til eftertanke – ideer til arbejdet med unge misbrugere og deres forældre. Rusnavigatørerne. Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere. [www.kabs.dk](http://www.kabs.dk).

[www.kabs.dk](http://www.kabs.dk) (vælg Pårørende)

[www.lfhn.dk](http://www.lfhn.dk) (Landsforeningen for Human Narkobehandling)

[www.misbrugsinfo.dk](http://www.misbrugsinfo.dk) (Landsforeningen af pårørende til stofmisbrugere)





## Særlige misbrugergrupper

Den danske misbrugsbehandling er udviklet på baggrund af erfaringer med majoriteten af brugerne, hovedsageligt kendetegnet ved at være danske, heteroseksuelle mænd med lav social status og uden andet netværk end andre misbrugere. Men så enkel er målgruppen ikke. Man møder også kvinder i misbrugsbehandlingen, og mennesker med anden etnisk baggrund end dansk, ligesom der er en række andre forhold det er nødvendigt at være opmærksom på i mødet med brugerne og behandlingen af dem. Der er kommet nye misbrugertyper til over de senere år – yngre, med hash og kokain som primære rusmidler – der også har psykiske problemer eller afvigende adfærd, fx forårsaget af ADHD. Der er ældre medborgere, hjemløse, seksuelt krænkede, kriminelle og prostituerede i målgruppen. Og der er en lille gruppe der slet ingen kontakt har med myndigheder og sociale tilbud. Mange stofmisbrugere kan karakteriseres ved flere af de nævnte forhold. I det følgende gennemgås 10 forskellige misbrugergrupper, med henblik på at introducere nogle af de særlige udfordringer der kan være forbundet med indsatsen for disse grupper.

## Kvinder med stofmisbrugsproblemer

En kønsmæssig skævhed i tilgangen til stofmisbrugsbehandling har haft vidtrækkende konsekvenser på den praksis, dvs. de behandlingsformer, tilbud og ydelser der er blevet etableret. Skævheden ligger i at illegalt stofbrug er blevet betragtet som et overvejende mandligt fænomen, defineret ved social utilpassethed og kriminalitet. Det er imidlertid efterhånden veldokumenteret at mænd og kvinders misbrug og misbrugsmønstre adskiller sig væsentligt fra hinanden. Det gælder blandt andet i forhold til hvordan de to køn introduceres til stofbrug, med hvem og i hvilke sammenhænge de påbegynder og udvikler dette brug, hvordan det finansieres, hvad konsekvenserne af et etableret misbrug består i samt hvilke begrundelser der ligger bag opretholdelse eller ønsker om ophør af misbruget (Dahl & Pedersen, 2008). Aktuelt regner man med at omkring hver fjerde stofmisbruger i Danmark er en kvinde. Af stofmisbrugere indskrevet i behandling i 2008 var 23% kvinder og 77% mænd (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Traditionelt får alle i misbrugsbehandlingssystemet samme behandling, uanset køn. Da metodeudviklingen på området primært baserer sig på erfaringer der vedrører mandlige misbrugeres behandlingsbehov, mener Dahl og Pedersen at det medfører en risiko for at behandlingen af kvinderne ikke tager højde for de særlige problemer der knytter sig til dét at være kvindelig misbruger. Center for Rusmiddelforskning afsluttede i 2008 flere undersøgelser der specifikt handlede om køn og stofmisbrug i Danmark. Med afsæt heri påpeger de følgende:

**Medtagethed.** Ved behandlingsstart oplever kvinder sig mere fysisk, psykisk og socialt medtagne og belastede end mænd, fx pga. angst eller depression, og de har oftere et mere omfattende forbrug af sove- og nervemedicin (ud over heroin, morfin og kokain) end mænd.

**Utryghed og frygt.** Kvinder gør sig flere overvejelser og føler de skal overkomme flere barrierer end mænd. Det gælder især gravide og mødre med hjemmeboende børn, pga. frygten for at miste retten til at beholde børnene. Ufleksible tilbud der lægger vægt på kontrol og ikke har sociale tilbud der støtter forældreskabet eller forbereder brugeren til at blive forælder, risikerer at afholde disse grupper af kvinder fra at søge behandling.

**Misbrug i de nære relationer.** Kvinder vil hyppigere berette om at have familie, venner og partnere der bruger rusmidler.

**Mindre andel i behandling.** Der er en relativt lavere andel af kvinder i stofbehandlingsprogrammer. Kønsratioen for mænd:kvinder ligger typisk mellem 3:1 og 5:1. Det antages imidlertid at forekomsten af stofmisbrug blandt kvinder er hyppigere, dvs. at der er flere der har brug for et behandlingstilbud.

**Misbrugsbehandling fortolkes som symptombehandling.** Kvinder er mindre tilbøjelige til at forbinde deres problemer med brugen af rusmidler og mere tilbøjelige til at søge hjælp og behandling for depression, angst og andre mentale problemer hos læge og psykiater end mænd (se også citat side 175).

**Sårbarhed i behandlingen.** Kvinder med traumehistorier på grund af seksuel og fysisk vold og overgreb kan opleve behandling i et kønsblandet program som truende og grænseoverskridende.

Internationale undersøgelser påpeger at behandlingssystemet har sværere ved at fastholde kvinder end mænd i behandling, og at kvindelige stofmisbrugere har andre behov og problemer end de mandlige stofmisbrugere. Der peges endvidere på at kvinder i højere grad end mænd oplever negative konsekvenser ved at søge behandling for misbruget, fx tab af job og venner, opløsning af familierelationer og den skyld og skam der er forbundet med at acceptere man har et misbrug og behøver behandling (Pedersen & Hecksher, 2008).

Pedersen og Hecksher påpeger videre at der generelt i samfundet er en tendens til at kvinders situation i forhold til rusmidler opfattes anderledes end mænds, og at kvinder typisk er mere opmærksomme på hvordan de opfattes af deres omgivelser. For mange kvinder betyder det meget at blive på den rigtige side af den usynlige grænse for respektabel adfærd (Rödner Sznitmann, 2007). Hertil kommer at der i samfundet er en række usagte forventninger til kvinder og mænds opførsel, forventninger der også knytter sig til misbrug af rusmidler: Mange anser det stadig for mindre acceptabelt at en kvinde er påvirket af rusmidler end en mand.

## **Dobbelt marginalisering**

I stofmisbrugsmiljøet ses ofte en patriarkalsk rangorden hvor manden bestemmer, og fysisk overlegenhed giver magt. De kønsmæssige stereotyper ses ofte forstærket i forhold til det øvrige samfund – mænd er stærke, kvinder er underlagt mandens dominans og er dermed afhængige af mænd. Kvinder med et stofmisbrug kan derfor siges at være dobbelt marginaliserede – både som stofmisbrugere og som kvinder (Dahl & Pedersen, 2006).

Dahl og Pedersen anfører også et andet forhold der beskriver forskellen mellem mænd og kvinder i stofmisbrugsmiljøet: Kvinderne lader – mere end mændene – deres misbrug

styre af deres partners misbrug. Kvindens aktive brug, stoffrihed og tilbagefald er ofte tæt forbundet med hendes partners aktuelle misbrug.

## Kvinder med børn

Typisk har kvinden det primære ansvar for børnene. Det kan have én af to afledte effekter:

- a) Kvinden søger behandling, for ikke at nå så langt ud at hun mister børnene eller
- b) Kvinden søger ikke behandling i den tro at hun kan skjule sit misbrug og dermed ikke risikerer at myndighederne tager ansvaret for dem og fjerner dem fra hende (Dahl & Pedersen, 2008).

På grund af de traditionelle kønsroller der ofte kendetegner stofmisbrugsmiljøet, vil kvinden ofte føle at hun bærer ansvaret for hjemmet, selvom hun er i misbrugsbehandling. Det kan have betydning for hvor helhjertet hun går ind i behandlingen, og hvor meget eller hvor lidt hun får ud af den. Som behandler er det vigtigt at være opmærksom på hvordan kvinden – også når hun er i behandling – bliver fastholdt i den traditionelle kvinderolle som er så svær at leve op til som stofmisbrugende kvinde. (Se også kapitlet *Familier med stofmisbrug* side 141ff.)

## Kvinders behandlingsbehov

Da kvinder ofte har andre bevæggrunde for at bruge rusmidler end mænd, skal deres misbrug måske forstås anderledes. Mange beskriver deres brug af rusmidler som en fysisk og psykisk lindring i forhold til livet. Så måske giver det bedst mening at tage udgangspunkt i kvindernes fysiske og psykiske problemer når indsatsen for at hjælpe dem ud af misbruget tilrettelægges.

Erfaringer fra behandlingen af stofmisbrugende kvinder i fængsler peger ifølge Dahl og Pedersen (2006) på at kvinder i særlig grad har brug for en indsats der inddrager deres særlige fysiske og psykiske problemer, fx hvis de har været udsat for seksuelt misbrug. De har også i højere grad end mænd brug for en indsats der støtter dem i deres forhold til børn og familie og giver dem kompetencer rettet mod arbejdsmarkedet. Videre fremfører Dahl og Pedersen at kvindernes syn på forskellige former for misbrugsbehandling, og deres erfaringer med dem, viser at deres problemer og oplevede behandlingsbehov kun i ringe omfang kan tilgodeses af de gængse standardprogrammer. Den mandlige behandlingsmodels dominans, karakteriseret ved kontrol og en konfronterende tilgang, synes generelt at have en negativ effekt på kvindernes udbytte af behandlingen. Til gengæld peger resultaterne fra Dahl og Pedersens undersøgelse på en positiv betydning af at kvinderne har en fortrolig, ikke-konfronterende og ikke-kontrollerende relation til behandlingssystemet og de professionelle. Det bekræftes af en række anbefalinger for god behandling af gravide med misbrugsproblemer som er fremkommet på baggrund af internationale studier.

I evalueringen af et KABS-projekt i Glostrup Kommune om kvinder i stofmisbrugsbehandling, fremhæves det som centralt at kvinderne har behov for at samtale både med behandlere og andre kvinder i samme situation. Projektets kvinder er meget optaget af måden de tildales på og den respekt behandlerne viser dem. Mange af kvinderne nævner at samværet med andre kvinder i en gruppe eller et miljø uden mænd har stor betydning. De rene kvindesammenhænge giver dem mulighed for at tale om andre ting, end de oplever at kunne i sammenhænge hvor mænd indgår (Bro Ludvigsen & Lydolph, 2007).

## Litteratur

Bro Ludvigsen, Kathrine og Tine Lydolph (2007). At blive taget alvorligt – en rapport over stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp. KABS. [www.kvalitetsdatabasen.dk/files/projects/583\\_statusrapport%20kvinde-  
edukation.doc](http://www.kvalitetsdatabasen.dk/files/projects/583_statusrapport%20kvinde-<br/>edukation.doc)

Dahl, Helle Vibeke og Mads Uffe Pedersen (2006). Kvinder i motivations- og stofmisbrugsbehandling i Vestre fængsel og Horserød Statsfængsel. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Dahl, Helle Vibeke og Mads Uffe Pedersen (2008). Kvinder og køn – stofbrug og behandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Pedersen, Mads Uffe og Dorte Hecksher (2008). Døgnbehandling af alkoholafhængige – forløb, tilbagefald og køn. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Rödner Sznitman, Sharon (2007). Drugs and Gender – A Contradictory Project in Interviews with Socially Integrated Men and Women who use Drugs. I: NAD 2/07.

Sundhedsstyrelsen (2009). Narkotikasituationen i Danmark 2009.



## Nye misbrugere (hash og kokain)

I gennem de seneste 10 år har stofmisbrugsbehandlere oplevet en markant ændring i de rusmidler brugerne har søgt behandling for. Hvor opioid-præparater tidligere var langt de hyppigst forekommende hovedstoffer, er hash og centralstimulerende rusmidler (primært kokain) i dag de mest brugte rusmidler blandt førstegangsbrugerne af misbrugsbehandlingstilbuddene. Brugen af hash og centralstimulerende rusmidler, de såkaldte *feststoffer*, er stadigt stigende. Lidt over halvdelen af de brugere der i dag indskrives til behandling for første gang, har hash som deres primære rusmiddel, og omkring hver fjerde søger behandling for misbrug af kokain og andre centralstimulerende rusmidler (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Hash- og kokainmisbrugerne ser ud til at adskille sig på flere måder fra de traditionelle brugere af behandlingssystemet. Ifølge en undersøgelse foretaget af Københavns Kommune adskiller hash- og kokainmisbrugerne sig især fra opioid-misbrugerne ved følgende (Lund, 2004b):

- De er lidt yngre ved første anmodning om behandling
- De har en mere stabil kontakt med deres familier
- De har oftere afsluttet 10. klasse eller gymnasiet
- De har oftere lønnet arbejde
- Kun meget få har boligproblemer
- De har en betydeligt lavere kriminalitetsfrekvens

Det vil sige at den nye hovedpart af brugere i misbrugsbehandlingen generelt er en smule mindre socialt belastede end heroinmisbrugerne. Sammenlignet med resten af befolkningen udgør de dog stadig en socialt belastet gruppe. Det skal understreges at dette er generelle betragtninger der ikke bør stå i vejen for bevidstheden om at der her er tale om en meget uhomogen gruppe.

Når en indsats for den enkelte bruger skal tilrettelægges, er det afgørende at fokusere på netop denne brugers behov, og en hash- eller kokainmisbruger kan sagtens være lige så belastet som en heroinmisbruger. Derfor må man altid indkredse hver enkelt brugers funktionsniveau, fx med en EuropASI test (jf. side 95). Misbrugsstoffet kan ikke alene være den faktor der afgør hvilket tilbud den behandlingssøgende stofmisbruger skal tilbydes. Nogle faktorer ved misbrug er generelle og uafhængige af hvilket rusmiddel der indtages, fx afhængighed, selvmedicinering og marginalisering (Lund, 2004b), men det er vigtigt at være opmærksom på at:

De enkelte rusmidler giver forskellige brugere forskellige adfærdsmæssige bivirkninger som aggression, sløvhed, ligegyldighed eller ømhed. Det betyder at brugere af forskellige rusmidler har forskellige forudgående adfærdsmønstre og dermed også forskellige vilkår for deres hverdagsliv.

Den sociale sammenhæng er med til at definere hvor problematisk rusmiddelbruget opleves. At ryge hash er ofte mere socialt accepteret end at indtage de såkaldt 'hårde' rusmidler. Hash er umiddelbart både mere tilgængeligt og mere normaliseret end heroin og medfører ikke samme risiko for eksklusion. Der er således forskel på hvordan det omgivende samfund ser på hashmisbrugere og heroinmisbrugere.

Hash- og kokainmisbrug kan være lige så behandlingskrævende som heroinmisbrug. Det er vigtigt at misbrugsbehandlerne er opmærksomme på dette, selvom det omgivende samfund oplever hash som et relativt harmløst rusmiddel, og forbruget af kokain og andre centralstimulerende rusmidler som 'weekendmisbrug' der ikke resulterer i en permanent rus.

## Tilbud til hash- og kokainmisbrugere

I dag arbejder en række projekter målrettet med at behandle misbrugere af hash og centralstimulerende rusmidler. Fordi de nye brugeres profil adskiller sig fra de traditionelles, tages der udgangspunkt i at behandlingen skal tilpasses de nye grupper der henvender sig til behandlingssystemet. Det skyldes de ovennævnte forskelle, men også at der ikke findes et substitutionsstof for hverken hash eller centralstimulerende rusmidler, så substitutionsbehandling ligger uden for mulighedernes grænse for disse målgrupper. Derfor bliver de nye brugergrupper heller ikke afhængige af behandlingen på samme måde som brugere i substitutionsbehandling, og det præger arbejdet med at støtte brugerne i at ændre adfærd:

”Det bliver dermed centralt at arbejde med deres ambivalens – med motivationen som de nok har, men som er skrøbelig.” (Lund, 2004a)

Da en del behandlingssøgende hash- og kokainmisbrugere er i arbejde eller uddannelse, kan det eksempelvis være relevant at tilbyde aftenbehandling, og hvis der er tale om de såkaldte 'weekendmisbrugere', kan det være en god idé at undgå at lægge behandlingen på mandage.

Københavns Kommunes hash- og kokainprojekt er et eksempel på gruppebaseret behandling af feststofmisbrugere ([www.hashogkokainprojektet.dk](http://www.hashogkokainprojektet.dk)). Her arbejdes både med aftenbehandling, målrettet brugere der er på arbejde eller i uddannelse om dagen, dagbehandling for ledige og efterbehandling for de stoffrie. For at undgå lange ventetider

er grupperne åbne med løbende optag. Der er i første omgang tale om en gruppebaseret behandling, denne kan dog suppleres med individuelle samtaler efter behov.

Metoderne bygger på kognitive og løsningsfokuserede principper. Der arbejdes med at belyse deltagernes resurser og mål for fremtiden. Et grundlæggende princip er at søge at forandre tænkningen fra at være begrænsende og selvundertrykkende til at blive selvunderstøttende, nuanceret og fornuftsbetonet (jf. Kognitiv terapi side 56).

I grupperne tilbydes relevante, pædagogiske aktiviteter. Manualer der løbende udvikles, danner udgangspunkt for arbejdet med gruppen. Ud over at der i grupperne undervises i rusmidlernes psykiske og fysiske virkning, sættes der fokus på følgende:

- Hvordan man kan reducere sit forbrug eller blive stoffri, og lære at håndtere sin ambivalens i forhold til rusmidlerne.
- Hvordan man kan arbejde med personlige mål, motivation og hvad der giver mening for den enkelte.
- Hvordan man håndterer risikosituationer og trangen til rusmidler. Der arbejdes på at hæmme uhensigtsmæssige adfærdsmønstre og negativ tænkning, og flytte fokus til resurser og forhindringer.

## Litteratur

Behandling efter hash-modellen – konkret, praktisk og god mulighed for succes (2001). Interview med to FABU-behandlere. I: STOF nr. 14.

EMCDDA (2008). A cannabis reader – Global Issues and Local Experiences. Lissabon. [www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis](http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis)

Kiarie, Lizzi (2008). Receptfri hash på apoteket. I: STOF nr. 11.

Lund, Thomas (2004a). Ny misbrugsprofil – og behandlingssystemets respons. I: STOF nr. 4.

Lund, Thomas (2004b). Statistik – hash og kokain – anbefalinger for behandling af hash- og kokain brug. (Ikke publiceret). Københavns Kommune.

Lundqvist, Thomas (1999). Ud af hashmisbrug. Det Schønbergske Forlag.

Olsen, Robert (2009). Akutte kokainpsykoser. I: STOF nr. 13.

Room, Fischer, Hall, Lenton og Reuter (2008). The Global Cannabis Commission Report – Cannabis policy – Moving Beyond Stalemate. Oxford, The Beckley Foundation.

Solholt, Christian (2008). Hash- & kokain-behandling. I: STOF nr. 11.

Størup, Malene (2007). Om hash og unge. I: STOF nr. 8.

Sundhedsstyrelsen (2005). Hashsamtalet. [www.sst.dk/publ/publ2005/CFF/Hashsamtalet/Hashsamtalet.pdf](http://www.sst.dk/publ/publ2005/CFF/Hashsamtalet/Hashsamtalet.pdf)

Sundhedsstyrelsen (2009). Narkotikasituationen i Danmark 2009.

[www.hashgkokainprojektet.dk](http://www.hashgkokainprojektet.dk)

## Stofmisbrugere med psykiske lidelser

En undersøgelse Amtsrådsforeningen foretog i 2005, viser at næsten en tredjedel af alle de patienter der var indlagt på en psykiatrisk afdeling i Danmark i 2002, også havde en misbrugsdiagnose (Merinder, 2007). Ifølge Sundhedsstyrelsen (2009) blev der i 2008 indlagt 4.954 patienter på psykiatriske hospitaler med en stofrelateret diagnose – de 1.536 med stofmisbrug som hoveddiagnose og de 3.418 med stofmisbrug som bidiagnose. Samlet set har et stort antal mennesker et behandlingskrævende stofmisbrug i kombination med en psykisk lidelse eller forstyrrelse, ligesom mange med en psykiatrisk diagnose har en problematisk brug af rusmidler.

### Dobbeltdiagnose

I forhold til stofmisbrugere dækker begrebet dobbeltdiagnose over patienter med en psykiatrisk diagnose og et samtidigt rusmiddelmisbrug. Men i misbrugsbehandlings-systemet er der også en gruppe dobbeltbelastede brugere som – ud over deres misbrug – har psykiske problemer man må tage højde for i den indsats der ydes, selvom de ikke har en psykiatrisk diagnose. At det kan vise sig nødvendigt at tage hensyn til psykiske problemer og misbrug i behandlingen, er således ikke det samme som at brugeren har eller kan identificere sig med at have en dobbeltdiagnose. Måske betragter den pågældende ikke sit brug af rusmidler som et misbrug eller sine psykiske problemer som behandlingskrævende (CASA, 2005).

Selve begrebet *dobbeltdiagnose* kan kritiseres for ikke at være præcist nok til at beskrive de problemer brugere med denne betegnelse ofte har. Som regel er der tale om brugere med komplekse medicinske og sociale problemer ud over de to nævnte, fx i form af tilbagefald, kriminalitet og hospitalisering, hjemløshed, voldelig adfærd, kronisk arbejdsløshed, lavt funktionsniveau og manglende medicinindtag (Thylstrup, 2007). Der kan opstilles fire – for sammenhængen relevante – dobbeltdiagnoser (Rausz, 1996):

- En psykiatrisk hoveddiagnose med en efterfølgende bidiagnose i form af et stofmisbrug der påvirker den psykiske tilstand
- Hoveddiagnosen *misbrug*, men med psykiatriske komplikationer
- Samtidigt stofmisbrug og psykisk forstyrrelse
- En bagvedliggende traumatisk oplevelse der resulterer i både stofmisbrug og psykisk lidelse, fx posttraumatisk stresstilstand (PTSD)

En måde at forklare sammenhængen mellem misbrug og psykisk lidelse på, er at undersøge hvorfor mennesker med psykiske lidelser er mere udsatte for at udvikle et misbrug af rusmidler. Det giver Mueser (1998) og Merinder (2007) følgende forklaringer på:

- Brugen af rusmidler kan være et forsøg på at dæmpe de symptomer en psykisk sygdom giver (selvmedicinering). Fra denne synsvinkel lindrer nogle mennesker med psykiske lidelser bestemte symptomer, fx angst, med bestemte rusmidler. Dette synspunkt understøttes af at mange af de rusmidler disse mennesker vælger, har kemiske egenskaber der matcher de psykofarmaka psykiateren udskriver.
- Rusmidler kan være en måde at løfte stemningen på og få det bedre for mennesker med psykiske lidelser der ofte er plaget af ubehagelige følelser og dårligt humør.

Stofmisbrug er et stigende problem i det psykiatriske behandlingssystem. Årsagen hertil kan være en øget tilgængelighed af rusmidler, herunder at der handles med rusmidler på de psykiatriske afdelinger, eller at brugen af rusmidler er en del af hverdagen i de fællesskaber mennesker med psykiatriske diagnoser har adgang til (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2002)

I den medicinske verden er *misbrug* en diagnose. En diagnose er det navn man giver en bestemt gruppering af symptomer relateret til en specifik sygdom – både i forbindelse med fysiske og psykiske lidelser. Først når en læge, speciallæge eller psykolog sætter navn på ens lidelse på baggrund af en diagnostisk udredning, har man fået en diagnose. Man kan således godt have en lidelse uden at have en diagnose, hvad enten det drejer sig om kræft eller skizofreni. Den er bare ikke diagnosticeret endnu. WHO (2007) inddeler psykiske lidelser i diagnostiske hovedgrupper, bl.a. følgende:

**Kognitive, psykiske lidelser** (inkl. kroniske følgesygdomme). Lidelser der nedsætter hjernens funktion, især på det kognitive område, herunder problemer med hukommelse og forvirring, bl.a. demens, Huntingtons sygdom, Parkinson, ADHD (side 178) eller andre personligheds- og adfærdsforstyrrelser forårsaget af sygdom, beskadigelse eller dysfunktion i hjernen.

**Misbrugsrelaterede, psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser** forårsaget af indtag af psykoaktive stoffer, fx alkohol, opioider, benzodiazepiner og barbiturater (fx afhængighed og misbrug).

**Psykotiske lidelser** der forringer individets opfattelse af virkeligheden, især skizofreni, men også mange andre lidelser kan give psykoser. Psykotiske misbrugere optræder i statistikken under 'behandlingsdomme', både i relation til misbrug og psykiatri.

**Følelsesmæssige (affektive) lidelser.** Lidelser der påvirker individets følelsesliv og som kan udløse vedvarende tristhed eller følelser af eufori.

**Angstlidelser** (nervøse og stress-relaterede tilstande) der får patienten til at forvente fare eller ulykke samtidig med en følelse af utilpashed. Eksempler på angstlidelser er panikangst, tvangshandlinger og tvangstanker, fobier, reaktioner på svær belastning eller posttraumatisk stresstilstand (PTSD).

PTSD er meget udbredt blandt misbrugere. Blandt brugere der har søgt behandling for misbrug (både alkohol og stoffer) forekommer PTSD hos helt op til 42,5% (Petersen, 2005). I denne sammenhæng vil det typisk handle om at en begivenhed har medført traumatisering; ikke sådan forstået at begivenheden i sig selv udløser lidelsen, det gør derimod den betydning individet tillægger den. Det skal understreges at det er naturligt at reagere på et traume, og der er plads til et bredt spekter af reaktioner på en traumatisk begivenhed uden at det dermed kan diagnosticeres som PTSD. Udviklingen af PTSD er sandsynligvis en kombination af både psykologisk og fysiologisk sårbarhed, og risikoen for at udvikle PTSD er større hvis traumet er forårsaget af et andet menneske (Bro Ludvigsen & Lydolph, 2007). De diagnostiske kriterier for PTSD beskrives som:

- En forsinket reaktion på et traume der opstår inden for 6 mdr. efter traumet har fundet sted
- Den traumatiske begivenhed medfører en væsentlig risiko for ens eget eller nære pårørendes liv eller forlighed
- Symptomerne kan være livagtige erindringer (mareridt og flashbacks), følelser som ligegyldighed og mangel på lyst, angst og aggression, forøget fysiologisk alarmberedskab, anspændthed og søvnløshed eller ændret adfærd, fx tilbageslækning og undvigen i forbindelse med aktiviteter, ord mv. der bringer minder om traumet

**Adfærdssyndromer tilknyttet fysiologiske dysfunktioner og fysiske faktorer** – en række tilstande der ikke kan henføres til de andre grupper, bl.a. anoreksi, søvnforstyrrelser og seksuel dysfunktion.

**Adfærds- og personlighedsforstyrrelser i voksenlivet** – vedvarende dysfunktionelle mønstre i adfærd og sind der fører til at man oplever følelsesmæssigt oprør eller nød og har begrænsede handlemuligheder, fx borderline. Stofmisbrugere med personlighedsforstyrrelser er meget synlige i misbrugsbilledet, især fordi de ofte ikke behandles i sundhedsregi under psykiatrien. Behandlingen for misbrug kan være vanskelig fordi personens adfærd og forståelse af sammenhænge kan være meget anderledes end de fleste.

**Psykiske udviklingsforstyrrelser** – gennemgribende forstyrrelser der begynder i barndommen og varer livet ud, fx autisme, Aspergers syndrom og diverse indlærings- og sprogproblemer.

Ud over disse kategorier kan også kategorien *Adfærds- og følelsesmæssige dysfunktioner der starter i barndommen eller puberteten* have stor betydning for misbruget.

Der er forskel på hvilke problemsammensætninger der er typiske i det psykiatriske system og misbrugsbehandlingssystemet.

”Hvor psykiatriske patienter ofte lider af psykoser, skizofreni, angst og depression og primært misbruger hash, alkohol og beroligende medicin, finder man også angst og depression inden for misbrugsbehandlingen, men et begrænset antal psykoser og flere personlighedsforstyrrelser. Misbruget er her ofte af mere alvorlig art og indbefatter amfetamin, heroin og blandingsmisbrug.” (Thylstrup, 2007)

## Behandling

Misbrugere der ud over misbruget har fået stillet en alvorlig psykisk diagnose, fx skizofreni, befinder sig ofte i en kaotisk social situation der kan være forværret af andre problemer, fx relateret til kriminalitet, boligsituation, arbejde eller uddannelse. Ofte har disse brugere et lille og sårbart socialt netværk.

”Disse brugere er karakteriseret af kaos. Det er kendetegnende for dem at de kontinuerligt eller gentagne gange er i krise. Der er sjældent tale om lineære, fremadskridende behandlingsforløb. For nogle brugere er der tale om mere cirkulære processer gennem perioder med mere eller mindre kaos; hos andre brugere finder man mere fremadskridende forløb der dog typisk også vil være karakteriseret af gentagne tilbagefald til misbrug og forværring af den psykiske tilstand.” (Schepele Johansen, 2007)

På grund af deres komplekse, sociale problemer bliver disse brugere ofte betegnet *de vanskeligst stillede*. Deres vanskelige stilling skyldes ikke mindst deres brug af rusmidler der gør det svært at behandle den psykiske lidelse, men også den eksisterende organisering af hjælpesystemet der byder på sine egne administrative vanskeligheder. Søndergård (2007) beskriver hvordan disse brugere udfordrer selve organiseringen af vores behandlingssystem. Som udgangspunkt er behandlingssystemet opdelt i tilbud til dem der primært har sociale problemer, fx i den kommunale misbrugsbehandling, og dem der primært har sundhedsmæssige problemer, fx i den regionale psykiatri. Det udløser et 'særligt' problem hvis en bruger har behandlingsbehov både i forhold til misbrug og psykisk sygdom. Den pågældende risikerer at blive afvist af begge områder. Behandlingssystemet er traditionelt meget differentieret, og det ekskluderer målgruppen fra den nødvendige behandling at kendskabet til psykisk sygdom er begrænset i misbrugsbehandlingen, og omvendt. Det kan føre til at brugere oplever at blive henvist til at søge behandling for 'det andet problem' først, fra begge institutionstypers side.

Det skal i denne sammenhæng nævnes at der også er en gruppe brugere der ikke hører til de vanskeligst stillede, men som alligevel er afhængige af at der tages hånd om deres psykiske lidelse, fx depression, for at de kan få effekt af misbrugsbehandlingen og opnå stoffrihed. Men også andre misforhold gør sig gældende:

”Traditionel psykiatrisk behandling ser ofte misbrug som sekundær coping, altså en selvmedicinering af den psykiske forstyrrelse, hvor traditionel misbrugsbehandling ofte ser den psykiske forstyrrelse som et resultat af et vedvarende misbrug. Følgen af et for ensidigt fokus for behandlingen kan være underbetoning af den psykiske sygdom eller misbruget, og behandleren kan derfor overse vigtige aspekter af klientens tilstand som igen forværrer behandlingsresultatet.” (Thylstrup, 2007)

På det seneste er der dog kommet mere fokus på behandlingen af mennesker med samtidig psykisk lidelse og misbrug, især med psykiatriaftalen 2003-2006 der anbefalede at det primære ansvar for behandlingen af brugere med dobbeltdiagnose placeres i det psykiatriske system (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2003). En flerstrengt indsats er nødvendig, ikke alene for at tilvejebringe den stabilitet der kan øge behandlingens effektivitet, men også for at skabe grobund for et tillidsfuldt forhold mellem bruger og fagpersoner, og behandlerne imellem. Samarbejde mellem behandlerne er en forudsætning for effektiv behandling, både i forhold til misbruget og den psykiske lidelse så behandlingen kan tage hånd om begge dele. Helt afgørende er et tæt samarbejde mellem misbrugsbehandling og psykiatri, og på tværs af sociale tilbud og tilbud i sundhedssektoren. Kun på



denne måde kan det sikres at brugerne modtager tilstrækkeligt varierede tilbud og at der arbejdes med individuelle, tværgående løsninger.

## **Tilbud til brugere med dobbeltdiagnose**

Der er oprettet en række bosteder, opsøgende teams og behandlingssteder der retter sig mod de vanskeligst stillede brugere med dobbeltdiagnoser (Merinder, 2007). I disse indsatser har medarbejderne viden om og erfaring med både misbrug og psykiske lidelser, og deres ambitionsniveau ligger ofte på skadesreduktion og på at stabilisere brugerens fysiske, psykiske og sociale situation og misbruget. Et eksempel på et sådant projekt, gennemført i KASA (Københavns Amts Special Ambulatorium), kan ses hos Schepelern Johansen (2007).

Enkelte behandlingstilbud arbejder også med de sociale aspekter af den psykisk syge misbrugers tilværelse, fx Vista Balboa i Odense (CASA, 2005). En sådan helhedsorienteret indsats kan varetages ved at have socialrådgivere tilknyttet til at afdække og stabilisere brugernes sociale situation, eller ved at brugerne er tilknyttet et værested eller andre aktivitetsformer.

# Litteratur

- Abdulrahim, D. (2001). Substance Misuse and Mental Health Co-morbidity (Dual diagnosis) – Standards for Mental Health Services. London, Health Advisory Service.
- Bro Ludvigsen, Kathrine og Tine Lydolph (2007). At blive taget alvorligt – en rapport over stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp. KABS. [www.kvalitetsdatabasen.dk/files/projects/583\\_statusrapport%20kvinde-education.doc](http://www.kvalitetsdatabasen.dk/files/projects/583_statusrapport%20kvinde-education.doc)
- CASA (2005). Vista Balboa – et statusnotat fra Odense Kommunes integrerede indsats for sindslidende med misbrug. Odense Kommune.
- Evjen, R., B. Kielland og T. Øiern (2004). Dobbelt OPP – om psykiske lidelser og rusmisbrug. Universitetsforlaget, Norge.
- Indenrigs- og sundhedsministeriet (2002). Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere.
- Merinder, Lars (2007). Psykiatriens stedbørn. I: STOF nr. 9.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2003). Regeringens psykiatraftale med de kommunale parter for perioden 2003-2006. (Kan findes på [www.sum.dk](http://www.sum.dk))
- Mueser, K.T., R.E. Drake og M.A. Wallach (1998). Dual Diagnosis – a Review of Etiological Theories. I: Addictive Behaviours, 23 (6), 717-34.
- Petersen, Mads Uffe (2005). Den regionale misbrugsuddannelse. (PowerPoint, 08.03.2005.)
- Rausz, M. (1996). Old Problems – New Perspectives. I: European Addiction Research, 2(1), 1-2.
- Schepelehn Johansen, Katrine (2007). Brugernes syn på integreret behandling af misbrug og psykisk sygdom. I: STOF nr. 10.
- Schepelehn Johansen, Katrine (2009). Dobbelt diagnose – dobbelt behandling. I: STOF nr. 13.
- Søndergård, Lotte (2007). Dominerende aber sniffer ikke kokain. I: STOF nr. 10.
- Sundhedsstyrelsen (2009). Narkotikasituationen i Danmark 2009.
- Thylstrup, Birgitte (2007). Misbrug og psykisk lidelse. I: Psykolog Nyt nr. 20.
- Thylstrup, Birgitte (2009). Den terapeutiske relation. I: STOF nr. 13.
- WHO (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007. [www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/](http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/)

# Voksne med ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) har i mange år kun været betragtet som relevant i forbindelse med børn og unge. Først for nylig er der kommet fokus på voksne med ADHD, bl.a. via undersøgelser der peger på at mange voksne med adfærdsproblemer kan diagnosticeres med ADHD – hyppigheden blandt voksne ser ud til at ligge på ca. 2% (Hove Thomsen, 2007). Mennesker med ADHD optræder ofte i de sociale tilbud, fx misbrugsbehandling, og det er påvist at misbrug er mere hyppigt hos ADHD-diagnosticerede end i gennemsnitsbefolkningen (Ahton Nielsen, 2007).

ADHD hos børn og voksne er overordnet kendetegnet ved symptomer på tre områder: opmærksomhed, aktivitet og impulsivitet. Det er sandsynligt at mange voksne med ADHD ikke er blevet diagnosticeret, dels på grund af den traditionelle forståelse om at lidelsen knytter sig til børn og unge, dels fordi hyperaktiviteten forårsaget af ADHD aftager med alderen. I Danmark bruges både det amerikanske diagnosesystem DSM-IV og WHO's diagnosesystem ICD-10 (der bruger begrebet *hyperkinetisk forstyrrelse*) til at stille diagnosen. De væsentligste symptomer på ADHD hos voksne er:

## Opmærksomhedsforstyrrelse

- Er ikke særlig opmærksom på detaljer og laver mange sjuskefejl
- Har koncentrationsproblemer både på arbejde og i fritiden
- Reagerer ofte ikke på direkte tiltale
- Har svært ved at forstå instruktioner og organisere aktiviteter
- Har problemer med at fuldføre opgaver der er startet op af andre
- Har svært ved rutineprægede opgaver
- Taber ofte nødvendige genstande til arbejdsopgaver eller fritidsaktiviteter
- Er let at aflede og glemsom i det daglige

## Hyperaktivitet

- Har uro i kroppen, sidder fx uroligt eller piller ved hænderne
- Har svært ved at blive siddende på en plads
- Er rastløs og har indre uro
- Har svært ved at optræde 'stille og roligt' ved fritidsaktiviteter, fx spil
- Virker ofte lidt 'hyper' og taler meget

## Impulsivitet

- Svarer ofte før et spørgsmål er stillet færdigt

- Afbryder ofte andre eller bryder ind i andres aktiviteter
- Har svært ved at vente på at det bliver hans eller hendes tur

Koncentrationsproblemerne hos voksne med ADHD kan føre til at den pågældende glemmer aftaler og har rod i økonomien, pga. vanskeligheder med at huske at betale regningerne og holde styr på indtægter og udgifter i det hele taget. Det er typisk for voksne med ADHD at have behov for at opnå en spændingstilstand hvilket kan få dem til at søge aktiviteter hvor der sker noget, fx fart i trafikken. Voksne med ADHD har det ofte svært socialt fordi de kan have svært ved at fornemme andres grænser og fordi de kan opleves meget uforudsigelige og følelsesmæssigt svingende – fra trist til manisk på ganske kort tid.

Før en læge kan stille diagnosen ADHD, må patienten have mindst seks af symptomerne nævnt under opmærksomhedsforstyrrelse eller mindst seks af de symptomer der beskrives under hyperaktivitet og impulsivitet. Desuden skal det kunne bekræftes at patienten har haft nogle af disse symptomer før syvårsalderen (Hove Thomsen, 2007).

Voksne med ADHD kan have det svært i et samfund som det danske hvor der generelt er fokus på livslang læring og hvor der stilles store krav til opmærksomhedsfunktioner, fleksibilitet og omstillingsparathed. Mange arbejdsfunktioner er i dag langt mere komplekse end tidligere og det forventes at den enkelte medarbejder selv kan skabe sig et overblik – noget der falder den voksne med ADHD meget svært (Hove Thomsen & Damm, 2007).

## ADHD og misbrug

Set i forhold til den øvrige befolkning har mennesker med ADHD livet igennem øget risiko for at udvikle misbrugsproblemer, komme ud i kriminalitet eller få en psykiatrisk diagnose. Ca. 2% af den voksne befolkning opfylder kriterierne for ADHD (Hove Thomsen & Damm, 2008). Risikoen for at blive misbruger er fordoblet hvis man har ADHD, og de unge med lidelsen accelererer ofte i overgangen fra et eksperimenterende stofbrug til et egentlig misbrug. Stofmisbrugere med ADHD har generelt udviklet misbruget tidligere end andre og det er i reglen alvorligere (Achton Nielsen, 2007).

I hvilket omfang voksne med ADHD har brug for hjælp og støtte varierer med graden af deres symptomer og med deres livssituation. ADHD-foreningen (2004) peger på at dét at leve med ADHD er at leve med et handicap, og det udløser – ud over et behov for behandling – et behov for forståelse, støtte og hjælp til eksempelvis:

- at planlægge dagligdagen og holde orden og styr på hjemmet
- at håndtere økonomien og organisere og skabe struktur på arbejde eller uddannelse
- at organisere og skabe struktur i fritiden og skabe et socialt liv
- at få oplæring i at skabe struktur på hverdagen og støtte til at udarbejde strategier
- at få undervisning og øvelser i at takle konfliktsituationer og hjælp til at øve sig på at mestre stresssituationer

## Sagsbehandling ved ADHD

Hove Thomsen og Damm (2007) beskriver hvordan mange voksne med ADHD har dårlige erfaringer med de offentlige myndigheder, og de peger på at en væsentlig grund hertil er kommunernes manglende viden om lidelsen, og at de – blandt andet derfor – ikke er gode nok til at informere de berørte borgere om deres rettigheder og muligheder:

”Det kan få alvorlige konsekvenser for de voksne med ADHD når mødet med det kommunale system forløber dårligt. Det kan betyde lange, komplicerede sagsforløb med mange tiltag der ikke virker, fordi der ikke tages hensyn til den voksnes ADHD. Mange oplever derfor at have afbrudte arbejdsprøvninger, aktiveringer og uddannelsesforløb bag sig.”

Manglende viden om konsekvenserne af ADHD kan føre til at voksne med lidelsen ikke møder forståelse for deres funktionsnedsættelser der jo ikke kan ses med det blotte øje. Uden en anerkendelse af funktionsnedsættelserne kan den voksne ADHD-patient ikke få tilkendt de handicapkompensatoriske ydelser vedkommende har krav på. For stofmisbrugere med ADHD kan det betyde at indsatsen alene rettes mod det synlige problem, misbruget, mens det underliggende ADHD-problem overses.

## Litteratur

Achton Nielsen, Jørgen (2007). Voksne med ADHD i hospitalspsykiatrien. I: Hove Thomsen & Damm (2007). ADHD-foreningen (2004). Voksne med ADHD. [www.adhd.dk/images/stories/pdf/voksmedadhd.pdf](http://www.adhd.dk/images/stories/pdf/voksmedadhd.pdf)

Hjul Hallberg, Kira og Camilla Sabroe Jydebjerg (2007). Voksne med ADHD og deres kontakt til det kommunale system. I: Hove Thomsen & Damm (2007).

Hove Thomsen, Per (2007). Det kliniske billede i 'Et liv i kaos'. Hans Reitzels Forlag.

Hove Thomsen, Per og Dorte Damm (2008). ADHD hos voksne. I: Ugeskrift for læger. 20. oktober.

Hove Thomsen, Per og Dorte Damm (red.) (2007). Et liv i kaos. Hans Reitzels Forlag.

Psykiatrifonden (2007). ADHD – opmærksomhedssygdommen hos børn og voksne.

## Misbrugere med anden etnisk baggrund end dansk

Ifølge Rahbæk (2005) var der skønsmæssigt omkring 4.000 stofmisbrugere med anden etnisk baggrund end dansk i Danmark i 2003, dvs. indvandrere eller efterkommere fra ikke-vestlige lande. På samme tidspunkt var ca. 12.000 stofmisbrugere i behandling for misbruget og ca. 8% af dem havde anden etnisk baggrund end dansk. Det betyder at andelen af misbrugere med anden etnisk baggrund er lidt mindre i stofmisbrugsbehandlingssystemet end i befolkningen som helhed.

Stofmisbrugere med anden etnisk baggrund end dansk har en række af misbrugslivets årsager og omstændigheder tilfælles med de etnisk danske misbrugere, men der er også forhold der kan have betydning for deres misbrugsliv på forskellig vis og som kun gør sig gældende for dem (Rahbæk, 2005):

**Migration.** Mennesker med anden etnisk baggrund har en migrationshistorie med betydning både for de migrerede og deres børn. Særlige vilkår knytter sig til flygtninge der ofte har været udsat for tortur eller andre traumatiserende oplevelser forbundet med flugt fra hjemlandet. Det kan have betydning også for deres børn der ofte har det svært når de ankommer til Danmark. Særligt de store børn kan have problemer med at begå sig blandt jævnaldrende, og nogle få af dem finder et fællesskab omkring rusmidler. Hvis forældrene taler dårligt dansk, kan deres børn desuden få et tyngende ansvar for familien fordi de bliver bindeled mellem forældrene og det dansktalende samfund.

**Mindretal.** Mange med anden etnisk baggrund oplever at de ikke bliver accepteret på linje med danskerne af det omgivende samfund.

**Etnicitet.** Misbrugere med anden etnisk baggrund rammes i mange tilfælde hårdere af fordømmelse i deres eget netværk end danskere.

Familien er en helt central faktor for mange misbrugere med anden etnisk familiebaggrund end dansk. Den kan både have rollen som støttende og meningsgivende omdrejningspunkt i misbrugerens liv og som kernen i misbrugsproblemet. Som mange andre stofmisbrugere har brugere med anden etnisk baggrund ofte haft en belastet barndom, men de adskiller sig fra de danske brugere ved at (stor)familien langt hyppigere stadig er til stede og spiller en betydningsfuld rolle – positiv såvel som negativ. Stofmisbrugere fra etniske mindretal risikerer i højere grad end danskere at blive ekskluderet af deres nærmeste fordi mange

mindretalskulturer ikke accepterer misbrug af rusmidler. En række problemer knytter sig særligt til misbrugsbehandling af stofmisbrugere med anden etnisk baggrund end dansk, måske fordi de skiller sig ud fra behandlingssystemets norm der af Rahbæk defineres som *en hvid, heteroseksuel mand med lav socioøkonomisk status og uden andet netværk end det stofrelaterede* (Rahbæk, 2005; Hjertnes, 2005). Først og fremmest oplever behandlerne ofte at familien har presset brugeren til at gå i behandling og at motivationen i højere grad ligger hos familien end hos misbrugeren selv – at den pågældende går i behandling 'for familiens skyld'. Det er heller ikke usædvanligt at brugeren og dennes familie har en anden opfattelse af *afhængighed* end behandlerne, forstået således at de udelukkende fokuserer på den fysiske afhængighed, og derfor anser behandlingen for afsluttet når afgangningen har fundet sted.

Brugere med anden etnisk baggrund er sjældnere i døgnbehandling end den øvrige brugergruppe og de afbryder oftere behandlingen, både den ambulante og døgnbehandlingen. Brugere såvel som behandlere giver udtryk for at døgnbehandling er vanskelig for denne gruppe. De har svært ved at være væk fra deres familie så længe. Nogle behandlere nævner at misbrugere med anden etnisk baggrund ofte har snævrere grænser for hvad de vil fortælle om i gruppeterapi end misbrugere med dansk baggrund, men at de gerne åbner sig i individuelle samtaler med deres kontaktperson.

Omsorg er et vigtigt element i det danske behandlingssystem. Men da denne opgave traditionelt løses af familien hos mange med anden etnisk baggrund, kan behandlerne have svært ved at komme igennem med deres omsorg i forhold til misbrugere fra andre kulturer. De traumatiserede flygtninge frembyder endnu et sæt særlige problemer, der dog ligner de problemer der knytter sig til stofmisbrugere med en psykisk lidelse (jf. side 171). Også de risikerer at havne 'mellem to stole' for i hverken misbrugsbehandlingen eller psykiatrien magter at håndtere begge problemer samtidig og begge ønsker 'det andet' problem løst først.

Nogle misbrugere med anden etnisk baggrund har sprogvanskeligheder og må kommunikere via tolk. Det kan vanskeliggøre etableringen af en god relation mellem bruger og behandler. Tolkebistand kan også lægge bånd på brugerens åbenhed idet nogle brugere giver udtryk for at de frygter at tolke med samme baggrund som dem selv, vil sladre til det fælles netværk. En anden grund til at nogle misbrugere med anden etnisk baggrund er tilbageholdende med at søge behandling, kan være at de frygter de retslige konsekvenser ved at søge hjælp, fx i forbindelse med en uafklaret opholdsstatus.

Danske behandlere kan mangle sprog- og kulturkompetencer til at håndtere misbrugere med anden etnisk baggrund – og der er langt mellem behandlere med en baggrund der er relevant i forhold til denne gruppe. Både behandlere og brugere efterlyser flere behandlere med anden etnisk baggrund. I forbindelse med behandlingen af stofmisbrugere med anden etnisk baggrund anbefaler Rahbæk (2005):

- At det ikke udelukkende overlades til den enkelte behandler at håndtere mangfoldigheden blandt brugerne, men at der skabes nogle rammer omkring behandlingen som tager højde for de forskellige behov i brugergruppen.
- At der sker en nøje udredning af familieforholdene for den enkelte bruger, og at familien inddrages hvis udredningen giver anledning til det. For nogle brugere er familien en nødvendig del af behandlingen, for andre vil det være mere hensigtsmæssigt at støtte dem i at distancere sig fra familie.
- At oplysninger om rusmidler, misbrug og behandling formidles gennem de etniske mindretals egne netværk. Oplysning er vigtig for at få bugt med fordommene og rette op på skæve opfattelser af hvad det vil sige at være i misbrugsbehandling.

## Litteratur

Hjertnes, Bjørn Louis (2005). Andre blikk – et innsyn i livssituasjonen tre sprøytebrukere med ikke-vestlig bakgrunn i Oslo. Rusmiddelstaten, Oslo Kommune.

Rahbæk, Helle, Kirsten Hvenegård og Jacob Als Thomsen (2005). Stofmisbrug – blandt etniske minoriteter i Danmark. ALS Research APS.

Udlændingesservice (2009). Tal og fakta - Befolkningsstatistik om Udlændinge 2008. [www.nyidanmark.dk/NR/rdonlyres/554DE44C-BCFB-4DEC-BF13-A549D669C1F3/0/talogfakta\\_befolkningsstatistik.pdf](http://www.nyidanmark.dk/NR/rdonlyres/554DE44C-BCFB-4DEC-BF13-A549D669C1F3/0/talogfakta_befolkningsstatistik.pdf)



## Brugere med langvarigt misbrug

Har man brugt rusmidler over en længere årrække, betegnes man *ældre stofmisbruger* eller *bruger med langvarigt misbrug*. Begrebet *ældre stofmisbruger* bruges relativt bredt. Generelt er ældre stofmisbrugere aldersmæssigt væsentligt yngre end andre ældre i det danske samfund. En ældre stofmisbruger kan være så ung som 39 år idet vendingen bruges om misbrugere der i mange år har levet et liv der har ført til et omfattende omsorgs- og plejebehov. Det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA (2008), definerer ældre stofbrugere som personer der har påbegyndt stofbrug i en tidlig alder og har en lang forhistorie med stofbrug der fortsætter op i alderen, samt personer der i en sen alder har påbegyndt stofbrug, ofte startet på grund af stressende begivenheder i deres liv såsom tidlig pensionering, sammenbrud i ægteskab, social isolering eller dødsfald. Her beskrives primært den første gruppe som har et omfattende behov for social støtte.

Antallet af stofmisbrugere med langvarigt stofmisbrug bag sig er stigende. EMCDDA anslår at antallet af ældre med stofmisbrugsproblemer – eller ældre mennesker med behov for behandling af en stofmisbrugslidelse – på europæisk plan kan forventes mere end fordoblet mellem 2001 og 2020. Samtidig er antallet af brugere på 40 år eller derover, der behandles for opiatproblemer, blevet mere end fordoblet mellem 2002 og 2005. Årsagen er dels de store årgange mellem 1946 og 1964, dels en højere forekomst af stofbrug i denne gruppe. Ifølge EMCDDA har tilbud om længerevarende substitutionsbehandling og skadesreducerende tilbud ført til at flere er kommet og er blevet i behandling. Derfor er der en større gruppe af ældre stofmisbrugere i dag. I 2008 var antallet af personer over 39 år i substitutionsbehandling i Danmark 4.200. Det svarer til 55% af alle stofmisbrugere i behandling (Sundhedsstyrelsen, 2009).

”I takt med at metadonbehandling og andre vedligeholdelsesprogrammer [længerevarende substitutionsbehandling] bliver mere effektive til at fastholde patienter i behandling og til at reducere antallet af dødsfald som følge af overdosis, vil antallet af ældre patienter gradvis stige.” (EMCDDA, 2008)

Mange ældre stofmisbrugere er i substitutionsbehandling og har været det i årevis, og mange af dem har sideløbende hermed et betydeligt forbrug af andre rusmidler, ordinerede og ikke-ordinerede. Den ældre stofmisbruger vil i reglen have et øget omsorgs- eller plejebehov udløst af flere af følgende problemer (Zeeberg, 2005; Pedersen, 2006; Narkotikarådet, 2002):

- Et langvarigt blandingsmisbrug, fx af heroin, alkohol, metadon, benzodiazepin, stesolid, speed, kokain eller hash
- Erfaring med seksuelle overgreb, prostitution, kriminalitet eller fængselsophold
- Juridiske problemer eller økonomisk kaos, fx ubetalte bøder
- Afvigende social adfærd og dårlig kontakt til netværk og eventuelle børn
- Lang behandlingshistorie eller tilbagevendende hospitalsindlæggelser
- Et omskifteligt liv med ophold på herberger, på gaden og i midlertidige botilbud, måske mangeårigt ophold på forsorgshjem
- Hjemløshed eller problemer med at klare sig i eget hjem
- Helbredsproblemer

Når brugere der har brugt rusmidler i en lang årrække, bliver ældre, vil mange af dem udvikle alvorlige helbredsproblemer. EMCDDA (2008) påpeger både de *psykiske* skadevirkninger forårsaget af misbruget, af livet som misbruger eller af omsorgs- eller systemsvigt og de *fysiske* skadevirkninger misbruget forårsager (kronisk hepatitis C, alkoholisk leverskade fx i form af skrumpelever, leverkræft eller leverbetændelse, hiv eller aids, kroniske lungesygdomme, kredsløbsproblemer i form af blodpropper og dårlige blodårer, dårlige tænder samt manglende lemmer som følge af amputation eller kroniske sår efter fejlfix).

Nogle ældre stofmisbrugere har en diagnosticeret eller udiagnosticeret psykisk sygdom, og mange er i en svingende tilstand med periodiske, stofrelaterede, psykiske problemer der kan være svære at skelne fra kroniske psykiatriske sygdomme. En anden problemtype, der især ses hos personer der har drukket meget alkohol, er hjerneskader, fx manifesteret ved demenslignende symptomer som problemer med hukommelsen, vanskeligheder ved abstrakt tænkning eller koncentrationsbesvær (Pedersen, 2006).

Mange af de ældre misbrugere modtager pension og vil i reglen kun have haft sparsom tilknytning til arbejdsmarkedet i deres livsforløb. I storbyerne er gennemsnitsalderen på stofmisbrugere væsentlig højere end i resten af landet. Det skyldes at den ungdomsnarkomani der opstod i 1960'erne, primært var et storbyfænomen, samt at behandlingstilbuddene først blev udviklet i storbyerne. En opgørelse fra Københavns Kommune viser at hovedparten af de stofmisbrugere der er i behandling i kommunen, har over 15-20 års misbrug bag sig. De har været igennem mange behandlingsprogrammer og har oplevet stoffri perioder, hvad der blandt andet bevirker at gennemsnitsalderen i substitutionsbehandling er højere end i stoffri behandling. Unge tilbydes som regel stoffri behandling som første behandlingstilbud (Københavns Kommune, 2006).

Brugere med et langt liv med stofmisbrug, evt. suppleret med et alkoholmisbrug, vil ofte have en social status og nogle behov relateret til misbruget og helbredet der fordrer særlig hensyntagen, bl.a. i forbindelse med medicinering og sundhedsfaglig støtte.

”Beboerne på Plejekollektivet i København har ved indskrivning hyppigst behov for hjælp og støtte til daglig livsførelse, omsorg og social kontakt og fysiske rammer der tager hensyn til at mange har svært ved at komme rundt på egen hånd uden hjælpemidler. Beboerne har behov for aktivitetstilbud der modsvarer deres behov og resurser. De har også behov for en rummelighed i forhold til adfærd og aktivt misbrug.” (Pedersen, 2006)

Narkotikarådet beskriver netop rummelighed som afgørende for kontakten til de ældre misbrugere der i deres tid som misbrugere ofte har opbygget en modstand mod det offentlige system (Narkotikarådet, 2002).

Ud over den gruppe af ældre stofmisbrugere der har påbegyndt forbruget af rusmidler i en tidlig alder og derfor har en række sociale, psykiske og fysiske problemer, findes der en gruppe af ældre der begynder at misbruge lægeordineret medicin, håndkøbsmedicin eller alkohol i en høj alder. Denne gruppe er ældre end gruppen af svært belastede misbrugere, beskrevet i det ovenstående. Vi ved reelt ikke så meget om denne gruppe og de konsekvenser misbruget har for dem, men misbruget kan forværre konsekvenserne af de psykiske, sociale og helbredsmæssige problemer ældningen generelt kan give (EMCDDA, 2008).

## Tilbud til brugere med langvarigt misbrug

En del stofmisbrugere med langvarigt misbrug har ingen eller kun sporadisk kontakt med behandlingssystemet, meget lig målgruppen for SKP-ordningen (side 108). Deres problemer er komplekse – både fysiske og psykiske – hvilket gør det vanskeligt for dem at bruge de eksisterende hjælpetilbud. Ofte opstår der i løbet af kort tid konflikter der medfører at brugerne udelukkes fra tilbuddene, og derfor er denne gruppes kontakt til det etablerede hjælpesystem ofte præget af at være akut, sporadisk og usammenhængende (Thiesen, 2006).

En del i denne gruppe formår at bruge de kravløse lavtærskeltilbud, fx natcaféer og væresteder. At tilbuddene er kravløse – og i vid grad også rammeløse – betyder at svært belastede misbrugere kan håndtere at bruge dem, selvom de ikke kan fungere i den type relation der normalt kræves for at kunne bruge det sociale system.

For denne gruppe er traditionel ambulans- eller dagbehandling sjældent hensigtsmæssig fordi forudsætningerne for at mønstre den fornødne stabilitet ikke er til stede. Typisk er de eneste sociale relationer dem der er knyttet til stofmisbruget, og det er ikke en type netværk der kan yde støtte. Hjemløshed forekommer hyppigt hos denne gruppe, hvor også den sociale situation er så ustabil at det er urealistisk at forvente tilstrækkelig stabilitet i forhold til behandling, uden samtidigt at ændre en række andre forhold. Den måde behandlingssystemet generelt møder brugere på, udgør en barriere for kontakten til denne del af

målgruppen. Følgende kendetegn udelukker eksempelvis de fleste af disse særligt sårbare misbrugere fra eksisterende tilbud (Bruun-Toft & Christiansen, 2005):

- Brugerens motivation måles ud fra fremmøde og ved at stille krav til den enkelte
- Det forventes at brugerne selv formulerer behov og ønsker
- Man mangler tro på disse brugeres forandringspotentiale
- Der er ingen fleksibilitet i de krav der stilles til brugerne

Brugernes og systemets barrierer supplerer hinanden med det resultat at disse belastede misbrugere ikke formår at leve op til kravene fra behandlingssystemet som derfor får svært ved at tilbyde en passende og tilstrækkelig behandling. Disse forhold kan gøre både misbrugerne og behandlingspersonalet frustrerede og pessimistiske i forhold til at tro på forandring hos den enkelte misbruger. Behandlerne kommer let til at føle at de ikke slår til over for misbrugerne, og de har svært ved at tilbyde den hjælp der kræves i forhold til brugernes komplicerede situation. Det kræver tid, fagligt overskud og rummelighed at arbejde med svært belastede misbrugere, og det kræver bred enighed i behandlergruppen om at der må stilles forskellige krav til forskellige brugere.

## Botilbud

Alternative plejehjemspladser er det primære botilbud til stofmisbrugere der ikke kan klare sig i eget hjem eller på gaden, og som ikke kan trives på almindelige plejehjem (servicelovens §108<sup>a</sup>). Målgruppen for alternative plejehjemspladser er bl.a. stofmisbrugere der på grund af fysiske, psykiske og misbrugsmæssige problemer har brug for vedvarende omsorg, pleje og social kontakt, men som på grund af deres adfærd og aktive misbrug ikke kan rummes i de ordinære plejetilbud (Pedersen, 2006). Der er altså her tale om misbrugere der ikke uden videre kan overføres til almindelige plejehjem fordi deres adfærd afviger markant fra normen. Ud over at det kan være vanskeligt for denne gruppe at trives på de almindelige plejehjem, er de sværere at samarbejde med for fagpersonerne, og de andre plejehjemsbeboere er ofte utrygge ved dem. Behovet for alternative plejehjemspladser udspringer også af at denne målgruppe har et kronisk pleje- og omsorgsbehov og ofte har boet på forsorgshjem i så mange år at opholdet ikke længere kan betragtes som midlertidigt. Formålet med de alternative plejehjemspladser er bl.a. at yde pleje og omsorg der kan lindre beboernes komplikationer. Desuden lægges der vægt på at tilbyde tryghed og skabe rummelighed ([www.dannesbo.dk](http://www.dannesbo.dk)).

Det er vigtigt at indsatsen for ældre eller plejekrævende misbrugere baseres på et samarbejde mellem de sociale og de sundhedsmæssige tilbud. Det er forudsætningen for at yde en helhedsorienteret indsats. Som regel vil indsatsen skulle koordineres af den kommunale sagsbehandler der indgår i et samarbejde med forskellige parter, afhængigt

af brugerens individuelle behov. I tilfælde hvor brugeren kan klare sig i egen bolig kan en samarbejdspartner eksempelvis være den hjemmesygeplejerske der kommer hos brugeren. Benytter den pågældende sygehuset til sårbehandling, infektionsmedicin, psykiatrisk behandling eller andet, kan sagsbehandleren arbejde sammen med fagpersoner herfra. Ud over de alternative plejehjemstilbud kan der ydes støtte på følgende områder:

**Personlig hjælp, omsorg og pleje** (serviceloven kap. 16\*). Kommunerne skal sikre hjælp til borgere der midlertidigt eller varigt har brug for hjælp til personlig pleje og praktisk støtte til opgaver i hjemmet. Hjælpen kan gives uanset hvilken bolig den enkelte modtager har, og skal ydes efter en vurdering af de individuelle behov.

**Andre tilbud.** Gruppen af svært belastede ældre misbrugere kan indgå i tilbud der netop er rettet mod mennesker med store sociale vanskeligheder og sigter mod en bedring af livskvaliteten for denne gruppe. Disse er beskrevet nærmere side 103ff.

## Litteratur

- Bruun-Toft, Vibeke og Rasmus Koberg Christiansen (2005). Særlig indsats for svært udsatte stofmisbrugere med anden etnisk baggrund end dansk på Indre Vesterbro – rapport, december 2005. Københavns Kommune.
- EMCDDA – Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (2008). Stofbrug blandt de ældre, et overset problem – fokus på narkotika.
- Københavns Kommune (2006). Sektorplan for Københavns Kommunes indsats over for stofmisbrug 2006-2008.
- Narkotikarådet (2002). Tag over hovedet – Narkotikarådets anbefalinger vedrørende botilbud og andre sociale tilbud til pleje- og omsorgskrævende stofmisbrugere.
- Pedersen, Dorrit (2006). De står til de falder – en evaluering af Plejekollektivet, et pleje- og omsorgstilbud til syge og hjemløse stofmisbrugere. Københavns Kommune.
- Pedersen, Mads Uffe (2005). Heroin-afhængige i metadonbehandling – den medicinske og psykosociale indsats. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Serviceloven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen (2005). Narkotikasituationen i Danmark.
- Sundhedsstyrelsen (2009). Narkotikasituationen i Danmark 2009.
- Thiesen, Henrik (2006). Beskrivelse af sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere i Københavns Kommune. Sundhedsteam i København, Københavns Kommune. [www.hjemloesundhed.dk/images/Beskrivelse\\_af\\_sundhedsfagligt\\_tilbud.pdf](http://www.hjemloesundhed.dk/images/Beskrivelse_af_sundhedsfagligt_tilbud.pdf)
- Zeeberg, Henriette (2005). Den selvejende institution Sølodgård – en udviklende boform for ældre misbrugere. Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte, Esbjerg.
- [www.dannesbo.dk](http://www.dannesbo.dk)

## Kriminalitet og stofmisbrug

I 2002 påviste en undersøgelse af kriminalforsorgens klientel at halvdelen af de indsatte i danske fængsler har et egentligt misbrug af euforiserende stoffer eller alkohol. Tre ud af fire i Kriminalforsorgens varetægt har prøvet hash, over halvdelen har prøvet centralstimulerende rusmidler som kokain og amfetamin, mens en tredjedel har prøvet heroin eller morfinpræparater (Sundhedsstyrelsen, 2008). Ca. 3.200 stofmisbrugere anslås at være i kontakt med fængselssystemet hvert år, og op mod 70% af alle stofmisbrugere anslås at sidde i fængsel mindst én gang i deres liv (Kramp, 2003; Jourdan, 2007).

Siden 1. januar 2007 har indsatte i fængsler og arresthuse haft samme krav som landets øvrige stofmisbrugere på at få social behandling inden for 14 dage hvis de forventes at skulle sidde inde mere end 3 måneder. Det er et grundprincip i kriminalforsorgens stofmisbrugspolitik at indsatte der er motiverede for og vurderes egnede til behandling, skal tilbydes plads i det almindelige behandlingssystem hvis dommen tillader det (Heltberg, 2007). Hvis hensyn til straffen eller sikkerhedsmæssige forhold udelukker den indsatte fra eksterne behandlingstilbud, skal kriminalforsorgen tilbyde relevant behandling inden for institutionens rammer i det omfang det lader sig gøre. De interne behandlingstilbud skal så vidt muligt repræsentere de tilbud der findes i samfundet så behandlingen kan videreføres hvis der sker ændringer i den indsatte's vilkår. Behandlingen bør fokusere på at forebygge ny kriminalitet (Regeringen, 2003). I det første år efter at garantien for at få social behandling er blevet indført, har godt 1.000 mennesker i fængslerne været i behandling (Sundhedsstyrelsen, 2008).

### Den gode løsladelse

Læge Peer Brehm Christensen har påvist at dødeligheden for stofmisbrugere der er nyløsladt fra fængsel, er to en halv gang højere end for stofmisbrugere der ikke er i behandling og fem gange højere end for stofmisbrugere i behandling (Jourdan, 2007). I forlængelse heraf påpeger Jens Damm, behandlingsleder i Statsfængslet Østjylland (2007), vigtigheden af tæt opfølgning ved løsladelse:

”De indsatte lærer en masse under behandlingen. De arbejder med sig selv i terapi og træner brugen af de nye værktøjer blandt hinanden. Men det er altså ikke nok til at de kan hoppe direkte fra deres lille fængselscelle og ud i et godt, ansvarsfuldt liv som stoffrie samfundsborgere. Det er jo netop efter løsladelsen at alt skal gå op i en højere enhed, og det er i den grad essentielt at der er kompetente støttepersoner til rådighed når livet skal leves uden for murerne.”

For at sikre en god løsladelse, skal et samarbejde mellem Kriminalforsorgen og kommunerne etableres med henblik på at kunne udføre en helhedsorienteret, koordineret og sammenhængende indsats for fængslede borgere. Samarbejdet kan sikre de nødvendige foranstaltninger efter en løsladelse så brugerne støttes i at fastholde dét de har opnået ved behandlingen i fængslet.

En god løsladelsesproces fordrer at 'ingen slipper før andre har fat'. Ved overgangen fra fængsel til frihed er det centralt at sikre sammenhæng i indsatsen, fx ved at bruge handleplaner. Når fokus er på *den gode løsladelse*, er det fordelagtigt at arbejde med tydelig opgave- og ansvarsfordeling og med at planlægge og aftale indsatsen (Ramsbøl & Rasmussen, 2009).

## Litteratur

Damm, Jens (2007). Behandling inden for murene. I: STOF nr. 8.

Heltberg, Therese (2007). Behandlingsgaranti for stofmisbrugere i Kriminalforsorgen. I: STOF nr. 8.

Jourdan, Michael (2007). Når stofmisbrugere havarerer. I: STOF nr. 8.

Kramp, Peter m.fl. (2003). Rusmiddelundersøgelsen – misbrug blandt Kriminalforsorgens klientel. Kriminalforsorgen.

Ramsbøl, Hanne og Nell Rasmussen (2009). Projekt god løsladelse – erfaringer, metoder og anbefalinger. Servicestyrelsen.

Regeringen (2003). Kampen mod narko – handleplan mod narkotika. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. [www.ism.dk](http://www.ism.dk)

Sundhedsstyrelsen (2008). Narkotikasituationen i Danmark.

Vejledende retningslinier for samarbejdet mellem de sociale myndigheder og kriminalforsorgens institutioner og afdelinger (\* 2) – VEJ nr. 68 af 21/04/1998. Velfærdministeriet.

## Misbrugere med senfølger af seksuelle overgreb

Ifølge Dahl og Pedersen (2008) oplyser 7% af de stofmisbrugende mænd og 48% af de stofmisbrugende kvinder at de har været udsat for seksuelle overgreb som barn og/eller voksen. For de voksne, stofmisbrugende kvinders vedkommende er det som regel enten (eks) kæresten eller (eks)mænd der står for de seksuelle overgreb. Nogle kvinder fortæller at de er blevet udsat for seksuelle overgreb fra mandlige medfanger i fængsler eller medklienter på døgninstitutioner. Kvinder der arbejder i prostitution er særligt udsatte. Hvad angår seksuelle overgreb på børn, beskriver et stort antal kvindelige stofmisbrugere at de som børn eller unge har været udsat for seksuelle overgreb. Seksuelle overgreb mod børn og unge begås ofte af nærtstående familiemedlemmer eller andre i det nære netværk, og det kan dreje sig om overgreb gennem flere generationer.

Når de seksuelle overgreb foregår inden for familien, er der tale om incest. Hovedparten af seksuelle overgreb foregår mellem personer der i et vist omfang kender hinanden (Gram, 2001; Helweg-Larsen & Larsen, 2002).

Seksuelt misbrug i barndommen kan have langvarige senfølger der manifesterer sig i psykiske, sociale og fysiske problemer i voksenlivet. Graden af senfølger varierer med personens sårbarhed, karakteren og hyppigheden af overgrebene og offerets relation til krænkeren (Hobbins, 2004).

Ud fra straffeloven kan seksuelle overgreb defineres som de seksuelle handlinger børn og unge skal beskyttes mod. Det drejer sig overordnet om:

- Samleje eller anden kønslig omgang med børn under 15 år
- Samleje eller anden kønslig omgang med slægtninge i nedadstigende linje samt mellem søskende
- Samleje eller anden kønslig omgang med en person under 18 år der er adoptivbarn, stedbarn, plejebarn eller betroet den pågældende til undervisning eller opdragelse
- Samleje eller anden kønslig omgang med en person under 18 år hvis det kommer i stand ved misbrug af overlegenhed i alder og erfaring
- Samleje eller anden kønslig omgang med personer under 18 år ved ulovlig tvang eller betaling

Både drenge og piger udsættes for seksuelle overgreb af kvinder og mænd. Der er et vidt spænd i de psykiske problemer voksne med senfølger efter seksuelle overgreb kan have, og krænkelserne kan have alvorlige konsekvenser for den enkeltes livskvalitet (Elklit & Øxenberg, 2003). Seksuelle overgreb krænker den personlige integritet og svækker evnen til at fornemme egne grænser. Det kan medføre problemer med at sige fra hvad der gør



det lettere for omgivelserne at udnytte den pågældende (Vea, 2001). Det fører igen til lav selvtillid, selvhad, skyldfølelse og afmagt, måske endda depression eller posttraumatisk stressyndrom (side 173).

Et barn der udsættes for seksuelle overgreb, svigt af krænkeren men også af de øvrige voksne i dets nærhed, dvs. nærtstående der ikke formår at beskytte barnet mod overgreb. Det kan føre til en livslang, grundlæggende mistillid til andre mennesker der, kombineret med en manglende fornemmelse for grænser, kan gøre det svært at indgå i sociale fællesskaber. Seksuelt misbrugte bliver derfor let socialt isolerede (Gibson & Hartshorne, 1996; Lyager & Lyager, 2005). De fysiske senfølger efter seksuelle overgreb kan være smerter i muskler, knogler, bækken og underliv (Hilden, 2004; Larsen, 2006). En anden type senfølger er selvdestruktiv livsførelse, fx rusmiddelmisbrug, spiseforstyrrelser, cutting eller selvmordsforsøg (Larsen, 2006).

Arbejdet med seksuelt misbrugte indebærer nogle særlige udfordringer, bl.a. fordi området er så tabubelagt at det hæmmer en dialog om emnet. Det betyder at både den krænkede og fagpersonen kan være tilbageholdende med at indlede en samtale om seksuelle overgreb. Håndbogen *Senfølger af overgreb* tilbyder fagpersonen en række redskaber til dette arbejde (Larsen, 2006). Her påpeges også betydningen af at seksuelt misbrugte bliver hørt, troet og taget alvorligt når de åbner sig og fortæller om overgrebene.

# Litteratur

- Barlach, Lise (2007). Psykologbehandling til seksuelt misbrugte – erfaringer fra en forsøgsordning for voksne. Servicestyrelsen, København.
- Dahl, Helle Vibeke og Mads Uffe Pedersen (2008). Kvinder og køn – stofbrug og behandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.
- Elklit, Ask og Anne Øxenbergs (2003). Voksne ofre for incest. I: Psykolog Nyt, nr. 6.
- Frandsen, Luise Moustgaard (2007). Årsstatistik 2006 – statistik fra centre, der arbejder med senfølger efter seksuelle overgreb. Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service, København.
- Gibson, Rebecca L. og Timothy S. Hartshorne (1996). Childhood Sexual Abuse and Adult Loneliness and Network Orientation. I: Child Abuse & Neglect, Vol. 20, nr. 11, 1087-1093.
- Gram, Marianne (2001). Det seksuelle overgreb – krænkerens profil set i et teoretisk og behandlingsmæssigt perspektiv. Akademisk Forlag, København.
- Helweg-Larsen, Karin og Helmer Bøving Larsen (2002). Unges trivsel år 2002 – en undersøgelse blandt 9. klasses elever med fokus på seksuelle overgreb i barndommen. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- Hilden, Malene m.fl. (2004). A History of Sexual Abuse and Health – a Nordic Multicentre Study. International Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol. 111, 1121-1127.
- Hobbins, Debra (2004). Survivors of Childhood Sexual Abuse – Implications for Perinatal Nursing Care. I: JOGNN, Vol. 33, nr. 4, 485-497.
- Larsen, Kristian (2006). Senfølger af overgreb – voksne med følger af seksuelle overgreb i barndommen, hvad er senfølgerne og hvordan kan man hjælpe? Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte, København.
- Lyager, Jette og Lone Lyager (2005). At bestige bjerge – gruppeterapi for seksuelt misbrugte mænd. Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte, København.
- Vea, Hildur (2001). Mestring av virkninger etter seksuelle overgrep. Universitetet i Bergen, Det medicinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Senter for etter- og videreutdanning.

## Stofmisbrug og prostitution

Mange stofmisbrugende kvinder har arbejdet i prostitutionsbranchen – nogle i årevis, nogle periodevis, de fleste på gaden eller fra massageklinikker. Prostitutionen har skullet finansiere både rusmidlerne og andre leveomkostninger, fx husleje, el, vand, mad og tøj (Dahl & Pedersen, 2008). Der er mange slags prostitution, og grænsen for hvad man kan kalde prostitution er flydende. Mest kendt er gadeprostitution, massageklinikprostitution, escortprostitution og prostitution i private hjem og via barer, men der er også blandingsformer og prostitutionsforhold der ikke har det traditionelle tydelige køber/sælgerforhold. Prostitution findes i hele landet, og både mænd og kvinder prostituerer sig. Kombinationen af stofmisbrug og prostitution fører ofte til gadeprostitution idet meget få stofmisbrugere i længden kan fungere inden for de mere faste rammer der er i andre former for prostitution. Mest usynlig er gruppen af mænd i prostitution fordi de i højere grad er underlagt forskellige tabuer og fordomme om eksempelvis homoseksualitet. Prostituerede er generelt meget opmærksomme på samfundets negative syn både på deres stofmisbrug og på deres salg af sex (Dahl & Pedersen, 2008).

### Erfaringer fra prostitution

At prostituere sig er for nogle kvinder noget der har stor betydning, også efter at de er stoppet med det. Nogle får decideret traumatiske eftervirkninger. Lige som nogle kvinder ønsker og har brug for hjælp til at komme ud af stofmisbrug, kan disse kvinder have behov for at få hjælp til at bearbejde nogle af de oplevelser de har haft i forbindelse med prostitutionen. Der er imidlertid ikke så få der har et mere pragmatisk syn på prostitution, både mens det står på og efter det er hørt op. Kvinderne er ikke upåvirkede af de oplevelser de har haft som prostituerede, og 'den offentlige mening' om stofmisbrugere der sælger sex og den deraf følgende stigmatisering har betydning. Ikke desto mindre er der kvinder der fastholder et nøgternt syn på prostitutionen og dens rent forretningsmæssige sider.

Nogle kvinder oplever skader forårsaget af prostitution. Skaderne dukker som regel først op efter nogen tid og opleves meget forskelligt. De værste skader er som regel psykiske og sociale og kan være svære at finde den direkte årsag til. En del prostituerede har problemer forårsaget af andet end prostitutionen, problemer der måske forstærkes af prostitutionen. Værst opleves stigmatiseringen. Kvinderne er generelt meget bevidste om de negative holdninger og den foragt omgivelserne nærer for dem og deres måde at finansiere deres livsstil på. Det er en medvirkende årsag til at de fleste så vidt muligt prøver at klare sig selv og holder prostitutionen skjult. Over tid kan det medføre en social isolation der igen vil føre til mangel på socialt netværk – en situation der gør det ekstra svært at komme ud af prostitutionen (Dahl & Pedersen, 2008).

Nogle stofmisbrugende kvinder i prostitution vælger at lade være med at involvere behandlingspersonalet i denne del af deres liv selvom det kan være en faktor der kan udløse behov for særlig støtte. Skal de åbne sig om emnet, er det nødvendigt at fagpersonens tilgang er pragmatisk og ikke-fordømmende. Dahl og Pedersen påpeger videre at kvinder der arbejder i gadeprostitution, er særligt udsatte og ofte vil have været udsat for fysisk og seksuel vold eller voldtægt fra mandlige kunder. En del stofmisbrugere med prostitutionserfaring er blevet, eller bliver, udsat for forskellige former for overgreb, bl.a. som konsekvens af at færdes i et socialt udsat miljø med misbrug og kriminalitet. Udsættes de samtidig for grænsesøgende adfærd fra kundernes side, risikerer de problemer i forhold til at holde fast i deres egne grænser (Sørensen m.fl., 2008).

I fagpersonens dialog med brugeren om prostitution kan der indgå fortællinger om seksuelle oplevelser, og derfor er det vigtigt at de professionelle kan rumme sådanne beskrivelser. Det mest afgørende er dog at behandlingspersonalet fokuserer på hvilken betydning disse oplevelser har for brugeren, fx hvordan brugerens selvværd og relationer til andre mennesker kan være påvirket af prostitutionen. Behandlingspersonalet behøver altså ikke nye pædagogiske redskaber for at inddrage prostitutionsaspektet. De kan udmærket bruge dem de i forvejen bruger i forbindelse med andre problemer, fx *manglende kontakt til børn* eller *konsekvenser af forskellige overgreb*.

## Litteratur

Bramstrup, Susanne, Marianne Gutte Petersen og Birgitte Orthmann (2008). Ingen må vide det – tolv kvinder fortæller om et liv i prostitution. Kompetencecenter Prostitution, Servicestyrelsen.

Dahl, Helle Vibeke og Mads Uffe Pedersen (2008). Kvinder og køn – stofbrug og behandling. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Holm Sørensen, Mogens, Lis Døssing, Jette G. Heindorff og Anette Vesterskov Pedersen (2008). Prostitution og stofmisbrugsbehandling. Servicestyrelsen.

Rasmussen, Nell (2007). Prostitution i Danmark. Servicestyrelsen.

# Hjemløse stofmisbrugere

Når hjemløshed skal defineres i henhold til dansk lovgivning, er det de sociale problemer der fokuseres på – ikke om borgeren har en bolig. En kombination af tunge, sociale problemer, fx stofmisbrug og manglende evne til at etablere eller opretholde et egentligt selvstændigt hjem, kan således danne grundlag for definitionen *hjemløs*. I botilbudsvejledningen (2006) inddeles hjemløse i tre grupper:

**Faktisk boligløse**, dvs. borgere der har svært ved at bruge samfundets muligheder og tilpasse sig begrænsningerne og som ikke har en bolig. Disse reelt boligløse er ofte synlige ved at bruge botilbud for hjemløse.

**Mennesker uden eget hjem**, dvs. potentielt udstødelsestruede og hjemløse, der bor hos familie, venner eller bekendte, og 'dobbelt udstødte', som ikke kan eller vil bruge de eksisterende tilbud og som er ofte er svære at komme i kontakt med. De dobbelt udstødte bruger sædvanligvis ikke (eller kun i begrænset omfang) de eksisterende tilbud og lever ofte på gaden.

**Funktionelt hjemløse**, dvs. borgere der godt nok har et hjem, men som er i en ustabil livssituation i relation til familieliv, arbejde og socialt netværk. Denne gruppe har ofte andre tunge, sociale problemer også og kan derfor ikke fungere i egen bolig uden hjælp.

I denne forståelse er hjemløse en meget uhomogen gruppe idet den enkeltes problemer i reglen vil være overordentlig komplekse. Boligproblemet vil typisk forekomme sammen med en række andre problemer, fx misbrug, kriminalitet, psykiske lidelser eller vold i hjemmet.

## Problemets omfang

To ud af tre stofmisbrugere der var i behandling i 2005, havde en bolig ved indskrivningen, fx en lejlighed eller et lejet værelse (Sundhedsstyrelsen, 2006). Tallet afslører intet om boligens egnethed og funktion, eller for den sags skyld om den enkelte stofmisbruger magter at bo den. Heller ikke om borgeren reelt har råderet over den eller om andre har okkuperet boligen for at bruge den som opholds- og mødested eller om den primært bruges til stofrelaterede aktiviteter – boligindehaverens eller andres. Den sidste tredjedel har meget usikre boligforhold. De fleste bor hos familie og venner, andre bor på gaden, på et pensionat eller herberg eller opholder sig i en støttebolig eller et boligfællesskab, en institution, en

familiepleje eller lignende. Tallene indikerer at en ganske stor del af de behandlingssøgende stofmisbrugere har et boligproblem ud over misbrugsproblemet. Boligproblemet må indgå i en samlet vurdering af brugerens behov på linje med de andre sociale problemer der tilsammen udgør afsættet for en samlet, koordineret handleplan.

Socialforskningsinstituttet foretog på en given dag i februar 2009 en kortlægning af hjemløshedens omfang der viste at godt 5.000 danske borgere er hjemløse (Benjaminsen, 2009). De er ikke jævnt fordelt over hele landet idet omkring 3.000 befinder sig i København og omegn. Knap halvdelen af de hjemløse bruger herberger, forsorgshjem og natvarmestuer mens en stor del overnatter på gaden eller hos familie og venner. Mange har psykiske og fysiske helbredsproblemer ud over at mangle en bolig. Kortlægningen viser at hver fjerde hjemløse har et narkotikamisbrug og hver tredje et misbrug af hash eller khat. Næsten halvdelen har et alkoholmisbrug og hver ottende misbruger medicin. En tredjedel havde ikke brugt nogen af de fire rusmidler. Der er altså tale om meget omfattende blandingsmisbrug. Den højeste forekomst af misbrug ses hos hjemløse der overnatter på gaden (81%) eller benytter en hjemløse-boform (72%).

## Behandling af hjemløse

En stofafhængig med en livssituation præget af usikkerhed og en dagligdag overskygget af rodløshed og kamp for at overleve, stiller særlige krav til misbrugsbehandlingen. Af vigtige elementer for at nå målet om positive forandringer kan nævnes adgangen til behandling, der må være let og fleksibel for brugeren, og forekomsten af opsøgende og opfølgende indsats for målgruppen. Endvidere er det vigtigt at anerkende hvilken hjælp misbrugeren faktisk selv efterspørger og lade indsatsen tage afsæt i hvad den enkelte bruger selv beskriver som sit behov. Måske ønsker den hjemløse misbruger i første omgang udelukkende hjælp til sit boligproblem, der opleves som et akut problem her og nu, måske ønsker den pågældende at vente med den store omsiggribende indsats til han eller hun selv mener sig klar til den. Selv små skridt kan have stor virkning.

Som udgangspunkt er det stofmisbrugers opholdskommune der er forpligtet til at handle, og som dermed også har ansvar for at der udarbejdes en handleplan. Fordi den hjemløse stofmisbrugerens problemer er så komplekse, er det vigtigt at sikre en overordnet styring af indsatsen der ser samlet på rækken af forskellige sociale problemer – sammen med brugeren og de forskellige professionelle aktører der er relevante for den ofte mangesidede indsats. En god, holdbar indsats fordrer at indsatsen fra alle involverede fagpersoner koordineres, hvad enten der er tale om parallelle forløb, fx medicinsk hjælp, bostøtte og samtalegruppe, eller faseopdelte forløb, fx motivationsgruppe og afgiftning. Derfor er en tidlig afklaring af misbrugers boligsituation vigtig selvom den pågældende i første omgang får et døgntilbud. På samme måde giver det på sigt bedst mening at brugeren

får anvist en bolig hvis han eller hun samtidigt i tilstrækkeligt omfang får hjælp til at fastholde den.

Hjemløse stofmisbrugere der ikke opholder sig i deres hjemkommune (dvs. den kommune hvor de regelmæssigt sover, evt. på herberg), måske fordi de flytter sig meget rundt i landet, har ofte svært ved at gennemskue hvilken myndighed der egentlig har ansvar for tilbud til dem. For brugeren kan dette opleves som en uigennemskuelig barriere der gør det besværligt at komme i behandling. Her er det vigtigt at hjælpe misbrugeren med at afklare hvem der har handleforpligtelsen og sørge for at sådanne administrative problemer ikke kommer til at stå i vejen for at den enkelte får den relevante hjælp.

## Tilbud til hjemløse stofmisbrugere

Kommunen skal tilbyde midlertidigt ophold til personer med særlige sociale problemer som ikke har – eller ikke kan opholde sig i – egen bolig (servicelovens §§107 og 110\*). Der er indrettet særlige boformer rettet mod at leve op til §110: forsorghjem, herberger og beskyttede pensionater. Optagelse sker som regel ved at brugeren selv møder op eller bliver henvist af en offentlig myndighed hvorefter lederen af boformen tager stilling til om optagelse kan finde sted. Alle andre hjælpemuligheder bør være udtømt før ophold i en boform tilbydes borgeren ([www.ism.dk](http://www.ism.dk)).

Normalt vil der ved indskrivningen på en §110-boform blive udarbejdet en plan for opholdet – i dialog med brugeren. I planen formuleres mål for hvad der skal ske i løbet af opholdet og hvilken støtte boformen kan tilbyde for at nå målet. Opholdsplanen skal koordineres med kommunens handleplan (servicelovens §141\*) og den skal indgå både heri og i den jobplan der skal udarbejdes efter kapitel 9 i bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (2009) for at sikre en helhedsorienteret indsats der omfatter bl.a. beskæftigelse, boligforhold og behandling (botilbudsvejledningen, 2006). Når en bruger optages i en boform, bør der rettes opmærksomhed mod om den pågældende har særlige behov for behandling, hjælp eller støtte i en periode, fx på grund af stofmisbrug.

**Skæve boliger.** Mange boligafdelinger har svært ved at rumme de vanskeligst stillede misbrugere med også psykiske lidelser der som regel har brug for en bred social- og sundhedsmæssig støtte (Socialministeriet, 2006). Men efter almenboligloven (§5a, 2009) er der etableret boliger til hjemløse og andre særligt udsatte grupper, de såkaldt *skæve huse*. Der lægges vægt på at boligerne skal kunne rumme beboere med en væsentlig anderledes adfærd, ofte også et misbrug. Der er tale om permanente boliger udlejet efter den almene lejelovs bestemmelser, men de adskiller sig fra de almene boliger ved både deres målgruppe og ved at have en social vicevært.

# Overblik, viden og stof til refleksion

Er du visitator, behandler, sagsbehandler eller en fagperson, der på anden måde arbejder professionelt med stofmisbrug, kan bogen give dig overskuelig information om emnet og inspiration til det daglige arbejde.

Dybtgående litteraturlister afslutter hvert af kapitlerne:

- Præsentation af området
- Social behandling
- Mødet med brugeren
- Støtte og rådgivning
- Krop og misbrug
- Familier med stofmisbrug
- Særlige misbrugergrupper

Bilagshæftet serverer alle aktuelle, relevante paragraffer og vejledninger på området – i fuld tekst.

Bogen henvender sig til både erfarne og mindre erfarne fagpersoner.



Ofte vil der være tale om en atypisk arkitektur, fx en husbåd eller en skurvogn. Den sociale støtte øger beboernes mulighed for at opretholde en mere fast bopæl med lejekontrakt. Erfaringer viser at udadreagerende og misbrugere såvel som mere stilfærdige hjemløse kan have glæde af denne boligform,

**Bostøtte** i eget hjem som gives efter §85\* i serviceloven øger den hjemløses mulighed for at bo i egen bolig. Støtten omfatter hjælp til at håndtere praktiske problemer og social støtte (hjemmehjælpsvejledningen kap. 31, 2006). Bostøtte kan også gives som led i udslusning fra en §110-boform (botilbudsvejledningen pkt. 155\*, 2006)

## Litteratur

- Almenboligloven (2009) – LBK nr. 1204 af 10/12/2009 (Bekendtgørelse af lov om almene boliger m.v.). Indenrigs- og Socialministeriet.
- Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats (2009) – LBK nr. 938 af 25/09/2009. Beskæftigelsesministeriet.
- Benjaminsen, Lars (2009). Hjemløshed i Danmark - National kortlægning. SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd). Rapport 09/25.
- Benjaminsen, Lars (u.å.) [2008 eller 2009]. Notat om metoder på hjemløseområdet – indsatstyper og indsatsmodeller. SFI (Det nationale forskningscenter for velfærd).
- Botilbudsvejledningen (2006) – VEJ nr. 95 af 05/12/2006, Vejledning om botilbud mv. til voksne (Vejledning nr. 4 til serviceloven). Socialministeriet.
- FEANTSA (2005). FEANTSA proposal for Urban Audit 2006 – Definition of Homelessness for the Collection of Urban-level Data on the Number and Profile of Homeless People in 300 European Cities. [www.feantsa.org/files/indicators\\_wg/urban/Urban%20Audit\\_proposal.pdf](http://www.feantsa.org/files/indicators_wg/urban/Urban%20Audit_proposal.pdf)
- Hjemmehjælpsvejledningen (2006) – VEJ nr. 94. af 05/12/2006, Vejledning om personlig og praktisk hjælp, forebyggelse, træning mv. (Vejledning nr. 2 til serviceloven). Velfærdsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002). Indsatsen for de hårdest belastede stofmisbrugere.
- Serviceloven (2008) – LBK nr. 979 af 01/10/2008, Bekendtgørelse af lov om social service. Velfærdsministeriet.
- Socialministeriet (2006). Boliger og hjem for særligt udsatte – erfaringer med de anderledes boliger. Bascon A/S og CASA.
- Sundhedsstyrelsen (2006). Narkotikasituationen i Danmark. [www.ism.dk](http://www.ism.dk) (Indenrigs- og Socialministeriet)

