

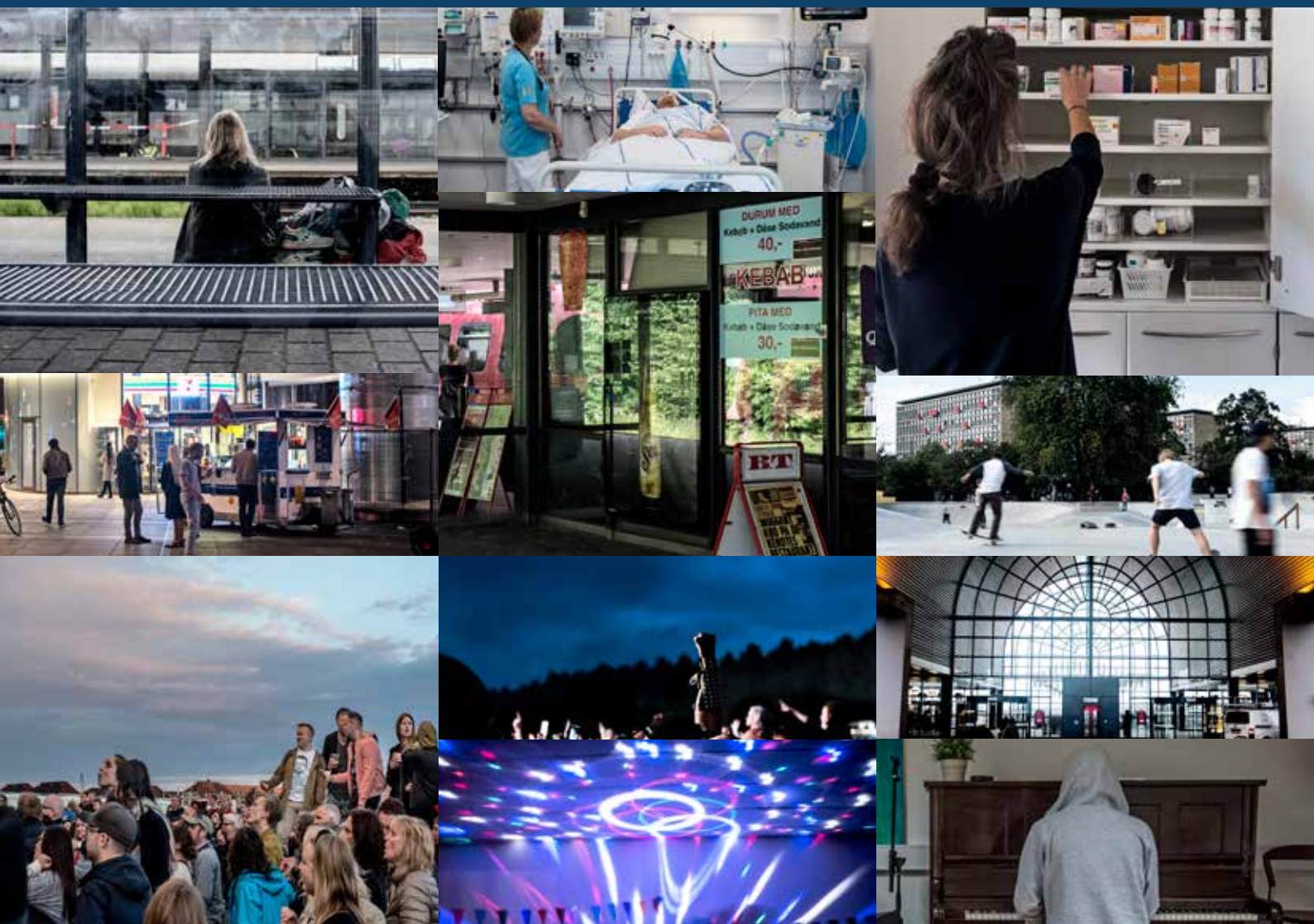


Årsmagasin 2022



KABS VIDEN

En særlig tak til dette Årsmagasins skribenter, der har bidraget med deres store arbejde og tålmodigt ventet på udgivelsen. Også en stor tak til grafiker Sanne Støvelbæk, en60.dk for tålmodighed i den lange tilblivelsesproces.



Årsmagasinet 2022





KABS VIDEN Årsmagasin 2022

KABS, Bakken 3, 2600 Glostrup
Tlf. 45 11 75 00
KABS@glostrup.dk
www.kabs.dk

Udgivet april 2022

1.500 stk.
Elektronisk udgave på kabs.dk

Redaktion

Kathrine Bro Ludvigsen (ansv.)
Rasmus Axelsson
Thomas Fuglsang

Korrektur

Amanda Søbirk
Kathrine Bro Ludvigsen
Rasmus Axelsson

Foto

Christian Liliendahl
(hvor andet ikke er angivet)

Grafisk tilrettelæggelse

1:60, Sanne Støvelbæk

Trykkeri og bogbinding

Kailow Graphic A/S

©KABS

Citater er tilladt med angivelse af kilde

Indholdsfortegnelse

- 6 **KAPITEL 1**
Et nyt årti – en forandret verden
Af specialkonsulent, Kathrine Bro Ludvigsen & centerleder Rasmus Axelsson, KABS
- 12 **KAPITEL 2**
Papirtiger eller en retning for vores fælles fremtid?
Af tidligere formand for Rådet for Socialt Udsatte, Jann Sjursen
- 18 **KAPITEL 3**
Har vi brug for heroinklinikker?
Af sundhedsfaglig projektleder, MSA, Jannet van der Veen, Brugernes Akademi
- 22 **KAPITEL 4**
Hvornår fortryder man egentligt fuldskab?
Af sociolog Lea Trier Krøll og specialkonsulent Kathrine Bro Ludvigsen, KABS
- 28 **KAPITEL 5**
Cannabiskulturens normalisering, neutralisering og glorificering
Af rusmiddelbehandler, ph.d i Folkesundhed, Søren Holm, Århus Kommune
- 32 **KAPITEL 6**
Afhængig af præstation
Af sociolog Lea Trier Krøll
- 38 **KAPITEL 7**
Mikrodosering af psykedelika
Af lektor Margit Anne Petersen, Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet
- 42 **KAPITEL 8**
Hvad forsker de i på Enheden for Klinisk Alkoholforskning?
Af professor MSO, Cand.phil, ph.d., Anette Søgaard Nielsen, Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Syddansk Universitet
- 50 **KAPITEL 9**
Behovet for et gradueret behandlingssystem
Af seniorforsker, ph.d., Katrine Schepelern Johansen, leder af Kompetencecenter for Dobbelt diagnose, Region Hovedstaden

- 54 **KAPITEL 10**
“We are Lobsters”
Af psykolog Paul de Visme, Center for Komplekse Symptomer, Frederiksberg Hospital
- 58 **KAPITEL 11**
Den Motiverende Samtale
Af MI-underviser, Peter Brolund, indehaver af MI center & specialkonsulent, Kathrine Bro Ludvigsen, KABS
- 64 **KAPITEL 12**
Dilemmatilgangen
– et løft til internt og eksternt samarbejde
Af chefkonsulent, cand.mag og konfliktmægler, Lene Frølund Thomsen, ETIKOS
- 72 **KAPITEL 13**
Brug af velfærdssystemets ydelser
blandt borgere med misbrug
Af seniorforsker, Lars Benjaminsen, VIVE
- 80 **KAPITEL 14**
Fængsel til gældsættelse tur/retur
Af lektor Annette Olesen, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet
- 86 **KAPITEL 15**
Hvem hjælper de pårørende?
Af studentermedhjælper Amanda Søbirk, KABS
- 90 **KAPITEL 16**
Lad os mødes i øjenhøjde
Af specialkonsulent, Kathrine Bro Ludvigsen, KABS
- 96 **KAPITEL 17**
KABS organisation og økonomi 2020
Af funktionsleder Asbjørn Denkel, KABS



KAPITEL 1

Et nyt årti – en forandret verden

2020 blev på alle måder et historisk år for markeringen af et nyt årti. Ingen havde vel regnet med at COVID-pandemien i en sådan grad ville tiltrække sig en sådan opmærksomhed og så mange ressourcer frem til i dag? Pandemien bidrog også med kraftige påvirkninger i misbrugsbehandlingen og selvom den nu er kommet under kontrol i store dele af verden, er en del forandringer kommet for at blive – også på misbrugsområdet.

*Af specialkonsulent, Kathrine Bro Ludvigsen
& centerleder, Rasmus Axelsson, KABS*



Vi er glade for endelig at kunne udgive endnu et nummer af Årsmagasinet. Det har været længe undervejs. Meget længe. Nogle af artiklerne har været udgivet som soloartikler i forbindelse med relevante konferencer og på nettet. Andre har tålmodigt ligget og ventet.

Dette Årsmagasin var planlagt til udgivelse 10. marts 2020 i forbindelse med *KABS VIDENs Nationale Konferenc STOFMISBRUG 2020 – Verdensmål i misbrugsperspektiv*. Men i måneden op til konference og magasinudgivelse var en pandemi langsomt begyndt at melde sin ankomst og med den, også forskellige nye opgaver og prioriteringer: Oplægsholdere som blev forhindret i at deltage, skulle erstattes af andre. Konferencedeltagere, der blev trukket hjem til et begyndende kriseberedskab, skulle sikres digital adgang til konferencens oplæg osv. Vi fik ekstra travlt og magasinet måtte sættes på

pause. Nu to år efter ser vi tilbage på en pandemi, der stadig ulmer, men som vi har fået erfaring med, og ved hvordan skal håndteres. Årsmagasinet 2020 – bliver nu udgivet som Årsmagasinet 2022. Men er artiklerne så stadig aktuelle? Ja – artiklerne er stadig relevante og nogle har endda fået ny aktualitet, som vi herunder skitserer. Og vi starter, hvor vi slap i 2020, nemlig med: Verdensmålene.

Verdensmålene i et misbrugsperspektiv

FN's 17 Verdensmål og 169 delmål, har alle FN's 193 medlemslande forpligtet sig på, skal være opfyldt i 2030. Nemlig at afskaffe fattigdom og sult i verden, mindske uligheder, sikre sundhed, uddannelse og anstændige jobs, fred og tryghed til alle. En bæredygtig udvikling, der skal passe på vores jord og skabe en bedre verden for alle mennesker, som bebor den (1).

Nu efter to år med corona-pandemien, og hvor en ny alvorlig krise har indfundet sig i Europa, er FN's 17 Verdensmål mere aktuelle end nogensinde. Ifølge FN's World Drug Report 2021 er mellem 119 og 124 mio. mennesker på verdensplan skubbet ud i ekstrem fattigdom i kølvandet af pandemien. Især kvinder, unge og lavt uddannede er hårdt ramt (2: 85). Tidligere erfaringer, eksempelvis den økonomiske krise i 2008, viser, at fattigdom fører psykosocial mistrivsel, ustabilitet og øget rusmiddelbrug med sig (2:88-89). Er der én ting, der er slået fast med pandemien – og som vi også kommer til at erfare med krigen i Ukraine – så er det den forbundethed, hvorved verden er kædet sammen. Beslutninger eller forandringer ét sted, får betydning et andet, hvilket også vil fremgå af denne artikel.

Efter denne indledning, fokuserer Jann Sjursen, tidligere formand for Rådet for Socialt Udsatte, i artiklen *Papirtiger eller en retning for vores fælles fremtid*, på udvalgte Verdensmål set gennem en dansk optik på udsatte-området¹. "Leave no one behind" er det grundlæggende princip bag alle Verdensmålene, og, som Sjursen fremhæver, helt fundamentalt, når vi skal skabe et værdigt liv for alle. Sjursen gennemgår derfor i sin artikel fra 2020, vigtige punkter på udsatte-området, hvor der er plads til forbedringer. Sammenligner vi punkterne i artiklen med erfaringerne i dag, er meget af det, Sjursen peger på, trådt tydeligere frem under pandemien, nedlukningen og andre restriktioner, der blev sat i værk. Det gælder bl.a. Verdensmål 3 om sundhed og trivsel:

Rådet for Socialt Udsatte peger eksempelvis i sin Årsrapport 2021 på, at socialt udsatte og sårbare mennesker under pandemien isolerede sig, at afhængighed af rusmidler og alvorlig ensomhed steg, psykiske vanskeligheder forværredes, ligesom fysiske helbredsproblemer ikke blev taget hånd om (3:13). Årsrapporten 2021 peger imidlertid også på gode erfaringer med innovative tiltag og partnerskaber under pandemien i bestræbelserne på at hjælpe og

sikre service til de mest udsatte. Disse erfaringer bør der bygges videre på. Belært af pandemien foreslår Rådet oprettelsen af et socialt beredskab, der kan håndtere kriser rettidigt, hvadenten det er pandemiske, økonomiske eller klimaskabte kriser (3:13-15). I tilknytning til Sjursens fokus på Verdensmål 11 om bæredygtige byer og problemet med mangel på billige boliger i Danmark, kan vi tilføje, at der i 2021 kom en ny ambitiøs hjemløsereform, som skal tilvejebringe 2.900 ekstra billige boliger (4). Et løfte vi må holde øje med, bliver implementeret.

Ændret rusmiddelbrug og -adfærd

Selvom stofmarkedet i den første periode af pandemien blev påvirket af nedlukning og grænsekontrol, fandt markedet hurtigt nye ruter til distribution af narkotika. Fremfor fly- og landtransport er nye ruter over vand taget i brug, ligesom handel på "the dark web" er steget (2: 26-28).

Brugen af forskellige rusmidler ændrede sig også, som følge af menneskers ændrede adfærd pga. restriktioner i forhold til sociale aktiviteter: Det begrænsede natteliv fik efterspørgsel på feststoffer til at falde. Omvendt peger forskellige undersøgelser på, at brugen af cannabis steg (2,5,6). I Global Drug Survey, verdens største digitale brugerundersøgelse, var de to hyppigste begrundelser for at øget brug af cannabis; at brugerne oplevede, at de havde mere tid til at bruge stoffet eller fordi de kedede sig (6:33). I det hele taget er kedsomhed den hyppigste grund til, at folk under pandemien har øget deres rusmiddelbrug generelt (2: 60). Mens respondenter, der nedsatte deres forbrug af kokain og MDMA under pandemien, angav, at de havde haft færre anledninger til at bruge rusmidlerne, som den primære årsag. Respondenter, der havde nedsat deres brug af cannabis i perioden, svarede, at de havde haft mindre kontakt med de mennesker, de normalt røg med (ibid:61). FN frygter, at den øgede fattigdom i kølvandet på COVID-19 vil skubbe flere ud på narkotika-markedet, enten som land-

mænd, der dyrker kokablade, opiumsvalmuer mv. eller ved øget brug. Ligeledes peges der på, at den stigning i brug af cannabis, benzodiazepiner og andre medicinske lægemidler, sandsynligvis vil fortsætte – ikke mindst via nethandel. FN's World Drug Report forventer at de nye distribueringsruter over vand fortsætter, da det har muliggjort, at større partier kan sendes afsted end tidligere (2:91).

Rusmiddelbrug i Danmark

I dette Årsmagasin, bliver vi mindet om, at heroinbehandlingen i Danmark skulle have fejret sit 10års jubilæum i 2020. Mærkedagen blev aflyst pga. nedlukningen, men i dette nummer giver Jannet van der Veen os mulighed for at reflektere over den danske heroinbehandling i lyset af erfaringer fra Schweiz. Artiklens opråb og ideer til forbedringer i heroinbehandlingen, kan måske læses med større åbenhed i dag end før nedlukningen? Nu har vi erfaring med andre innovative tiltag, der kunne lade sig gøre under nødberedskabet som f.eks. større interval mellem tag-hjem-doser, medicinudbringning mv.

I Årsmagasinet's tema om rusmidler er også to artikler om alkohol: Anette Søgaard Nielsen giver i sin artikel en oversigt over forskningsprojekter i Enheden for Klinisk Alkoholforskning på Syddansk Universitet. Nielsen beskriver endvidere, hvordan ét forskningsprojekt bringer nye undersøgelsesområder med sig. En kontinuerlig proces, som man kan følge med i på forskningsenhedens hjemmeside. Lea Trier Krøll og Kathrine Bro Ludvigsen har set på ét af Global Drug Surveys parametre fra 2020, hvor der bl.a. blev spurgt ind til danskerne alkoholvaner. Artiklen fokuserer især på, hvornår danskere fortryder fuldskab, som en mulig anledning til at tale om alkoholvaner².

Søren Holms artikel om cannabiskulturen var allerede skrevet færdig i efteråret 2019 i forbindelse af en workshop med KABS VIDEN på Ungdommens Folkemøde. Holm har igennem sit arbejde som forebyggelseskonsulent, og i

sin ph.d., undersøgt unges holdninger til cannabis og måden cannabisbrug bliver italesat og legitimeret gennem en proces bestående af tre elementer: Normalisering, neutralisering og glorificering. Artiklen har fået ny aktualitet, set i lyset af COVID-19, hvor hyppigheden af cannabisbrugen steg blandt dem med regelmæssigt brug (2,5:6). Undersøgelser under pandemien har vist, at nedlukninger, især i høj-indkomst-landene, åbnede op for "stay-at-home orders" og at markedet har udvidet sig (2:93)³. I artiklerne *Mikrodosering af psykedelika* af Margit Anne Petersen og *Afhængig af præstation* af Lea Trier Krøll er vi i randområdet af misbrug i klassisk forstand. Begge artikler handler om brug af henholdsvis psykedeliske stoffer og af lægeordineret medicin til at få hverdagen og studielivet til at fungere bedre. I Petersens artikel bruges mikrodosering af psykedelika som 'selvmedicinering' af angst, depression, hovedpine mv. – tilstande der spænder ben for hverdagens gøremål og trivsel. I Krølls artikel drejer det sig om at kunne præstere bedre i et presset ungdoms- og studieliv. I Krølls artikel eskalerer brugen af medicin og fører yderligere udmattelse med sig.

Kompetenceudvikling – også vigtigt i fremtiden

Nye trends i rusmiddelbrug og -adfærd stiller krav om en kontinuerlig kompetenceudvikling og opdaterede/nye metoder – ligesom borgere med komplekse problemstillinger kræver professionel behandling og hjælp. En sådan målgruppe er mennesker med dobbeltdiagnoser⁴. De berømte to stole, som borgeren falder i mellem – misbrugsbehandlingen og psykiatrien – har været diskuteret i årtier. Alle er enige om,

1 Artiklen blev publiceret og uddelt som soloartikel på KABS VIDENs Nationale Konference – Verdensmål i misbrugsperspektiv, 2020.

2 Artiklen blev publiceret og uddelt som soloartikel i forbindelse med Lægedage 2021

3 Artiklen blev publiceret og uddelt som soloartikel i forbindelse med Lægedage 2021

4 Mennesker med samtidig psykisk lidelse og problematisk rusmiddelbrug

at det kan og skal gøres bedre, men den bebudede løsning i form af *Psykatri 10års-planen* lader imidlertid vente på sig. Senest har styrelserne offentliggjort deres faglige anbefalinger til 10års-planen (7). Her lægges der op til et markant løft af psykiatrien over de næste ti år og det anbefales, at tilgængelighed, opkvalificering af indsats og faglige kompetencer, afstigmatisering af psykisk lidelse, styrkede tværfaglige og evidensbaserede miljøer, forskning og udvikling, skal prioriteres.

I Katrine Schepelern Johansens artikel skitseres en mulig vej til allerede nu at bløde silo-opdelingen mellem misbrugsbehandling (kommunalt regi) og psykiatrisk behandling (regionalt regi) op. Nemlig et graderet system, der dels sikrer, at et minimum af kompetencer fra rusmiddelbehandlingen er til stede i psykiatrien og omvendt, dels sikrer en systematisk gradering af nødvendige kompetencer alt efter, hvilket behandlingsniveau indsatsen befinder sig på⁵. Nødvendigheden af denne opdeling vil fremgå af Lars Benjaminsens artikel under temaet: *Stof til eftertanke* (se senere).

I vores kompetencetema fremhæver vi også to metoder, hhv. *Compassion Focused Therapy* (CFT) i Poul de Vismes artikel og *Den Motiverende Samtale* (MI) af Peter Brolund og Kathrine Bro Ludvigsen – begge metoder er evidensbaserede og introduceres i artiklerne. CFT er en psykoterapeutisk tilgang udviklet til mennesker med høj grad af skyld og skam og lav grad af egenomsorg. De Visme introducerer baggrunden for tilgangen, hvad den består af, og præsenterer herefter sine praksiserfaringer og overvejelser fra to gruppeforløb med CFT-tilgangen i KABS City.

Brolund og Ludvigsen argumenterer i deres artikel for, hvorfor MI kan ses som fundamentet i værktøjsskassen blandt professionelle i rusmiddelbehandlingen, idet den udover at tilbyde grundlæggende kommunikationsfærdigheder, har fokus på empati, respekt, ligeværdigt partnerskab med borgeren, og er særlig egnet til mennesker, der er i tvivl, har modstand mod,

eller er ambivalente i forhold til forandring. MI kan benyttes fra det første møde med borgeren, men også undervejs i behandlingen, når tvivl eller mangel på motivation opstår.

Under temaet om kompetencer, har vi også Lena Frølund Thomsens artikel om *Dilemma-tilgangen – et løft til internt og eksternt samarbejde*⁶. Artiklen introducerer en tilgang til at styrke det professionelle samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer. Komplekse borgere går ofte igen i flere forvaltninger, sektorer, behandlingscentre og -tilbud, hvorfor den helhedsorienterede indsats fordrer, at mange professionelle formår at samarbejde – på trods af forskellige indsatsområder og dagsordener. Dilemma-tilgangen er et redskab til at navigere i kompleksiteten og sikre bedre forståelse for hinandens perspektiver.

Stof til eftertanke

Årsmagasinet sidste tema kalder vi "stof til eftertanke". Her lægger vi ud med Lars Benjaminsens artikel om brugen af velfærdsydelser blandt borgere med rusmiddelproblemer. Artiklen er en pixiudgave til Årsmagasinet af en større rapport, der blev publiceret i årsskiftet 2020 (8). Ud fra omfattende registeranalyser af mennesker med rusmiddelproblemer og deres brug af velfærdssystemets ydelser, belyses den kompleksitet i udsathed, som særligt mennesker med både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser har. Artiklen opsummerer også de analyser VIVE har lavet på økonomiske beregninger fordelt geografisk i Danmark og tegner således et billede af ydelsesbehovet rundt om i landet. En tankevækkende artikel – og rapport – der også er aktuel set i relation til den kommende Psykiatri 10års-plan (7) og den netop lancerede Sundhedsreform, hvor Regeringen har lagt "en visionær plan for fremtiden" (9).

5 Artiklen blev publiceret og uddelt som soloartikel på KABS VIDENs Nationale Konference – Verdensmål i misbrugsperspektiv, 2020.

6 Artiklen blev publiceret til en intern workshop for ledelsen i KABS.



Annette Olesens ph.d. *Løsladt og gældsat* (10) vakte fra start opmærksomhed, idet afhandlingen rettede en skarp kritik mod dét offentlige system, der med høje sagsomkostninger i forbindelse med straffesager, spænder ben for indsattes muligheder efter løsladelse. I denne artikel får vi indsigt i problemet og hvordan sagsomkostninger i straffesager generer en gæld, som er med til at skubbe den løsladte tilbage på den kriminelle løbebane efter endt afsoning på trods af ønsket om at gøre sig fri af kriminalitet. Siden artiklen til Årsmagasinet er skrevet, har der bl.a. været afholdt temamøde i Folketingets Retsudvalg om sagsomkostningerne i straffesager, som optakt til forhandlinger om Kriminalforsorgens økonomi. Flerårstalsaftalen for Kriminalforsorgen landede ved årsskiftet – december 2021 og her blev det aftalt, at dømte kan blive fri for gæld fra straffesagsomkostninger, hvis de lever op til deres pligter og viser, at de vil leve et liv uden kriminalitet. Der skal derfor udarbejdes en ny model for straffesagsomkostninger (11:3).

Den sidste artikel i dette tema er *Hvem hjælper de pårørende?* I denne artikel har studentermedhjælper Amanda Søbirk interviewet to pårørende; Anja Engmann og Maj Bjerre, der tog sagen i egen hånd og skrev den bog, om det at være pårørende, som de selv stod og manglede, da deres kære kom ud i stofafhængighed. For Anjas vedkommende drejede det sig om en søn og for Maj om en bror. Artiklen beskriver det kaos pårørende kastes ud i, når et familiemedlem har et misbrug, og opridser nogle af de anbefalinger og gode råd, der fremgår af deres bog: *Det er hårdt at være en skildpadde på ryggen* (12).

Afsked

Udover det sidste kapitel om KABS' organisation og økonomi af Asbjørn Denkel, skulle dette Årsmagasinet været afsluttet med et portræt interview med en af Danmarks markante skikkelse på stofområdet, nemlig BrugerForeningens formand gennem 25 år, Jørgen Kjær. Jørgen forlod formandsposten i 2020, men fortsatte med at komme i BrugerForeningen. Denne artikel skulle have været et portræt af den afgangende formand, i stedet bliver det et mindeskrift, med hjælp fra nogle af hans nærmeste venner: Jørgen Kjær sov stille ind d. 17. september, 2021, 68 år gammel.

Referencer

1. FN's 17 Verdensmål. <https://un.dk/da/om-fn/verdensmaalene/>
2. FN World Drug Report Booklet 5, (2021). 2021 43.
3. Rådet for Socialt Udsatte (2022). Årsrapport 2021.
4. Regeringen (2021). Alle skal have et hjem – En ny vej ud af hjemløshed. 25. Oktober 2021.
5. EMCDDA (2021). Impact of Covid-19 on drug markets, use, harms and drug services in the community and prisons. April 2021.
6. GDS (2021). Special Edition on COVID-19. www.globaldrugsurvey.com/covid19
7. Sundhedsstyrelsen (2022). Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser.
8. Benjaminsen, L. & Enemark, MH. (2020). Brug af velfærdssystemet blandt borgere med misbrug – En registerbaseret analyse af de samfundsøkonomiske aspekter af stof- og alkoholmisbrug. VIVE.
9. Regeringen (2022). Sundhedsreformen – Gør Danmark sundere. Marts 2022.
10. Olesen, A. (2013). *Løsladt og gældsat*. Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.
11. Justitsministeriet (2021). Aftale om Kriminalforsorgens økonomi 2022- 2025, december 2021.
12. Bjerre, M. & Engmann, A. (2021). *Det er hårdt at være en skildpadde på ryggen – Værktøjskasse for pårørende til alkohol og stofbrugere*. Forlaget Pause.

KAPITEL 2

FN's Verdensmål:

Papirtiger eller en retning for vores fælles fremtid?

Hvorfor skal vi overhovedet beskæftige os med FN's 17 Verdensmål? Jann Sjursen argumenterer her for, hvorfor Verdensmål er brugbare og nødvendige, og tager temperaturen på en række af de mål, der er relevante for udsatteområdet.

Af tidligere formand, Jann Sjursen, Rådet for Socialt Udsatte

Der skal nok være dem, der forlods bliver lidt trætte i blikket ved at se, at denne artikel handler om FN's Verdensmål. Måske allerede bogstaverne FN får trætheden til at melde sig. I kombination med de 17 overordnede Verdensmål (se figur) og de 169 delmål, indikatorer og baselines, ja, så kan man måske ikke forvente læsere i at komme til at tænke på endnu en papirtiger.

Mål giver resultater

På trods af bureaukrati og beslutningsmæssig ineffektivitet, så vil det imidlertid ikke yde FN retfærdighed at bagatellisere Verdensmålene. De er en opfølgning på de otte 2015 mål¹. På trods af at 2015 målene blev lidt "løse", så er der ingen tvivl om, at de var med til at skabe et politisk fokus, der har løftet millioner af mennesker ud af fattigdom, og har bragt langt flere børn og især piger i skole. Den gennemsnitlige levealder er gået op og antal af smittede med f.eks. malaria er gået ned.

Spoler vi endnu længere tilbage, så var Brundtland Kommissionen² i 1987 med til at igangsætte en del initiativer også lokalt. I Danmark fik vi f.eks. Brundtlandbyer (Toftlund i Sønderjylland ikke mindst) med henblik på blandt an-

det at fremme mere miljøvenlig produktion og brug af energi. I slipstrømmen på Vor Fælles Fremtid, som rapporten hed, blev der udarbejdet lokale Agenda 21 planer. Alene opfordringen til handling satte meget i gang i forhold til klodens tilstand – og det var før, men fuldstændig i tråd med Greta Thunberg.

Forpligter både nationalt og globalt

Der er altså grund til begejstring over Verdensmålene og ikke mindst det faktum, at, groft sagt, alle har taget dem til sig. Planen er, at i år 2030 skal fattigdom være udryddet og bæredygtig udvikling, i alle sine facetter, snarere være normen end undtagelsen. Målene gælder både globalt og nationalt – det er det nye. Det forpligter Danmark til at levere på målene forhold til den danske befolkning.

Der er fortsat løse ender og kanter i forhold til hvordan FN vil følge op på og måle på udviklingen frem mod år 2030, ligesom de enkelte medlemslande har lang vej at gå, før målene er sikret en håndfast implementering nationalt.

¹ De såkaldte Millennium Development Goals, som omhandlede udviklingslande (redaktionens note)

² Ledet af Gro Harlem Brundtland, Norges daværende statsminister, deraf kommissionens navn (redaktionens note). Forfatterens note: Gro Harlem Brundtland fortsatte i øvrigt i FN sporet og blev senere generaldirektør for WHO i 1998.



Fig. over de 17 Verdensmål.

Selvom Danmark ifølge den tyske fond Bertelsmann Stiftung er næstbedst til at implementere målene – efter Sverige – så er der fortsat en del at komme efter herhjemme. Det gælder ikke mindst i forhold til de perspektiver og det løft, Verdensmålene kan give for socialt udsatte.

Leave no one behind

For et af de helt grundlæggende principper bag Verdensmålene er princippet "Leave no one behind". Alle skal med, og det er helt fundamentalt, at vi skal være med til at skabe et værdigt liv for alle. Verdensmålene og menneskerettighederne understøtter og komplimenterer hinanden, og stiller krav om sammenhængende politikker. Målene hænger indbyrdes sammen. Det er ikke bare regeringernes mål – alle aktø-

rer skal på banen. Blandt andet for at sikre den fornødne finansiering og deltagelse.

Man kunne ønske sig tilsvarende planer, når det gælder socialt udsatte. Thorning-regeringen forsøgte sig med de sociale 2020 mål. De så dagens lys sådan lidt hovsa, men de var faktisk relativt konkrete og målbare. F.eks. i forhold til en reduktion i antallet af hjemløse til 4.000 og i antallet af narkodødsfald til max. 200 pr. år.

De sociale 2020 mål blev dog ikke seriøst fulgt med strategiske satsninger og finansiering. Løkke-regeringen fremlagde så i 2016 sin plan "10 mål for social mobilitet". Der er tale om en meget overordnet plan, som næppe kan og i hvert fald ikke er blevet brugt – ej heller til politikudvikling.

Platform for nye sociale mål i Danmark

Hvis Frederikssens regering vil bruge Verdensmålene og seriøst følge op på dem i forhold til socialt udsatte, så vil det i sig selv være en bedre plan end de førnævnte, der allerede er glemt. For de forblev papirtigre... og Verdensmålene holder til 2030 og forbliver de samme.

Verdensmål 1: Afskaf fattigdom

Allerede her er Danmark på glatis, fordi vi ikke har nogen officiel fattigdomsgrænse. Den blev afskaffet af Løkke-regeringen, i det de borgerlige på det nærmeste ikke anerkendte, at der var fattigdom i Danmark.

En fattigdomsgrænse løser naturligvis i sig selv ingen problemer, men den er dog en nødvendig målestok for at kunne afskaffe fattigdom – også i Danmark. Mette Frederikssens regering har tilkendegivet, at de vil indføre en ny fattigdomsgrænse og i øvrigt en anden, end den Danmarks Statistik har taget i anvendelse for at kunne rapportere til FN på Verdensmålene.

Stigende fattigdom

Uanset målemetode – om vi taler om børn eller voksne, om det måles over et eller tre år – så har fattigdommen været stigende i Danmark de sidste ti til femten år, og vi er ikke på vej til at opfylde Verdensmål 1. Tværtimod. Mennesker på hjemsendelses- og selvforsørgelsesydelsen, loftramte og brøkpensionister er i stor risiko for at leve i fattigdom. Og fattigdommen i Danmark har en klar etnisk slagside og rammer mange børn. Det har og får konsekvenser for mennesker – og samfundet bliver økonomisk udfordret af de problemer, der følger i kølvandet på fattigdom, når det gælder f.eks. uddannelse og sundhed.

Verdensmål 3: Sundhed og trivsel

Sundhed gælder alle. I Danmark er der så godt som lige adgang til sundhedsydelser. Alligevel er ulighed i sundhed en virkelighed. Udsatte lever gennemsnitligt nitten år mindre end den almindelige dansker – en overdødelighed, der generelt

relaterer sig til et hårdt liv præget af hjemløshed, alkohol, stoffer og psykiske lidelser.

Der er således brug for et opsøgende og rummeligt sundhedsvæsen. Både i forhold til de mange udsatte, der enten kommer for lidt og for sent i kontakt med sundhedsvæsenet, samt udsatte, der går helt under radaren med en mangfoldighed af komplekse problemer. Rent sundhedsfagligt kalder udsattes problemer på det ypperste, vi kan præstere!

Udfordrer underbehandling

Verdensmål 3 taler stærkt om forebyggelse i relation til misbrug, og at dækningsgraden af behandling samt rehabilitering og efterbehandling af rusmiddelafhængighed skal være tilstrækkelig. Omsæt det til dansk virkelighed, og det vil betyde et opgør med den kæmpe underbehandling, der er, med henblik på alkohol og stoffer. Og hvor datagrundlaget fortsat lader tilbage at ønske – selv efter Sundhedsstyrelsen i 2019 kom med nye skøn i forhold til, hvor mange, der er i højrisikogruppen vedrørende stofafhængighed.

Verdensmål 3's delmål har fokus på konkrete sygdomme, herunder smitsomme, som også har stor betydning for de udsatte. Brugerbetalingens betydning for sundhed er også med. Medicinudgifter har – sammen med boligudgifter – meget stor betydning for ikke mindst udsattes økonomi, så receptpligtig medicin fravælges ofte.

Ikke løftestand for psykiatrien

Det er imidlertid påfaldende, hvor svagt mental sundhed står beskrevet under dette delmål, ja, det er nærmest beskæmmende. Verdensmålene kan ikke bruges som løftestang i forhold til at sikre en ny psykiatri, der er gearet til de udfordringer, vi har i Danmark generelt og i relation til udsatte. Og særligt ikke i forhold til at sikre integreret behandling, når det gælder stofafhængighed og psykiske lidelser. Her må vi vente på regeringens 10 års plan – at vi vil være det bekendt!

Verdensmål 8: Anstændige jobs og økonomisk vækst

Erhvervsfrekvensen for både mænd og kvinder er megahøj i Danmark, og der har aldrig været så mange i beskæftigelse, som der er i dag. Rummeligheden på arbejdsmarkedet er imidlertid ikke stor nok i forhold til mennesker, der står på kanten af arbejdsmarkedet, eller er helt ude – det være sig på grund af fysisk eller psykisk sygdom eller andre udfordringer.

Der er brug for flere initiativer. Det sociale frikort har svært ved at komme op at flyve, men er en mulighed. Der er imidlertid brug for mere og jo, da ikke mindst at samfundet påtager sig ansvar for, at alle får ret til et arbejde, som de kan varetage. Det har betydning, ikke bare for muligheden for at forsørge sig selv, hvilket handler om værdighed, men også om at indgå i flere fællesskaber.

Verdensmål 11: Bæredygtige byer og lokalsamfund

Der skal sikres adgang til en egnet og sikker bolig, og byudviklingen skal være mere inkluderende. Målet er såre aktuelt i forhold til, at det på trods af en hjemløsestrategi og mange satspuljemidler, de sidste ti år ikke er lykkedes at knække hjemløsekurven. Antallet af hjemløse er dog stagneret i følge tællingen i 2019.

Problemet med at leve op til "housing first" i hjemløsestrategien er, at der er for få boliger, der kan betales. Og så falder strategien jo ligesom sammen – uanset at det ikke kun er bolig, men også støtte og behandling i forhold til misbrug og psykisk sygdom, nye venner og andet, der skal falde på plads. Hjemløse har brug for, at Verdensmål 11 bliver taget alvorligt af Danmark!

Verdensmål 16: Fred, retfærdighed og stærke institutioner

Retssikkerhed er helt fundamentalt i et demokrati. Generelt er retssikkerheden høj i Danmark, og vi har generelt stor tillid til hinanden og de institutioner og myndigheder, der på

forskellig vis træffer beslutninger, der vedrører den enkeltes og vores fælles liv.

Men der er også problemer. Så store, at statsministeren brugte det meste af sin åbningstale til Folketinget i oktober 2019 på at tale om tillid. Og selvfølgelig er det et kæmpeproblem i forhold til at skabe et retfærdigt samfund, når f.eks. SKAT ikke er i stand til at opkræve den skat, vi skal betale, eller inddrive den gæld, vi skylder til det offentlige. Det slider på solidariteten og ønsket om det bedste gennem fællesskabet.

Retssikkerheden for alle, og ikke mindst for udsatte mennesker, kræver blandt andet, at bisidderordninger bliver understøttet på en sådan måde, at kommunikationen med og til offentlige myndigheder lettes for udsatte.

Verdensmål 16 handler også om vold og menneskehandel, der også er væsentlige problematikker i forhold til udsatte. Det handler om at inddrage borgerne på alle niveauer. Lokale Udsatteråd er én mulighed for at sikre, at udsatte borgere bliver hørt og inddraget. De findes nu i over 40 kommuner, og burde være lovpligtige.

Verdensmål 17: Partnerskaber for handling

Kommuner og regioner er vigtige partnere, men også et stærkt civilsamfund og private aktører, der løfter opgaver, der er vigtige for udsatte. Det kræver en klar opgavefordeling, robust finansiering og ikke mindst en stærk offentlig indsats.

Med Satspuljens afskaffelse er det ikke mindst vigtigt at sikre, at en bæredygtig og langsigtet finansiering af indsatser for socialt udsatte kommer på finansloven – såvel som den indsats, der udføres af civilsamfundet, og som medfører den nytænkning, de kan og altid har bidraget med i forhold til målgrupper, som offentlige tilbud har svært ved at nå.





KAPITEL 3

Har vi brug for heroinklinikker?

– Hvordan behandlingen med lægeordineret heroin kan tænkes anderledes.

Behandling med lægeordineret heroin i Danmark fejrede i marts 2020 sin 10-års fødselsdag. Jubilæet gik dog ubemærket hen på grund af COVID-19-pandemien. Ikke desto mindre er en mærkedag en god lejlighed til at gøre status af den nuværende situation og samtidig gøre sig tanker om, hvordan fremtiden kunne se ud.

*Af sundhedsfaglig projektleder, MSA,
Jannet van der Veen, Brugernes Akademi¹*

Som et bud på hvordan behandlingens fremtid kunne se ud, har jeg undersøgt behandling med lægeordineret heroin i Schweiz. Her har man ikke alene 25 års erfaring med behandlingsformen, men man har også sluppet jerngrebet om medicinen, da den eksempelvis bliver udleveret på plejehjem og hospitaler, samt gives med hjem til patienterne.

Positive effekter af lægeordineret heroin – og frafald

Behandlingen i Danmark er først blevet evalueret tilbage i 2013 (1), hvor en rapport hovedsageligt bestående af kvantitative data, tegner et overordnet positivt billede. Patienternes sociale situation og psykiske velbefindende forbedres; flere bliver udredt for somatiske lidelser og der ses et fald i kriminalitet. Paradoksalt oplever man samtidig et frafald af de 'hard-to-treat' patienter, som be-

handlingen primært var tiltænkt. Dette frafald kan skyldes behandlingens forholdsvis omfattende krav til målgruppen, herunder den kontrol patienten underlægges, de ufravigelige krav om fysisk fremmøde, og ekskluderende inklusionskriterier. Evalueringsrapporten lægger op til, at tag-hjem herointablet skal vurderes, når man har opnået minimum et års erfaring med behandlingsformen. Forslaget er desværre ikke blevet realiseret og i Sundhedsstyrelsens evaluering af behandlingen fra 2020 fremhæves det derimod, at erfaringsgrundlaget fortsat ikke er fyldestgørende, da behandlingen på tværs af landets 5 heroinklinikker ikke er sammenligneligt (2).

Heroinbehandling i Danmark

- 5 klinikker – Århus, Esbjerg, Odense, København, Hvidovre
- Ca. 250 indskrevne patienter
- Majoriteten af patienterne er i behandling med injicerbar Diaphin
- 256 narkotikarelaterede dødsfald (6)

¹ Tidligere klinisk sygeplejerske på Heroinklinikken i KABS Hvidovre



I begge evalueringer glimrer patienternes og personalets egne erfaringer med behandlingen ved deres fravær og derfor bliver viden om behandling og valg af præparat meget begrænset.

Ikke siden antropologen Katrine Schepelern Johansens feltarbejde på danske heroinklinikker i løbet af behandlingens første 2 år, er der lavet et kvalitativt studie om behandlingen (3).

Feltarbejde i Schweiz 2020

Min undersøgelse om behandlingen i Schweiz er baseret på deltagerobservationer, semistrukturerede interviews og uformelle samtaler med både læger, sygeplejersker og socialfaglige medarbejdere foretaget i tre behandlingsinstitutioner i februar 2020 (4).

Samspeilet mellem private og offentlige aktører, der begge tilbyder behandling for opioidafhængighed, skaber et særligt klima for nytænkning. Schweiz er derfor ikke alene frontløberen indenfor behandling med Diaphin på baggrund af mere end 20 års erfaring, men også fordi visse institutioner påtager sig rollen som innovatør.

Mit korte feltstudie viser, hvordan lægeordineret heroin i Schweiz derfor ikke synes at være fanget i et kontinuum mellem problem og løsning, som feltarbejdet foretaget af Kathrine S. Johansen i Danmark har vist. Præparatet har i schweiziske institutioner derimod opnået en status som et almindeligt element i behandlingen af opioidafhængighed – på højde med andre

medikamenter. Mit feltarbejde understregede, hvordan den professionelle opfattelse af behandlingen med lægeordineret heroin var normaliseret og hvordan dette blandt andet kom til udtryk gennem den stedslige organisering af behandlingen. Heroin, eller rettere sagt Diaphin, var ikke længere et farligt præparat omgærdet af mystik, men derimod et helt almindeligt led i behandlingen af opioidafhængighed.

Steders betydning

Steder er ikke blot meningsløse tomme rum, som livet leves i, men derimod et udtryk for værdier, der understøtter en fortælling om tilhørsforhold. Stedsligheden spiller en særlig stor rolle i behandlingen med lægeordineret heroin. Først og fremmest da indtagelse af lægeordineret heroin primært finder sted indenfor klinikkens fire vægge, men også fordi heroinbehandling, i hvert fald i en dansk kontekst, udelukkende sker i dertilhørende klinikker. Alle 5 heroinklinikker i Danmark er placeret på særskilte adresser eller i specialindrettede afdelinger – adskilt fra den øvrige udlevering af substitutionsmedicin og de dertilhørende patienter.

Personalet i de schweiziske klinikker gav ikke alene udtryk for en normalisering af medicinen i deres fortællinger om behandlingen, men også i den fysiske organisering af klinikkerne. Lægeordineret heroin bliver udleveret side om side med andre præparater, hvilket ikke alene bidrager til en normalisering af selve præparat, men også en normalisering af patienten som modtager medicinen. Valget om at tilrettelægge behandlingen på denne måde, har været et bevidst valg for nogle af klinikkerne og er et aktivt ønske om afstigmatisering – ikke alene i den offentlige opfattelse, men også blandt patienterne selv. Forståelsen af lægeordineret heroin blev transformeret, fra noget særligt til noget langt mere normalt.

Heroinbehandling i Schweiz (data fra 2018)²

- 22 klinikker fordelt over landet, hvoraf 1 er placeret i et fængsel
- 1763 patienter i behandling
- Mulighed for 2 fulde døgn med tag-hjem medicin
- Knap 25 % af patienterne er i beskæftigelse
- 137 narkotikarelaterede dødsfald (2017)³

² Gmel m.fl., 2019 (5)

³ <https://www.obsan.admin.ch/en/indicators/MonAM/drug-related-deaths>

Tag-med-hjem-doser og medicinsk fleksibilitet

Man kan ikke tale om Diaphin-behandling i Schweiz uden at nævne tag-hjem Diaphin. Det sundhedsfaglige personale anså ikke denne mulighed for noget usædvanligt, tværtimod var der et ønske om, at ordningen kunne udvides til at omhandle flere dage. En af de positive konsekvenser ved tag-hjem medicin var at patientgruppen kunne opbygge en tilværelse udenfor institutionens rammer, hvilket bl.a. kom til udtryk i, at knap 25% af patienterne var i beskæftigelse (5). Tag-hjem Diaphin bestod indtil videre alene af Diaphintabletter. Diaphin forlod dog også afdelingen i injicerbar form, bl.a. når patienterne blev indlagt på hospitalet eller ved aldrende patienter, som var flyttet på plejehjem eller som fik besøg af en hjemmesygeplejerske – altså når der var en sundhedsfaglig tilstedeværelse, som kunne monitorere indgiften. Denne mulighed understreger, at lægeordineret heroin ikke blot er et tidsbegrænset tilbud for de mobile patienter, men at behandlingen kunne bruges langsigtet og ikke skulle fratages patienter, når de blev forhindret i et fysisk fremmøde. En mulighed som bliver mere og mere relevant med årene – også i Danmark, da gennemsnitsalderen blandt patientpopulationen er stigende. En stigning, som måske bevidner behandlingens gode effekter.

Den danske heroinbehandling fremadrettet...

Diaphin-behandling i Danmark har ikke set nogen nævneværdig udvikling gennem de seneste 10 år og tilbuddet syntes på mange måder at være underlagt den samme ambivalente opfattelse, hvor Diaphin fortsat har en tvivlsom identitet som lægemiddel. Vi har i Danmark opbygget 10 års erfaring med lægemidlet og effekterne har på mange måder vist sig at være positive.

Næste skridt for behandlingen burde være en afmystificering af både medicin, patientgruppe og tilbud, f.eks. ved at nytænke de fysiske rammer om behandlingen og sige at udleverin-

gen ikke alene kan ske i særindrettede steder. For kræver udleveringen af Diaphin virkelig en særlig klinik og er det vigtigt, at denne patientgruppe skal gøres anderledes? Eller føler vi os også snart trygge nok med de erfaringer, vi har erhvervet os gennem det seneste årti til at tænke nyt? I Schweiz er svaret tydeligt og måske vi i Danmark nu også er klar til at nytænke behandlingen?

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2013). Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010-2012. Sundhedsstyrelsen.
2. Sundhedsstyrelsen (2020). Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin til opioidafhængige patienter. Opgørelse over årene 2013-2020.
3. Johansen, KS. (2013). Heroinbehandling i Danmark – en undersøgelse af brugere og behandling. KABS VIDEN.
4. van der Veen, J. (2020). At normalisere det unormale: En antropologisk analyse af lægeordineret heroinbehandling i Schweiz.
5. Gmel, G., Labhart F., & Maffli E. (2019). Heroin-assisted treatment in Switzerland – Results of the 2018 survey. Lausanne, Oct. 2019, Research report No. 108; 2019
6. Sundhedsstyrelsen (2021). Narkotikarelaterede dødsfald – opgørelse og analyse for data i 2020. Narkotikarelaterede dødsfald (sst.dk) <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Narkotika/Narkotikarelaterede-dødsfald.ashx>

KAPITEL 4

Hvornår fortryder man egentligt fuldskab?

Danskernes alkoholforbrug er i mange tilfælde problematisk og kræver alkoholrådgivning eller -behandling. Derfor har sundhedsprofessionelle en vigtig opgave med at starte dialogen om alkohol. Borgernes egne oplevelser om uhensigtsmæssig alkoholadfærd og fortrydelse kan her være en brugbar brik i samtalen.

Af sociolog Lea Trier Krøll & specialkonsulent, Kathrine Bro Ludvigsen, KABS

Behov for at forstå brugeres perspektiv på alkohol

Mange danskere oplever, at et stort forbrug af alkohol er en privat sag. Det er enten tabubelagt eller omvendt en næsten så naturlig del af det sociale liv, at det føles som noget, der ikke står til at ændre (3)(4). Begge dele kan gøre det svært for pårørende og professionelle at spørge ind til alkoholvaner uden at risikere at støde den person væk, de ønsker at støtte og tilbyde hjælp til at reducere sit forbrug (1).

Sundhedsstyrelsen har blandt andet derfor udgivet en række anbefalinger til, hvordan personale i kommuner og regioner kan starte samtaler med borgere om alkohol¹. I det nye materiale 'Dialog om alkohol' guider de blandt andet personale til at starte samtaler ud fra en god forståelse for borgernes perspektiv på alkohol (5). Samtaler der tager afsæt i borgerens forståelse af, hvordan alkohol påvirker deres liv, viser sig oftest at gå lettest (1). Her er det sjældent de målbare kliniske skadeeffekter, der først og fremmest bekymrer borgere, men derimod oplevelser i hverdagslivet (7).

En global undersøgelse

Denne artikel vil bidrage til at skabe forståelse for brugeres perspektiv på alkohol. Især ser vi her på, hvornår og hvorfor nogle danskere fortryder, at de har drukket sig fulde. Til det trækker vi på fund fra en global spørgeskemaundersøgelse kaldet Global Drug Survey² (herefter 'GDS'), der er lavet af et uafhængigt forskerhold med base i London. Den undersøger især brugeres oplevelser af at tage forskellige rusmidler og har hentet svar fra over 120 lande gennem de seneste år. Siden 2016 har KABS bidraget til at udbrede kendskab til den på online platforme, som rusmiddelnerfarne danskere bruger. Det er igennem dette samarbejde, vi har fået mulighed for at formidle undersøgelsens fund.

Danskere drikker fortsat meget

Når vi ser på resultaterne fra GDS gennem årene, er det slående – om end ikke overraskende – at danskere drikker mere alkohol end respondenter fra andre lande, og at danskere oftere drikker sig fulde (11). I GDS fra 2020 havde 96 % af danskerne drukket alkohol inden for det sidste år og gennemsnitligt været fulde 32 gange. Kun 5 % af danskerne har slet ikke været fulde i løbet af det seneste år. Især de danske mænd under 25 år drak sig ofte fulde og, målt med AUDIT³, risikabelt (11). At særligt unge og mænd ofte drikker sig fulde, har flere danske undersøgelser vist (3).



Selvom danskere drikker meget – nyder de det mindst

At danskere drikker relativt meget, er et fund, vi genkender fra flere internationale sammenligninger. GDS-undersøgelsen fra 2020 gav imidlertid også et interessant indblik i, hvor meget danskere nyder at drikke (11). Her overrasker det, at selvom mange danskere drikker meget, er danskerne ikke blandt dem, der nyder det mest. Faktisk viser GDS en generel tendens til, at lande, hvor folk nyder alkohol mest også er de lande, hvor folk drikker mindst (Winstock, 2021). Samtidig er antallet af personer, der ønsker at skære ned på sit forbrug af alkohol allerlavest i Danmark. Begge fund virker overraskende, især i kombination. De kan dog måske forstås i lyset af, at vi i Danmark har en meget høj kulturel accept og mindre problematiserende indstilling til alkohol og fuldskab, end man har i mange andre lande. Vi nyder det mindre, når vi drikker, men vi har kultur for at gøre det.

At drikke sig fuld og fortryde det

GDS fra 2020 giver også et interessant indblik i, hvorfor danskere nogle gange fortryder, at de har drukket sig fulde. Defineret som at 'ville ønske, at man havde drukket mindre eller slet ikke havde drukket' svarer 70 % af danskerne, at de har fortrudt mindst én af de gange, de havde været fulde inden for det seneste år (11). Hvor folk, globalt set, fortrød hver anden gang, de havde været fulde, fortrød danskere kun hver fjerde. Danskerne udgør den andel, der fortry-

- 1 Opsporing af alkoholproblemer, Sundhedsstyrelsen <https://www.sst.dk/da/Viden/Alkohol/Alkoholbehandling/Opsporing-af-alkoholproblemer>, (Besøgt 9. juli 2021)
- 2 About us | GDS. <https://www.globaldrugsurvey.com/about-us/>. Se også (Barratt et al., 2017) for en uddybet præsentation og diskussion af metodologien
- 3 AUDIT er udbredt værktøj til at identificere alkoholproblemer hos borgere. Den kan bl.a. tages på <https://alkohol.kabs.dk/information/alkoholtest/>



Global Drug Survey (GDS)

- Siden 2012 er GDS blevet gennemført verden over
- GDS besvares med et online spørgeskema, som er oversat til 10 sprog
- GDS besvares ofte af yngre og mere erfarne rusmiddelbrugere
- GDS giver et unikt indblik i respondenternes oplevelser idet undersøgelsen består af nuancerede og detaljerede spørgsmål om både legalt og illegalt rusmiddelbrug (2)
- GDS 2020 blev besvaret af 110.000 personer i mere end 25 lande. Der var 6620 danske respondenter (11)
- Blandt de danske respondenter er: 62 % yngre end 25 år (41 % mænd og 22 % kvinder under 25 år). 22 % har gennemført en bachelor- eller længere uddannelse (12)
- GDS 2020 foregik fra november 2019 til februar 2020. Dvs. før Corona-restriktioner lukkede landet ned (11)
- Indsamling og analyse af data til GDS 2020 er etisk godkendt fra University College London (2)

Læs mere på: www.globaldrugsurvey.com
Tidligere GDS-undersøgelser er beskrevet i Årsmagasinet 2017 og 2018:
www.kabsviden.dk

der mindst, blandt alle lande i GDS (11). Igen er danske mænd og yngre mænd især værd at bemærke, da de drikker allermest, men fortryder fuldskab allermindst. Tendensen er igen global: I lande, hvor folk oftest er fulde, fortryder de det sjældnest (11). Der er ikke umiddelbart simple forklaringer på denne tendens. Både kultur og fysiologi kan spille en rolle (12).

Brugernes grunde til at fortryde

Det kan være spændende at få indblik i, hvad respondenterne selv angiver som årsager til at de har fortrudt fuldskab. GDS 2020 giver et indblik i, hvad de der har fortrudt fuldskab inden for det seneste år angiver som årsager til, at de fortrød den seneste episode. Her kunne de vælge mellem en række udsagn, som GDS-forskerne havde listet op.

De fleste svarede her, at årsagen til at de blev så fulde, at de fortrød det var, at de drak *for hurtigt*; sammen med *andre personer*, der drikker meget; og at de *blandede alkohol*-produkter med forskellige alkoholprocenter eller med andre rusmidler. Nogle oplevede, at de blev for fulde, fordi de drak, mens de var i *dårligt humør*, eller *før* de gik til en fest (11).

GDS forskerne mener, at fundene kan bruges til at formulere en række 'gode råd' til personer, der drikker, så de ikke ender i situationer, hvor de drikker sig mere fulde, end de har lyst til (11).

Tømmermændsangst

En ting er, hvorfor man drikke sig *for* fuld, en anden er, hvorfor fuldkaben opleves som et problem. Her svarer flest: *Tømmermænd!* Det kender mange til. Den næstmest typiske årsag til at fortryde at have været fuld er at have sagt noget dumt eller at have oplevet forøget angst dagen efter, at man har drukket (11). Særligt oplevelsen af en problematisk forøgelse af angst er værd at bemærke i de skandinaviske lande, England og Irland. Her er angst hyppigere angivet som årsag til at fortryde fuldkab end i andre lande (11). Samtidig angiver kvinder oftere denne årsag end mænd.

GDS-forskerne foreslår, at fænomenet, som nogle gange kaldes tømmermændsangst, opstår på grund af måden, alkohol påvirker hjernen, og at biokemi forklarer kønsforskelle (10). Lad derfor være med, at bruge alkohol som angsthåndtering, foreslår forskerne – for alkohol gør angsttilstande værre (11).

At der er forskelle mellem lande og køn skyldes nok mere end ren biokemi. Vi ved, at angst i befolkningen, herunder kønsforskelle, kan tilskrives mange faktorer og involverer vores kultur. Sociologer mener blandt andet, at vores samfund i dag er med til at skabe angst, fordi mange oplever, at man hele tiden bør præstere noget (8). Det kan også derfor være interessant at tænke videre over, hvorfor netop kvinder, danskere og personer fra andre nordeuropæiske lande har forøget angst som en hyppig årsag til fortrydelse.

Uønskede seksuelle oplevelser

Seksuelle episoder i konteksten af alkoholbrug og især fuldkab har været omdiskuteret igennem de senere år. Mange vinkler har været lagt ned over emnet, men særligt diskussioner af kønsnormer har været diskuteret. Det skyldes blandt andet, at især kvinder og personer med ikke-binær kønsidentitet oftest er ofre i de sager om uønskede seksuelle episoder, der anmeldes og omtales (se f.eks. 6).

I GDS 2020 var uønskede seksuelle episoder en svarmulighed på spørgsmålet om, hvorfor man har fortrudt fuldkab, og kvinder angav oftest dette svar (11). Tilsvarende er det i GDS oftere kvinder og dertil seksuelle minoriteter, der oftest angiver, at de har fortrudt fuldkab, fordi de blev seksuelt udnyttet, mens de var fulde (11).

At kvinder og seksuelle minoriteter fortryder fuldkab, fordi de oplevede at blive seksuelt udnyttet, mens de var fulde, peger på et spørgsmål om, hvem og hvad der er skyld i hændelsen. Undersøgelser har længe påvist, at der ofte huserer en dobbeltmoral i mediefortællingers beskrivelser af, hvem der er ansvarlig i forhold til uønskede seksuelle episoder: Ofte bliver krænkeres grænseoverskridende adfærd *undskyldt* med argumentet 'at vedkommende var fuld', mens det samme argument ofte bruges til at gøre offeret – som typisk er en kvinde eller minoritet – *ansvarlig* for hændelsen (se f.eks. 6).

Hvad kan vi bruge viden om alkoholfortrydelse til?

I Danmark har vi en udbredt fuldkabskultur. Mange undersøgelser har vist, at danskere oftere drikker rus-orienteret end folk i andre lan-

De danske respondenter i GDS 2020

Overordnet kan vi se, at de danskere, der har besvaret GDS i 2020, er yngre og generelt mere rusmiddelfarne end den almene befolkning:

Over halvdelen er under 25 år, og hele 95 % har prøvet at bruge et illegalt rusmiddel

57 % har brugt ét illegalt rusmiddel inden for den seneste måned, f.eks. har 48 % brugt kokain

Til sammenligning viser en nationalt repræsentativ undersøgelse, at 'kun' 11 % af alle danske unge under 25 år nogensinde har prøvet at bruge et andet illegalt stof end cannabis (9)

de. Med afsæt i Global Drug Survey har denne artikel fokuseret på brug af alkohol i Danmark og især på, hvornår brugere fortryder, at de har været fulde. Den viser blandt andet, at yngre danske mænd oftest drikker sig fulde, men sjældnest fortryder det, og at kvinder oftere end mænd angiver forøget angst og uønskede seksuelle episoder som årsager til, at de har fortrudt fuldskab.

Forskerne bag GDS håber, at viden om, hvornår og hvorfor personer fortryder at have været fulde, kan bruges til at give andre brugere 'gode råd' til, hvordan de undgår at drikke for meget. Vi vil foreslå, at viden om fortrydelse også er gavnlig i et bredt perspektiv. Venner, familiemedlemmer og professionelle kan bruge indsigt i brugeres perspektiv til at skabe bedre dialog om alkoholbrug. I disse samtaler kan forståelse for både kulturelle, sociale og eksistentielle elementer af fuldskab udgøre et stærkt fundament. De kan supplere de nok så relevante sundhedsfaglige perspektiver, hvis betydning imidlertid ofte kan være fjernt fra det, der betyder noget i hverdagen.

Referencer

1. Barfod, S. (2016). Behandling i almen praksis. I: Becker U. & Tolstrup JS. (Red.), Alkohol: Brug, konsekvenser og behandling (1. udgave, s. 255–272). Munksgaard.
2. Barratt, M.J., Ferris, J.A., Zahnow, R., Palamar, J.J., Maier, L.J., & Winstock, A.R. (2017). Moving on From Representativeness: Testing the Utility of the Global Drug Survey. Substance Abuse: Research and Treatment, 11, 117822181771639.
3. Becker, U. (2016). Opsporing og screeningsmetoder. I: Becker U. & Tolstrup, JS. (Red.), Alkohol: Brug, konsekvenser og behandling (1. udgave, s. 219–227). Munksgaard.
4. Bendtsen, P. (2016). Unge og alkohol. I: Becker, U. & J. S. Tolstrup (Red.), Alkohol: Brug, konsekvenser og behandling (1. udgave, s. 343–361). Munksgaard.
5. Hansen, A.B.G., Andersen, A.K.M., Foxvig, I., & Birch, S.D. (2021). Dialog om alkohol—Rådgivnings- og implementeringsmateriale. Sundhedsstyrelsen.
6. Jensen, M.B., & Hunt, G. (2019). Young women's narratives on sex in the context of heavy alcohol use: Friendships, gender norms and the sociality of consent. International Journal of Drug Policy, 81.
7. Nielsen, A.S. (2016). Forskellige syn på alkoholafhængighed. I: Becker, U. & Tolstrup, JS. (Red.), Alkohol: Brug, konsekvenser og behandling (1. udgave, s. 79–88). Munksgaard.
8. Petersen, A. (2016). Præstationssamfundet (1. udgave). Hans Reitzel.
9. Sundhedsstyrelsen. (2020). Udbredelsen af illegale stoffer i befolkningen og blandt de unge. Narkotikasituationen i Danmark—Delrapport 1. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Narkotikasituationen/Narkorapporten-01.ashx?la=da&hash=EB3070018B-0153732B14F9ED3D1B5118D6EFE9C6>
10. Winstock, A. (2020). GDS Key Findings Report 2020 – Executive Summary. <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-2020-key-findings/>
11. Winstock, A. (2021). Global Drug Survey (GDS) Country Findings Report 2020—Denmark. www.globaldrugsurvey.com/GDS2020
12. Winstock, A., Maier, L., Villa-Llera, C., Zhuparris, A., Davies, E., Surtherland, R., Kuypers, K., Timmerman, C., Ferris, J., & Barratt, M. (2021). Global Drug Survey (GDS) Key Findings Report 2020.



KAPITEL 5

Cannabiskulturens normalisering, neutralisering og glorificering

Måden vi formidler og taler om cannabis har betydning for vores syn på og brug af cannabisplanten. Dette gælder ikke mindst unge der gennem film, musik og TV påvirkes i bestemte uhensigtsmæssige retninger, der legitimerer og neutraliserer – potentielt skadelig – brug af cannabis.

*Af rusmiddelbehandler, ph.d i Folkesundhed,
Søren Holm, Aarhus Kommune*

Cannabis er en fællesbetegnelse for hash, pot, skunk og andre produkter fra cannabisplanten. I Danmark har der været tradition for at benytte "hash" som fællesbetegnelse, men dette kan skabe misforståelser. Jeg anvender derfor "cannabis" som fællesbetegnelse i denne artikel.

Næsten halvdelen af alle unge prøver at ryge cannabis på et tidspunkt, og ca. 4.000 personer bliver indskrevet hvert år i behandling for cannabismisbrug (se tabel herunder).

En stor del af de unge, der udvikler misbrug, påbegynder et jævnlige cannabisforbrug, mens de er tilknyttet en ungdomsuddannelse. Dette sker parallelt med, at holdninger og overbevisninger

Fordeling på hovedstof for personer indskrevet i behandling i henholdsvis 2003 og 2017 med kendt hovedstof (i pct.)

	18-24-ÅRIGE 2003	ALLE I BEHANDLING 2003	18-24-ÅRIGE 2017	ALLE I BEHANDLING 2017
HASH	46,0	25,6	74,4	62,7
HERION	15,3	30,2	0,9	4,8
AMFETAMIN	12,7	5,8	3,1	6,2
KOKAIN	5,8	4,4	15,7	15,9
ECSTASY	4,0	1,2	0,7	0,3
ANDRE OPIOIDER	4,8	20,1	3,3	6,9
BENZODIAZEPINER	1,7	2,1	0,6	1,2
LSD	0,0	0,0	0,2	0,1
ANDET	9,8	10,5	1,1	1,9

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, register over stofmisbrugere indskrevet i behandling (SIB), 2018
Amm.: Opgørelsen er afgrænset på indskrivningsdato.



i relation til cannabis forandres mod øget accept og lavere risikovurdering.

I mit arbejde som forebyggelseskonsulent har jeg oplevet, hvordan unges holdninger til cannabis ændrer sig gennem teenageårene. Når jeg talte med elever i 7. klasse, mødte jeg typisk meget negative holdninger og ingen planer om nogensinde at ryge hverken hash, pot eller skunk.

På ungdomsuddannelserne var det en helt anden situation. Her blev jeg mødt med en masse argumenter, der beskrev cannabis som et uskadeligt naturprodukt, der kan øge kreativitet og gøre brugerne mere sociale. Hvis udgangspunktet er, at handlinger afspejler holdninger, er det derfor ikke overraskende, at mange unge begynder at ryge cannabis, mens de går på en ungdomsuddannelse. Og for mange har det desværre den konsekvens, at de ikke får færdiggjort deres uddannelse.

Cannabiskulturen

Igennem min egen opvækst og mit arbejde med unge har jeg de sidste 30 år oplevet, hvordan positive holdninger til cannabis kan påvirke unges forbrug af hash, pot og skunk.

En del unge er nysgerrige og påvirkes af de fællesskaber, hvori der ryges meget cannabis og

tales meget om cannabis. Det er min erfaring, at påvirkningen fra sådanne fællesskaber er en væsentlig del af forklaringen på, hvorfor nogle unge udvikler et problematisk cannabisforbrug. Det sker, fordi cannabisforbruget legitimeres ved hjælp af de holdninger, overbevisninger og normer, der dyrkes og spredes i cannabiskulturen.

Sveinung Sandberg beskriver i artiklen *Cannabis culture: A stable subculture in a changing world*, hvordan cannabiskulturen på trods af visse forandringer stadig fremstår som en relativt stabil og uforanderlig kultur med kendetegn, der kan spores tilbage til 60'erne og 70'erne.

Eksistensen af en stabil cannabiskultur afspejles ligeledes i kraft af etablerede og verdensomspændende magasiner som det amerikanske *High Times* (grundlagt 1974) og det canadiske *Cannabis Culture* (grundlagt 1994), der begge formidler, det de selv betegner som den verdensomspændende cannabiskultur.

Da cannabiskulturen løber parallelt med og på tværs af forskellige subkulturer, er den svær at afgrænse præcist. Jeg mener dog alligevel, at det giver mening at betragte cannabiskulturen som et kulturelt fællesskab med specifikke holdninger, normer og værdier, der formidles gennem TV, film, musik, internet og sociale fællesskaber.

Når Dr. Dre og Snoop Dogg rapper "Smoke Weed Everyday", og når Simon Kvamm tænder en joint på scenen som vært til P3 Guld, så er det eksempler på cannabiskultur formidlet gennem musik og TV, og budskabet går klart igennem: "Det er fedt at ryge cannabis".

På film er det særligt i de såkaldte *Stoner Comedies*, at cannabiskulturen fremstår i sin reneste form. I denne genre ryger hovedpersonerne store mængder cannabis, og cannabisrygning fremstår som både sjovt og uskadeligt.

Det er min erfaring som misbrugsbehandler og forebyggelseskonsulent, at mange unge påvirkes af budskaberne i cannabiskulturen og herigennem udvikler holdninger, der legitimerer et jævnlige cannabisforbrug.

Normalisering, neutralisering og glorificering

De fleste holdninger og overbevisninger i cannabiskulturen kan kategoriseres med tre forskellige begreber:

1. Normalisering
2. Neutralisering
3. Glorificering

Normalisering beskriver den overbevisning, at cannabisforbrug er mere udbredt og socialt accepteret, end det i virkeligheden er. Så når nogle unge har den opfattelse, at alle andre unge ryger cannabis, og at det nærmest er en uundgåelig del af det at være ung, så er der tale om *normalisering*.

Neutralisering betyder, at man enten afviser eller bagatelliserer de negative konsekvenser, der kan være ved at ryge cannabis. Så når nogle unge giver udtryk for, at man ikke kan blive afhængig af hash, eller at de fleste fint kan ryge hash hver dag uden at det påvirker deres uddannelse, så er der tale om *neutralisering*.

Glorificering er forherligelse af cannabis. Så hvis nogle unge opfatter cannabis som et

bevidsthedsudvidende stof, der gør brugerne mere kreative, sociale og indsigtsfulde, så er der tale om *glorificering*.

Ph.d.-projektet

I mit ph.d.-projekt var formålet at undersøge, hvorvidt normalisering, neutralisering og glorificering kan forudsige cannabisforbrug blandt elever på ungdomsuddannelserne.

Det var altså min hypotese, at cannabiskulturen påvirker unges cannabisforbrug ved at formidle overdrevne forestillinger om forbrug blandt jævnaldrende (normalisering), lav risikovurdering ved forbrug (neutralisering) og positive holdninger til cannabis (glorificering). Det viste sig, at elevernes niveau af normalisering, neutralisering og glorificering var en ret god indikator for, om de på et senere tidspunkt begyndte at ryge cannabis. Noget kunne dermed tyde på, at normalisering, neutralisering og glorificering medvirker til den holdningsændring, der finder sted fra 7. klasse, og at cannabisforbrug blandt unge kan forebygges ved at forebygge normalisering, neutralisering og glorificering.

Efter ph.d.-projektet gik vi derfor i gang med at udvikle et undervisningsforløb, der skulle forebygge normalisering, neutralisering og glorificering blandt eleverne på ungdomsuddannelserne i Danmark. Undervisningsforløbet hedder PAS og kan downloades gratis på projektpas.dk (se boks).

Forebyggelse med PAS

PAS består af holdningsbearbejdende elementer og social færdighedstræning. Undervisningsforløbet er opbygget af otte moduler af 45 minutters varighed. I modulerne arbejder eleverne med følgende emner:

1. Afklaring af misbrugsbegrebet
2. Hensigtsmæssig kommunikation
3. Sociale overdrivelser
4. Hvordan vi passer på os selv og hinanden
5. Personlige værdier



6. Neutralisering af risiko
7. Tanker, følelser og handlinger
8. Holdninger til hash

Undervisningsmaterialet indeholder både praktiske kompetenceskabende øvelser, aktiv stilningtagen og inddragelse af digitale medier. Der indgår en del animation, videofilm og interaktive elementer i forløbet, og indholdskomponenterne består primært af visuelt og auditivt materiale. Skriftlig fremstilling og læsekrævende arbejde udgør kun en meget begrænset del af forløbet, og det er muligt at deltage fuldt ud i forløbet uden at skulle hverken læse eller skrive.

Arbejdsformen varierer meget og er en blanding af præsentationer, individuelle opgaver, gruppearbejde og klassediskussioner. Eleverne kan undervises af almindelige lærere uden særlig viden eller kompetencer relateret til rusmidler. Elevernes tilbagemeldinger fra afprøvning af undervisningsmaterialet har været meget

positive. Blandt eleverne gav 71% udtryk for, at undervisningen var spændende, 85% opfattede undervisningsmaterialet som troværdigt, og 87% deltog aktivt i undervisningen.

Det er mit håb, at vi med PAS kan sikre tilstedeværelsen af et troværdigt og kritisk alternativ til cannabiskulturens normalisering, neutralisering og glorificering af cannabisbrug.

Om PAS

PAS er et evidensbaseret undervisningsforløb udviklet til unge på ungdomsuddannelserne i Danmark.

Formålet med undervisningsforløbet er at forebygge misbrug af rusmidler blandt unge. Du kan finde materialet og læse mere om Projekt PAS på www.projektpas.dk eller ved at kontakte Søren Holm på sholm@forum100.dk

KAPITEL 6

Afhængig af præstation

– om håb og udmattelse i konkurrenceprægede studieliv

Nogle unge bruger piller for at overkomme en usikkerhed, der opstår i studieliv præget af konkurrencekultur. De bruger receptmedicin til andet end det, som den er udskrevet til med håb om, at det vil give dem kontrol over deres krop, så de kan præstere mere og nok til at føle sig trygge i studielivet. Undersøgelsen, som denne artikel præsenterer, viser dog, at pillerne langt fra forløser de unges usikkerheder med et trylleslag.

Af sociolog Lea Trier Krøll

I denne artikel følger vi Mikkel og Gitte. De fortæller begge om at bruge receptpligtige piller for at opnå et umiddelbart øget tempo og en stærkere følelse af kontrol over deres krop. Det giver dem håb om, at de kan præstere mere og dermed nok i hverdagen som studerende. Selvom de bruger vidt forskellige typer af piller, er de følelser og tanker, de knytter til at tage pillerne slående ens. Det samme er deres beskrivelser af, at de over tid begynder at miste kontrollen med deres brug. Håbet om, at de med piller kan præstere nok til at få anerkendelse og tryghed, får dem til at eskalere deres brug, så de mister føling med sig selv. Netop det, får dem også til at begynde at betvivle, om det egentlig er muligt og meningsfuldt at forfølge de indre og ydre krav om konstant præstation. Med andre ord bidrager pillerne ikke til at bevare kontrollen, men derimod til at forlænge den livsstil, som egentligt forårsager den dybe udmattelse og oplevelsen af kontroltab, der plager dem. Ved at diskutere fænomener som disse, kan vi bedre begynde at udvikle reelle løsninger på unges mistrivsel.



Tryghed gennem konkurrence

Mikkel beskriver sig selv som stærkt fokuseret på at opnå en selvkontrol, der kan gøre det muligt for ham at forfølge en god karriere indenfor sit fag: "Der er ingen Plan B. På den måde fylder studiet rigtig, rigtig meget". Han forbinder det at præstere på studiet med konkurrence og en del angst. Han arbejder konstant, også i week-ender og ferier, når andre han kender ellers holder fri. Det nærer nemlig et håb i ham:

"Der er en masse tabt ved at give slip. Jeg kunne blive bedre end de andre i den periode. Jeg kunne læse flere artikler og blive mere vidende. Jeg kunne øve mig på alt muligt, som jeg kan bruge. Dit, dut og dat. Det der med *hele* tiden at forsøge at forbedre sig selv i håbet om en dag at blive god nok, det er *helt* klart et styrende element i det".

At Mikkel oplever, at han kun ved at blive 'den bedste' kan blive 'god nok', er ikke nødvendigvis paradoksalt i et konkurrencesamfund, som han oplever at være en del af. Sociologen Andreas Reckwitz (1) beskriver, at konkurrencekultur dominerer på arbejdsmarkedet i dag, fordi afstanden mellem de, der får trygge jobs, og de der får usikre ansættelser polariseres mere og mere. I dag har en stor gruppe også veluddannede unge udsigt til ringere vilkår og fremtidsudsigter, end foregående generationer har haft (2). Ved konstant at fremvise en evne til at præstere noget særligt, føler mange dog, at de kan opnå en følelse af måske at have en chance for at få et trygt og stabilt liv.

Mikkel forklarer netop, at hans konstante kamp for at præstere mere, og bruge piller for at opnå det, er drevet af et håb. Han forestiller sig, at han



dermed en dag vil kunne læne sig tilbage og føle, at han er god nok og kan være tryk i sin stilling. Men nu og her må han kæmpe, føler han: "Så længe, du er uden for det fine selskab, er det ligesom værd at satse noget og løbe rigtigt hurtigt. Så man ikke ender med en fiasko".

Polarisering og konkurrence skaber for flere end bare Mikkel en stor frygt for at holde pauser fra at præstere, beskriver sociologen Hartmut Rosa (3). Måske har de senere års politiske uddannelsesreformer også gjort sit til at forme den følelse hos danske unge. De senere års reformer har netop tilskyndet studerende til ikke at tage pauser i studiet, og flere unge har netop derfor valgt at sætte turbo på deres studieliv, viser danske uddannelsesforskere (4).

Hverdagen er konstant præstation

Frygten for at give slip på kontrol og at sænke farten, som Mikkel beskriver, fylder også i Gittes hverdagsliv. Hvor Mikkel fokuserer på at præstere på sin uddannelse, prøver Gitte at præstere i de fleste dele af sit liv. Hun har "meget få huller" i sin kalender og sjældent "friaf-tener", forklarer hun. For hun føler, at hun bør præstere noget konstant:

"Jeg synes, at det er sådan: 'Nå, men man skal jo have 12 i alting, og jeg skal jo være sund og slank, og jeg skal jo pleje mit netværk, og jeg skal jo – '. Jeg tænker ikke på det som en præstation, men bare sådan 'det skal jeg bare lige'. Og så skal jeg så oven i det også gøre det, som jeg selv ser som en præstation: For eksempel at blive god til noget nyt eller få et eller andet sejt job, eller hvad det kan være ik?"

Gitte føler, at listen over områder, hun bør præstere indenfor, er vokset med tiden. Hun beskriver nu både aktiviteter som at gå til teknofester, være politisk aktiv, og have venner som præstationer.

Modsat Mikkel, der fokuserer på sin faglige præstation, føler Gitte sig bedømt på aktiviteter, som vi kulturelt ellers er vant til at tænke

på som private. Reckwitz (1) beskriver netop, at mange akademiske jobs i dag opfordrer ansatte til at fremvise en stærk indre motivation for deres arbejde og trække på hele personligheden og private netværk også i arbejdslivet.

I det lys, virker det ikke sært, at Gitte kæmper for at præstere meget, selvom hun føler, at det også er blevet meget fysisk og mentalt udmattende. Hun ser, at: "Det er ret store krav at stille sig selv i virkeligheden – men jeg sanser slet ikke, hvor store de er". I kampen for at få kroppen til at følge med iveren for at præstere, har hun tabt fornemmelsen for dens reelle grænser. Hun forklarer, at hun ofte bliver angst; "anspændt i hele kroppen og meget, meget lidt nærværende", når hun føler, at hun skal "nå for mange ting". Uroen har givet hende søvnproblemer. Særligt angsten knyttet til præstationskrav har gjort hende søvnløs, grænsende til det selvskadende: "Jeg dør nok af en blodprop som 35-årig", konkluderer hun.

Eskalerende præstationsangst

Mikkel har igennem nogle år brugt opkvikkende 'ADHD-piller', som han ikke selv har recept på. Han startede på det, efter at han på www.videnskab.dk havde læst om, at studerende i USA og England bruger dem for at kunne læse koncentreret i lang tid. Han bruger meget tid på sine studier og forklarer: "det er derfor, at jeg begyndte at tage medicin i nogle perioder, hvor jeg ligesom ville gabe over tre forskellige projekter".

Han tænkte, til at starte med, at piller burde være undtagelsen, og han tog dem kun for at kunne læse meget i tiden op til eksaminer. Han oplevede dog, at pillerne også gav ham en rus og en oplevelse af, at "det kører derudaf", der boostede hans selvværd. Det fik ham til at bruge dem oftere. Han siger nu, at: "Jeg må blankt erkende, at det er begyndt at skvulpe over i et helt normalt hverdagsliv".

Oplevelsen af øget selvværd fik ham til at tage piller i hverdagen for at dulme præstationsangst, for eksempel når han skulle holde fag-

lige oplæg. Med tiden følte han sig "afhængig op til store præstationer". Derfor var det heller ikke svært for ham at skifte ADHD-piller ud med kokain, forklarer han, da han i en periode ikke kunne få fat på ADHD-medicin. Han troede, det ville give ham den samme effekt.

Hans angst for præstationer og en tiltagende dyb udmattelse begyndte at eskalere. Han beskriver sit brug af ADHD-medicin og siden kokain som en "ond spiral". Jo mere han tog, desto mere "sløv i hovedet" blev han. Men han "havde ikke tid til at være sløv", følte han. Han var angst for, at 'toget skulle køre', og at han ikke kunne 'følge med'. Derfor tog han mere og mere "for at komme op at tro på mig selv igen", forklarer han.

Den tiltagende udmattelse eskalerede dog, og han fik panikangst. Han kunne derfor ikke arbejde og konkluderer, at det "overhovedet ikke gjorde min præstation bedre, tværtimod ... I al min kontrol, der havde jeg mistet grebet totalt".

Sanseløs udmattelse

Gitte har i flere år brugt et stærkt antihistamin for at kunne falde til ro. En desperat dag, hvor hun ikke kunne sove, søgte hun råd i et kommentarspor på www.netdokter.dk, hvor hun læste, at andre brugte dem til at falde til ro i kroppen, når de skulle sove. Egentlig udskrives de mod køresyge.

Som udgangspunkt ville hun kun bruge dem i "nødsituationer". Da vi mødtes til interviewet, var hun dog begyndt at "opfinde" undskyldninger, der gav hende lov til at tage piller oftere og i nye slags situationer. Hun tænker, at det ville være "sundere" for hende at prøve at "geare ned" frem for at bruge piller, men hun ser sig selv blive ved med at bruge dem. De fastholder nemlig en idé om, at hun kan blive ved med præstere trods en tiltagende dyb udmattelse. Hun har med pillebruget hele tiden forsøgt, forklarer hun:

"At have så mange jern i ilden, som jeg gerne ville, og samtidig gå i seng og sove som en baby, altså sove virkelig godt. Men det kan jeg jo ikke!"

Over tid har hun forværret en dyb, ikke bare fysisk, men også mental og emotionel, udmattelse. Hun føler, at hun er blevet afhængig af pillerne til at fastholde et højt tempo og dermed følelsen af kontrol. Men hun føler samtidig, at pillebruget er "som et nyt fængsel, jeg er ved at skabe for mig selv".

Afhængig af præstation

At Gitte og Mikkel føler sig afhængige af piller, der virker biokemisk forskelligt på kroppen, er interessant. Det peger på, at det måske ikke kun er biokemi, men også de sociale og kulturelle normer i hverdagen, hvor pillerne bliver taget, der kan føre til oplevelser af at miste selvkontrol. For de oplevelser er fælles for Mikkel og Gitte.

Både Mikkel og Gitte beskriver oplevelser af, at det at lave mange synlige præstationer, rummer løfter om forløsning af uro og angst, der

Mikkel og Gitte

Mikkel og Gitte har delt deres historie i 1,5-timers individuelle interview, der er udført til projektet *Hverdagens medicin* på Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Til projektet har i alt 28 unge mellem 18 og 30 år delt erfaringer med at bruge receptmedicin til noget andet, end den var udskrevet til, i hverdagen som studerende på professionsbachelor- eller universitetsuddannelser. De kulturelle aspekter af Mikkel og Gittes historier, som denne artikel fremhæver, eksemplificerer aspekter, der både er udtalte i flere af deres historier og afspejler bredere tendenser i samfundet. Læs mere om projektet i (10, 11) og videre om andre danske unges oplevelser i (12,13).



har rod i præstationspres ved udsigten til en usikker fremtid, der er præget af konkurrence. Kulturanalytikeren Lauren Berlant (5) foreslår, i kan blive afhængige af ting og oplevelser, som vi forbinder med kulturelle løfter, men som er svære egentligt at tro på eller at kunne forfølge. Selv det at være afhængig af rusmidler kan føles opbyggeligt, hvis rusoplevelsen minder om oplevelser og kvaliteter, der giver adgang til et trygt og godt socialt liv (6). Sociologen Judy Wajcman (7) foreslår, at netop oplevelsen af at kunne præstere i et højt tempo kan føles godt, fordi den resonerer løfter om social anerkendelse og tryghed i en kultur som vores, hvor travlhed rimer på status.

Andre veje

Efter at have erfaret, at bagsiden af et travlt liv er en dyb udmattelse, som selv ikke piller kan modvirke, reflekterer Mikkell og Gitte over, hvad de har lært. De oplever nu, at den konkurrencekultur som de oplever, at de må forholde sig personligt til, har været med til at lede deres pillebrug ud over kanten. De bryder sig ikke om kulturen, men føler sig dybt indeni drevet af dens logik og løftet om, at præstation er den eneste vej til basal tryghed og anerkendelse.

Reckwitz (1) bemærker, at selvrealisering gennem arbejde og et væld af relaterede aktiviteter, i dag er blevet en udmattende selv-bebyrdelse. Sociologen Arlie Hochschild (8) ser, hvordan

'effektivitetskultur' ofte får uddannede klasser til at udskyde 'at leve' det liv, de egentlig ønsker, til et ukendt senere tidspunkt i livet.

Mere kan også være på spil. For Mikkell og Gitte handler det også om, hvordan man lever bæredygtige liv kropsligt og etisk. De overvejer nu begge alternative veje til et godt liv, der ikke centrerer om præstation. Ligesom Gitte, tænker Mikkell, at han bør "geare ned". Han prøver nu at lave andre ting i weekenden end at arbejde. Han vil gerne tro på, at "verden går ikke under af den grund" og repeterer for sig selv:

"Presset har gjort, at du er blevet angst, og det du skal er, at du skal lade være med at bruge de her medikamenter, og du skal gear ned, simpelthen. Du bliver nødt til at holde pauser og tage den mere med ro. For det er dig selv, der har kørt alt det her op".

Han tænker nu, "at der er også andet end det her" med præstation. Han reflekterer over om, det er bedre, at han selv og den generation, han er en del af, er "afhængige af stoffer eller ikke at, sådan, stå ved os selv i livet". Han kan godt se for sig, at det i princippet kunne lade sig gøre at finde værdi i selve det at være til, og at forfølge "krav om autenticitet, ægthed, altså, at du ligesom står ved dig selv". Men han har stadig svært ved at føle det. Præstationens etik sidder dybt i ham.



I deres præstationsstræben mistede Mikkel og Gitte kontakt til deres krop og fornemmelser af kontrol med et medicinbrug. Flere end blot de to vil i dag gerne nå meget, skabe gode liv og præstere til kanten af deres individuelle bæreevne. Gitte og Mikkel historier viser eksempler på at stræben efter præstation kan kamme over i dyb udmattelse, når det daglige tempo er højt for længe og livet for ensidigt hængt op på præstation.

Således at 'klø på direkte ned i afgrunden', som sociolog Alexander Rich Henningsens (9) formulerer det, afspejler en tendens til at fortsætte med at påtage sig opgaver til trods for det åbenlyst udmattende og meningsløse i det. Henningsen foreslår, at det skyldes en mangel på udsyn til alternativer, der føles mulige.

Både fagligt engagerede og privatpersoner kan have interesse i at reflektere over, hvad der bidrager til, at flere finder ikke-medicinsk brug af receptmedicin og præstationsorienterede liv nødvendige, også når de tydeligt opleves selvdestruktive.

Afhængighed af piller og præstation kan opstå, når vi ensidigt forbinder dem med anerkendelse og social tryghed og ikke har – eller dyrker at skabe – andre veje til at opfylde vores sociale og eksistentielle behov. Vi bør diskutere, hvordan vi skaber kulturer, hvor flere veje til tryghed og anerkendelse opleves reelt mulige.

Referencer

1. Reckwitz A. (2019). Singulariteternes samfund: om modernitetens strukturændringer. Hans Reitzels Forlag.
2. Gleerup J., Nielsen BS., Olsén P., Warring N. Prekarisering og akademisk arbejde. TfA [Internet]. 1. marts 2018 [hentet 22. juli 2021];20(1):9–29. Tilgængelig hos: <https://tidsskrift.dk/tidsskrift-for-arbejdsliv/article/view/108195>
3. Rosa H. (2013). Social Acceleration: A New Theory of Modernity. Columbia University Press.
4. Sarauw LL., Madsen SR. (2016). Studerende i en fremdriftstid: Prioriteter, valg og dilemmaer set i lyset af fremdriftsreformen. DPU, Aarhus Universitet.
5. Berlant L. Cruel optimism. (2011). Duke University Press.
6. Gomart E, Hennion A. (1999). A sociology of attachment: music amateurs, drug users. The Sociological Review. 47(S1):220–47.
7. Wajcman J. (2015). Pressed for time : the acceleration of life in digital capitalism [Internet]. Chicago: The University of Chicago Press. Tilgængelig hos: <https://doi.org/10.7208/9780226196503>
8. Hochschild AR. (2005). On the edge of the time bind: Time and market culture. Social Research: An International Quarterly. 72(2):339–54.
9. Henningsen AR. (2020). Klø på direkte ned i afgrunden. ATLAS Magasin [Internet]. Tilgængelig hos: <https://atlasmag.dk/samfund/kl%C3%B8-p%C3%A5-direkte-ned-i-afgrunden>
10. Krøll LT. (2019). Et højt tempo i studielivet får studerende til at bruge medicin. STOF Tidsskrift for stofmisbrugsområdet. (34): 24-29.
11. Krøll LT. (2019). Students' non-medical use of pharmaceuticals to manage time in everyday life crises. Drugs: Education, Prevention and Policy. 26(4):339–46.
12. Bjønness J. (2019). Gendered aspects of Danish students' non-medical use of prescription pharmaceuticals for enhancement purposes in the "performance society". Tilgængelig hos: <https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1590530>
13. Petersen MA. (2018). Study drugs som vennetjeneste, ordineret medicin eller stoffer til salg. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund [Internet]. (28):133–53. Tilgængelig hos: <https://tidsskrift.dk/sygdomogsamfund/article/view/107263/156817> <http://www.forskningsdatabasen.dk/en/catalog/2436189161>

KAPITEL 7

Mikrodosering af psykedelika

Mikrodosering er et nyt fænomen, hvor små doser af f.eks. LSD eller psilocybinsvampe bruges til at optimere præstationer og trivsel i hverdagen. Artiklen bygger på et dansk studie af brugen af mikrodosering, og hvad brugerne får ud af det.

*Af lektor Margit Anne Petersen, Center for
Rusmiddelforskning, Århus Universitet*

Mikrodosering af psykedeliske stoffer er en relativt ny form for stofbrug, ikke kun i Danmark, men også internationalt set. Mikrodosering består i at tage meget små doser, oftest af LSD eller psilocybinsvampe i hverdagssammenhænge, ikke for at opleve en decideret rus, men mere for at opnå forskellige mål i hverdagen (1). Eksemplerne vokser frem i adskillige danske medier med titler som; "Kan en lille smule LSD gøre os mere kreative og energiske?" Og; "Er LSD den nye vitaminpille?" eller; "Fra modkultur til corporate doping: I Silicon Valley tager de LSD for at arbejde bedre"¹. Der er med andre ord tale om et stofbrug som ikke handler om at flygte fra hverdagen, men nærmere at blive en mere integreret del af den. En form for stofbrug, som handler om at forbedre, styre eller udvikle selvet. Et lignende eksempel er fænomenet 'study drugs'; brugen af receptpligtige lægemidler, der bruges uden indikation i studiesammenhænge for at opnå uforstyrret koncentration, effektiv studietid, mere akademisk selvtillid og bedre eksamensresultater (2).

¹ Eksemplerne er hhv. Sahakian, B.; d'Angelo, C. og Savulich, G. (2017) fra: Videnskab.dk; Hansen, D. M (2018) fra: Mainlifestyle.dk og Thorsen, A. (2017) fra: Zetland.dk

Den psykedeliske renæssance

Mikrodosering er først blevet beskrevet af den amerikanske psykolog og forsker James Fadiman, der på baggrund af sine egne og andres eksperimenter med psykedeliske stoffer, beskriver, at høje doser er velegnede til spirituel selvudvikling, mens moderate og lave doser er særligt brugbare til terapeutisk arbejde eller problemløsning i hverdagen (3).

Forskere fra både medicinske og samfundsvidenskabelige discipliner peger på en nutidig psykedelisk renæssance, både i forhold til brugen af psykedeliske stoffer generelt, og i forbindelse med nye igangværende medicinske undersøgelser og forsøg, der tyder på et stort behandlingspotentiale ved nogle former for psykedeliske stoffer (4-6). Særligt i forhold til posttraumatisk stress, angst og depression, samt visse former for afhængighed (7-10). Der findes adskillige internationale organisationer, der arbejder på at formidle foreløbige resultater af disse undersøgelser og fremme sikker og praktisk brug af psykedeliske stoffer i hverdagen.

Denne nutidige psykedeliske interesse beskrives som 'den tredje bølge', da psykedeliske stoffer har en lang historie med rødder i medicinske og religiøse sammenhænge blandt oprindelige folk i blandt andet Amazonas, samt i 60'ernes hippiekultur (11). Hvor 60'ernes psykedeliske



oplevelser primært er beskrevet som en modkultur, er den nutidige psykedeliske bølge, og særligt mikrodosering som fænomen, i høj grad formuleret som en måde at være eller blive en del af mainstreamkulturen på. Som overskrifterne i medierne antyder, portrætteres mikrodosering netop som et værktøj til at kunne arbejde bedre og mere, og associeres tit med arbejdskulturen i blandt andet Silicon Valley i USA.

Feltarbejde i Danmark

Men mikrodosering foregår også i Danmark. Via danske internetfora har det været muligt at få indblik i online diskussioner om mikrodosering og skabe kontakt til personer i Danmark, som mikrodoserer i deres hverdag. Baseret på online observationer, interviews med 20 personer samt deltagerobservation i flere psykedeliske miljøer i og omkring København, vil jeg her skitsere, hvorfor disse mennesker mikrodoserer, og hvad de får ud af det.

Alternativ behandling

Meget tyder på, at mikrodosering handler om mere og andet end blot at forbedre sine arbejdsevner. Selvom nogle af personerne i undersøgelsen nævner, at mikrodosering også hjælper dem med øget kreativitet og produktivitet i arbejdssammenhænge, fremhæver stort set alle informanter, at de primært mikrodoserer, fordi de ikke trives helt godt i hverdagen.

Nogle lider af angst, ensomhed eller depression i mild eller moderat grad, andre af kronisk hovedpine eller migræne. Som de følgende eksempler viser, opfattes mikrodosering tit som en form for alternativ behandling, der på trods af dens illegale og uofficielle status, tilsyneladende fungerer bedre end eksisterende anerkendte og officielt tilgængelige behandlingsmuligheder.

Selvmedicinering i hverdagen

En af de primære årsager til, at folk mikrodoserer, er som nævnt angst og andre tilstande, som forstyrrer hverdagens gøremål eller velbefindende. Som Anne på 29 år fortæller, så hjælper små bitte doser af svampe hende med at klare og forstå den angst, der dukker op i forskellige hverdagssituationer, hvor hun skal leve op til sine egne og andres forventninger:

"Det er gået op for mig at jeg har noget angst. Jeg er ikke så god til at håndtere pres og forventninger, men gennem psykedeliske stoffer har jeg fundet ud af en masse ting omkring mig selv, og at jeg faktisk kan hjælpe mig selv. Mikrodosering hjælper mig med at fastholde dette i hverdagen. Det er ikke sådan en superhelte-pille eller noget, men det hjælper mig med at klare angsten og ikke blive væltet bagover af den".

Kristoffer, som er 52 år og psykoterapeut, fortæller ligeledes, hvordan han i sit terapeutiske arbejde med klienter finder, at mikrodosering er et ekstremt brugbart værktøj:

"Jeg har haft en del klienter, der arbejder med dem selv gennem psykedeliske stoffer. Mikrodosering er et vidunderligt værktøj at arbejde med som terapeut. Det er jo et gråzoneområde, men jeg har set, hvad det kan gøre. Det får folk til virkelig at være til stede i deres kroppe og mærke, hvor de er i deres liv. Jeg har endda anbefalet min mor at tage små doser svampe mod angst, og det har hjulpet hende utrolig meget. Men min søster er stadig sur på mig over at jeg fik vores mor til at tage stoffer".

Som både Annes og Kristoffers udsagn bevidner, forstås og bruges mikrodosering som en form for (selv)medicinering i forbindelse med forskellige psykisk sårbare situationer.

Når den officielle behandling ikke virker

Det er ofte tilfældet, at personer der mikrodoserer har prøvet forskellige former for officielle behandlingsmuligheder, før de begynder at eksperimentere med psykedeliske stoffer. Linus på 25 år, som oplever en mild grad af depression og ensomhed, forklarer, hvordan mikrodosering af svampe både virker bedre og hurtigere end terapi eller meditation:

"Jeg har tidligere gået hos en psykolog, og jeg har også haft en fast meditationspraksis. Begge dele hjalp lidt, men ikke sådan rigtigt. Det er som om mikrodosering gør noget helt andet. Jeg har meget lettere ved at mærke og acceptere mig selv og mit liv, når jeg mikrodoserer, og det går også langt hurtigere end når man for eksempel bare snakker om tingene".

Linus oplever altså bedre resultater ved at mikrodosere, fordi han bliver i stand til at mærke og forstå følelser som måske kan være svære 'bare' at snakke om. Et andet eksempel er Jakob på 41 år, som lider af kronisk hovedpine og derfor ikke

kan arbejde eller lave ret meget med sine børn: "Jeg læste om mikrodosering og tænkte, at det ikke kunne skade at prøve. Jeg har taget så meget forskellig medicin mod hovedpine og migræne. Hver gang der er kommet en ny behandling, har jeg taget imod den, også selvom det var eksperimenter og forsøg. Og intet af det hjælper rigtigt, og nogle præparater har ubehagelige bivirkninger, der gør, at det ikke kan betale sig at tage. Men LSD gør en kæmpe forskel. Når jeg mikrodoserer, kan jeg rent faktisk arbejde nogle timer eller løbe rundt med mine børn".

Mikrodosering træder altså i stedet for officielle behandlingsmuligheder, når disse ikke er i stand til at give nok effekt.

Manglende tillid til sundhedssystemet

Der er også en del personer, som ikke har lyst til at være patienter i sundhedssystemet, enten fordi de af forskellige grunde ikke har tillid til systemet, eller fordi de ikke bryder sig om de behandlingsmuligheder, der tilbydes. Max på 28 år, som er professionel sportsmand, fortæller, hvordan det at have set sin far på antidepressiv medicin hele sin barndom, har gjort, at han på ingen måde havde lyst til at gå i officiel behandling for sin pludseligt forekommende stress og angst:

"Jeg tabte et par vigtige kampe, og var på det tidspunkt i et problematisk forhold, så jeg begyndte simpelthen at føle både stress og angst på en gang. Jeg var trist hele tiden og kunne ikke rigtig gøre de ting, jeg plejede. Men min far har været i anti-depressiv behandling i over 20 år, og jeg har set, hvad det har gjort ved ham. Jeg vidste bare, at det ikke var min vej. Så jeg tænkte, hvad kan jeg gøre for mig selv? Og så, på næsten magisk vis, var der en bekendt, som fortalte om MDMA guidet terapi og mikrodosering, og jeg prøvede begge dele med stor succes".

Max valgte altså sundhedssystemet fra, fordi han ikke troede på, at den tilgængelige medicin kunne hjælpe ham med at få det godt igen. Alex

på 25 år, valgte også antidepressiv behandling fra efter at have prøvet det og erfaret, at han ikke brød sig om den effekt det havde på ham:

"Jeg er blevet bedre til at mærke, hvad der føles rigtigt for mig. Mikrodosering har hjulpet mig med mange ting, blandt andet ADHD-symptomer, alkohol afhængighed og depression. Jeg var i en periode på antidepressiva og var hverken glad eller ked af det, bare sådan ligeglad. Med mikrodosering føler jeg mig mere som mig selv og kan acceptere triste følelser uden at blive helt overvældet af dem".

Selvom antidepressiv medicin på sin vis hjalp Alex med hans depressive symptomer, valgte han behandlingen fra, fordi han ikke følte, at den kunne forenes med, at han kunne være sig selv.

Behov for mere viden om mikrodosering

Der er meget, der tyder på, at mikrodosering hjælper mange mennesker i Danmark såvel som andre steder i verden. Men den videnskabelige viden på området er stadig sparsom. Der findes indtil videre meget få videnskabelige undersøgelser, og man er endnu ikke klar over om der er en reel effekt af mikrodosering, eller om det skyldes en placeboeffekt, når folk oplever forbedringer ved mikrodosering.

Man har ligeledes heller ikke nok indsigt i negative virkninger af mikrodosering. Udover at give indsigt i, hvad der kaldes terapeutisk stofbrug i hverdagen, peger de data og indsigter, der er skitseret her, på skiftende og uklare grænser mellem, hvad vi forstår som forebyggelse, selvforbedring og behandling (12). Det peger ligeledes på nogle vigtige huller i mødet mellem borger og sundhedssystem.

Referencer

1. Johnstad, PG. (2018). Powerful substances in tiny amounts. I: *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*; 35(1):39-51.
2. Petersen, MA., Nørgaard, LS., Traulsen JM. (2014 early online). Going to the Doctor with Enhancement in Mind – An ethnographic study of university students' use of prescription stimulants and their moral ambivalence. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, InformaHealthcare.
3. Fadiman, J. (2011). *The Psychedelic Explorer's Guide*. Park Street Press.
4. Sessa, B. (2017). *The Psychedelic Renaissance*. Second Edition, Muswell Hill Press.
5. Langlitz, N. (2013). *Neuropsychodelia - The Revival of hallucinogen Research since the Decade of the Brain*. University of California Press.
6. Pollan, M. (2018). *How to Change Your Mind*. Penguin Group.
7. Bogenschutz, MP, et al. (2015). Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence: a proof-of-concept study. I: *Journal of Psychopharmacology*; 29:289-299.
8. Danforth, AL., et al. (2018). Reduction in social anxiety after MDMA-assisted psychotherapy with autistic adults: A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. I: *Journal of psychopharmacology*; 235(11): 3137-3148.
9. Carhart-Harris, RL. and Goodwin, GM. (2017). The Therapeutic Potential of Psychedelics Drugs: Past, Present and Future. I: *Neuropsychopharmacology*; 42(11): 2105-2113.
10. Watts, R., et al. (2017). Patients' Accounts of Increased „Connectedness“ and „Acceptance“ After Psilocybin for Treatment-Resistant Depression. I: *Journal of Humanistic Psychology*; 57(5):520-564.
11. Austin, P., Tudorie, V. and Stone, R. (2017). What is the Third Wave of Psychedelics? (<https://thethirdwave.co/>)
12. Petersen, MA., Enghoff, O., and Demant, J. (2018). The uncertainties of enhancement: A mixed-methods study on the use of substances for cognitive enhancement and it's unintended consequences. I: *Performance Enhancement & Health*.

KAPITEL 8

Hvad forsker de i på Enheden for Klinisk Alkoholforskning?

Den danske alkoholforskning udvikler sig i rivende fart i disse år, og det er en ny situation. I denne artikel får vi et overblik over de forskningsprojekter som er i gang på Syddansk Universitet, Enheden for Klinisk Alkoholforskning

Af professor MSO, cand.phil, ph.d., Anette Søgaard Nielsen, Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Syddansk Universitet

Op gennem 10'erne har alkoholforskningen fået et gevaldigt boost, og der foregår i dag rigtig megen forskning på området, ikke mindst på grund af bevågenhed og støtte fra nogle af de store, private fonde som f.eks. Lundbeck-fonden, Trygfonden og Veluxfonden.

Alkoholforskningen foregår mange steder i landet og på mange institutter og afdelinger, men i særlig grad på Statens Institut for Folkesundhed, Center for Rusmiddelforskning på Aarhus Universitet og på Enheden for Klinisk Alkoholforskning på Syddansk Universitet.

Enheden for Klinisk Alkoholforskning laver overvejende praksisnær interventionsforskning med fokus på behandling for alkoholafhængighed i bred forstand.

RESCueH-studierne gav vokseværk

Op gennem 90'erne og 00'erne var der kun 2-3 ansatte på Enheden for Klinisk Alkoholforskning, og de ansatte havde ovenikøbet fundtidsarbejde ved siden af forskningen. Men i 2013 søgte og fik Enheden en stor forskningsbevilling til gennemførelse af **RESCueH-studierne**. Bevillingen kom fra Lundbeckfonden,

Trygfonden, Region Syddanmark og Syddansk Universitet, og betød at Forskningsenheden voksede, og i dag omfatter knapt 20 personer samt et varierende antal studerende og praktikanter.

RESCueH-studierne udgjorde grundstammen i forskningen på Enheden for Klinisk Alkoholforskning op gennem 10'erne og fokuserede især på 4 udfordringer, som alkoholbehandlingen står med, nemlig:

1. Rekruttering til behandling. Alt for mange mennesker går rundt i alt for lang tid med en alkoholafhængighed uden at søge behandling for den. Det hjælper jo ingen verdens ting at kunne tilbyde god og effektiv behandling, hvis behandlingen ikke søges af eller tilbydes dem, der har behov for den.
2. Compliance i behandlingen. Ligesom i mange andre behandlingstilbud, er der også mennesker i behandling for alkoholafhængighed, der dropper ud af behandling før planlagt, eller som aldrig rigtigt engagerer sig i behandlingen. Det er ret indlysende, at behandlingen ikke kan tilskrives en effekt, hvis borgeren ikke modtager den.
3. Variationen i mennesker med alkoholafhængighed. Hvis vi vil sikre god effekt af

behandlingen, skal vi formentlig tilpasse behandlingen bedre, så den passer til den enkeltes behov.

Tilbagefald er hyppigt forekommende, og det skal vi blive bedre til at forebygge.

I et forsøg på at adressere disse udfordringer, opstod tanken om RESCueH-studierne. RESCueH-studierne består af 5 studier, hvis forbogstaver indgår i akronymet RESCueH: Relay-studiet, Elderly-studiet, Self-Match-studiet, Cue Exposure-studiet og Healthy Lifestyle-studiet. Den viden, der er skabt el-

ler skabes i studierne, danner baggrund for nye, efterfølgende studier. Nedenfor vil de forskellige studier kort blive beskrevet.

Relay-studiet.

Relay-studiet undersøgte, om et besøg af en udgående alkoholbehandler, mens man er indlagt på somatisk hospital, øger sandsynligheden for, at alkoholafhængige patienter møder op i den kommunale alkohol behandling, når de er blevet udskrevet fra hospitalet. Studiet bygger på positive erfaringer fra et tidligere studie, der viste, at patienter indlagt på psykiatrisk afdeling til behandling for abstinenssymptomer



i meget højere grad mødte op til efterfølgende ambulant behandling i alkoholbehandlingsinstitutionen, hvis de var blevet opsøgt af en udgående behandler fra alkoholbehandlingsinstitutionen under indlæggelsen.

Spørgsmålet var, om vi kunne overføre disse erfaringer til det somatiske hospital. I alt blev over 3000 patienter indlagt enten på Odense Universitets Hospital eller Aabenraa Sygehus derfor screenet for alkoholproblemer, og på tilfældigt udvalgte dage blev de patienter, der var screenet positive for alkoholproblemer, tilbudt en samtale med en udgående alkoholbehandler under indlæggelsen. Konklusionen på Relay-studiet var, at signifikant flere af de patienter, der havde talt med en alkoholbehandler, efterfølgende mødte op i den kommunale alkoholbehandling, men også at det stadig var relativt få, der mødte op (1, 2). Det fik os til at tænke på, om der kan findes en bedre platform at tale med patienterne om alkohol på. Vi er derfor lige nu i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis og Trygfonden ved at undersøge en svensk model (3), der måske både kan gøre det nemmere for de praktiserende læger at agere relevant i forhold til patienter, der drikker for meget, og som samtidig kan gøre det nemmere for patienterne at tage imod hjælp.

Familiens vigtige rolle – CRAFT

Men måske er det i virkeligheden de pårørende, man skal satse på, når det handler om at hjælpe folk til at søge behandling for alkoholafhængighed. I den første runde af Sundhedsprofilen spurgte man i Region Syddanmark deltagerne om, hvor de ville søge hjælp, hvis de havde brug for hjælp til at sænke deres alkoholforbrug. Familien kom ind som en klar nr. 1 (4). Forskningsenheden har blandt andet derfor i samarbejde med over tyve kommuner gennemført en afprøvning af CRAFT – som er et rådgivningstilbud til pårørende (5). Målet med dette tilbud er dels at øge den pårørendes livskvalitet, og dels at hjælpe den pårørende med redskaber til at øge sandsynligheden for,

at den drikkende, der er forbeholdne overfor behandling, sænker sit alkoholforbrug og søger behandling.

I alt 255 pårørende indgår i dette studie, og data er lige nu ved at blive analyseret. Vi håber at finde ud af, om CRAFT-tilbuddet bedst gives i form af individuelle samtaler med de pårørende eller som gruppetilbud (6). Begge varianter sammenlignes med at udlevere selvhjælpsmateriale med mulighed for at modtage personlig rådgivning efter 3 måneder. Parallelt med undersøgelsen har forskningsenheden gennemført en stribe kvalitative interviews med pårørende for især at blive klogere på de udfordringer, de pårørende har, og blive klogere på, hvad de oplever at have brug for.

Elderly-studiet

Men RESCueH-studierne fokuserer som nævnt ikke blot på at motivere mennesker med alkoholafhængighed til at søge alkoholbehandling. Elderly-studiet er en del af forskningsstrategien med henblik på at tilpasse behandling til borgerens behov (7). Elderly-studiet er et stort, internationalt studie, som tager udgangspunkt i den stigning, der er i antallet af +60-årige, der drikker for meget og som har alkoholafhængighed.

Studiet blev gennemført i USA, Tyskland og Danmark, og i alt 693 +60-årige indgik. Vi ved fra tidligere studier, at ældre med alkoholafhængighed, som søger behandling, er mere ressourcestærke end midaldrende, og der er også studier, der tyder på, at de ældre i højere grad fuldfører den behandling, de påbegynder. Vi ønskede derfor i Elderly-studiet at undersøge effekten af to ret korte, fokuserede behandlingsforløb: Et meget kort, bestående af 4 sessioner, baseret på Motivational Interviewing (MI) og feedback (såkaldt Motivational Enhancement Therapy, MET) og et længere, bestående af de samme 4 sessioner MET, men med mulighed for yderligere 8 sessioner Community Reinforcement Approach (CRA), tilpasset ældre, det vil sige i alt 12 behandlingssessioner. Studiet var et randomiseret studie, hvor

deltagerne ved lodtrækning blev tildelt enten det helt korte behandlingsforløb på 4 samtaler eller det længere på op til 12 samtaler. Et år efter behandlingsstart havde cirka halvdelen af deltagerne god effekt, som er defineret ved, at de på intet tidspunkt den seneste måned havde haft en promille på over 0.5, – et meget ambitiøst effektmål, som de færreste danskere kan opfylde. Der var ikke signifikant forskel på effekten af den korte og den lidt længere behandling, og der var ikke forskelle mellem landene (8).

Vi skal nu i gang med at undersøge, om der er undergrupper af de ældre patienter, der har mere udbytte af den ene form for behandling end den anden. Ligeså er vi i gang med at lave en stribe analyser af, hvordan det går deltagerne over længere tid end blot det første år, og analyser af sammenhæng mellem deltagerne individuelle målsætninger og udbytte af behandling, for blot at nævne nogle.

Feltarbejde i plejesektor

Til en vis grad afledt af Elderly-studiet deltager Enheden for Klinisk Alkoholforskning også i et forskningsprojekt, ledet af Professor Søren Harnow Klausen og afviklet i samarbejde med Vejle Kommune, om hvorvidt og hvordan alkohol er en udfordring i plejesektoren, og hvordan dette kan afhjælpes. Der er tale om et antropologisk studie, hvor forskergruppen dels har fulgtes med plejepersonalet i nogle dage og observeret hverdagen, dels har interviewet borgere, pårørende, plejepersonale og ledere. Målet er, at der udover en stribe forskningsartikler også kommer praktiske redskaber ud af projektet, som personalet kan bruge i dagligdagen (9).

Self-Match-studiet

RESCueH-studierne fokuserer også på strategier til at forbedre compliance i behandlingen, og det er en del af baggrunden for Self-Match-studiet (10). Dataanalysen af Self-Match-studiet er endnu ikke afsluttet. Self-Match-studiets mål er at undersøge, om patienterne i højere grad fuldfører behandlingen, hvis de selv har

valgt behandlingsmetoden, end hvis de visiteres til den behandling, som eksperter vurderer, er den bedste for dem. Der er tale om en randomiseret undersøgelse, hvor patienterne ved lodtrækning enten er blevet visiteret til et af de i alt 5 forskellige behandlingstilbud, som alkoholbehandlingen i Odense råder over på baggrund af en forskningsbaseret retningslinje, eller randomiseret til selv at vælge hvilket af behandlingstilbuddene, de tror vil passe dem bedst. Informationen om behandlingstilbuddene er givet ved at lade patienterne se små, korte videoer med præsentationer af de fem behandlingstilbud. Vi forventer at have resultaterne af denne undersøgelse ved udgangen af 2020.

Cue Exposure-studiet

Cue Exposure-studiet var et forsøg på at undersøge, om det er muligt at forebygge tilbagefald gennem tilbud om et særligt efterbehandlingstilbud. Cue Exposure-studiet var en randomiseret undersøgelse af effekten af et efterbehandlingstilbud baseret på Cue Exposure terapi, givet enten i gruppe eller via en smartphone (11, 12). De to tilbud blev sammenlignet med en minimal efterbehandling, bestående af en enkelt opfølgningssamtale med behandleren.

I alt deltog 164 patienter, men desværre kunne vi ikke vise, at efterbehandling, baseret på Cue Exposure behandling, var mere effektivt end en enkelt opfølgningssamtale. Det kan dog skyldes, at der ikke var så mange deltagere i studiet, som vi havde håbet på, og at deltagerne generelt var meget velbehandlede og derfor alle klarede sig godt.

Gamification: Det skal være sjovt at træne sin opmærksomhed

Erfaringer fra Cue Exposure studiet gav os til gengæld mod på at arbejde videre af samme spor, og vi har netop fået midler af Trygfonden til et studie, der skal undersøge effekten af gamificeret træning af attentional bias som et tillæg til almindelig alkoholbehandling. I denne undersøgelse vil vi se, om man kan afhjælpe

den øgede opmærksom på alkohol, som skabes gennem afhængighed, ved at spille spil på smartphonen. Med andre ord, om man kan træne sin hjerne på en måde, der ovenikøbet er sjov.

Herudover er vi netop gået i gang med at afprøve, om en anden type træning af attentional bias er effektiv, hvis det sker i et virtual reality miljø, der ligner virkeligheden. Dette studie gennemføres i samarbejde med en tysk og en polsk forskningsgruppe og med Ringgården som klinisk samarbejdspartner. Vi forventer at starte flere af sådanne projekter i fremtiden, og håbet er at vi kan gøre behandlingen mere effektiv og forebygge tilbagefald ved at supplere den almindelige behandling med sådanne former for træning af hjernen.

Healthy Life-style studie

Det sidste af RESCueH-studierne er Healthy Life-style studie. Dette studie var et forsøg på at undersøge, om vi kan forbedre compliance i behandlingen og forebygge tilbagefald ved at kombinere alkoholbehandlingen med fysisk aktivitet (13). Selvom interessen for studiet var stor, var der desværre også mange, der sagde nej til at deltage, og en del af de, der sagde ja, trænede ikke så meget, som vi havde håbet. Med andre ord: personer med alkoholafhængighed har lige så svært ved at holde fast i gode fortsætter om øget motion som os andre.

Vi kunne derfor ikke påvise, at fysisk aktivitet generelt kunne øge effekten af alkoholbehandlingen (14). Vi er derfor nu i tænkeboks for at finde ud af, om der er andre og mere fleksible måder, vi kan skabe en mere helhedsorienteret behandlingsstrategi på. Fremadrettet vil vores projekter involvere brugerne langt mere i designet og udviklingen af interventionerne, simpelthen fordi vi tror på, at det øger sandsynligheden for at både intervention og undersøgelse lykkes.

Forskningsenhedens vidensdeling

Udover alle disse studier, publicerer vi også regelmæssigt analyser af kliniske data fra alkoholbehandlingen i Odense (15-18). Disse analyser giver indblik i, hvilke karakteristika hos patienterne, der har betydning for udbyttet af behandlingen og dermed også indsigt i, hvad man skal være særligt opmærksom på som behandler.

Resultaterne af studierne formidles dels i videnskabelige artikler, dels på konferencer som Den Nationale Alkoholkonference, som Alkohol & Samfund holder sammen med Trygfonden hvert år i slutningen af januar, dels på temamøder og på kurser, som vi selv – eller Alkohol & Samfund – holder. Endelig formidles resultaterne også på Grunduddannelsen for Alkoholbehandlere, som afholdes i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

Enheden for Klinisk Alkoholforskning

Enheden for Klinisk Alkoholforskning er en underafdeling af Psykiatrisk Forskningsenhed på Klinisk Institut, Syddansk Universitet i samarbejdet med Psykiatrisygehuset i Region Syddanmark.

Læs mere om Enhed for Klinisk Alkoholforskningens studier og resultater på www.sdu.dk

Forskningsenhedens resultater formidles også via Alkohol & Samfund:
www.alkohologsamfund.dk
og på Basismodul i offentlig ambulant alkoholbehandling (SST og COK):
www.cok.dk

Referencer

- Schwarz AS., Nielsen B., Sogaard J., Nielsen, AS. (2019). Making a bridge between general hospital and specialised community-based treatment for alcohol use disorder-A pragmatic randomised controlled trial, *Drug Alcohol Depend*; 196: 51-56.
- Schwarz AS., Kruse M., Nielsen AS., Nielsen B., Søgaard J. (2020). Health care consumption for somatic patients following a brief outreach alcohol intervention, *Nordic Journal of Health Economics*.
- Wallhed FS., Hammarberg A., Andreasson S.(2018). Treatment for Alcohol Dependence in Primary Care Compared to Outpatient Specialist Treatment-A Randomized Controlled Trial, *Alcohol Alcohol*; 53: 376-385.
- Region of Southern Denmark. (2010). Hvordan har du det? Trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark [in Danish], Region Syddanmark.
- Smith JE., Meyers RJ. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: working with family members.*, Guilford Press, London.
- Hellum R., Nielsen AS., Bischof G., Andersen K., Hesse M., Ekstrom CT. et al. (2019). Community reinforcement and family training (CRAFT) – design of a cluster randomized controlled trial comparing individual, group and self-help interventions, *BMC Public Health*; 19: 307.
- Andersen K., Bogenschütz MP., Buhringer G., Behrendt S., Bilberg R., Braun B. et al. (2015). Outpatient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (Elderly Study), *BMC Psychiatry*; 15: 280.
- Andersen K., Behrendt S., Bilberg R., Bogenschütz MP., Braun B., Buehringer G. et al. (2020). Evaluation of adding the community reinforcement approach to motivational enhancement therapy for adults aged 60 years and older with DSM-5 alcohol use disorder: a randomized controlled trial, *Addiction*; 115: 69-81.
- https://www.sdu.dk/da/om_sdu/fakulteterne/humaniora/nyt_hum/aeldre_og_alkohol
- Hell ME., Miller WR., Nielsen B., Nielsen AS. (2018). Is treatment outcome improved if patients match themselves to treatment options? Study protocol for a randomized controlled trial, *Trials*; 19: 219.
- Mellentin AL., Stenager E., Nielsen B., Nielsen AS., Yu F. (2017). A smarter pathway for delivering cue exposure therapy? The design and development of a smartphone application targeting alcohol use disorder, *JMIT mHealth and uHealth*; 5: e5.
- Mellentin AL., Nielsen B., Nielsen AS., Yu F., Mejldal A., Nielsen DG. et al. (2019). A Mobile Phone App Featuring Cue Exposure Therapy As Aftercare for Alcohol Use Disorders: An Investigator-Blinded Randomized Controlled Trial, *JMIT mHealth and uHealth*; 7: e13793.
- Sari S., Bilberg R., Jensen K., Nielsen, AS., Nielsen B., Roessler KK. et al. (2013). Physical exercise as a supplement to outpatient treatment of alcohol use disorders-A randomized controlled trial, *BMC Psychology*; 1: 6.
- Roessler KK., Bilberg R., Nielsen AS., Jensen K., Ekstrøm CT., Sari S. (2017). Exercise as adjunctive treatment for alcohol use disorder: Results of a randomized controlled trial, *Addiction* submitted.
- Mellentin AL., Ellermann AE., Nielsen B., Mejldal A., Møller S., Nielsen AS. (2018). The prognosis of out-patient alcohol treatment among parents with childcare responsibility, *BJPsych Open*; 4: 471-477.
- Mellentin AL., Mejldal A., Nielsen B., Nielsen, AS. (2018). Comorbid social phobia does not predict the outcome in alcohol use disorder outpatient treatment, *Drug Alcohol Dependence*; 193: 148-153.
- Mellentin AL., Brink M., Andersen L., Erlangsen A., Stenager E., Bjerregaard LB. et al.(2016). The risk of offspring developing substance use disorders when exposed to one versus two parent(s) with alcohol use disorder: A nationwide, register-based cohort study, *Journal of Psychiatric Research*; 80: 52-58.
- Hansen EM., Mejldal A., Nielsen AS. (2020). Predictors of Readmission Following Outpatient Treatment for Alcohol Use Disorder, *Alcohol Alcohol*; 55: 291-298.





KAPITEL 9

Kompetencer i dobbeltdiagnosebehandling:

Behovet for et gradueret behandlingssystem

På trods af bred enighed om integreret behandling som bærende princip for dobbeltdiagnoseområdet, er det ikke realistisk alle steder. En modul på et gradueret behandlingssystem med kompetencer på forskellige niveauer, kan tjene som inspiration til en brugbar løsning.

Af seniorforsker, ph.d Katrine Schepelern Johansen, leder af Kompetencecenter for Dobeltdiagnose, Region Hovedstaden

I løbet af de sidste cirka 20 år er der kommet en række anbefalinger for indsatser på dobbeltdiagnoseområdet. Disse kom i første omgang blandt andet fra USA, Storbritannien og Australien. Senere er der kommet anbefalinger fra blandt andet EMCDDA i EU og fra Norge og Sverige. På tværs af alle anbefalingerne gælder, at det overordnede princip for behandling, der peges på, er integreret behandling – det vil sige at misbrugsproblemer og psykiske problemer skal kunne adresseres samtidig og i samme institution. Inden for rammerne af dette overordnede princip er der dog kommet en øget opmærksomhed omkring to forhold i de nyere anbefalingerne.

Opmærksomhed på forhold i integreret behandling

Det første forhold er, at det formentlig ikke er realistisk, at behandlingssystemerne for henholdsvis psykisk sygdom og misbrug bliver fuldt integreret – der vil stadig være dele af behandlingssystemet, der har et primært fokus på psykisk sygdom og andre dele af behandlingssystemet, der har et primært fokus på rusmidler. Det andet er, at forskellige delgrupper af dobbeltdiagnosegruppen har forskellige belast-

ningsgrader, og at nogle af de mindre belastede grupper i mindre grad kræver fuldt integreret behandling.

Konsekvensen af opmærksomhed på det første forhold er, at vi bliver nødt til at sikre, at der er kompetencer til udredning og et vist niveau af behandling for dobbeltdiagnose i både psykiatri og misbrugsbehandling. Dette særligt, når vi nu ikke kan forvente at få fuldt integreret behandling. Konsekvensen af opmærksomheden på det andet forhold er at tænke behandlingssystemet som gradueret men sammenhængende. Det betyder, at der skal være forskellige niveauer af kompetence forskellige steder i systemet. Dette er et kendt princip i sundhedsvæsenet, det såkaldte LEON-princip, hvor man stræber efter, at behandlingen varetages på et fagligt korrekt og fuldt forsvarligt niveau, men ikke bør foregå på et højere specialiseringsniveau, end det er behandlingsmæssigt nødvendigt.

Hvilke kompetencer?

Opmærksomheden på kompetencer i anbefalingerne rejser selvfølgelig spørgsmålet om, hvilke kompetencer, der er nødvendige – det vil sige hvad man skal kunne og på hvilke specialiseringsniveauer. I 2003 udviklede en række forskere spørgeskemaet CMPPQ (Co-Morbidity Problems Perception Questionnaire) som et bud på at kunne måle, om personale føler sig

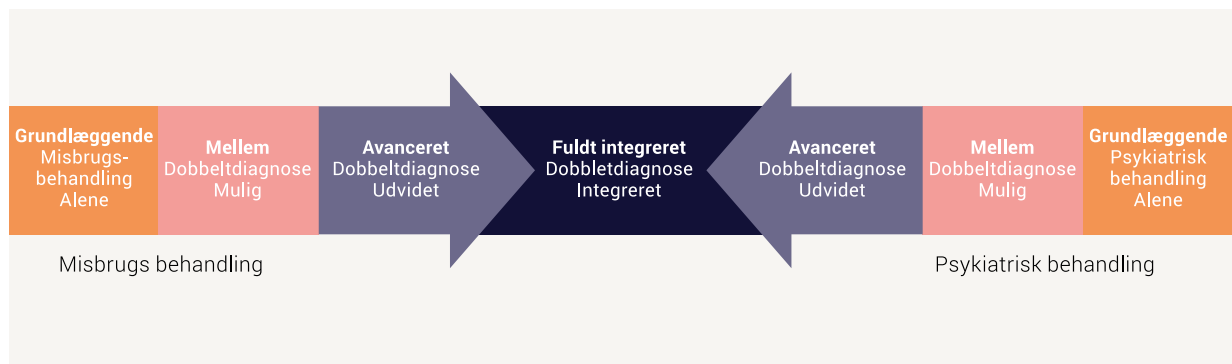


Fig. (2013:44)

kompetent til at arbejde med mennesker med en dobbeltdiagnose (Watson et al. 2003). CMP-PQ består af seks del-skalaer, der indikerer en betydelig bredde i forhold til, hvad det kræver at arbejde med denne målgruppe. Disse er:

- Rolletilstrækkelighed – opfatter medarbejderen sin viden og sine færdigheder som tilstrækkelige?
- Rollelegitimitet – betragter medarbejderen bestemte aspekter af sit arbejde som sit ansvarsområde?
- Rollestøtte – oplever medarbejderen at modtage støtte fra sine kolleger til at kunne udføre sin rolle effektivt?
- Motivation – har medarbejderen motivation for at arbejde med patient/borgergruppen?
- Selvtillid – har medarbejderen selvtillid i forhold til at kunne behandle patienten/borgergruppen?
- Arbejdstilfredshed – oplever medarbejderen tilfredshed i forbindelse med at arbejde med patient- eller borgergruppen?

Der er altså ikke blot et fokus på konkret viden og færdigheder, men også på spørgsmål om legitimitet og egen motivation hos medarbejderne. Et tilsvarende perspektiv finder vi hos den amerikanske agentur SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration), der peger på, at holdninger og værdier hos

medarbejderne er lige så vigtige som faktuel viden om rusmidler, psykisk sygdom, behandlingsmetoder m.m. (SAMHSA 2013: 56-57).

Et udførligt bud på et graderet behandlingssystem

Som nævnt, er en anden pointe i nogle af de nyeste versioner af anbefalingerne (blandt andet SAMHSA 2013, Croton 2011), at man tænker sit behandlingssystem som graderet. Det betyder med behov for kompetencer på forskellige niveauer, alt efter om der er tale om et højt specialiseret niveau eller et mere basalt niveau. Anbefalingerne fra amerikanske SAMHSA er det mest udfoldede bud på et sådant graderet behandlingssystem og de tilknyttede kompetenceniveauer, og derfor vil jeg i det følgende præsentere deres forslag lidt mere udførligt. Det er min vurdering, at det kan tjene til inspiration, også i en dansk kontekst, og give vigtigt input til diskussionen om, hvordan den danske indsats bedst muligt kan organiseres. Deres model for organisering fremgår herover (2013: 44).

For at forstå modellen, skal man kende de behandlingsniveauer, der bruges. De kan defineres således:

Grundlæggende behandlingsniveau: Behandling af én lidelse – enten psykisk sygdom eller

misbrug – og screening for den anden lidelse med mulighed for at konsultere eksperter inden for det andet område. Det vil sige at man i misbrugsbehandlingen skal have mulighed for at konsultere nogen, der ved noget om psykiatri, og tilsvarende i det psykiatriske behandlingssystem skal man have mulighed for at konsultere nogen, der ved noget om misbrug. Dette niveau burde være det laveste niveau i behandlingssystemet.

Mellem behandlingsniveau: Primært fokus på én lidelse, men med tilbud om nogle grundlæggende indsatser i forhold til den anden lidelse.

Avanceret behandlingsniveau: Integreret behandling af misbrug og psykisk sygdom.

Fuldt integreret behandlingsniveau: Fuldt integreret behandling for dobbeltdiagnose samt indsatser i forhold til tilstødende områder: somatisk sygdom, bolig, beskæftigelse m.m. Dertil kommer, at der skal være mulighed for at tilbyde langvarig, opfølgende og fastholdende indsatser.

Det grundlæggende princip bag modellen er, at et velfungerende behandlingssystem skal have tilbud på alle fire niveauer i misbrugsbehandling såvel som psykiatrisk behandling. Derudover, skal der være forholdsvis nem adgang til at blive henvist til et højere specialiseringsniveau ved behov.

Kompetencer i et graderet behandlingssystem

Til de fire niveauer i behandlingssystemet hører tilsvarende kompetenceniveauer. De grundlæggende kompetencer beskriver det niveau, som man som minimum burde have i alle behandlingstilbud (SAMHSA 2013: 58-60). På det grundlæggende niveau gælder følgende kompetencer:

- Screening for både psykisk sygdom og misbrug
- Indledende vurdering af både psykisk sygdom og misbrug

- Screening for om et individ udgør en fare for sig selv eller andre
- Evne til at kunne interagere på en måde, der skaber motivation og sikre fastholdelse i behandling
- Evne til at kunne henvise til relevant behandling, hvis ovennævnte vurdering indikerer, at aktuelle behandlingstilbud ikke er det rigtige
- Evne til at kunne indgå i et samarbejde med den anden sektor, hvis nødvendigt

På det næste niveau – mellemniveauet – er der stadig fokus på den ene lidelse, men der skal tilbydes nogle grundlæggende indsatser i forhold til den anden lidelse. Her nævner SAMHSA følgende kompetencer:

- Diagnostik af både psykisk sygdom og misbrug
- Integreret vurdering af behov
- Integreret behandlingsplan
- Integrerede kriseinterventioner
- Tilgang, der skaber engagement
- Evne til at kunne planlægge og gennemføre langsigtede behandlingstiltag

På det avancerede niveau, hvor der er tale om egentlig integreret behandling af psykisk sygdom og misbrug, foreslår SAMHSA, at følgende kompetencer skal være til stede blandt medarbejderne:

- Diagnostik af både psykisk sygdom og misbrug
- Vurdering af funktionsniveau på baggrund af både psykisk lidelse og misbrug
- Grundig vurdering af medicin, samt interaktion mellem medicin og rusmidler
- Kendskab til integrerede behandlingsmetoder
- Evne til at kunne arbejde terapeutisk med årsager til rusmiddelbrug og tilbagefald
- Evne til at være tålmodig, vedholdende og optimistisk
- Evne til at arbejde med graderede mål tilpasset det enkelte menneskes niveau og ønsker
- Inddragelse af familie og øvrige netværk
- Deltagelse i kvalitetsudvikling

Som nævnt, inkluderer modellen også et niveau, som kaldes 'fuldt integreret'. Dette niveau inkluderer kompetencerne på avanceret niveau, men skal yderligere suppleres af en række kompetencer fra andre sundhedsmæssige og sociale områder. For at man kan tale om fuldt integreret behandling, skal der, ifølge SAMHSA, også være kompetencer til f.eks. udredning og behandling af somatisk sygdom, interventioner i forhold til bolig, beskæftigelse økonomiske, samt andre relevante områder.

Det anbefales, at der her arbejdes med en tværfaglig teammodel, som f.eks. er beskrevet i den oprindelige ACT-model (Assertive Community Treatment) (Drake et al. 1993). I en dansk sammenhæng vil det betyde, at der skal være tale om en egentlig tværsektoriel model – ikke blot på tværs af social- og sundhedsfaglige indsatser, men også på tværs af regionalt og kommunalt niveau.

Kan denne model bruges i Danmark?

Den skitserede model for et gradueret behandlingssystem og de tilhørende kompetencer er meget langt fra den situation, der møder de fleste mennesker med både psykisk sygdom og rusmiddelproblematikker i Danmark. Skal man være en smule polemisk, må man sige, at vi i Danmark har valgt, at langt hovedparten af vores behandling varetages af et niveau, som slet ikke er med i SAMHSAs model – et niveau, hvor man slet ikke har indsatser i forhold til misbrug i psykiatrien og omvendt. Det er ikke en model, der finder understøttelse, hverken i anbefalingerne fra SAMHSA eller i nogle af de andre anbefalinger.

Kan det alligevel være relevant at blive inspireret af SAMHSAs model? Det mener jeg godt, at det kan. Som beskrevet indledningsvis, så er modellen udviklet til en situation med et adskilt behandlingssystem, og til en situation hvor fuldt integreret behandling for alle med samtidig forekomst af psykisk sygdom og misbrug ikke er realistisk. Det er en situation, som minder om den danske. Modellen giver et

bud på, hvordan et system, der tilbyder relevant udredning og behandling kan se ud i en sådan situation. Den har potentialet til at fungere som et planlægningsredskab for regioner og kommuner, der vil kunne bruge det til at sikre, at der er tilbud på de forskellige niveauer, samt tydelige henvisningsveje og visitationsprincipper mellem de forskellige niveauer. I forhold til de enkelte, allerede eksisterende institutioner, kan anbefalingerne give inspiration til, hvad vores medarbejdere som minimum skal have af kompetencer.

Referencer¹

1. Croton, G. Australia's evolving responses to co-occurring mental health and substance use disorders. (2011).
2. Drake, RE., SJ. Bartels, GB. Teague, DL. Noordsy & RE. Clark. (1993). Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 181(10): 606–611.
3. EMCDDA. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe.
4. HelseDirektoratet. (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling.
5. Ministry of Health. (2010). Service Delivery for People with Co-existing Mental Health and Addiction Problems: Integrated Solutions.
6. NICE. (2016). Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care service.
7. NICE. (2011). Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: Assessment and management in healthcare settings.
8. Public Health England. (2017). Better care for people with co-occurring mental health and alcohol/drug use conditions. A guide for commissioners and service providers.
9. Queensland Health. (2011). Dual diagnosis clinical guidelines. Cooccurring mental health and alcohol and other drug problems.
10. Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.
11. SAMHSA. (2013). Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. A Treatment Improvement Protocol TIP 42.
12. Watson, HE., Maclaren, W. , Shaw, F. & Nolan, A. (2003). Measuring staff attitudes to people with drug problems: The development of a tool. Edinburgh: Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme.

¹ For den interesserede læser, har forfatteren her oplistet den litteratur, der indirekte nævnes i det indledende afsnit om anbefalinger på dobbeltdiagnose området. Samt de direkte kilder, der henvises til i teksten (redaktionens note). Referencerne står her i alfabetisk rækkefølge.

KAPITEL 10

"We are Lobsters"

Når et toårigt barn ser et medmenneske i nød, vil det intuitivt forsøge at hjælpe og samarbejde. Samme mønster ses hos andre pattedyr, særligt når den nødstedte opleves at være en del af flokken. Denne artikel handler om compassion-fokuseret terapi – om at udvikle og anvende sine medfødte superkræfter.

*Af psykolog Paul de Visme, Center for Kom-
plekse Symptomer, Frederiksberg Hospital¹*

Jordan Petersons hummere

Den canadiske psykolog Jordan B. Peterson sammenligner i sin berømte selvhjælpsbog; "12 regler for livet – en modvægt til kaos", mennesket med kæmpende hanhummere. Han påviser, at vi, ligesom hanhummerne, lever i en hierarkisk, konkurrencepræget verden, hvor det er naturligt og nødvendigt at tro på os selv, bevæge os rundt med et fremskudt bryst og nedkæmpe vores konkurrenter for egen vindings skyld (1). Hvad Peterson ikke nævner er, at vi mennesker har andre medfødte biologiske motiver end at konkurrere og opnå den højest mulige status i flokken gennem dominans. Vi er også født med potentialet for samarbejde, empati og compassion (medfølelse), det vil sige evnen til at registrere og handle på egen og andres lidelse (2). Mennesket er således det pattedyr, som i højeste grad fødes med kimen til samarbejde, langvarig yngelpleje og compassion; superkræfter, der har gjort os i stand til at overleve og blive den altdominerende race på jorden (3).

¹ Artiklen blev skrevet, mens forfatteren var ansat i KABS City

Compassion som superkraft

Compassion associeres ofte med omsorg, men rummer i lige så høj grad styrken til at turde handle og visdommen til at vide, hvad der kan gøre en forskel (4). De tre kerneværdier, omsorg, styrke og visdom, er relevante, uanset om vi retter compassion imod andre, imod os selv (egenomsorg), eller om vi modtager compassion fra andre. Noget tyder imidlertid på, at det er sværere for mennesker at modtage compassion (fra andre eller fra os selv) end at give.

For at udvikle vores compassion er vi de første mange år af vores liv dybt afhængige af voksne, der ser os, giver os omsorg og dækker vores andre basale behov. Når dette sker i tilstrækkelig grad, vil vi hen ad vejen overtage disse funktioner, fordi vi føler os værdige til at bede om hjælp og støtte, samt give compassion til os selv.

Evnen til egenomsorg

Meget kan imidlertid gå galt i denne udviklingsproces: Mange mennesker har svært ved at støtte sig selv eller bede om andres hjælp, f.eks. når de oplever en livskrise og reelt har behovet. Ifølge Kristin Neffs forskning har hele 78% af normalbefolkningen lettere ved at give støtte til andre end at modtage, mens 20% er lige gode til at give og modtage, og de resterende 2% er bedre til at tage imod end



at give (5). Peterson har også fokus på, at vi mennesker har svært ved at hjælpe os selv og hellere retter vores compassion imod andre. Han påpeger, at næsten to tredjedele af os ikke får indløst eller taget lægeordineret medicin korrekt, ligesom vi er bedre til at give vores husdyr vigtig medicin end os selv (1). Det er altså snarere reglen end undtagelsen at have svært ved at tage imod andres hjælp eller at støtte sig selv.

En undergruppe har navnlig svært ved dette; måske fordi de er ekstremt selvkritiske og oplever højere niveauer af skyld og skam end andre. En kombination af dette koblet med lav evne til egenomsorg har vist sig at øge risikoen for depression (6-7). Høje niveauer af skyld og skam bliver koblet til negative cirkler i afhængighed (8-9). Omvendt kan evnen til egenomsorg medføre højere livstilfredshed og social forbundethed, ligesom egenomsorg tilsyneladende beskytter mod depression, angst og udbrændthed (5). Lav egenomsorg er forbundet med højere grad af lidelse hos mennesker, som for nogle medfører indtagelse af rusmidler for at kontrollere ubehaget. Denne antagelse understøttes af forskning i sammenhængen mellem egenomsorg og afhængighed, som har vist, at jo lavere evne til egenomsorg, jo højere risiko for at udvikle alkohol- og stofafhængighed (10).

Compassion-Focused Therapy (CFT)

De sidste 20 år er der udviklet flere selvudviklingstilgange og psykoterapeutiske metoder til at øge vores evne til at udvise compassion over for os selv og andre, samt dæmpe ekstreme niveauer af skyld, skam og selvkritik. De to amerikanske klinikere og forskere, Kristin Neff og Christopher K. Germer, har således udviklet gruppetræningsforløbet "Mindful Self-Compassion", hvor deltagerne lærer at øge deres evne til egenomsorg (5). Tilsvarende har den nu pensionerede engelske psykologiprofessor, Paul Gilbert, udviklet Compassion-Focused Therapy (CFT)², som i dag anvendes i både individuel og gruppebaseret psykoterapi til at styrke compassion og dæmpe skyld og skam³.

CFT er en psykoterapeutisk tilgang udviklet til mennesker med høj skyld/skam og lav egenomsorg (12). Tilgangen trækker på buddhistisk psykologi og -tradition, som kombineres med den moderne neurovidenskab, evolutionspsykologi og tilknytningsteori. Der arbejdes ud fra en model med tre følelsesregulerende systemer:

2 CFT er udviklet af professor Paul Gilbert og hans samarbejdspartnere i The Compassionate Mind Foundation

3 Compassion finder i disse år også vej ind i uddannelses-systemer, organisationer og virksomheder, hvor evnen til at samarbejde og støtte hinanden skaber bedre resultater end rå konkurrence (11)

Det blå system aktiverer os, det røde system forbereder os på farer, og det grønne system afslapper og restituerer os til nye udfordringer. Aktivering af det røde system kan medføre, at personen handler impulsivt på negative følelser, hvor beruselse kan blive en slags selvmedicinering. Omvendt kan aktivering af det grønne system medføre, at følelsesniveaulet falder, og personen bliver i stand til at træffe sunde og langsigtede valg for sig selv.

Gruppeforløb i KABS

12 sessioner á to timer med en pause efter følgende program:

- Gruppestart med compassion-øvelse (teknikker fra mindfulness og yoga blandet med positive visualiseringsøvelser f.eks. af et trygt sted / en medfølelse anden / deltageren selv i en medfølelse udgave osv)
- Opfølgning på øvelsen
- Hjemmeopgave gennemgås
- Dagens tema (se nedenfor). Hvert tema rummer elementer af undervisning, øvelser og mundtlig interaktion med deltagerne i forhold til temaet i deres eget liv
- Temaet munder ud i en ny hjemmeopgave
- Gruppen afsluttes med en pointe-runde

Eksempler på temaer i gruppeforløbet:

- De tre grundværdier:
Styrke, visdom og omsorg
- De tre følelsesregulerende systemer
- Compassions tre strømme: at modtage compassion; at give andre og sig selv compassion
- Blokeringer imod compassion
- Det medfølelse selv og den medfølelse anden
- Tilknytningsteori, sunde relationer og assertive compassion
- Compassion og positiv psykologi
- Hård compassion og compassion imod din skygge⁶.

To gruppeforløb i KABS City

Fra april til november 2019 gennemførtes to gruppeforløb i KABS City ud fra Compassion-Focused Therapy (CFT). Hvert forløb varede 12 uger, og hver gruppegang to timer. Begge grupper havde seks deltagere og en gruppeleder⁴. De 12 deltagere i begge grupper bestod af otte mænd og fire kvinder. Alle deltagere havde oprindeligt problemer med alkohol, cannabis eller kokain og gav, i forbindelse med den obligatoriske forsamtale før gruppestart, udtryk for en høj grad af selvkritik, skyld og skam. I det andet gruppeforløb (fra juli til november) forlod en deltager hurtigt gruppen, da han havde svært ved at sidde sammen med andre, så hovedparten af dette forløb blev gennemført med fem deltagere. Alle 11 deltagere i de to gruppeforløb udtrykte tilfredshed med forløbet, og at de i særdeleshed var blevet bedre til egenomsorg (se boks med citater).

Erfaringer fra de to forløb

I CFT anvendes mange oplevelsesorienterede øvelser med lukkede øjne, hvor særligt mindfulness-meditation, yoga og forskellige positive visualiseringer blander sig (se rød boks). Da deltagere med afhængighedsproblematikker kan have svært ved at sidde stille gennem længere tid pga. utilstrækkelig udholdenhed og -følelsesregulering, blev øvelserne typisk gjort kortere, så de ikke overskred 15 minutter. Desuden blev pauserne imellem instruktionerne også forkortet, så der var mere fokus på aktiv guidning og mindre tid til at "falde hen" imellem instruktionerne. Tilsvarende blev sproget gradvist gjort mindre "flagrende og lyrisk", ligesom dele af CFT-programmet med mere direkte reference til den buddhistiske tradition blev udeladt eller nedtonet. Dette skyldtes, at enkelte, særligt

4 Forløbenes gruppeleder er psykolog og uddannet i CFT af den engelske psykolog Chris Irons, der er en af Paul Gilberts nærmeste samarbejdspartnere.

5 Det blev ikke nødvendigt at supplere med nye gruppedeltagere, da kun en deltager stoppede og resten fortsatte – sandsynligvis en effekt af den grundige forsamtale.

6 Den interesserede læser kan finde mere information i referencerne.

Tre citater fra deltagernes evaluering

Hvad tager du med fra forløbet?

"En ny måde at se mig selv og verden på. Jeg er opmærksom på, om jeg er i rødt, blått eller grønt system [og] har værktøjer til at skifte fra det ene system til det andet. [...] Hvis vi fokuserede på compassion og kærlighed i stedet for penge og magt, ville den her verden se meget anderledes ud. Det kan godt være, at vi har en Audi og en iPhone, sixpack og mastercard, men vi er desværre stadig krybdyr, som slår og dræber for, [...] alt hvad vores ego forlanger. We are lobsters".

"Det har givet mig en [...] dybere forståelse af, hvorfor jeg altid har reageret, som jeg har gjort, når jeg var helt kørt ud. [...] Jeg har lært utroligt meget om mig selv, om min "stress- og benægtelses-cyklus", som jeg kalder det. Jeg har lært vigtigheden af at erkende og acceptere, at det grønne system er lige så vigtigt som det blå. Jeg tager værktøjer til at håndtere min stress på en konstruktiv og givende måde med mig. [...] Specielt vejrtækningsøvelserne benytter jeg mig meget af, når jeg ikke kan finde ro om aftenen".

Er du blevet bedre til at passe på dig selv i hverdagen og i særligt svære situationer? "Ja, det er jeg helt sikkert. Jeg er blevet meget mere klar over, hvad det langsigtede og kloge valg er, når jeg træffer valg. [...] F.eks. hvis jeg føler mig meget udmattet og presset, [så] aflyser jeg ting og nyder mit eget selskab og får dyrket grønt system mere aktivt [...]. I og med en presset og meget travl hverdag i længden godt kan være en risikosituation for mig, føler jeg, at de værktøjer, vi har lært, er med til at forebygge et tilbagefald".

mandlige, deltagere udtrykte, at de havde svært ved disse elementer. Dog kunne motivationen hos disse deltagere som regel etableres, når der blev givet psykologiske forklaringer på de mere eksotiske dele af tilgangen.

Da det erfaringsmæssigt krævede deltagere, som kunne koncentrere sig over længere tid og var motiveret til at arbejde med omsorg ud fra en meditativ tilgang, tog det længere tid at rekruttere deltagere til disse grupper sammenlignet med andre terapeutiske behandlingsgrupper i KABS City. Dette kan også skyldes, at de to CFT-forløb blev afviklet som lukkede gruppeforløb, hvilket krævede tilstrækkeligt med deltagere fra starten, så gruppen kunne modstå løbende frafald og ustabilit fremmøde⁵.

Selvom samtlige 11 deltagere i slutevalueringen udtrykte, at CFT-tilgangen var særdeles relevant for dem, havde flere behov for supplerende individuelle terapeutiske samtaler og/eller et supplerende gruppeforløb, f.eks. i form af Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT-tilgangen har erfaringsmæssigt vist sig egnet som baggrund for CFT (13), og det bør overvejes at udvikle en samlet manual for de to tilgange til brug for behandling af alkohol- og stofafhængighed. Inden da bør flere CFT-forløb afvikles og effektmåles, gerne med fokus på, hvilke elementer, der er særligt gavnlige for alkohol- og stofafhængige.

REFERENCER

1. Peterson, JB. (2018). 12 Rules For Life: An Antidote to Chaos. Penguin Random House Canada, Toronto.
2. Lown, BA. (2015). Compassion Is a Necessity and an Individual and Collective Responsibility. I: Int J Health Policy Manag.; 4(9):613–614.
3. Harari, YN. Sapiens. (2015). A Brief History of Humankind. Vintage Books. New York, NY.
4. Gilbert, P. (2015). The Evolution and Social Dynamics of Compassion. I: Social and Personality Psychology Compass.; 1–16.
5. Neff, KD. (2012). The science of self-compassion. I: Germer, C.K & Siegel, R. (red.) Compassion and wisdom in Psychotherapy; 79–92. Guilford Press. New York, NY.
6. Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N. & Holtforth, M.G. (2013). Self-Compassion in Depression: Associations With Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients. I: Behavior Therapy; 44:501–513.
7. Ehret, AM., Joormann, J. & Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and selfcompassion. I: Cogn Emot.; 29(8):1496–504.
8. Matthews, S., Dwyer, R. & Snoek, A. (2017). Stigma and Self-Stigma in Addiction. I: Bioethical Inquiry; 14:275–286.
9. Bilevicius, E., Single, A., Bristow, LA., Foot, M., Ellery, M., Keough, MT. & Johnson, EA. (2018). Shame mediates the relationship between depression and addictive behaviours. I: Addictive Behaviors; 82:94–100.
10. Phelps, CL., Paniagua, SM., Willcockson, IU. & Potter, JS. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. I: Drug and Alcohol Dependence; 183:78–81.
11. Lunding-Gregersen, V. & Tingleff, H. (2018). Hjernen på overarbejde. Derfor er compassion vores vej til et bæredygtigt liv og samfund. Mindwork, København.
12. Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. I: Advances in Psychiatric Treatment; 15:199–208.
13. Titch, D., Schoendorff, B., Silberman, LR. (2014). The ACT Practitioner's Guide to the Science of Compassion: Tools for Fostering Psychological Flexibility. New Harbinger Publications, Oakland, CA.

KAPITEL 11

Den Motiverende Samtale

– En grundlæggende kompetence i behandlingsarbejdet

Mennesker med rusmiddelproblemer møder ofte velmenende behandlere og pårørende, der enten forsøger at overtale dem til at stoppe misbruget eller forsøger at ordne tilstødende problemer ét efter ét. Men både den overbevisende samtalestil og "ordnereflekser" er u hensigtsmæssige greb, når vi ønsker at skabe forandring.

Af MI-underviser, Peter Brolund, indehaver af MI center & specialkonsulent Kathrine Bro Ludvigsen, KABS

Den Motivende Samtale (MI) anses i KABS' kompetenceudviklingsstrategi som fundamentet i kompetenceudviklingen af alle medarbejdere. Dette, fordi metoden grundlæggende tager udgangspunkt i det empatiske, respektfulde møde med borgeren og har borgeren i centrum i et ligeværdigt partnerskab. MI er derudover en evidensbaseret samtalestil, der systematisk hjælper og støtter borgeren mod forandring. MI-behandleren gør sig umage med at forstå borgerens bevæggrunde, ønsker og behov ved hele tiden at lytte opmærksomt til de udsagn personen kommer med. I denne artikel introducerer vi MI og skitserer KABS' arbejde med at implementere og kvalitetssikre metoden i praksis.

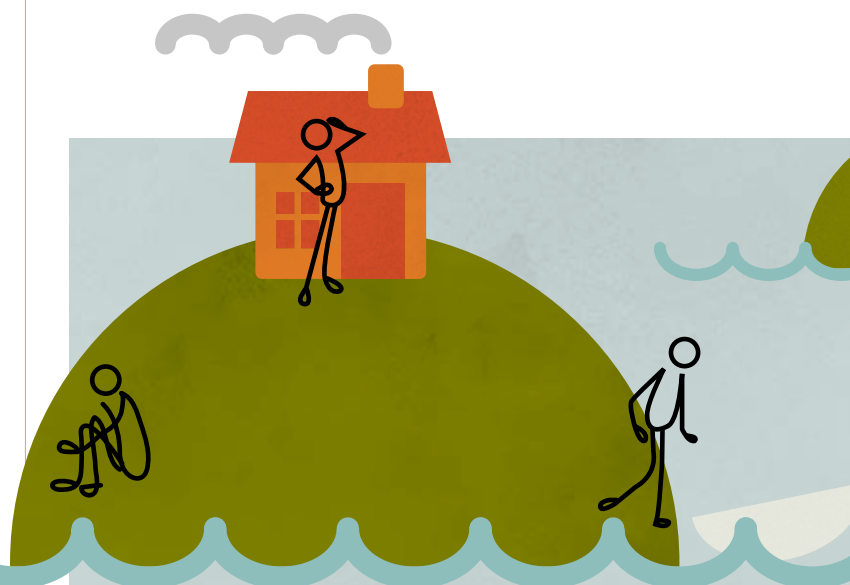
Ydre motivation

Som rusmiddelbehandler møder man ofte borgere, der er præget af ydre motivation. De henvender sig måske i behandlingscenteret, fordi kæresten 'har sat dem stolen for døren'. Det kan også være forældrene, uddannelsesstedet, arbejdsgiveren, kriminalforsorgen, lægen eller jobcenteret, som har presset borgeren i behandling. En sådan ydre motivation kan få mennesker til at ændre adfærd, omend æn-

dringen risikerer at være kortvarig, da motivationen ikke bygger på personens egen indre motivation (1: 33).

Status quo-øen

For at forstå en persons grad af motivation benytter vi nedenstående illustration. Øerne i fig. 1 bruges i undervisningen af behandlerne i KABS



STATUS QUO-ØEN

til at illustrere, i hvilken grad en person er motiveret for forandring: På toppen af den forreste ø, kaldet "status quo-øen", står en person og skuer ud over "forandringshavet", hvor øerne i havet symboliserer ønsker om forandringer (mål og delmål). På den ene side overvejer personen på toppen af status quo-øen at sejle ud på forandringshavet mod nye øer. På den anden side overvejer vedkommende at blive på den ø, som han/hun kender (dvs. status quo). Med andre ord er personen i tvivl – ambivalent – i forhold til en eventuel forandring. På status quo-øens venstre side sidder en person med ryggen til forandringshavet. Denne position symboliserer en person, der slet ikke overvejer forandring (i behandlersprog ofte kaldt "før-overvejelse"). Derimod er personen på højre side af øen allerede i en handlingsfase – på vej ud i båden – hvilket illustrerer personens villighed og tiltro til, at forandringen kan – og er ved at – ske.

Illustrationen af status quo-øen kan bruges som en forståelsesmodel over borgerens forandrings-parathed, baseret på det borgeren



Fig.1 Ø-tegningen er udviklet af Peter Brolund, baseret på Prochaska og DiClementes transteoretiske forandringsmodel (2)

fortæller i samtalen. Behandlerens vigtigste opgave er at lytte og forstå, hvor på øen borgeren befinder sig i forhold til at skabe forandring. Forståelsen har stor betydning, da borgerens position på øen samtidig anviser, hvad behandleren bør gøre eller helt undlade at gøre. Det som behandleren særligt lytter efter, er, om borgeren udtrykker, hvad der i MI-sprog kaldes; "status quo-snak" eller "forandrings-snak" (1).

Status quo-snak og ordnerefleksen

I samtalen med den ydre-motiverede person vil behandleren ofte høre en bestemt type af udsagn, der i MI grupperes under status quo-snak: Nemlig personens argumenter for ikke at ændre. Eksempler på status quo-snak kan være: "Jeg har det fint med at ryge hash, det hjælper på min angst, det giver mig ro i hovedet, jeg bliver mere social og jeg sover bedre" eller; "hash er jo bare en naturlig plante, det er faktisk økologi".

Status quo-snak bliver tit tolket som benægtelse eller modstand, og det er ofte her, det går galt i samtaler. Status quo-snak er nemlig ikke udtryk for benægtelse eller modstand, men derimod en helt naturlig måde at respondere på, når personen sidder på venstre side af status quo-øen og ikke selv ønsker at ændre – men er sendt af andre. Det kan også være, at personen står på toppen af øen og faktisk overvejer forandring, men er ambivalent, fordi vedkommende både ser fordele og ulemper ved en eventuel forandring: Måske har personen erfaringer fra tidligere forløb, hvor det ikke lykkedes at forandre? Det kan f.eks. skyldes fejlslagne forsøg på at håndtere højrisikosituationer, illustreret ved at personen sejlede ud på havet i tæt tåge eller store bølger uden tilstrækkelige sejlegenskaber. Personen sejlede derfor retur til status quo øen.

Samtalen kan gå galt, når behandlere eller pårørende, i den bedste mening, gør båden klar og skubber personen ud på havet – før personen selv er parat til det eller har lært at sejle. I praksis sker det, når behandleren begynder at for-

klare borgerens problemer eller prøver at overtale vedkommende til forandring. Her prøver behandleren typisk, at få borgeren til at indse konsekvenserne af den aktuelle adfærd ved at fortælle om skadevirkninger, og argumentere for vigtigheden i at ændre sin situation. Men i forsøget på at overbevise borgeren, vil behandleren nu opleve det stik modsatte ske: Borgeren vil begynde at komme med modargumenter til behandlerens forslag, alene fordi behandleren kun lægger vægt på den ene side af personens ambivalens. Borgeren vil forsøge at forklare og argumentere for den modsatte side – dvs. med status quo snak – for at bliver fuldt forstået og hørt.

Når ovenstående er vigtigt at understrege, er det fordi forskning viser, at jo mere en person argumenterer imod en forandring, jo lavere sandsynlighed er der for, at han/hun forandrer sin situation (3).

At forstå ambivalens, dilemmaer og tvivl

MI-behandlerens opgave er derfor at skabe et rum, hvor borgeren føler sig tryk til at tale frit uden at være bekymret for, om han/hun bliver vurderet, bebrejdet eller talt imod. Det skal

være et rum, hvor personen får mulighed for at standse op og reflektere over sin situation – med det formål at udforske og tage stilling til en eventuel forandring. MI står derfor i skarp kontrast til en overbevisende eller konfronterende samtalestil.

I MI forsøger behandleren at komme et spadestik dybere i samtalen – bl.a. ved at lytte sig frem til de bagvedliggende forklaringer og dilemmaer, som kan være afgørende for borgerens motivation for forandring. I samtalen kan det eksempelvis komme frem, at den indre motivation for forandring er begrænset af forskellige forhold. Personen har måske behov for den ro, som hashen giver, da den opleves som en forudsætning for, at vedkommende kan passe sit arbejde eller holde sin familie ud.

MI samtalsens 4 faser

MI samtalen baserer sig på fire faser: Engagerings-, Fokuserings-, Frembringelses- og Planlægningsfasen (se figur 2). I de følgende afsnit beskriver vi faserne, der kan foldes ud over flere samtaler og altså ikke nødvendigvis foregår på én gang:

Engageringsfasen er den vigtigste fase i samtalen, da den har betydning for, om personen har lyst til et videre samarbejde med behandleren/behandlingsstedet. Der kan f.eks. være tale om det første møde mellem borger og behandler. MI-behandlerens opgave består i at skabe tillid og tryghed, så borgeren oplever, at behandleren forstår vedkommendes situation og dilemmaer i forhold til eventuel forandring. Behandlerens opgave er samtidig at give personen håb, ved at normalisere de udfordringer og dilemmaer vedkommende har og forklare, hvad du som behandler/behandlingssted kan hjælpe med.

Det vigtigste i engageringsfasen er, at personen oplever sig lyttet til og får en klar oplevelse af, at behandleren forstår verden med 'borgerens briller'. Hvis ikke personen får den oplevelse, risikerer man, at vedkommende ikke har tillid

MI

- MI er en personcentreret rådgivningsstil rettet mod ambivalens over for forandring
- MI gøres *for* eller *med* nogen, ikke *mod* eller *ved* nogen
- MI-ånden består af fire centrale aspekter: Partnerskab, Accept, Medfølelse og Fremkaldelse
- Accept består af fire kerneelementer: Værdi, Empati, Autonomistøtte og Bekræftelse
- MI består af fire processer: Engagering, Fokusering, Fremkaldelse og Planlægning
- Fremkaldelse handler om det personen allerede har og ikke noget vedkommende mangler (1:46,49)

De 4 faser



Fig. 2 Undervisningsmateriale fra MIcenter.dk

til at kunne betro sig til behandleren, og samtalsens videre forløb vil derfor blive udfordret. Når engageringsfasen ikke er opfyldt, vil man i praksis ofte opleve, at borgeren bliver tavs eller svarer med korte sætninger.

For at få en glidende overgang til næste fase i samtalen, kendt som *Fokuseringsfasen*, benytter MI-behandleren ofte en opsummering af det, der har været talt om indtil nu, og afslutter med et spørgsmål, der bringer samtalen ind i fokuseringsfasen: "...så er det ok med dig, at vi i dag taler lidt, om de muligheder vi har i behandlingen for at hjælpe dig?" I denne fase af samtalen er det vigtigt, at behandleren ikke kun præsenterer sin egen dagsorden for samtalen, men også undersøger hvilke andre emner, der kunne være relevante for borgeren at tale om. Fokuseringsfasen skal nemlig altid være baseret på et ligeværdigt samarbejde mellem behandleren og borgeren. En fejl der ofte sker i fokuseringsfasen er, at behandleren for hurtigt fokuserer på det første og bedste emne, som borgeren italesætter. Det vil i så fald lukke af for andre væsentlige emner i vedkommendes liv, som kan vise sig at have stor betydning i forhold til at forandre den nuværende situation. Som i forrige fase, vil borgeren igen blive tavs

eller udtrykke frustration/uenighed. I denne fase er det vigtigt, at behandleren noterer alle de emner ned, som borgeren kommer med, og spørge om der kan være andre relevante emner, før de sammen vælger, hvilke emner der skal prioriteres først.

Frembringelsesfasen – nu er der tale om MI

Engagerings- og fokuseringsfaserne er i sig selv ikke MI, men en forudsætning for at samtalen kan blive det (1:393). Når behandleren bliver opmærksom på det, der fastholder personen i sin aktuelle adfærd, er det behandlerens opgave at bringe dette i fokus. Og først *nu* kan vi tale om MI. Vi bevæger os nu op i fase tre, kendt som *Frembringelsesfasen*.

I frembringelsesfasen er det MI-behandlerens opgave at frembringe og forstærke borgerens egne ønsker, grunde og behov (forandrings-snak) for at ændre sin situation. MI-behandleren benytter udforskende, åbne spørgsmål, reflekterende lytning, anerkendelse, og opsummeringer. Formålet er at forstærke personens forandrings-snak og samtidig dæmpe status quo-snak, fordi sidstnævnte fastholder personen i sin nuværende situation.

MI-behandleren er i denne fase mere styrende, men samtalen holdes fortsat i en empatisk og samarbejdsbaseret ånd med respekt for personens ret til selvbestemmelse¹. Der hvor det ofte går galt i samtalens tredje fase, er når behandleren kommer til at levere argumenterne for forandringen, og at disse ikke kommer fra personen selv (jf. ordnerefleksen). Når dette sker, vil man typisk opleve, at personen begynder at modargumenterer – dvs. status quo-snak.

Planlægningsfasen

Når behandleren anvender MI, vil andelen af status quo snak blive mindre (4), og andelen af forandringssnak vil øges (5,3). I takt med at andelen af forandringssnak øges, skal behandleren være klar til at bevæge samtalen ind i den fjerde fase, kendt som *Planlægningsfasen*. Der må stadig gerne være status quo-snak, men andelen af forandringssnak skal være væsentlig større. Overgangen fra frembringelsesfasen til planlægningsfasen sker ved, at MI-behandleren laver en opsummering af borgerens egne overvejelser, ønsker og grunde for forandring, og efterfølgende stiller et såkaldt nøglespørgsmål: "Vi har talt om mange ting, og du har haft overvejelser om fordelene ved at ændre din situation... Hvad siger du til, at vi bevæger os ind i en planlægningsfase? Ville det være ok med dig, at vi nu ser lidt på næste skridt herfra?". MI-behandleren anvender samtalefærdighederne; spørgsmål, refleksioner, anerkendelse, og opsummeringer - med det formål at styrke personens egen overvejelse om, hvordan forandringen kan ske: "Hvad kunne være et skridt herfra?", "Hvad tænker du, at du kan gøre nu?" En fejl der ofte sker i planlægningsfasen er, at behandleren kommer til at fortælle personen, hvordan forandringen bør ske. Derved er behandleren den aktive og personen bliver den passive.

¹ Respekt for personens autonomi er et kerneelement i MI (se boks om MI).

MI – den grundlæggende kompetence i KABS

Når en borger henvender sig i et rusmiddelcenter, er det for at få hjælp til deres rusmiddelproblem – eller et problem relateret til rusmiddelbruget. Det gælder, hvad enten borgeren er styret af en indre eller ydre motivation. Men med al forandring kan der opstå tvivl, dilemmaer og mangel på motivation – det gælder i høj grad også for mennesker, der skal reducere eller stoppe et problematisk rusmiddelbrug. MI retter sig specifikt til behandlere/professionelle, der arbejder forandringssorienteret med mennesker, der er i tvivl. Mennesker der har modstridende følelser og tanker om forandring eller som slet ikke ønsker en forandring.

Da MI først og fremmest er en evidensbaseret samtalestil om forandring, hvor MI-behandleren er god til at lytte bagom det, borgeren fortæller og kæmper med, anser KABS MI, som en hel grundlæggende kompetence, alle ansatte i KABS skal beherske. MI indeholder desuden centrale kommunikationsfærdigheder, der styrker empati, respekt, ligeværdighed, nærvær og fokus i samtalen med borgeren – færdigheder der har vist sig, at være afgørende for, om en borger forbliver i behandling eller risikerer at miste modet (1).

Kompetenceudviklingen i KABS

KABS har siden 2018 arbejdet målrettet med at implementere et nyt kompetenceudviklingskoncept, hvor kurser skal hænge sammen med den overordnede strategi i organisationen, hænge sammen med de behov vores borgere har, og opfylde medarbejdernes og afdelingernes behov for kompetenceudvikling – samt være evidensbaseret. Men vigtigst af alt skal det tillærte omsættes i praksis til gavn for de borgere, vi har i behandling. Kurser giver viden, men det er anvendelsen i praksis, der giver kompetence. Kurser står derfor ikke længere alene, men følges nu alle op med obligatoriske metode-supervisionsforløb og dertilhørende forventning om træning mellem supervisionsgangene.

Forskning viser nemlig, at en kursUSDeltager, uden efterfølgende træning, opfølgning og støtte, vil være på samme faglige niveau efter fire måneder som dagen før kursusstart (6). – Hvilket i så fald er spild af kompetenceudviklingspenge. Andre undersøgelser viser ligeledes, at man hurtigt falder tilbage til gamle rutiner og vaner, hvis ikke det tillærte på et kursus omsættes til praksiserfaringer og implementeres i praksis (7, 8).

I forhold til MI grunduddannelsen på fire dage betyder det, at kursisterne, med ca. 5-6 ugers mellemrum, mødes med vores MI-supervisor i grupper af ca. otte. Mellem de forskellige supervisionsgange får kursisterne lektier for i MI grundbogen (1) eller i form af praksisrettede opgaver, de skal afprøve med deres borgere. Til supervisionen forventes det, at medarbejderne på skift, som minimum, medbringer en praksiscase. Men da en memoreret case ikke på samme måde har detaljer med; hvordan stillede behandleren spørgsmål, respondere på borgerens udsagn osv., er vi i gang med at implementere et system, hvor behandlerne kan optage samtaler med borgeren (med dennes samtykke) eller samtaler med kollegaer². Derudover trænes medarbejderen i 'kollegial feedback', hvor kollegaer giver hinanden systematisk, konkret feedback på hinandens MI-samtaler. Man bliver ikke nødvendigvis bedre af erfaring, men derimod med feedback på ens praksis (9:128). En feedback kultur vi håber, på sigt, kan benyttes på alle metoder, vi træner i KABS. På sigt vil træningen i kollegial feedback gøre medarbejderne i stand til selv at metodesupervisere hinanden i praksis med det formål fortsat at blive bedre og bedre. Træning i kollegial feedback vil ligeledes styrke KABS som en lærende organisation.

2 De optagede samtaler uploades til et sikkert journal-diktterings-system, hvor samtaler til brug i kompetenceudviklingen har sit eget lukkede system og kan afspilles i supervisionen.

REFERENCER

1. Miller, WR & Rollnick, S. (2014 [2013]). Den motiverende samtale – støtte til forandring. Hans Reitzels Forlag, 2. udg., 3. oplag.
2. Prochaska, JO & DiClemente, CC. (1984). The transtheoretic approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow/Jones Irwin.
3. Amrhein et al (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(5), 862-878.
4. Patterson, GR. & Forgatch, MS. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 846-851.
5. Miller, WR., Benefield, RG. & Tonigan, JS. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles.
6. Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., Wallace, F. (2005). Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa, FL: University of South Florida
7. Madson, MB., Loignon, AC. & Lane C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. Journal of substance abuse treatment, 36, 101-109.
8. Miller, WR., Moyers, TB., Arciniega, L., Ernst, D. & Forcehimes, AA. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE study behavioral interventions. Journal of studies on Alcohol, 66 (suppl.15), 188-195.
9. Miller, WR. & Moyers, TB. (2021). Effective Psychotherapists. Clinical skills that improve client outcome. The Guilford Press, New York.

Om forfatterne

Peter Brolund er indehaver af MIcenter.dk og er medlem af det internationale netværk af MI trænere, kaldet MINT. Har desuden arbejdet som misbrugsbehandler og været faglig leder i Odense Kommune. KABS har igennem de sidste 3½ år brugt Peter til at undervise og supervisere KABS medarbejderne i brugen af MI.

Kathrine Bro Ludvigsen er ansvarlig for tilrettelæggelsen og planlægningen af KABS' kompetenceudvikling og har også selv gennemført MI grunduddannelsen.

KAPITEL 12

Dilemmatilgangen – et løft til internt og eksternt samarbejde

Tværsektorielt samarbejde er et vigtigt og ofte svært omdrejningspunkt i arbejdet med komplekse borgere. Forskellige dilemmaer, dagsordener og interesser vanskeliggør samarbejdet. I denne artikel beskrives en etisk værktøjskasse til den gode dialog i samarbejdet.

Af chefkonsulent, cand.mag og konfliktmægler, Lene Frølund Thomsen, ETIKOS

Som rusmiddelbehandler arbejder man i et komplekst felt. I dag i mere udpræget grad end nogen sinde før. Det daglige arbejde kalder på én og samme tid på stærke fag-faglige-, på tværfaglige-, på økonomisk-strategiske-, og på samarbejds- og kommunikationskompetencer – både i forhold til det interne samarbejde i organisationen og i forhold til samarbejdet med eksterne partnere. Rusmiddelbehandlerens arbejdsdag er fyldt med komplekse krydsfelter, hvor forskellige dagsordener – faglige, menneskelige, ressourcemæssige og lovgivningsmæssige – krydser hinanden.

Den kompleksitet er et vilkår, og den kommer til udtryk i daglige svære etiske dilemmaer. Spørgsmålet er, hvordan man navigerer i den komplekse og dilemmafyldte virkelighed.

Er samarbejdsrelationerne præget af konstruktive dialoger, som bidrager med nye indsigter og muligheder eller af kamp og optrukne fronter?

Det nye paradigme – mestring i eget liv og samskabelse

En ting står fast: Kravet om øget samskabelse, tværgående samarbejder og netværksopbyggende initiativer, har aldrig været mere eksplicit



FOTO: ISTOCK

formuleret. I det aktuelle velfærdsparadigme er samskabelse skrevet frem som den gennemgående ledetråd.

Med samskabelsesdagsordenen markeres et ændret borgersyn og dermed et ændret syn på den professionelle rolle: Det er borgeren, der er ekspert i eget liv, og han/hun skal mødes som en aktiv ressource og ligeværdig samarbejdspartner.

I det aktuelle politiske paradigme er 'det gode liv' et liv, hvor den enkelte borger bliver så selvhjulpne og selvstændiggjort som muligt.

Målet er mestring af eget liv. Det er rehabiliterings-tænkning og recovery-tilgang. Retningen har mange navne, men dens værdisubstans er enslydende.

Det tværgående samarbejde er dilemmafyldt

Ser vi på samarbejdsrelationer på tværs af sektorer, er det ofte behæftet med mange svære dilemmaer; parterne kan have forskellige holdninger til, hvad en borger har behov for, og hvad der er den bedste indsats. Synet på kerneopgaven er forskellig: Eksempelvis kan



forskellighederne komme konkret til udtryk i samarbejdet mellem rusmiddelbehandler og kommunal sagsbehandler i vurderingerne af en borger med et massivt og mangeårigt misbrug.

Rusmiddelbehandleren vurderer f.eks. – ud fra sin faglighed – at borgeren vil profitere af en mere intensiv, helhedsorienteret og sammenhængende indsats; et døgntilbud, som vil øge borgerens motivation og give den afgørende tryghed, stabilitet og ro. Borgeren har – udover sit mangeårige misbrug – også en række psykosociale udfordringer samt en angstdiagnose. Alt sammen står i vejen for at nå i land med de hidtidige indsatser. Hele borgerens livssituation bør medtænkes i behandlingstilgangen.

Sagsbehandleren – for sin del – vil naturligt orientere sig overvejende ud fra *dels* en lov-mæssig-juridisk ramme, *dels* – og måske i *særdeleshed* – ud fra et ressourcemæssigt og målstyret perspektiv: De indsatser, borgeren skal tilbydes, skal have en dokumenteret målbar effekt; også på den korte bane. Kommunerne er trængte økonomisk. Hvorfor der tænkes ud fra mere kvantitative og økonomiske parametre: Hvad koster indsatsen? Hvordan får vi mest muligt for de ressourcer, vi har – til

gavn for fleste mulige? Hvor ser vi de bedste muligheder for at opnå dokumenterbar og synlig effekt? Man forsøger at få enderne til at nå sammen.

Forskellige perspektiver

Hvis et tværgående samarbejde skal lykkes – til glæde for borgeren og til udvikling af vellykkede samskabelsesprocesser – så er det afgørende, at der er en fælles bevidsthed om, at man ofte orienterer sig ud fra vidt forskellige perspektiver. Argumenterer man ud fra fag-faglighed? Ud fra økonomi eller lovgivning? Eller argumenterer man ud fra erfaring, og hvad der virker? Ser man først og fremmest på den enkelte borgers behov? Eller primært på helhedens interesser?

Det handler om forskellige *holdninger*. Holdninger til noget, som er dilemmafyldt og dybt komplekst. Dilemmaer kan ikke løses. De skal *håndteres*. Kvalificeret. Der kaldes både på hensyn til økonomi og effekt og på respekt for faglighed. Det handler *både* om respekt for den enkeltes autonomi og hensynet til helhedens trivsel og sammenhængskraft. Det går *ikke* op.

Dilemmatilgangen – et redskab til at navigere i kompleksiteten

I Etikos har vi mange års erfaring med at arbejde dilemmabaseret med kulturudvikling – herunder udvikling af samarbejdskulturer. Vi arbejder med *Den Praktiske Etik* som et dialog- og dilemmahåndteringsredskab til at navigere i en kompleks og dilemmafyldt virkelighed. Den Praktiske Etik er et kvalificeret redskab til at understøtte en reflekterende og dilemmaorienteret samarbejdskultur med dialogen som bærende tilgang. Den Praktiske Etik består af to elementer: *Det Etske Landskab* og *De fire etiske principper* (se boks). Redskaberne forklares i de følgende afsnit.

Det Etske Landskab

Det Etske Landskab er et konkret redskab til at afdække etiske grundholdninger og skabe bevidsthed om, hvilke etiske perspektiver vi

Den Praktiske Etik

Den Praktiske Etik består af to dele:

1. Det Etske Landskab med de tre etikker

Nærhedsetik

Pligtetik

Konsekvensetik

2. De 4 etiske principper

Hensyn til integritet

Respekt for selvbestemmelse

Agtelse for værdighed

Omsorg for sårbarhed

handler ud fra, når vi træffer en beslutning. Det Ethiske Landskab kan også øge forståelsen for samarbejdspartnerens perspektiv, ligesom redskaberne synliggør, hvilke dilemmaer der er på spil i samarbejdet. Det Ethiske Landskab omfatter tre etikker:

Nærhedsetikken – hvad giver mening?

Har man sit afsæt i det nærhedsetiske holdningsunivers, så lægger man vægt på det relationelle, på at møde borgeren – i nuet – med tillid, nærvær og indlevelse: Hvad motiverer den enkelte? Har vi blik for borgerens sårbarhed?

Det store personlige engagement bor i nærhedsetikken. Omsorgen, anerkendelsen og empatien er afgørende ledetråde. Ønsket om at skabe tryghed og bidrage til 'den gode oplevelse' for borgeren. Hvordan kan vi hjælpe, støtte og motivere borgeren til en mere meningsfuld tilværelse? Det handler om at se, høre, lytte, være opmærksom og give sig tid til at forstå, hvor borgeren er. Komme bagom: *"Er der noget vi ikke ser?", "Hvordan kan vi nå ind til ham/hende..?"*

Nærhedsetikken er en situationsetik – en nuets etik: Det gode kan ikke sættes på formel; vi må skønne i den konkrete situation ud fra kendskabet til borgeren og de mere intuitive observationer. I dette holdningsperspektiv har følelser, hjertet, mavefornemmelse – de mere sanselige sider – etisk legitimitet: *"Det skærer mig i hjertet, at se ham så forpint...", "Min intuition siger mig, at hvis vi opgiver ham nu, så..."*

Den store personlige involvering kan imidlertid gøre én blind for 'ejerfornemmelser' i forhold til borgeren – à la: *"min borger", "jeg kender hende så godt, det er mig, hun har tillid til..."*. Risikoen for en næsten symbiotisk tendens kan opstå. Man berøres og anfægtes, og bekymrer sig. Man tager arbejdet med hjem. Oplever utilstrækkelighed. Får dårlig samvittighed. Grænsen mellem det professionelle og det private kan skride: *'Det er synd for...'* eller *'vi har ondt af...'* argumentet kan snige sig ind.

Pligtetikken – hvad har vi pligt til?

Har man sit afsæt i det pligtetiske holdningsunivers, så lægger man vægt på at gøre 'det rigtige' – dvs. det, vi har *pligt* til: Handler vi på et oplyst regelret grundlag? Øges borgerens selvstændiggørelse? Her spørges også til: Hvad er vores opgave? Og hvad er ikke vores opgave? Den rigtige beslutning er dén, der følger gældende procedurer og standarder, er styret af fornuften og truffet på et vidensbaseret oplyst grundlag. De mere følelsesmæssige argumenter har ingen etisk legitimitet.

Her lægges vægt på det principfaste, det juridiske, retssikkerheden: *"Gældende retspraksis er..."*. Det etisk rigtige er at oplyse mennesker på et sagligt, gennemlyst grundlag mhp. at fremme menneskers selvstændighed og autonomi. Der lægges vægt på gennemsigtighed i alle arbejdsgange. Troværdighed er en grundværdi: Af handling følger ord. Der skal være åbenhed og lighed for loven. Grundlæggende rettigheder skal sikres, og pligter tydeliggøres. Bærende dyder er grundighed, saglighed og nøgternhed.

En opmærksomhed her er, at det meget regelrette, det retskafne og principfaste kan ende i rent regelrytteri; i kassetænkning; i en rigid, ret/vrang tilgang. En risiko for at det bliver til den moraliserende, lidt strenge, kontrollerende stemme: *"Det her er rigtigt, og dét der er forkert..."*.



Konsekvensetikken – hvad virker?

Har man sit afsæt i det konsekvensetiske univers, så er man optaget af at skabe gode effekter og gode resultater - for flest mulige: Vi skal gøre det, der gavner helheden og øger borgernes selvhjulpenhed. Hvordan får vi så meget velfærd som muligt, for flest mulige, med de midler vi har? *"Nogle gange må vi ofre det enkelte menneskes gode liv for de manges..."*. Det er et ressourceorienteret – pragmatisk – perspektiv, hvor man går efter det, der *virker*. Her prioriteres mål mere end middel: *'Målet helliger midlet'*.

Der er et særligt fokus på at nytteoptimere: Hvor ser vi effektiviseringspotentiale? Hvor kan vi gøre noget smartere? Her forbindes etik og økonomi; etikken kvantificeres, fordi 'det gode' koster. Der spørges til: Er det rimeligt, at vi investerer så mange ressourcer i én borger? Hvad kommer der ud af det? Kan vi bruge pengene bedre og med større effekt på nogen med større behov? Afvejning af plusser og minusser. Her lægges vægt på handlekraft, fremdrift og optimeringskraft. Det gode liv er et liv, hvor mennesker bidrager og yder så meget som muligt selv. Målet er at øge menneskets selvhjulpenhed og mestringssevne.



Risikoen ved den meget pragmatiske handlings- og målorienterede tilgang er, at man kan blive så dygtig til at få ender til nå sammen, at alt bliver muligt. Når man så tydeligt går efter effekt og virkning, så risikerer man at blive endog meget kreativ i sin løsningstænkning: Hvor langt vil man presse borgeren for at opnå effekt?

Paradigmeskiftet sætter retning på dilemmahåndteringen

Først når vi har fået de forskellige perspektiver afdækket og fået nye indsigter og forståelse for hinandens forskelligheder, kan vi begynde at håndtere dilemmaerne i tråd med det nye paradigme. Paradigmeskiftet sætter retning på kerneopgaven og er i særlig grad farvet af konsekvensetikken's fokus på selvhjulpenhed og pligtetikken's fokus på autonomi og selvstændiggørelse. Men dilemmatilgangen insisterer på, at alle tre etikstemmer skal høres, hvis vi skal håndtere dilemmaerne etisk forsvarligt.

De 4 etiske grundprincipper – fælles spilleregler i den gode dialog

Hvordan understøtter vi så helt konkret de gode dialoger i vores samarbejder? Her kommer *De 4 etiske principper* ind i billedet. Hvor afdækningen af de tre etiske ståsteder giver indblik i hinandens forskelligheder samt bevidsthed om eget ståsted, kan principperne anvendes til konkret at kvalificere kommunikationen:

Et sæt fælles kommunikationsspilleregler, som dels hjælper os med at understøtte en ansvarstagende og respektfuld dialog, dels hjælper os med at forstyrre mulige forrælses tendenser. De fire etiske grundprincipper er:

1. Hensyn til integritet

Integritetsprincippet gør os opmærksomme på vigtigheden af at respektere hinandens grænser – både de personlige og de faglige. Vores integritet er tæt knyttet til vores selvforståelse, som menneske og fagperson. Den kan for-

ulempes, når vi oplever os talt ned til, sat i bås, sat på plads eller sat under dom. At værne om egen integritet handler om at tydeliggøre eget ståsted og egne prioriteringer – uden at ville trumfe andre. At respektere andres integritet handler om at vise en nysgerrighed for *deres* ståsted. Det er her den afgørende balance-kunst kommer til udtryk.

2. Respekt for selvbestemmelse

Selvbestemmelsesprincippet gør os opmærksomme på, at alle har ret til at ytre sig. Det er retten til at mene noget forskelligt – uden at blive forkertgjort. Det er *ikke* retten til at få ret. Det handler om at tage ansvar for at komme til orde – og samtidig give andre ordet. Hvordan tager vi ordet? Hvad vil vi med vores ytringer? Vil vi have ret, eller vil vi blive klogere? Trumfer vi andres stemmer, eller lytter vi til dem? Lægger vi magt bag vores stemme - økonomisk eller fagligt? Hvis stemme har eller tager magten?

3. Agtelse for værdighed

Værdighedsprincippet gør os opmærksomme på, om samarbejdet og kommunikationen opleves ligeværdigt og værdiskabende: Taler vi *med* hinanden eller taler vi *om* hinanden? Taler vi bag hinandens ryg? Taler vi ned til hinanden? Udstiller vi hinandens svagheder, eller kommer vi de fælles udfordringer i møde? Spiller vi med åbne dagsordener? Tager vi drøftelserne på rette sted – og med rette vedkommende? Hvis værdier har magten?

4. Omsorg for sårbarhed

Sårbarhedsprincippet gør os opmærksomme på magten i samarbejdet: Hvordan tager vi i kommunikationen hver især vare på den magt, vi har – den faglige, den organisatoriske, den personlige, og den ressourcemæssige? Ruster vi os til tænderne, eller lægger vi sårbarhederne – tvivl, undren, rådvildhed – frem for hinanden? Er vi taktiske, eller er vi ærlige og ligefremme? Hvordan bidrager vi til at skabe og genvinde tillid? Er der nænsomhed, empati og lydhørhed i samarbejdet?

Med Den Praktiske Etik får vi således et sæt dilemmabaserede redskaber til at understøtte en reflekterende, dialogisk og ansvarstagende samarbejdskultur, med en særlig opmærksomhed på vedvarende at forstyrre potentielle forrælses tendenser.

Om Etik

Etikos har siden 2006 hjulpet organisationer og arbejdspladser i hele landet med at håndtere dilemmaer i praksis, i ledelse, i organisationskulturen og i forhold til tværsektorielt samarbejde.

For mere information:

www.etikos.dk

Tlf. 28 97 69 99





KAPITEL 13

Brug af velfærdssystemets ydelser blandt borgere med misbrug

Borgere med misbrug kæmper ofte med flere forskellige udfordringer på samme tid. Det gælder ikke mindst dem, der lider af et misbrug og en psykisk lidelse samtidigt. VIVE har re-analyseret undersøgelsen af velfærdsydelser fra 2018 i forhold til mennesker med misbrug og samtidig psykisk sygdom.

Af seniorforsker, Lars Benjaminsen, VIVE

Borgere med samtidigt rusmiddelbrug og psykisk lidelse kan have behov for støtte og behandling fra forskellige dele af velfærdssystemet. Men det kan være en udfordring at skabe en sammenhængende indsats på tværs af sektorer.

VIVE har i undersøgelsen Brug af velfærdssystemet blandt borgere med misbrug (2) afdækket brugen af velfærdsydelser blandt borgere med misbrug på en række forskellige områder. Undersøgelsen tegner et billede af brugen af ydelser og de tilhørende udgifter. Derved bidrager undersøgelsen med et overblik over den samlede brug af indsatser og ydelser til borgere med misbrug på tværs af velfærdssystemet som helhed.

Undersøgelsens formål og baggrund

Undersøgelsen *Brug af velfærdssystemet blandt borgere med misbrug* er udarbejdet af VIVE for KABS VIDEN. Undersøgelsen har taget udgangspunkt i en tidligere VIVE-undersøgelse, 'Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet', der udkom i 2018, og som var finansieret af Den A.P. Møllerske Støttefond. Det var en undersøgelse, som afdækkede brugen af velfærdssystemets ydelser blandt socialt udsatte borgere. Den havde særligt fokus på brugen af velfærdsydelser blandt borgere med komplek-

se problematikker i form af kombinationer af psykiske lidelser, misbrug, hjemløshed, kroniske fysiske lidelser og tidligere fængselsophold. I den nye undersøgelse har vi foretaget en analyse med et lignende fokus, men hvor vi zoomer ind på brugen af velfærdsydelser blandt borgere med hhv. stofmisbrug og alkoholmisbrug. Ligesom der også i undersøgelsen er et særligt fokus på brugen af velfærdssystemets ydelser blandt borgere med dobbeltdiagnose.

Et relativt stort forbrug af offentlige ydelser

VIVEs undersøgelse viser, at borgere med misbrug generelt har et stort forbrug af en række forskellige ydelser. Det gælder både i sundhedsvæsenet, på socialområdet samt i retsvæsenet og kriminalforsorgen. Der er betydelige udgifter forbundet med brugen af disse ydelser. Kun en lille del af udgifterne knytter sig dog til misbrugsbehandling. Dobbeltdiagnosticerede borgere har generelt den mest omfattende brug af ydelser.

Blandt undersøgelsens væsentligste resultater er:

- Cirka halvdelen af de borgere, der blev registreret med et stofmisbrug i perioden 2010-2014, har også en psykisk lidelse. Cirka en tredjedel af borgere med alkoholmisbrug har en psykisk lidelse.
- Der er færre dobbeltdiagnosticerede borgere, som er i misbrugsbehandling, end borgere, der udelukkende har et misbrug.
- Borgere med misbrug har et markant højere forbrug af somatiske sundhedsydelser end den øvrige befolkning, og merforbruget sætter allerede ind i de yngre aldersgrupper.
- Mindre end hver femte borger med stofmisbrug og samtidig psykisk lidelse får individuel social støtte efter servicelovens § 85. Blandt borgere med alkoholmisbrug og en psykisk lidelse er det hver tiende.
- Den gennemsnitlige udgift til indsatser og ydelser på tværs af en række sektorer i velfærdssystemet er på cirka 250.000 kr. om året pr. borger med stofmisbrug og cirka 200.000 kr. om året pr. borger med alkoholmisbrug.
- For borgere med stofmisbrug og en samtidig psykisk lidelse er den gennemsnitlige udgift cirka 325.000 kr. om året pr. borger, mens den er cirka 280.000 kr. blandt borgere med alkoholmisbrug og en samtidig psykisk lidelse.

Undersøgelsens datagrundlag

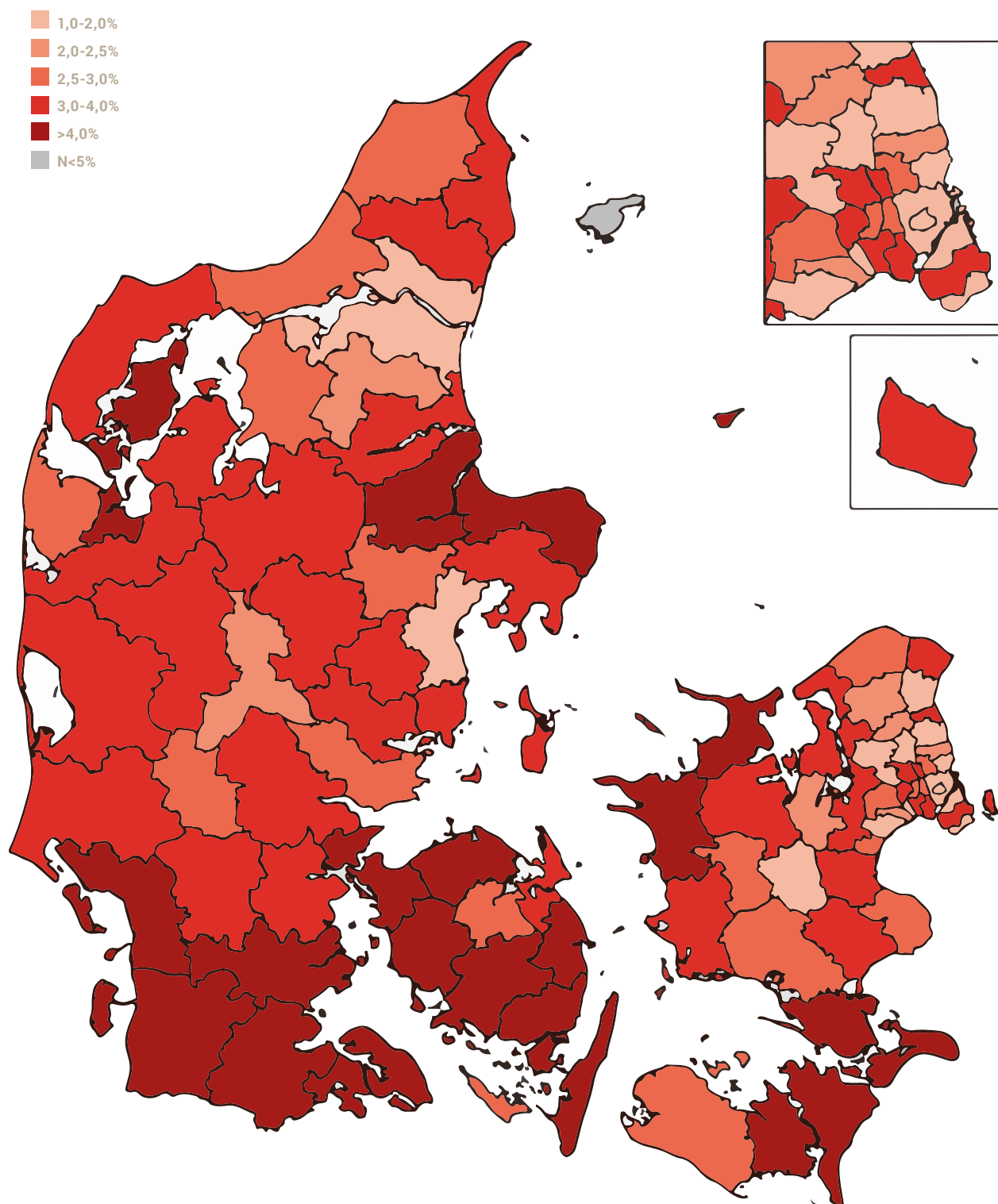
Undersøgelsen er kvantitativ og registerbaseret. Analyserne er baseret på de samme data fra Danmarks Statistik og Sundhedsstyrelsen (2014), der blev anvendt til den tidligere undersøgelse (1). Nyere data er ikke brugt, da 2014 er det seneste år for disse tilgængelige registerdata. I denne nye undersøgelse er der foretaget en analyse af de tidligere data med et særligt fokus på borgere, som gennem behandlingssystemet og sundhedssystemet er registreret med et stofmisbrug og/eller et alkoholmisbrug. Identifikationen af analysegrupperne er anvendt som ved samme fem-årige måleperiode fra 2012-2014. Nemlig de borgere, der blev registreret med stof- og/eller alkoholmisbrug hen over perioden. Analysen er aldersmæssigt afgrænset til personer mellem 18 og 79 år i 2014.

Når dataene fra 2014 er genanvendt i den nye undersøgelse, skal man generelt være opmærksom på, at disse data beskriver misbrugsmønstret og brugen af velfærdssystemets ydelser for syv år siden. Nyere opgørelser viser generelt, at antallet af borgere, der registreres med stof- eller alkoholmisbrug, har været moderat stigende gennem de seneste år (4, 3). Derfor ville der med et nyere dataudtræk formentlig være lidt flere borgere med misbrug. Samtidig er der ikke sket større ændringer i behandlingssystemernes struktur. Misbrugsbehandlingen og den psykiatriske behandling varetages fortsat af hhv. kommunerne og regionerne, ligesom der er forholdsvis få integrerede indsatser til borgere med dobbeltdiagnoser. Derfor er der ikke grund til at antage, at de overordnede mønstre, som findes i analysen, umiddelbart ville være væsentligt anderledes i dag. På den baggrund vurderes datagrundlaget fra 2014 til forsat at kunne danne grundlag for analyserne i denne artikel.

Mange borgere med misbrug har også en psykisk lidelse

Ud af cirka 4,1 mio. personer i befolkningen mellem 18 og 79 år i 2014 er der cirka 99.000 personer, der er registreret med et stof- og/el-

Figur 1. **Andel med stof- eller alkoholmisbrug 2010-2014 blandt 18-29-årige i befolkningen, særskilt for kommuner. Procent.**



Anm.: I figuren er vist andelen i befolkningen mellem 18 og 29 år i hver kommune, der er registreret med stof- og/eller alkoholmisbrug i perioden 2010-2014.
 Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

ler alkoholmisbrug i 2010-2014. Heraf er cirka 46.000 registreret med et stofmisbrug og cirka 66.000 med et alkoholmisbrug. Der er således også et overlap mellem grupperne, idet 13.000 af de borgere, der er registreret med et stofmisbrug også er registreret med et alkoholmisbrug. Undersøgelsens analysegrupper er generelt defineret som gensidigt udelukkende ved, at gruppen med alkoholmisbrug afgrænses som dem, der ikke samtidig har et stofmisbrug. Dermed består gruppen af borgere med alkoholmisbrug uden et samtidigt stofmisbrug af cirka 53.000 personer.

Gruppen med stofmisbrug består generelt af flest yngre og midaldrende, mens gruppen med alkoholmisbrug primært består af midaldrende og ældre. Cirka halvdelen af borgerne med stofmisbrug, og cirka en tredjedel af borgerne med alkoholmisbrug, er også registreret med en psykisk lidelse. Der er således en forholdsvis stor gruppe på cirka 23.000 personer med stofmisbrug og cirka 17.000 borgere med alkoholmisbrug (uden samtidigt stofmisbrug), der også er registreret med en psykisk lidelse hen over den 5-årige periode. Ud af de i alt 99.000 borgere, der er registreret med et stof- og/eller alkoholmisbrug i perioden, er det således cirka 40.000 personer, der tilhører gruppen med dobbeltdiagnose.

Stor forskel mellem kommuner og landsdele i andelen med misbrug

Undersøgelsen ser også på geografiske mønstre i omfanget af stof- og alkoholmisbrug i befolkningen. Disse analyser viser, at der er en betydelig forskel i andelen med misbrug mellem forskellige kommuner og områder i landet. De kommuner, der har de højeste andele af befolkningen med misbrug, er København, de fleste kommuner på den københavnske vestegn, en række kommuner på det vestlige og sydlige Sjælland og Lolland-Falster samt enkelte kommuner på Fyn og i Sydjylland. De laveste andele med misbrug finder vi derimod i en række af Københavns nordlige omegnskommuner, enkelte kommuner rundt om Aarhus samt i en

række landkommuner i Nord- og Midtjylland. Der er dog samtidig visse aldersspecifikke tendenser i de geografiske mønstre. I de midaldrende og ældre aldersgrupper er der særligt en høj andel med misbrug i København.

I de yngre aldersgrupper findes de højeste andele med misbrug derimod uden for de store byer. Blandt de 18-29-årige er det navnlig i en række kommuner på Vestegnen, i det vestlige og sydlige Sjælland, på Lolland-Falster, på Fyn, i Sydjylland samt på Djursland og i Nordvestjylland, at der findes de højeste andele med misbrug (Figur 1). I storbykommunerne København, Aarhus og Aalborg samt kommunerne nord for København, finder man de laveste andele med misbrug blandt de unge. Når der er en forholdsvis lav andel, der er registreret med misbrug blandt de unge i storbyerne sammenlignet med mange af landets øvrige kommuner, skyldes det formentlig, at der generelt sker en stor tilflytning af ressourcestærke unge til landets store byer fra resten af landet. Man flytter til de store byer for at studere, hvilket generelt mindsker den relative andel af udsatte unge med misbrug i forhold til den samlede population af unge i de store byer. Omvendt forstærker fraflytningen af ressourcestærke unge en tendens til en højere andel af udsatte unge i landkommunerne.

Omfattende brug af ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer

Det centrale fokus i undersøgelsens analyser er en afdækning af brugen af velfærdssystemets ydelser blandt borgere med misbrug. Disse analyser viser generelt, at der er et langt større forbrug af en række ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer blandt borgere med misbrug, end i den øvrige befolkning. Det gælder f.eks. ydelser i sundhedssystemet, hvor merforbruget af sundhedsydelser blandt borgere med misbrug allerede sætter ind fra en ung alder. Allerede blandt de 18-29-årige er der således en højere andel med somatiske sygehusindlæggelser blandt unge med misbrug end blandt øvrige unge. Dette merforbrug gør

Tabel 1. **Andel med somatisk indlæggelse blandt borgere med stofmisbrug og med alkoholmisbrug henholdsvis med og uden en psykisk lidelse, samt i den øvrige befolkning. Procent.**

ALDERS-GRUPPER	ØVRIGE BE-FOLK-NING	STOFMISBRUG			ALKOHOLMISBRUG		
		SAMLET	UDEN PSYKISK LIDELSE	MED PSYKISK LIDELSE	SAMLET	UDEN PSYKISK LIDELSE	MED PSYKISK LIDELSE
18-29 ÅR	9	16	12	19	23	21	26
30-39 ÅR	11	19	15	22	22	20	25
40-59 ÅR	8	27	24	31	30	29	32
60-79 ÅR	15	38	34	42	41	41	43
18-79 ÅR	11	21	18	25	33	33	34

sig generelt gældende i alle aldersgrupper. Eksempelvis er der blandt de 40-59-årige borgere 27 % af med et stofmisbrug og 30 % med et alkoholmisbrug, der i løbet af et år har haft en somatisk indlæggelse, mens det tilsvarende gælder 8 % i samme aldersgruppe i den øvrige befolkning uden et misbrug (Tabel 1).

Et særligt fokus i analyserne er endvidere på forskelle i brugen af velfærdssystemets ydelser i grupperne, med og uden en psykisk lidelse samtidig med et misbrug. Særligt i gruppen med stofmisbrug har personerne med dobbeltdiagnose et væsentligt højere forbrug af de fleste ydelser end dem uden en samtidig psykisk lidelse. Blandt andet er brugen af en række sundhedsydelser væsentligt højere i gruppen med stofmisbrug og en samtidig psykisk lidelse end blandt dem, der ikke er registreret med en psykisk lidelse. Det gælder ikke blot brugen af psykiatriske sundhedsydelser, men også de somatiske sundhedsydelser.

Ligeledes er der et væsentligt højere forbrug af en række servicelovsydelser som f.eks. herberg ophold og botilbud. Undersøgelsen viser dog, at der også er undtagelser fra mønstret.

Særligt i gruppen for dobbeltdiagnosticerede er der en lavere andel, der modtager misbrugsbehandling, end i gruppen med stofmisbrug uden en samtidig psykisk lidelse, mens denne tendens ikke er lige så udtalt i gruppen med alkoholmisbrug. Et andet markant resultat fra undersøgelsen er, at der blandt dobbeltdiagnosticerede borgere er en forholdsvis lav andel, der modtager individuel social støtte efter serviceloven. Denne andel er lavest for de borgere, der alene er registreret med et misbrug uden en samtidig psykisk lidelse.

Højere udgifter til ydelser blandt borgere med dobbeltdiagnoser

I undersøgelsen afdækkes også udgifterne, der er forbundet med brugen af ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer. Afhængigt af datagrundlaget for de enkelte ydelser er udgiftsopgørelserne baseret på en kombination af faktiske udgifter og beregnede udgifter ud fra gennemsnitlige 'enhedspriser'. De højeste gennemsnitlige udgifter til ydelser i de forskellige grupper findes i gruppen med stofmisbrug. Den gennemsnitlige årlige bruttoudgift er på 259.000 kr. pr. borger med stofmisbrug og 204.000 kr. pr. borger med alkoholmisbrug

(Figur 2), mens nettoudgifterne, når borgernes skattebetaling er fraregnet, er på hhv. 214.000 og 136.000 kr.

Forskellen på de gennemsnitlige brutto- og nettoudgifter er størst i gruppen med alkoholmisbrug, hvilket afspejler, at en større andel i denne gruppe er i beskæftigelse, og at der dermed er en højere gennemsnitlig betalt skat i denne gruppe. Analysen viser samtidig, at der er en forholdsvis stor forskel mellem grupperne med og grupperne uden en samtidig psykisk lidelse i de gennemsnitlige udgifter pr. borger.

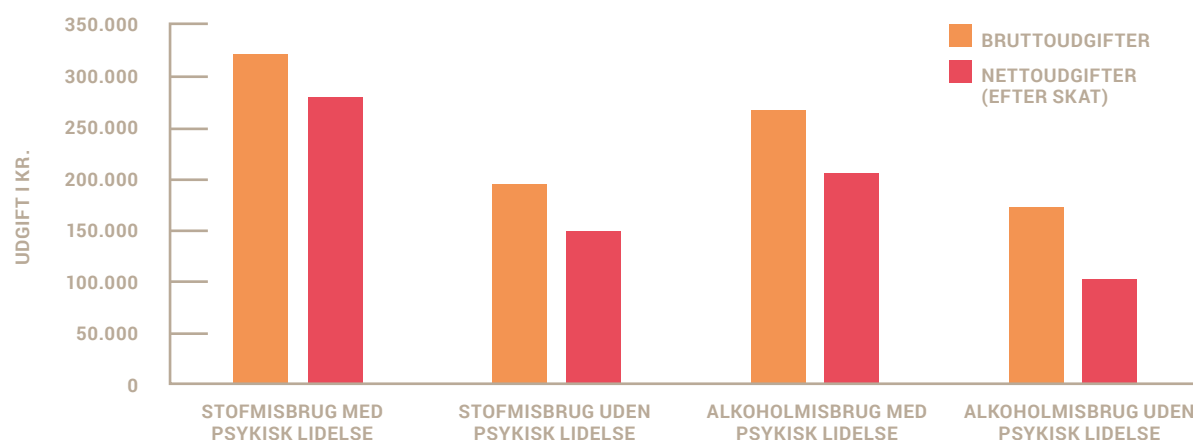
I gruppen med stofmisbrug er de gennemsnitlige bruttoudgifter pr. borger med en samtidig psykisk lidelse på cirka 323.000 kr. om året, mod en gennemsnitlig udgift på 197.000 kr. om året i gruppen med stofmisbrug uden en samtidig psykisk lidelse, og med en tilsvarende forskel i nettoudgifterne med hhv. 279.000 og 150.000 kr. i de to grupper. I gruppen med alkoholmisbrug er de gennemsnitlige udgifter opgjort til 268.000 kr. pr. borger i gruppen med en samtidig psykisk lidelse mod 174.000 kr. pr.

borger i gruppen uden en samtidig psykisk lidelse, mens de gennemsnitlige nettoudgifter er på hhv. 207.000 og 103.000 kr. i de to grupper.

Undersøgelsen afdækker også de samlede udgifter til ydelser for borgere med stof- eller alkoholmisbrug. For de cirka 46.000 borgere, der er registreret med et stofmisbrug i perioden 2010-2014, er der i opgørelsesåret (2014) samlet set registreret brug af ydelser, der modsvarende en bruttoudgift på 12,0 mia. kr., mens der for gruppen på cirka 53.000 borgere med alkoholmisbrug er bruttoudgifter på 10,8 mia. kr (Figur 3).

For de cirka 99.000 borgere, der er registreret med stof- eller alkoholmisbrug hen over perioden fra 2010-2014, er der således samlet set registreret brug af ydelser i 2014, der modsvarende en bruttoudgift på 22,8 mia. kr. Heraf går cirka halvdelen til overførselsindkomst, mens den anden halvdel af udgifterne vedrører øvrige ydelser som f.eks. sundhedsydelser og sociale indsatser samt udgifter i retsvæsenet og kriminalforsorgen. Fraregner man borgernes

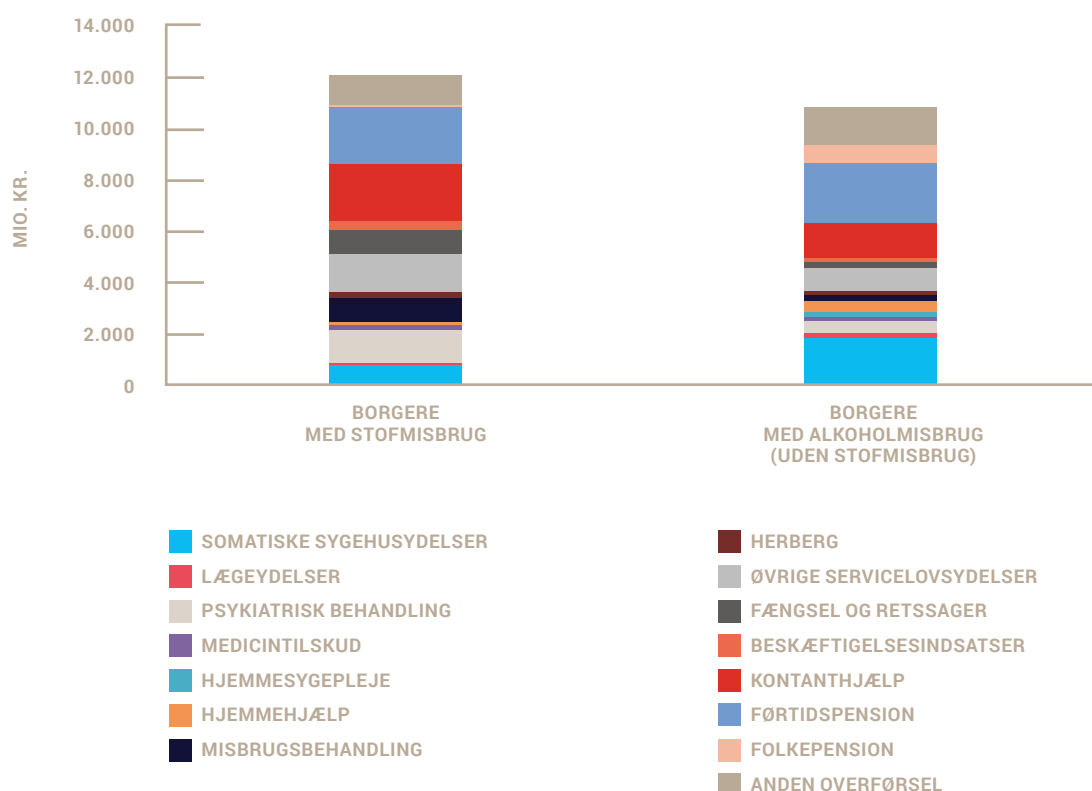
Figur 2. **Gennemsnitlige brutto- og nettoudgifter til ydelser i 2014 for borgere registreret med stofmisbrug og med alkoholmisbrug 2010-2014 blandt 18-79-årige i befolkningen.**



Anm.: I figuren er vist de gennemsnitlige brutto- og nettoudgifter i 2014 til ydelser fordelt på ydelsestyper for borgere, der er registreret med henholdsvis stofmisbrug og alkoholmisbrug (uden stofmisbrug) og hhv. med og uden en psykisk lidelse inden for hver gruppe i perioden 2010-2014.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 3. **Samlede udgifter til ydelser i 2014 opdelt på ydelsestyper for borgere registreret med stof- eller alkoholmisbrug 2010-2014 blandt 18-79-årige i befolkningen. Mio. kr.**



Anm.: I figuren er vist de samlede udgifter i 2014 til ydelser fordelt på ydelsestyper for borgere, der er registreret med hhv. stofmisbrug og alkoholmisbrug (uden stofmisbrug) i perioden 2010-2014.

Kilde: Egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

betalte skat, er der opgjort nettoudgifter på 9,9 mia. kr. i gruppen med stofmisbrug og 7,2 mia. kr. i gruppen med alkoholmisbrug, svarende til samlede nettoudgifter på i alt 17,1 mia. kr.

Blandt borgere med stofmisbrug står gruppen med en samtidig psykisk lidelse for næsten to tredjedele af de samlede udgifter, idet netto-udgifterne til ydelser i denne gruppe er opgjort til 6,4 mia. kr., mens udgifterne i gruppen med stofmisbrug uden en samtidig psykisk lidelse er 3,5 mia. kr. Dette skal ses i forhold til, at antallet af borgere i de to grupper, som tidligere nævnt, er nogenlunde lige stort. Blandt borgere med alkoholmisbrug er den samlede nettoudgift cirka 3,7 mia. kr. i gruppen uden en psykisk lidelse og 3,5 mia. kr. i gruppen med en psykisk lidelse, hvor det skal tages i betragtning, at den

dobbeltdiagnosticerede gruppe antalsmæssigt kun er halvt så stor som gruppen uden en psykisk lidelse.

Ud af de samlede bruttoudgifter på 22,8 mia. kr. i 2014 i den samlede gruppe med stof- eller alkoholmisbrug var det cirka 1,1 mia. kr., der blev anvendt på stof- eller alkoholbehandling, der således kun udgør en forholdsvis lille andel af de samlede udgifter. De samlede udgifter til ydelser for borgere med misbrug er nogenlunde ligeligt fordelt mellem kommunerne og staten/regionerne. For borgere med både misbrug og en psykisk lidelse er der dog en lidt større andel af de samlede udgifter, der tilfalder staten/regionerne. Det skyldes særligt de højere udgifter til både somatiske og psykiatriske sundhedsydelser i denne gruppe.

Konklusion og perspektivering

Rapportens analyser viser generelt, at der er betydelige udgifter forbundet med brugen af ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer for borgere med misbrug, og at kun en lille del af disse udgifter knytter sig til misbrugsbehandling. Borgere med misbrug har således et stort forbrug af ydelser både i sundhedsvæsenet, på socialområdet samt i retsvæsenet og kriminalforsorgen.

Samtidig viser analyserne, at udgifterne er særligt høje for dobbeltdiagnosticerede borgere. Det er typisk borgere med en høj kompleksitet i udsatheden, hvoraf mange formentlig har vanskeligt ved at få en sammenhængende indsats på tværs af et sektoropdelt behandlings- og støttesystem. I den forbindelse kan det også fremhæves, at der er enkelte undtagelser fra det generelle billede. Som nævnt er det således en forholdsvis lav andel både i gruppen med stofmisbrug og i gruppen med alkoholmisbrug, som får individuel social støtte efter service-loven.

Selvom rapportens analyser ikke går tæt på de konkrete indsatser, peger det forholdsvis omfattende forbrug af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige områder generelt på et potentiale for i højere grad at benytte specialiserede, tværfaglige og integrerede indsatser til borgere med misbrug og en kompleks udsathed. Det kan være indsatser, der går på tværs af de traditionelle sektorskel mellem psykiatri, misbrugsbehandling og den øvrige sociale støtteindsats.

Eksempelvis kan der peges på potentialet ved tværfaglige, integrerede indsatsteams, hvor der f.eks. kunne være deltagelse af både en psykiater, en misbrugsbehandler, socialpædagoger, socialrådgivere og beskæftigelseskonsulenter, hvilket kunne give mulighed for at give udsatte borgere med komplekse problematikker – navnlig de dobbeltdiagnosticerede – en specialiseret og helhedsorienteret indsats med udgangspunkt i den enkelte borgers støttebehov.

Sådanne indsatser benyttes imidlertid kun i meget begrænset grad på udsatteområdet i dag, idet disse forskellige funktioner og fagligheder generelt er placeret i forskellige forvaltningsmæssige enheder fordelt mellem regioner og kommuner, og ofte også mellem forskellige forvaltningsområder og afdelinger i kommunerne. Set i lyset af det omfattende samlede forbrug af velfærdsydelser på tværs af sektorer vil der være et potentiale for i højere grad at benytte sådanne tværfaglige og integrerede indsatser til borgere med misbrug og en kompleks udsathed. Det kunne formentlig reducere behovet for en række akutydelser, som f.eks. herberg ophold, psykiatriske døgnindlæggelser og fængselsophold, der først og fremmest er et symptom på, at den sociale og behandlingsmæssige indsats ikke er tilstrækkeligt specialiseret og integreret i den generelle indsats på misbrugs- og udsatteområdet i dag.

Referencer

- 1 Benjaminsen, L., Birkelund, J.F., Enemark, M.H. & Andrade, S.B. (2018). Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet. Samfundsøkonomiske aspekter. København: VIVE.
- 2 Benjaminsen, L. & Enemark, M.H. (2020). Brug af velfærdssystemet blandt borgere med misbrug. En registerbaseret analyse af de samfundsøkonomiske aspekter af stof- og alkoholmisbrug. København: VIVE.
- 3 Sundhedsdatastyrelsen (2020). Offentligt finansieret alkoholbehandling. Sundhedsdataindblik. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/andre-analyser-og-rapporter/alkoholstatistik>
- 4 Sundhedsstyrelsen (2020). Stofmisbrugsbehandling – efterspørgsel og tilgængelighed. Narkotikasituationen i Danmark – delrapport 3. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Narkotikasituationen-i-Danmark---delrapport-3>

KAPITEL 14

Fængsel til gældsættelse tur/retur

På baggrund af sin ph.d.-afhandling beskriver Annette Olesen de dømtes oplevelser og muligheder efter endt afsoning, og hvordan det danske system er med til at spænde ben for den afsonedes mulighed for at starte et (nyt) liv på dydens smalle sti.

Af lektor Annette Olesen, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet

"(...) den største straf vi har, det er nok, når vi kommer ud igen" (Olesen 2013)¹. Sådan oplever 40-årige Jarl, som har oparbejdet mange fængselsdomme på CV'et i årenes løb, livet efter afsoning. Indirekte understreger Jarl altså, at den formelle frihedsberøvende straf ikke kan stå til måls med de uformelle straffe, som møder løsladte efter endt afsoning. Jarl stod ikke alene med denne oplevelse.

Over en 2½-årig periode (fra 2010-2013) interviewede jeg 41 mandlige flergangsdømte, rundt om i de danske fængsler og fulgte 21 af dem ud af fængslesporten, da de blev prøveløsladt eller løsladt efter endt straf. Disse mænd berettede, ligesom Jarl, om mange sammenhængende økonomiske, juridiske, sociale og mentale udfordringer, der mødte dem i den sensitive tid umiddelbart efter løsladelse, alt imens risikobetonede fristelser som f.eks. ulovlige rusmidler, lettjente penge og gamle problemskabende venskaber og grupperinger bød sig til. De interviewede mænd tegnede på

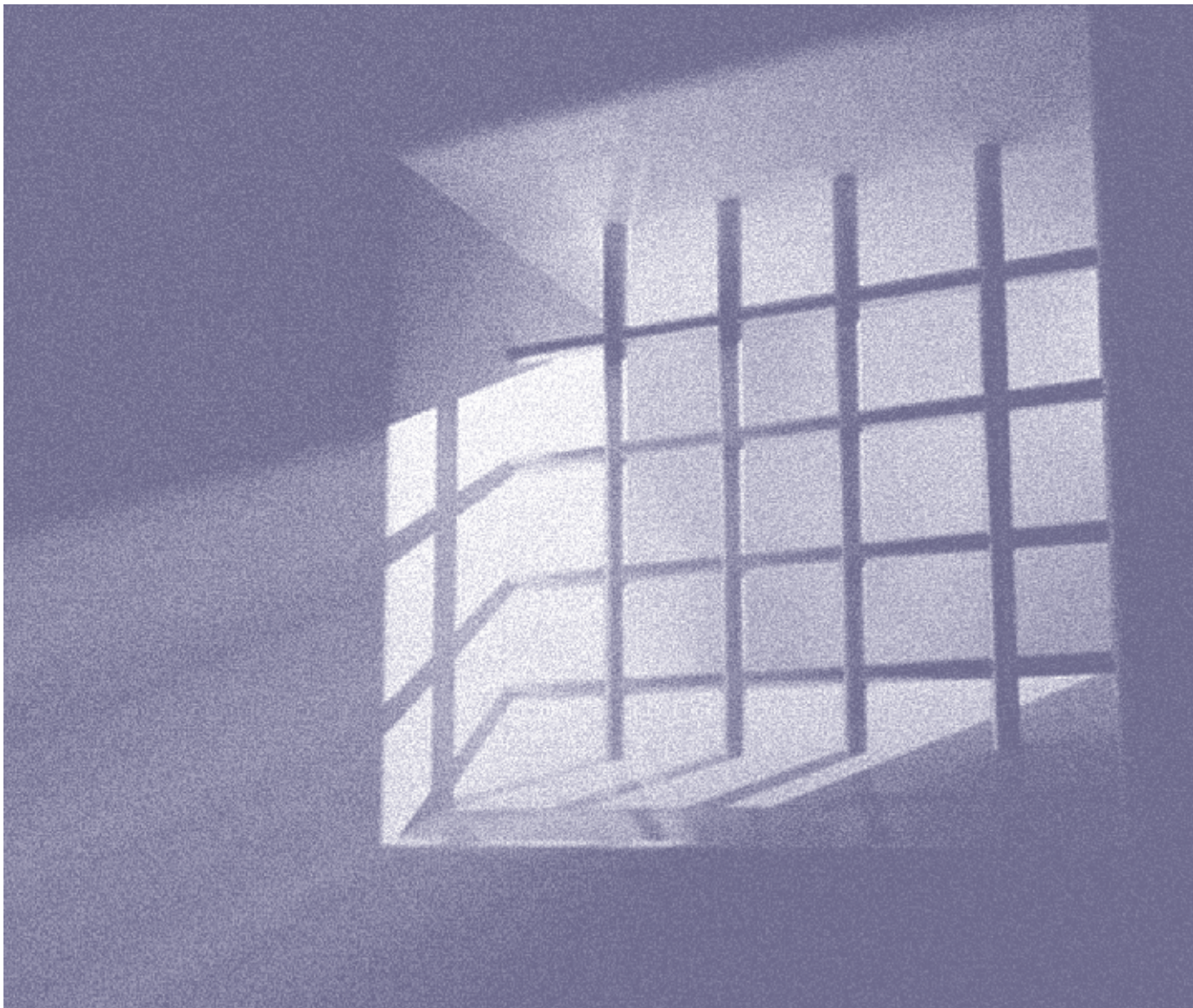
den måde et billede af, at dydens sti for flergangsdømte ikke blot var overordentlig smal, men tilmed belagt med alverdens omkørsler og bump. Langt størstedelen af dem genoptog da også – i større eller mindre omfang – forholdsvist hurtigt deres kriminelle karriere.

Men hvorfor er det så svært at bryde den kriminelle løbebane efter endt afsoning, når vi nu har en målsætning om, at straffuldbyrdsen bl.a. skal bruges på at hjælpe eller påvirke den indsatte til at leve en kriminalitetsfri tilværelse? Hvad er det for 'bump', de løsladte møder på deres vej ud i friheden? Svarene er mange, men et af dem er, at vi har en tendens til at overse kompleksiteten af de sammenhængende problemstillinger, som præger de løsladtes livssituation. Et af de problemer, som med rette kunne betegnes som en udløsende faktor for mange andre udfordringer, er: gæld.

Høje sagsomkostninger

Langt størstedelen af fangebefolkningen i Danmark er gældsat. Bliver man fundet skyldig i en straffesag i Danmark, foreskriver reglerne nemlig, at man hæfter personligt for de nødvendige udgifter, som er medgået til behandlingen af ens sag. Det betyder, at det offentlige retter krav mod domfældte om tilbagebetaling af udgifter til f.eks. forsvarssalær (også hvis forsvareren har været beskikket), lægefaglige

¹ Alle citater er fra Annette Olesens bog; *Løsladt og Gældsat – Et retssociologisk og kriminologisk studie*, der blev indleveret som ph.d.-afhandling ved Juridisk Institut, Syddansk Universitet (1).



personundersøgelser, retsmedicinske-, retskemiske-, og regnskabsmæssige undersøgelser, eksternt tekniske undersøgelser, brandtekniske-, motorkøretøjs-, lægefaglige og retsmedicinske erklæringer samt Retslægerådets erklæringer. Retspraksis på dette område er ikke sammenlignelig med de øvrige nordiske lande. Danmark medtænker nemlig ikke domfældtes betalingsevne eller resocialiserende hensyn i udregningen af sagsomkostninger (Betænkning nr. 1547/2014, se boks næste side).

Første gang de 41 interviewede mænd blev frihedsberøvet, var det kun tre af dem, der var bekendt med, at de var forpligtiget til at erstat-

te deres straffesags nødvendige udgifter. 38 af de interviewede mænd mødte således opkrævningen fra politiet med uvidenhed og stor forundring. De interviewede skyldte på interviewtidspunktet fra 72.000 kr. til flere millioner kr. i sagsomkostninger, og selvom de som flergangsdømte havde megen erfaring med domstols- og fængselssystemet – og for længst kendte til pålæggelsen af sagsomkostninger – så vidste ingen af dem, hvad sagsomkostningerne dækkede over. Opkrævningen, domfældte modtager fra politiet, opfordrer dem til inden 20 dage at indbetale det skyldige beløb, men udspecificerer ikke, hvad det offentliges tilgodehavende dækker over.

'Dummebøden' fra staten

Denne uigennemsigtige praksis undrede mange af de flergangsdømte og betød i flere tilfælde, at de mistænkeliggjorde forsvarerens timeopgørelse. Vaneforbryderen Sten bemærker hertil:

"Normalt når man bruger 85.000, så får man en kvittering på, hvad pengene blev brugt til. Når man køber en håndværker, så står der timeantal og kørsel, ikke. Og det gør der ikke på det der [opkrævningen]. Han [forsvareren] kunne lige så godt have skrevet 200.000, og hvad kunne jeg have sagt?"

Mistilliden til udregningen af sagsomkostninger, som domfældte også ynder at kalde "statens dummebøder", skal ses i lyset af denne gældstypes manglende output, hvilket Johan illustrerer med sin korte monolog:

Betænkning om sagsomkostninger i straffesager (1547/2014)

Regeringen nedsatte i maj 2014 Udvalget om forebyggelse og resocialisering. Udvalget fik ved nedsættelsen til opgave at overveje betydningen af den eksisterende ordning vedrørende sagsomkostninger i straffesager i forhold til den forebyggende og resocialiserende indsats.

Udvalget bemærker, at forskningsresultater på området efter deres vurdering peger i retning af, at en reduktion af den domfældtes gæld fra sagsomkostninger i straffesager kan have en vis betydning for recidivet. Udvalget anbefaler en betalingsevne-model, hvori domfældte med en betalingsevne vil skulle betale sagens udgifter til den beskikkede forsvarer (men ikke øvrige sagsomkostninger), mens domfældte uden betalingsevne ikke vil få opkrævet pålagte sagsomkostninger (Betænkning nr. 1547/2014).

"Hvad har jeg fået for dem [sagsomkostningerne]? Jeg har fået lov til at sidde i fængsel, det er det. Jeg har ikke fået en skid ud af de penge".

Johan kobler her direkte sagsomkostninger til sin fængselsstraf, hvilket ikke er helt forkert, da sagsomkostninger i straffesager alene bliver pålagt domfældte (og ikke dem, der bliver frifundet). Selvom sagsomkostninger officielt ikke kan betegnes som en bøde eller nogen anden form for formel straf, så bliver denne udgifts reelle konsekvenser ofte betragtet som straf i uformel forstand (altså et onde, der bliver affødt af den formelle straf).

Ud over forbitrelsen over pålæggelsen af sagsomkostninger og den mistillid som den uspecificerede opkrævning medfører, så belyser forskning tillige, hvordan gældsættelse ofte bidrager til opgiveness og ligegyldighed, hvilket også gør sig gældende for domfældte, og afspejler sig i deres livstilførelse efter endt afsoning (2).

Man kan ikke klippe en skaldet – så lad os kronrage!

Billedligt talt holder fængselsmurene de indsatte inde og flere af deres problemer ude. Sådan er det også med de indsatte gældssager. De indsatte er som oftest uden betalingsevne, og deres gældssager bliver derfor henlagt i afsoningsperioden (renter tilskrives dog fortsat) for således at blive genoptaget i forbindelse med, at den løsladtes forsørgelsesgrundlag forandrer sig efter endt afsoning. Det er derfor også først i forbindelse med løsladelsen, at de indsatte for alvor møder konsekvenserne ved deres gældsættelse.

De færreste indsatte og nyligt løsladte kan imødekomme politiets opkrævning på sagsomkostninger, hvorfor denne gæld overgår til SKAT (nu Gældsstyrelsen). Ifølge SKATs egne beregninger er mere end 70% af denne debitorgruppe uden betalingsevne (3). Der kan være mange grunde til, at de indsatte og løsladte ikke kan betale deres gæld. En plet-


Politimesteren i Vordingborg
Københavnvej 47, 4760 Vordingborg
Tlf. 55351424 - Fax 55351490

Optrævning
Dato: _____
Journalnr.: _____
Inr.: _____

Vedrørende: Dom den ~~14. januar 2004~~ Landsret

Det samlede skyldige beløb kan opgøres således:

Sagsomkostninger:	
Forsvarersalær	
Indenretlig konfiskation	978.993,52 kr.
Indbetalt	126.876,00 kr.
I alt	212.500,00 kr.
	893.369,52 kr.

Beløbet, der skal være indbetalt senest **20 dage** fra dato, bedes betalt ved benyttelse af vedhæftede indbetalingskort.

Hvis De ikke kan betale indenfor den angivne frist, bedes De rette henvendelse hertil på ovenstående telefonnummer.

INDBETALINGSKORT

Kan betales i pengeinstituttet og på posthuset

Kreditnummer og betalingskortnr.: **83420537**

Politimesteren i Vordingborg
Københavnvej 47
4760 Vordingborg

Underskrift ved overførsel fra konto: _____

KVITTERING

KA 71

Check og lignende dokumenter, udstedt før den 1. januar 2004, er ikke gældende som betalingskort. Ved betaling af pengeinstituttet, postkontoret eller på det offentlige posthus, er der ingen gebyr for betaling af pengeinstituttet.

Kreditnummer og betalingskortnr.: **83420537**

Politimesteren i Vordingborg
Københavnvej 47
4760 Vordingborg

Kritiknr.: _____

Betalingssum: **893.369,52**

Betalingssum: **893.369,52**

+71<000000020018867 +83420537<

tet straffeattest, et lavt uddannelsesniveau og ringe tilknytning til arbejdsmarkedet kan f.eks. mindske beskæftigelses- og indkomstmulighederne for domfældte. Tranæs et al. (4) har da også belyst, hvordan førstegangsafsonere, der lever kriminalitetsfrit efter endt afsoning, erfarer et fald i indkomstniveau og en øget afhængighed af offentlige ydelser sammenlignet med det forsørgelsesgrundlag, de havde før indsættelsen. I studiet blev det yderligere belyst, at der ikke fandt nogle mærkbare økonomiske forbedringer sted for de løsladte i den 5-årige observationsperiode. Tranæs et al. (4)

konkluderede på baggrund heraf, at fængselsstraffen er forbundet med en ikke uvæsentlig økonomisk straf. Hvad der imidlertid ikke tages højde for i dette studie, er betydningen af de løsladtes gæld, eller rettere sagt hvordan gæld i tillæg til fængselsstraffen indvirker negativt på de løsladte beskæftigelsesmuligheder og indkomstniveau.

Gælden underminerer en ny vej

Umiddelbart kunne man da også foranlediges til at tro, at de løsladtes gæld alene begrænser deres rådighedsbeløb, men de interviewede

flergangsdømte nuancerede dette perspektiv. De berettede nemlig enstemmigt om, at deres gældssituation i større eller mindre grad afholdte dem fra at søge beskæftigelse på det officielle arbejdsmarked.

Den offentlige gæld til bl.a. sagsomkostninger underminerede simpelthen incitamentet for at arbejde, da SKAT i modsætning til private kreditorer kan foretage udlæg i fremtidige erhvervelser og endnu ikke udbetalt løn (lønindeholde). Dette betyder, at SKAT beregner en indeholdelsesprocent baseret på den løsladtes rimelige faste udgifter og et rådighedsbeløb, hvorefter de inddriver det beløb, der eventuelt måtte være i overskud (des større lønindkomst, des større indeholdelsesprocent).

Sammenholdes to enlige løsladtes økonomiske situation, hvor den ene arbejder hårdt og tjener en god løn, og den anden lader sig forsørge af det offentlige, er forskellen ikke at finde på lønudbetalingen, som tilnærmelsesvis vil være sammenlignelig. Forskellen vil derimod være, at den hårdtarbejdende løsladte vil blive gældfri før den offentligt forsørgede, men da flere af de interviewede flergangsdømte havde svært ved at fastholde et langsigtet perspektiv og desuden skyldte, hvad der for dem virkede som svimlende summer, så betragtede de gælden som ubetalelig og månedlige afdrag som nyteløse. De fleste af de interviewede flergangsdømte tænkte og agerede ligesom 30-årige Karl, som efter snart 10 års fængsel skyldte 700.000 kr. til sagsomkostninger:

"(...) man er jo straffet for livstid økonomisk, det er da i hvert fald med til at holde en tilbage på at starte helt på en frisk (...) Jeg kunne godt finde et job, det ved jeg, at jeg kunne, men jeg ved også, at lige så snart jeg finder det, så er SKAT der igen. Så jeg starter med at gå ned og få kontanthjælp igen (...) Jeg gad godt tjene gode penge (...) og jeg ved også, at hvis jeg ikke får et arbejde, så er der chance for, at jeg sidder her [i fængsel] igen, men hvis jeg får et arbejde, så er det altså også op ad bakke (...), det er jo

stadigvæk ikke det liv, man gerne vil have, hvor man har råd til nogle ting (...) Jeg gider ikke rigtig at gå på arbejde en hel uge og så aflevere lønnen, jeg får ikke nogen af pengene, og jeg bliver aldrig færdig med at afdrage"

Kriminalitet, straf og gæld går ofte hånd i hånd

Gæld kan naturligvis ikke alene forklare, hvorfor så mange har svært ved at holde sig på dydens smalle sti efter endt afsoning, men at gæld afføder alvorlige problemer, er væsentligt at holde sig for øje, når vi som samfund ønsker at begrænse kriminalitet og ikke mindst antallet af ofre for kriminalitet. Gæld og gældsinddrivelse kan nemlig ikke alene betragtes som en direkte risikofaktor for kriminalitet (se også Aaltonen et al. 2016 (5)), men tilmed anskues som en indirekte risikofaktor forstået på den måde, at gæld i forskellige grader undergraver beskyttende faktorer som bl.a. beskæftigelse og uddannelse.

De løsladte, jeg fulgte i mit studie, så i overvejende grad ikke uddannelse som løsningen på deres udfordringer, da en uddannelse som oftest har et beskæftigelsesfremmende formål, hvilket som sagt langt fra altid var en målsætning for de løsladte. De løsladte, der var – eller havde været – under uddannelse, fokuserede i høj grad på, at deres uddannelse skulle sikre dem beskæftigelse inden for brancher, der tillod uofficielle betalingsmetoder, så de ved indtjening af sorte penge kunne undgå at afdrage på deres offentlige gæld. Disse uofficielle indkomster blev suppleret af offentlig forsørgelse eller en mindre officiel indkomst.

Gældsættelse afføder således ligegyldighed blandt de løsladte, undergraver velmenende resocialiserende initiativer, fastholder dem i en overbevisning om, at samfundet ikke ønsker at se dem udvikle sig til kriminalitetsfrie borgere, der bidrager til fællesskabet, og giver dem hermed en undskyldning til at fortsætte deres kriminelle karriere. Studiet af flergangsdømte belyser desuden, hvordan den uformelle øko-

nomiske straf rammer skævt, da de løsladte, der fortsætter deres kriminelle karriere og ernærer sig med uofficielle indkomster, lever under SKATs 'radar' og derfor ikke mærker nævneværdigt til deres gældssituation. Dem, der derimod ønsker at leve kriminalitetsfrit og bidrage til samfundet, de møder til gengæld gældsættelsens mange konsekvenser.

Sagsomkostninger på dagsordenen i 2020

Selvom reglerne for sagsomkostninger i straffesager kan føres helt tilbage til et udkast til lov om strafferetsplejen fra 1875, så er problemerne med sagsomkostninger i dag fortsat højaktuelle. Derfor bliver emnet sat på dagsordenen i 2020.

Betænkningen om sagsomkostninger i straffesager nr. 1547 fra 2014 vil i løbet af 2020 danne rammen for en konference, hvor aktuelle problemstillinger ved pålæggelsen af sagsomkostninger i straffesager desuden vil blive drøftet af domfældte, praktikere, tænketanke, forskere og andre relevante parter. Begivenheden vil blive understøttet af formidlingsbogen: Sagsomkostninger i straffesager – ny viden om et gammelt problem, udgivet på forlag1.dk

(Redaktionel note: Se Årsmagasinet's indledning for kort status på processen).



Referencer

1. Olesen, A. (2013). Løsladt og gældsat. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
2. Olesen, A. (2017). Kriminalitet, gældsproblemer og gælds-rådgivning. Minke, LK. et al. (eds.) Krim 50 år kriminalpo-litik. Resultater og visioner. København: Jurist- og Øko-nomforbundets Forlag, s. 277-97.
3. Simonsen, S. (2017). Fri for gæld til sagsomkostninger - drøm eller realitet? Aalborg Universitet.
4. Tranæs, T. et al. (2008). Forbryderen og samfundet. Kø-benhavn: Gyldendal.
5. Aaltonen, M., Oksanen, A. & Kivivuori, J. (2016). Debt Pro-blems and Crime. Criminology, 54(2):307-331

KAPITEL 15

Hvem hjælper de pårørende?

Der findes mange forskellige behandlingstilbud for borgere, der har et problematisk alkohol-/stofbrug. Men hvad med de pårørende? De oplever at stå i en krisesituation, som de ikke er klædt på til at håndtere. Alligevel er udbuddet af pårørendetilbud begrænset.

Af studentermedhjælper Amanda Søbirk, KABS

For at blive klogere på de problematikker, som pårørende til personer med rusmiddelproblemer møder, har jeg interviewet Maj Bjerre og Anja Engmann, der begge har personlig og faglig erfaring med det at være pårørende. Fagligt, har Maj arbejdet med stress og personlig udvikling i 20 år, og Anja har haft mere end 5.000 samtaler med pårørende gennem sit arbejde som pårørende-rådgiver. Sammen har de for nylig udgivet bogen *Det er hårdt at være en skildpadden på ryggen – Værktøjskassen for pårørende til alkohol- og stofbrugere* (1). Bogen præsenterer konkrete værktøjer, som pårørende kan benytte til at håndtere livet som pårørende.

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2, 3) skønnes det, at hver 3. dansker har et familiemedlem med et alkoholproblem. I 2016-2017 er antallet af borgere med et højrisikoforbrug af stoffer estimeret til 100.000. Det vides ikke præcist, hvor mange pårørende der er tale om her, men Center for Rusmiddelforskning antager, at der i gennemsnit mindst vil være 2 nære pårørende pr. bruger (4).

De skrev bogen, fordi de selv har oplevet at stå som pårørende med følelsen af afmagt og handlingslammelse pga. utilstrækkelige viden om, hvordan de kunne håndtere situationen bedst muligt. Men hvad er det så helt præcist, disse udfordringer består af, ifølge Maj og Anja?

Eksisterende tilbud

Mange af de tilbud, der er tilgængelige for pårørende i dag, har det problem, at de ikke er fleksible nok, påpeger Maj og Anja. På behandlingsstederne tilbydes der eksempelvis et afgrænset antal samtaler og netværksmøder, hvor pårørende mødes for at snakke med hinanden eller kan få rådgivning på fastlagte dage om året. Og ofte er fokus rettet mod brugeren. Maj og Anja opfordrer behandling og rådgivning til at være mere fleksibel alt efter, hvad der er behov for og om situationen er akut, og at man generelt har et mere holistisk syn på det/de mennesker, man arbejder med. Det betyder, at man både skal forstå situationen for den pårørende, for brugeren og for familien. Deres relationer, dynamikker og problemstillinger. Som forfatterne påpeger, er stoffet/alkoholen oftest ikke selve problemet, men et symptom på et problem. Derfor bør der være mere fokus på de underliggende problemstillinger, også for at mindske risikoen for tilbagefald efter eventuelt endt alkohol-/stofbrug.



FOTO: MAIKEN KESTNER

Støtte til pårørende er dog et svært felt, da den rette hjælp ikke er ens for alle. Anja forklarer, at dette kræver en rådgiver, der udover at have erfaring med misbrugsbehandling, skal have en bred viden om problemstillinger i forbindelse med relationer, kommunikation, sundhed, parforhold, sex, angst, stress mm. Hvilket kræver ressourcer og kompetencer. Der er dog grund til at tro på, at det vil kunne betale sig at spytte penge og ressourcer i pårørendetilbud, da pårørende ofte risikerer stress, angst, arbejdsløshed, skilsmisse, eget alkohol-/stofbrug, sygdom eller lignende, forklarer Maj og Anja. Derudover er Anja overbevist om, at man med den rette indsats kan udføre misbrugsbehandling

via pårørende. Dette skyldes pårørendes ændrede adfærd efter hjælp og rådgivning, som på sigt vil forbedre relationer og vaner i relation til den drikkende/stofbrugende og medføre, at den brugende påvirkes til at reducere sit forbrug, søge behandling eller søge hen imod en løsning af de underliggende problemer.

Mangel på hjælp til pårørende

Da det gik op for forfatterne, at de selv var pårørende - Maj til en bror afhængig af alkohol, og Anja til en søn med et stofmisbrug – forsøgte de begge desperat at opsøge hjælp. Anja tog sagen i egen hånd og var med til at etablere en lokal Natteravn-forening for at komme ud på

gaden og få en forståelse for, hvad der skete blandt unge på gaden. Hun sagde sit job op og startede i Fonden for Socialt Ansvar, hvor hun på sidelinjen startede sit eget projekt om hjælp til pårørende. Senere var hun med til at opstarte pårørenderådgivning i KABS.

Også Maj havde svært ved at finde støtte og fortæller: "Jeg vidste ikke, hvor jeg skulle gå hen. Altså jeg sad og googled, og jeg fandt ikke noget som passede til mig". Hun endte dog med at få anbefalet KABS af en veninde, som dog i første omgang ikke kunne tilbyde den hjælp Maj havde behov for. Heldigvis kunne Anja, som arbejdede som pårørenderådgiver i KABS, tilbyde Maj samtaler, da hun arbejdede efter mottoet: 'Jeg lukker ikke døren for nogen'. For dem begge, har det at skrive bogen, også hjulpet forfatterne til at bearbejde de mange følelser, der hører med til det at være pårørende. Hverken Maj eller Anja formåede altså at finde et passende behandlingstilbud, men var nødsaget til at tage sagen i egen hånd og var

heldige at møde hinanden. Det er dog langt fra alle pårørende, der er så heldige.

Og hvorfor er det så, at det er så vigtigt at udvide og optimere hjælpen til pårørende? Hvad er det, de tumler med, og som er så svært at håndtere? Visse problematikker er selvfølgelig individuelle, men ifølge forfatterne og Anjas mange samtaler med pårørende, går nogle generelle problemstillinger igen. De hyppigste er beskrevet i følgende afsnit.

Generelle problemstillinger

Grænser

En velkendt problematik er det at sætte grænser. Den brugende kan nemt komme til at spille hovedpersonen i den pårørendes liv. Ofte påtager den pårørende sig langt mere ansvar for den brugende end, hvad der er hensigtsmæssigt. Dette er naturligvis, fordi man vil gøre alt, hvad man kan for at hjælpe den, man elsker og som tydeligvis er i krise. Virkeligheden er bare, at hvis den pårørende ikke sætter grænser og passer på sig selv og familien, kan det resultere i, at den pårørende selv går ned med stress, angst, misbrug eller lignende. En forskningsrapport fra Center for Rusmiddelforskning kan ligeledes konstatere, at pårørende til personer med misbrug generelt lider af signifikant dårligere helbred psykisk og fysisk (4). Samtidig viser resultater fra denne rapport, at den pårørende generelt er lige så belastet som personen med misbrug. Og hvem skal så hjælpe med at holde sammen på familien, holde økonomien i gang, skærme lillebror for ubehagelighederne og sørge for, at den brugende møder op på jobcenteret, får sit stof, når han/hun går i kramper, får købt ind osv.? Som Anja siger, er det en vigtig erkendelse at indse, at selvom man kan meget, så kan man ikke alt – og det skal man heller ikke.

Manglende anerkendelse og inddragelse

At være pårørende, er ofte et fuldtidsarbejde fysisk og mentalt. Man kæmper for at være der for den brugende og sørge for, at alt ikke skrider. Alligevel føler mange pårørende, at de ikke

Bogen og dens forfattere

- Maj Bjerre har arbejdet med personlig udvikling i 20 år
- Pårørende til en bror med et alkoholmisbrug
- Anja Engmann har arbejdet med pårørende i 9 år og har haft samtaler med over 5.000 pårørende
- Selv er hun pårørende til en søn med et stofmisbrug
- Bogen indeholder
 - Konkrete værktøjer, overordnet teori og forslag til litteratur, lovgivning mv.
 - Emner: afhængighed, kommunikation, konflikthåndtering, værdier, grænser, håndtering af egne følelser, stresshåndtering, overbelastning, akut førstehjælp, værdsættelse og anerkendelse, livskvalitet, fællesskab og sunde relationer
- Bogen kan bestilles i alle landets boghandlere

bliver anerkendt i det store arbejde, de udfører. I systemet, fordi man oftest ikke kan modtage hjælp, hvis ikke den brugende er i behandling, eller fordi man ikke bliver inddraget i den brugendes behandling, så man ikke har mulighed for at videregive eventuel vigtig information til behandlerne. I forlængelse af dette, har den pårørende ofte ingen mulighed for at få information om, hvilken behandling den brugende får. Også i arbejdslivet mangler der en forståelse for det at være pårørende. Det kan eksempelvis være, at man ikke får lov at sygemelde sig, eller at man kun får mulighed for at gøre dette i en kort periode. Dette har Anja selv oplevet, da Jobcenteret vurderede, at hun var for rask til at være sygemeldt. Mange pårørende oplever også, at deres venner eller bekendte trækker sig pga. berøringsangst eller fordomme.

Værdikonflikter og stigmatisering

Vi har alle værdier, som er fundamentale for vores identitet, levevej og de valg, vi tager. Når en tæt relation ender ud i et misbrug og ændrer adfærd drastisk, skaber dette enorme værdikonflikter. Ting man som pårørende har svoret, at man aldrig selv ville gøre, eller opdrage sit barn til at gøre, kan pludselig blive en realitet. Det kan være at blive slået af sit barn, at føle had til ham/hende, at tage børnene og flytte fra sin partner osv. Man skal til at forholde sig til helt nye situationer, som er stik imod det, man står for, hvilket er hårdt og udfordrende at navigere i. Oven i dette, oplever mange mennesker det som et stigma at være pårørende. De pårørende længes efter at blive mødt som det menneske, de er, frem for at blive mødt med myter som 'det er hende med alkoholikermanen, som garanteret slår hende og børnene'. Om det så er af venner, bekendte eller systemet. Maj og Anja pointerer, at alle kan ende som pårørende til en alkohol-/stofbruger, og at alle pårørende fortjener at blive mødt med åbne arme og sind.

I boksen herover står fem gode råd beskrevet af Maj og Anja. Rådene og de tilhørende værktøjer kan du læse mere om i bogen.

5 gode råd fra forfatterne

- Lav en beredskabsplan med nyttige telefonnumre eller information, til brug når en situation eskalerer
- Sæt grænser for at undgå, at dine grænser bliver overskredet mere end højst nødvendigt
- Giv dig selv pauser, som giver dig energi og afhjælper stress
- Giv ansvaret tilbage til alkohol-/stofbrugeren, hvis du har overtaget for meget ansvar
- Genskab fællesskabet ved at kommunikere med din familie

Hvad så nu?

Selvom det ikke er en nem opgave at hjælpe pårørende på den bedst mulige måde, er konklusionen ifølge forfatterne, at der er brug for flere fleksible og lettilgængelige behandlingstilbud med en holistisk tilgang og skarpere fokus på den/de pårørende. Afsluttende, er Maj og Anjas førstehjælpsråd til den pårørende klar: Snak med nogen! Det kan være en ven, bedstefar eller bekendt, for at dele dine frustrationer og eventuelt faktatjekke om det bare er dig, der overdriver situationen og ser et problem – hvilket det højst sandsynligt ikke er. Og så kan du efterfølgende opsøge professionel hjælp.

Referencer:

1. Bjerre, M., Engmann, A. (2021). Det er hårdt at være en skildpadde på ryggen. Forlaget Pause.
2. Sundhedsstyrelsen (2019). Børn i familier med alkoholproblemer
3. Sundhedsstyrelsen (2019). Skøn over antallet af stofbrugere med et højrisikoforbrug, Delrapport 2. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/02-National-rapport-08-udgivelse.ashx?la=da&hash=1D4ABFF7A00F-91201010D914DBDA7B8D278BE733>
4. Lindgaard, H., (2008). Afhængighed og relationer, De pårørendes perspektiv. Aarhus Universitet.

KAPITEL 16

Lad os mødes i øjenhøjde

Jørgen Kjær – Formand for BrugerForeningen gennem 25 år – er ikke blandt os mere. Et planlagt portræt af en særlig person, hans virke og otium, er i stedet blevet et efterskrift og mindeord fra forskellige stemmer.

Af specialkonsulent Kathrine Bro Ludvigsen, KABS¹

En dejlig solskins-efterårsdag i 2020, havde Jørgen og jeg sat hinanden i stævne i hans kolonihavehus i Københavnsområdet. Anledningen var Jørgens beslutning om at fratræde som formand for BrugerForeningen (BF) efter mere end 25 års virke. En beslutning han førte ud i livet på foreningens generalforsamling den 7. juli 2020². På Årsmagasinet's redaktion syntes vi, at anledningen kaldte på et portræt af Jørgen – og derfor sad Jørgen og jeg nu bænket overfor hinanden med kaffe, brød og kage. Mens vi talte sammen, gik Carsten, også medlem af BF og "havemand" i kolonihaven, rundt og lugede staudebedene, og Jørgens fire siameserkatte lå og slappede af i solen eller gik på jagt mellem blomsterne.

Artiklen nåede ikke at blive publiceret af grunde, vi har beskrevet i indledningskapitlet. Jørgens død og bisættelse passerede ligeledes, uden at vi i KABS fik nys om det. I arbejdet med Årsmagasinet og genoptagelsen af artiklerne, kaldte denne artikel derfor på en omskrivning – og på flere stemmer. Disse stemmer – nære og gamle venner af Jørgen – er derfor flettet sammen med interviewet fra kolonihavebesøget for at mindes en markant brugerskikkelse, aktivist og ven.

Gæstfri og værdsat

I efteråret 2020 startede Jørgen først med at vise mig rundt i kolonihaven og -huset. Haven var en fryd for øjet med et væld af store vel-lugede blomsterbede med efterårsblomster som Georginer, Asters og andre stauder. Jørgen var stolt af haven og med rette. Indenfor hang et præmiebevis; "Veldyrket have" fra Kolonihaveforbundet, der i 2019 havde været på rundtur og kåret Jørgens have blandt de bedste. Kolonihavehuset var indrettet til hyggeligt samvær for mennesker og katte: Langs stuens loftpanel var en 'løbesti' omhyggeligt bygget, så kattene kunne lege tag-fat og gemmeleg uden at komme i vejen for andre i huset. For husets øvrige gæster var stuen indrettet med et sofahjørne og en rummelig spisekrog. At få alle til at føle sig velkomne var en af Jørgens kendetegn:

"Når man var gæst hos Jørgen i BrugerForeningen, så sørgede han altid for, at man følte sig i centrum. Han var god til at få én til at føle sig velkommen, værdifuld og at det man bidrog

1 Tak for jeres bidrag til teksten: Anja Plesner Bloch, formand for Brugernes Akademi; Nadi Othman, tidligere koordinator i BF; Tom L. Jensen, tidligere bestyrelsesmedlem, kasserer i BF; Nanna W. Gotfredsen, stifter af Gadejuristen.
2 På bestyrelsesmødet gav Jørgen stafetten videre til Sven Rasmussen – et mangeårigt medlem af BF.



ARTIKLENS FOTO: KATHRINE BRO LUDVIGSEN

med, var godt". Sådan beskriver Formand for Brugernes Akademi, Anja Plesner Bloch, mødet med Jørgen, da hun som ung bruger, blev budt velkommen i BF.

Nadi Othman, der var fastansat af BF som koordinator i 3 år, beskriver med disse ord Jørgens sociale engagement. Et engagement, der fortsatte efter at formandsposten var givet videre:

"Jørgen var glad og virkede afklaret og ovenpå. Han kom i BF. Kom ofte forbi allerede tidligt og tog så ud i byen for at komme tilbage igen senere. Deltog i arrangementer. Han sad i stuen med de andre og så TV og sludrede. Til et Zoom-møde under corona-restriktionerne med EuroNPUD, den europæiske del af den internationale brugerbevægelse, kom Jørgen forbi min pc-skærm. På skærmen blev der uro på mødet. Folk begyndte at vinke og skrive hilsner til Jørgen i chatten. Han var en stjerne".

BrugerForeningens Formål

- Foreningen skal styrke stof- og metadonbrugernes sociale og samfundsmæssige interesser. Igangsætte aktiviteter i form af støtte, oplysning og rådgivning til den enkelte.
- Foreningen skal modvirke diskrimination og afhjælpe magtesløshed.
- Foreningen skal, for at nå dette mål, synliggøre de forhold, som præger narkoområdets sociale, behandlingsmæssige, politiske og økonomiske forhold og de konsekvenser, det får for det enkelte menneske. Det skal ske gennem at skabe debat, samt ved brug af demokratiske virkemidler.
- Foreningen skal virke som stofbrugernes effektive talerør og dermed være tilgængelig og troværdig i forhold til myndigheder, politikere og brugere og pårørende.

Kilde: BrugerForeningens vedtægter (1)

BrugerForeningen for aktive stofbrugere

Jørgens engagement i BF startede tilfældigt: Jørgens læge fortalte, at han skulle "holde oplæg for noget, der hed "BrugerForeningen"". Jørgen tog med af nysgerrighed og fandt hurtigt ud af, at han her kunne gøre nytte. Det var sommeren 1996. Kort tid efter sit medlemskab i foreningen, bliver han valgt som formand. Jørgen går hurtigt i gang med at hverve medlemmer til den lille forening og det lykkes at få 46 personer på medlemslisten. For de penge, der er til rådighed, begynder de at lave varm mad flere gange om ugen. De lejer også nogle biler og tager på teambuilding til Søhøjlandet i Jylland. På den første tur er de 16 brugere, som tager afsted en uge. Her stifter de en egentlig aktivistgruppe i BF. Dem der skal drive foreningen: Lukke op, lave kaffe, mad, holde oplæg for skoleelever, arrangere BF's årlige fester og mange andre aktiviteter.

De stifter også den årlige "BrugerVen"-pris – en hæderspris til et menneske eller team, der har gjort en uegennyttig indsats for stofbrugere. Den første pris bliver uddelt i 1996 til Povl Thyge, formanden for Foreningen For Human Narkobehandling. I de efterfølgende år er hæderspriserne gået til forskellige læger, en sognepræst, en kontorchef i Socialministeriet, to gadesygeplejersker, en psykolog, stifteren af Gadejuristen, en Regionsformand, Fixelancen, en filosof, formanden for værestedet Perronen, forstanderen på Kofoeds Skole, en medarbejder i Sociolancen mv³. Prisen overrækkes i forbindelse med BF's fødselsdag.

Traditioner er i det hele taget noget, Jørgen insisterede på: BF's fødselsdagsdagsfest, BrugerVen-prisen, julearrangementet mv. Nadi Othman lærer som ansat at forstå betydningen af traditionerne: "Jørgen forklarede, at "de var limen, der bandt det hele sammen"".

Talerør for stofbrugere

Jørgen bliver medlem af Narkotikarådet i 1998⁴. Her repræsenterer han brugerperspektivet og fokuserer på indsatser, der kan forbedre bru-

gernes hverdag og behandling. Flere forslag får opbakning fra de øvrige medlemmer i Rådet. Især fremhæver Jørgen, daværende social-overlæge i Københavns Kommune, Peter Ege, som han ofte har lange samtaler med i Rådets rygepauser. En vigtig milepæl for Jørgen bliver indføringen af Naloxone⁵ i Danmark. Jørgen havde hørt, at det blev udleveret til brugerne i Chicago for at nedbringe og forhindre dødsfald efter overdoser: "Det fortæller jeg Peter i en rygepause. Han siger: "Det er sgu da genialt, det skal vi også have". Ja det skulle vi, for vi så faktisk mange overdoser".

Men det bliver en lang proces:

"Peter begynder så at søge penge. Det tog fire-fem år før han havde pengene. Da han så siger, "nu har vi pengene", så rækker jeg hånden op: "Lad os så få noget Naloxone". – "Ja men nej... nu skal vi jo lige finde et sted at implementere det fra", "nå ja..." det kunne jeg også godt se. Der skulle selvfølgelig være nogle til at holde skik med det og brede det ud og administrere det og sådan noget. Så det tog fire-fem år mere. Det blev da SundhedsRummet åbnet. De havde den rette profil og de havde nogle søde sygeplejersker og alt var godt... og det er så det, der er blevet til SundhedsTeamet med Henrik Thiesen, som vi i øvrigt har et forbilledligt samarbejde med."

Jeg spurgte Jørgen, om tålmodighed var et karaktertræk hos ham. Han lo: "Jeg har lært at blive tålmodig. Det var bestemt ikke et karaktertræk i starten. Jeg har altid været en utålmodig sjæl, men jeg har lært at blive det. Ting tager tid og store ting tager lang tid... og pengene hænger heller ikke på træerne".

BF arbejder også ihærdigt for et Fixerum – det tager knap 15 år og er i dag en udvidelse af SundhedsRummet.

I kolonihave-interviewet regner Jørgen sig frem til, at BF, i de 25 år han har "siddet for borden", har omsat for cirka 42 mio. kroner. Der-

for, fortæller han, har han også altid lagt vægt på "at give noget tilbage". Et sådant eksempel er "Sprøjtepatruljen", som BF starter i 1997: En borgerservice, hvor brugte kanyler og sprøjter fjernes af frivillige og ulønnede aktivister fra BF. Udstyret med opsamlingstænger, bortskaffelsesbokse og cykler, er patruljen med til at skabe tryghed i lokalmiljøet – og som sidegevinst også starte en kulturændring blandt stofbrugere om ikke at kaste brugt værktøj på gaden, men i dertil ophængte gule kanylecontainere.

Inspiration og rollemodel

I BF's Facebook-opslag om Jørgens død, skriver gadejurist Nanna W. Gotfredsen, foreningens kasserer Tom L. Jensen og daværende BF-koordinator, Nadi Othman:

"Jørgens liv blev brugt til at arbejde for stofbrugeres rettigheder, værdighed og ligeværd. Han var noget så sjældent som en stofbruger uden skam og han var meget bevidst om sin fremtoning og repræsentation, netop fordi stofbrugere er omgivet af så mange fordomme og stigma" (3).

Jørgens socialpolitiske aktivisme har inspireret andre både herhjemme og i udlandet. Tom L. Jensen fortæller, hvordan BF markerede sig som internationalt samlingspunkt:

"I 2018 kan vi holde en konference for 100 mennesker fra 16 forskellige nationer fra hele verden. I fem dage. Jørgen modtog en pris for velorganiseret arrangement, som vi var ovre for at modtage i Liverpool".

BF deltager i årenes løb også på konferencer i udlandet bl.a. Harm Reduction-konferencer i Vancouver og Portugal. I alt har Jørgen og Tom været på 18 udenlandsrejser sammen for BF.

3 På BrugerForeningens hjemmeside kan man finde alle prisoverrækkelserne og de dertil knyttede taler.

4 Narkotikarådet var et råd under Socialministeriet i 1995-2002. Narkotikarådet blev nedlagt til fordel for Rådet for Socialt Udsatte (2)

5 Naloxone: Er en antidote, der kan stoppe en overdosis på 30 sekunder, hvis det bliver opdaget i tide.

Jørgen inspirerer også brugere herhjemme f.eks. Anja Plesner Block, der senere stifter Brugernes Akademi:

"Jørgen har lært mig så meget om vigtigheden af brugerstemmer og vigtigheden af, at bruge politikerne. Jeg stolede ikke fem flade øre på politikerne, men jeg fandt ud af, at de faktisk gerne vil gøre et godt stykke arbejde".

Nanna W. Gotfredsen har en tilsvarende oplevelse, som også viser Jørgens store evne til at skabe netværk og invitere folk med i fællesskabet:

"Da jeg stadig var jurastuderende, og samtidig begyndende gadejurist under den dramatiske stigning i dødeligheden blandt stofbrugere i 1990'erne, åbnede Jørgen døren for mig til det rum af viden, man bare ikke kan læse sig til (...) I årene der umiddelbart fulgte, var vi side om side, også ude i verden, hvor Jørgen med sit enorme *drive*, sin store viden, og den så herligt befriende skamløshed i forhold til at være stofbruger, inspirerede stofbrugere verden over til at turde tage ordet, organisere sig, insistere på

både at kunne og ville bidrage – og til at også at forvente accept".

Tom L. Jensen fortæller om venskabet med Jørgen og de fritidsinteresser, de dyrkede sammen – som også var et statement: "Vi svømmede sammen tre gange om ugen. Og cyklede på Mountainbikes i Hareskoven. Det behøvede ikke at handle om stoffer alt sammen, det skulle vi nok modbevise: Vi brugte – vi *mis*brugte ikke – det var dét, der var væsentligt".

Belæst og systematisk

Jørgen var engageret i flere NGO'er over hele verden og læste og skrev til BF's hjemmeside om natten. Han indsamlede al den danske og udenlandske litteratur, der omhandlede rusmidler, rusmiddelbrugere, behandling, drug policy mv., som han kunne få fat i. I Korsgade var en lang gang beklædt med smalle hylder, hvor tidsskrifter, rapporter og bøger var nøje katalogiseret og udstillet. Et imponerende bibliotek at fordybe sig i og Jørgen hjalp gladelig til med at finde relevant litteratur, hvilket jeg selv erfarede, da jeg skrev mit speciale. En utrolig samling, der i dag – i en lidt reduceret mængde – er udstillet i BF's lige så interessante Opiatmuseum, som alle er velkomne til at besøge.

At Jørgens netværk var stort, fornemmede man også hurtigt i samværet med Jørgen, men måden han systematiserede netværket på, forklarer Nadi Othman her:

"Senere, da jeg fik adgang til Jørgens PC, kunne jeg se, hvor topprofessionel han var. Han havde tusindvis af kontakter fra de mange års arbejde. Ved hver kontakt stod nogle noter. Ved mig stod der; "Flink fyr, mødte ham på Sundholm, arbejder som nattevagt, hjalp BF."

Vedholdende og i fuldt vigør til det sidste

Da BF i 2017 var nødt til at fraflytte deres lokaler på Korsgade ved Blågård's Plads, så det sort ud. Det er svært at finde egnede lokaler, hvor brugere er velkomne. Men Jørgen gav al-

Om BrugerForeningen

Foreningen blev etableret i 1994

Jørgen Kjær valgt til formand i 1996

Stifter herefter Aktivistgruppen og en lang række traditioner og aktiviteter bl.a.:

- Årets BrugerVen
- Brugernes Mindetag
- Sprøjtepatruljen

Etablerer Opiat museet og BrugerForeningens bibliotek

Læs mere:

www.brugerforeningen.dk

E-mail: info@brugerforeningen.dk

Lygten 11. 1. sal.

2400 København NV.

Tlf: 34 12 01 50

drig op, selvom det tog hårdt på ham, at BF's medlemmer havde det svært i de to midlertidige – adskilte – lokaler, Københavns Kommune venligt havde stillet til rådighed i Sundholm på Amager. Lokalerne havde ingen køkkenfaciliteter, så maden, der alle årene havde været et vigtigt samlingspunkt, måtte løses på en anden måde: "Vi samledes tre gange om ugen kl. 18; mandag, tirsdag og torsdag. Tirsdag stod jeg for at levere aftensmad, som jeg lavede hjemme i mit køkken og så kørte ud til Sundholm. Sådan var det. Der skete ikke ret meget i de der halvandet år" fortæller Tom L. Jensen. Ifølge Nadi Othman søgte Jørgen;

"28 lejemål uden held, indtil han stødte på en advokat, der selv havde interesse i at fraflytte nogle lokaler. Det var lokalerne på Lygten" – og endelig fra september 2018 kunne BF indrette et nyt samlingssted, ikke for langt fra de behandlingssteder, hvor nogle af medlemmerne skal møde dagligt.

I BF's mindeord på Facebook står der, at Jørgen til det sidste var aktiv: "Han var især glad og stolt over, at det var lykkedes at sikre BrugerForeningen støtte til driften frem til 2025" (3).

Brugernes Mindedag – en plads til afsked

Brugernes Mindedag⁶ er et årligt tilbagevendende arrangement, hvor man samles for at mindes, dem der er gået bort. Efter nogle taler synges "Altid frejdig, når du går". Mange brugere er – eller føler sig – ikke velkomne til venners

6 International Mindedag for Stofbrugere (Remembrance Day for People) foregår i juli ved stofbrugernes mindesten på Halmtovet i København. Læs mere på www.brugerforeningen.dk



begravelse af efterladte familiemedlemmer. Derfor er mindedagen vigtig.

Jørgen dannede par med Eva i 35 år. De blev viet i kolonihaven knap fem måneder før Evas død i 2018. Alle jeg har talt med – inklusive Jørgen – nævner det tomrum Eva efterlod. Anja Plesner Bloch formulerer det sådan: "Efter Eva døde, blev det for svært. Jeg tror alting blev for svært, og det forstår jeg godt. De havde haft mange år sammen... Jeg håber, de sidder på en sky og kigger ned på de brugere, der nu kæmper med at køre foreningen videre."

Jørgen efterlader et stort aftryk på alle, som har kendt ham. Nanna W. Gotfredsen understreger både hans betydning for 'sagen' og personligt, men at det måske allervigtigste, han lærte folk omkring sig, var; "(...) at være ydmyg overfor dem, det handler om. Spørge åbent og ydmygt ind, som udtryk for fuld respekt og ligeværd. Det måske allervigtigste værn mod forføjede, forkerte og skadelige forforståelser."

Jørgen blev 68 år gammel.

Referencer

1. BrugerForeningen (2013), Vedtægter for BrugerForeningen. www.brugerforeningen.dk
2. Ahlgreen, Anne Mette (2002), Nyt råd skal forbedre udstødtes liv. Kristeligt Dagblad, 20. april 2002.
3. Gotfredsen NW., Othman, N og Jensen TL. (2021): BrugerForeningen – FaceBook gruppe, 17. september 2021.

KAPITEL 17

KABS organisation og økonomi 2021

I dette kapitel får læseren et overordnet indblik i KABS' organisation og økonomi.

Af funktionsleder Asbjørn Denkel, KABS

KABS blev etableret i Københavns Amt i 2001 og har siden 2007 været en virksomhed i Glostrup Kommune. KABS har fem afdelinger med forskellige målgrupper og specialer. Siden 2017 har alle afdelinger leveret både stofmisbrugs- og alkoholbehandling.

Gentofte og Hvidovre afdeling yder behandling til mennesker med alkohol- og opiatafhængighed, Stjernevang og KASA yder behandling til psykisk syge mennesker, der samtidig har en alkohol- eller stofafhængighed, og City afdeling yder behandling til mennesker med alkoholaf-

hængighed, eller afhængighed af hash og centralstimulerende stoffer. Se mere om afdelingerne på www.kabs.dk.

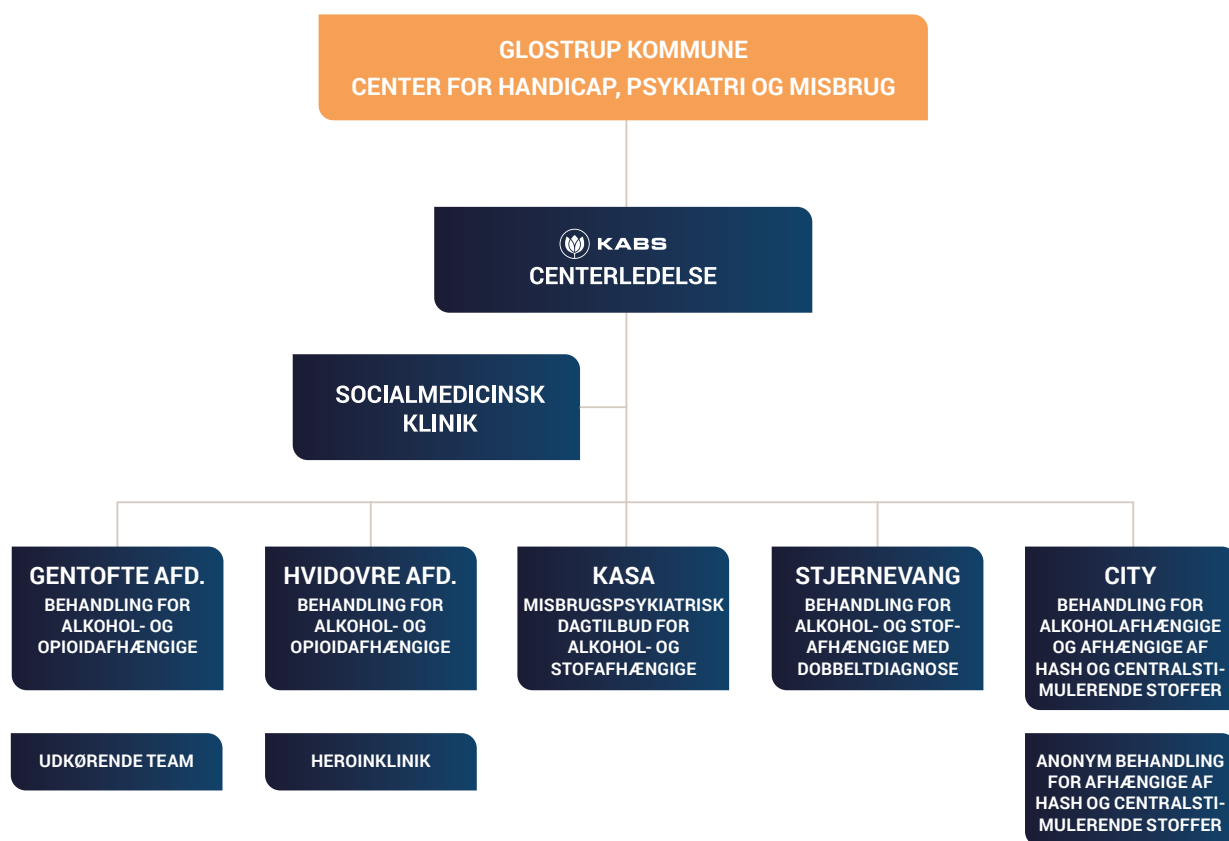
Lægerne i KABS er ansat i Socialmedicinsk Klinik og er tilknyttet bestemte afdelinger.

KABS lægger vægt på, at behandlingen foretages i et tværfagligt samarbejde mellem socialrådgivere, socialpædagoger, sygeplejersker, psykologer og læger, samt andre faggrupper som fysioterapeuter og billede/musikterapeuter.

Tabel 1. **Personalenormering ultimo 2021**

	CITY	GENTOFTE	HVIDOVRE	KASA	STJERNEVANG
SOCIALRÅDGIVER	4,9	6,0	6,7	2,0	5,6
SOCIALPÆDAGOG	2,3	6,6	4,0	2,8	5,5
PSYKOLOG	1,0	2,6	0,0	0,7	2,0
SYGEPLEJERSKE	2,9	6,9	11,5	3,0	4,2
SOSU-ASSISTENT	0,0	0,9	1,9	1,0	2,0
AFDELINGSLÆGE	0,8	1,6	3,5	0,0	0,0
PSYKIATER	0,0	0,0	0,0	0,4	0,7
ANDRE	1,7	1,0	1,0	0,0	1,0
I ALT	13,6	25,6	28,6	9,5	21,0

Omfatter ikke administrative funktioner og udviklingskonsulenter.



KABS har indgået samarbejdsaftaler med en lang række kommuner i det storkøbenhavnske område. I samarbejdsaftalerne er fastlagt regler for visitationsproces, ansvarsforhold for lægelig og social behandling, regler for takstændringer undervejs i forløb, for indberetninger til statslige myndigheder, for udarbejdelse af statistisk materiale, for afregning og for det løbende samarbejde mellem KABS og kommunerne. KABS har også borgere i behandling fra kommuner, som ikke har indgå-

et en samarbejdsaftale. I alt har KABS i 2021 haft borgere i stofmisbrugsbehandling fra 49 kommuner og i alkoholbehandling fra 40 kommuner.

Prisen for ydelserne i KABS fremgår af et takstkatalog som justeres årligt. Taksterne omfatter stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101, samt substitutions- og alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens §§ 142 og 141. Nedenfor fremgår taksterne for 2022.

Tabel 2. **Takster 2022 (kr. pr. dag)**

STOFMISBRUGSBEHANDLING	KR. PR. DAG
SOCIAL OG LÆGELIG UDREDNING	605
GENTOFTE/HVIDOVRE BASIS	108
GENTOFTE/HVIDOVRE UDVIDET	215
GENTOFTE/HVIDOVRE INTENSIV	503
CITY BASIS	302
CITY UDVIDET	496
CITY INTENSIV	566
ANONYM BEHANDLING	67
STJERNEVANG BASIS	305
STJERNEVANG UDVIDET	505
EFTERBEHANDLING	95
TILSYN OG BEREDSKAB	34
KASA	602

ALKOHOLBEHANDLING	KR. PR. DAG
ALKO KORTLÆGNING	252
ALKO BASIS	124
ALKO UDVIDET	237
ALKO INTENSIV	581
ALKO TILSYN	33
ALKO EFTERBEHANDLING	91

SUBSTITUTIONSBEHANDLING, SUL § 142	KR. PR. DAG
	119

Indholdet i hver takst er beskrevet i et takstkatalog, som findes på www.kabs.dk

Tabel 3. **Udgifter og indtægter vedrørende takstfinansierede aktiviteter 2021¹.**

UDGIFTER	BUDGET	FORBRUG	RESULTAT
LØN	- 60.412.325	- 59.618.335	793.990
ØVRIG DRIFT			
FÆLLES UDGIFTER ²	- 6.783.266	- 9.848.545	- 3.065.279
EJENDOMSDRIFT	- 9.381.821	- 8.355.971	1.025.850
AFDELINGSDRIFT	- 4.608.598	- 4.953.026	- 344.428
MEDICIN M.V.	- 3.099.732	- 3.264.530	- 164.798
UDGIFTER I ALT	- 84.285.742	- 86.040.407	- 1.754.665
INDTÆGTER			
INDTÆGTER I ALT	89.141.502	92.465.366	3.323.864

1 Overskud fra 2020 indregnet (956.794 kr.)

I 2021 havde KABS et merforbrug på kr. 1.754.665,- og merindtægter på kr. 3.323.864,-. I alt således et overskud på kr. 1.569.199,-. Merindtægterne kommer hovedsageligt fra et højere antal indskrevet borgere i alkoholbehandling, mens det øgede forbrug stammer fra Corona-relateret udgifter, øgede driftsomkostninger til en højere antal indskrevet borgere samt ikke realiserede udgifter fra 2020.

Foruden de takstfinansierede aktiviteter varetager KABS en række opgaver og aktiviteter, som finansieres på andre måder. I 2021 drejer det sig hovedsageligt om heroinbehandling, som finansieres af Sundhedsministeriet. Derudover så måtte KABS Viden aflyse den årlig national misbrugskonference, som finansieres ved deltagerbetaling grundet Covid19, samt andre mindre projekter. Disse aktiviteter er organiseret i KABS VIDEN.

Tabel 4. **Udgifter og indtægter vedrørende KABS VIDEN 2021**

OVERFØRT FRA 2020	UDGIFTER	INDTÆGTER	OVERFØRES TIL 2022
1.885.101	-10.622.972	11.292.716	2.554.845

Centerledelse og administration

KABS centerledelse

Bakken 3
2600 Glostrup
Tlf. 45 11 75 00
KABS@glostrup.dk
kabsviden@glostrup.dk

Centerleder Rasmus Axelsson
rasmus.axelsson@glostrup.dk

Ledende overlæge Thomas Fuglsang
Thomas.fuglsang@glostrup.dk

Afdelinger

KABS City

Kirsten Walthers Vej 2, 2. sal
2500 Valby
Tlf. 45 11 76 36
KABS.city@glostrup.dk

Afd.leder Heidi Gøtze
heidi.gotze@glostrup.dk

KABS Gentofte

Callisensvej 34
2900 Hellerup
Tlf. 45 11 76 26
KABS.gentofte@glostrup.dk

Afd.leder Karen Ervolder
karen.ervolder@glostrup.dk

Souschef Johannes Knigge
johannes.knigge@glostrup.dk

KABS Hvidovre

Hvidovrevej 80 D
2610 Rødovre
Tlf. 45 11 75 75
KABS.hvidovre@glostrup.dk

Afd.leder Stine Hansen
stine.hansen@glostrup.dk

Souschef Maja Kristensen
maja.kristensen@glostrup.dk

KABS Stjernevang

Kirsten Walthers Vej 2, stuen
2500 Valby
Tlf. 45 11 75 25
KABS.stjernevang@glostrup.dk

Afd.leder Heidi Gøtze
heidi.gotze@glostrup.dk

KABS KASA

Ndr. Ringvej 69
Bolig 29-30
2600 Glostrup
Tlf. 45 11 75 55
KABS.kasa@glostrup.dk

Afd.leder Anne Lentz
anne.lentz@glostrup.dk



