

Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling

Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling

Resultater fra en kvalitativ evaluering
af fire metadonforsøgsprojekter

Vibeke Asmussen
&
Torsten Kolind

Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2005

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 2005
Tryk: BookPartner Media
ISBN: 87-89029-58-5

Center for Rusmiddelforskning
Nobelparken, bygning 453
Jens Chr. Skous Vej 3
8000 Århus C
Tlf.: 89 42 69 30
Fax: 89 42 69 35
www.crf-au.dk
E-mail: crf@au.dk

KAPITEL 1. INTRODUKTION	7
<i>Indhold</i>	7
<i>Procesevaluering</i>	9
<i>Metode</i>	11
KAPITEL 2. INDSATSERNE.....	15
<i>Indsatserne - generelle kategorier</i>	16
<i>Indsatserne i forsøgsprojektet – et samlet overblik</i>	24
<i>X-Felt – Delprojektet i København</i>	25
<i>Sydvesten – Delprojektet i Korsør</i>	31
<i>Subprojektet – Delprojektet i Silkeborg</i>	36
<i>Substitutionsprojektet i Århus</i>	39
KAPITEL 3. SÆRLIGE FOKUSOMRÅDER I INDSATSEN	47
<i>Fra brugerinddragelse til brugerorientering</i>	48
Brugerinddragelse i Lov om Social Service	48
Brugerinddragelse og empowerment	55
Brugerorientering i de fire delprojekter	58
<i>Koordinering</i>	58
Baggrund	59
Typer af koordinering i projekterne	61
Følgegruppemøderne.....	61
Organisatorisk nødvendigt samarbejde	62
Støttekontaktperson funktionen	62
Individuel koordinering – klar metode.....	66
Handleplaner	68
Monitorering.....	71
Evaluering	72
Samarbejde med frivillige organisationer	73
Sammenfatning.....	73
<i>Konklusion</i>	73
KAPITEL 4. BEHANDLINGSKULTUR – PRAKSIS OG HOLDNINGER.....	77
<i>Baggrund</i>	78
<i>Relationen mellem behandler og bruger</i>	79
”Den gode relation”	80
Tillid, ligeværdighed og respekt	81
Når den gode relation kommer på en prøve	85
Normalisering.....	87
At være pragmatisk	89
Opsamling	91
<i>Metadon – en alligevel tilbagevendende diskussion</i>	91
Metadonudlevering i delprojekterne	93
”At få metadon til at fylde mindre”	94

”Vi er anderledes end standardbehandlingen”	96
Metadon og kontrol	98
Metadondoser	100
Metadon og samarbejde i personalegruppen.....	102
Åbent forhold omkring sidemisbrug	105
Opsummering	105
<i>Afslutning</i>	106
KAPITEL 5. BRUGERERFARINGER	107
<i>Brugererfaringer – stor grad af integration</i>	108
Kontaktperson	108
Værested.....	115
Metadon.....	119
Aktiviteter ud af huset	122
<i>Brugererfaringer – kritik</i>	124
<i>Brugererfaringer – lille grad af integration</i>	125
Sundhedsfaglig indsats.....	125
Brugerinddragelse	126
<i>Opsamling – stor og lille grad af integration</i>	133
KAPITEL 6. KONKLUSION	135
<i>Resume af kapitlerne i rapporten</i>	135
<i>Erfaringsområder i projekterne</i>	137
Case management.....	138
Værested.....	141
Brugerinddragelse og brugerorientering	142
Metadon.....	145
<i>Afslutning</i>	146
LITTERATUR	147

Kapitel 1. Introduktion

Nærværende rapport er den ene af de to rapporter, Center for Rusmiddelforskning udgiver som afslutning på evalueringen af Metadonforsøgsprojektet. Formålet med forsøgsprojektet har været at undersøge, om en udvidet psykosocial indsats kunne forbedre effekten af behandlingen af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Undersøgelser viser (fx Pedersen 2001), at stofbrugere i substitutionsbehandling generelt får reduceret deres problemer i forhold til fx stofbrug og kriminalitet, men at forbedringer på områder som fysisk og psykisk velbefindende, sociale og familiemæssige relationer, samt relationer til uddannelse eller arbejdsmarked, er langt vanskeligere at opnå. Her sker der stort set ingen forandring på trods af behandlingsindsatsen. Fokus i substitutionsforsøgsprojektet har således været at få belyst, hvorvidt en udvidet psykosocial støtte væsentligt kan forbedre stofbrugeres livsvilkår på områder, hvor der ikke umiddelbart ses nogen effekt i standardbehandlingen.

Metadonforsøgsprojektet er forløbet over tre år med deltagelse af fire projekter: Substitutionsprojektet i Århus, Subprojektet i Silkeborg, Sydvesten i Korsør og X-Felt i København. Center for Rusmiddelforskning har tidligere udgivet to rapporter om forsøgsprojektet: en om design og metode (Pedersen & Asmussen 2002) og en med foreløbige resultater fra de første halvandet år af projektperioden (Asmussen et al. 2003). Denne rapport er afslutningen på den kvalitative del af evaluering, der er forløbet som en procesevaluering. Resultaterne af den kvantitative evaluering, der er forløbet som en effektevaluering, er at finde i: Mads Uffe Pedersen (2005) *Heroin-afhængige i metadonbehandling*.

Indhold

I denne rapport præsenterer vi fire områder af forsøgsprojektet i hver sit kapitel. De fire områder er udsprunget af det perspektiv, som evalueringen har haft fra projekternes start (Pedersen & Asmussen 2002:73-74). Områderne er:

- Indsatserne
- Særlige fokusområder i indsatsen: brugerinddragelse og koordinering
- Behandlingskultur: behandlernes holdninger og praksis
- Brugerperspektiver på behandlingsindsatsen

En udvidet psykosocial indsats i substitutionsbehandlingen var i de fire delprojekters tilrettelæggelse af forsøget formuleret som både en intensive-

ring af allerede kendte metoder (fx rådgivende samtale), men også en implementering af nye og anderledes tilgange til behandlingsindsatsen (fx støttefunktioner). I kapitel 2 har vi lavet en detaljeret beskrivelse af, hvad indsatserne i de fire projekter har været. Derudover vurderer vi, hvor etablerede indsatserne har været, og hvorvidt de er udtryk for en udvidet indsats i forhold til standardbehandlingen. Grundlaget for denne vurdering er fælles for alle fire delprojekter og beskrives i starten af kapitel 2. Alle fire delprojekter har haft udvidede psykosociale indsatser, fx værested, tilgængelighed for rådgivning og støttekontaktperson-ordninger. Udover de psykosociale indsatser har de fleste af projekterne også fokuseret på forskellige sundhedsfaglige indsatser, der ligeledes beskrives i kapitel 2.

Kapitel 3 går i dybden med to fokusområder i projekterne, nemlig koordinering og brugerinddragelse, der findes som elementer i flere af indsatserne i projekterne. Koordinering og brugerinddragelse var ligeledes af de fire delprojekter fremhævet som indsatser, der skulle lægges særlig vægt på som grundlag for den øgede psykosociale indsats (Pedersen & Asmussen 2002:74-77). Tanken var, at en bedre koordinering af indsatsen overfor den enkelte bruger og en større grad af indflydelse på egen behandling ville være medvirkende til at skabe den bedre effekt i behandlingen, som forsøgsprojekterne gerne skulle levere. I kapitel 3 uddyber vi, hvordan brugerinddragelse og koordinering har fundet sted i projekterne. Vi diskuterer, hvordan begge disse fokusområder er at finde i den sociale lovgivning og i de teorier og metoder om socialt arbejde, der er oppe i tiden. Vi identificerer tre niveauer af brugerinddragelse – et politisk, et organisatorisk og et individuelt niveau, ligesom vi identificerer fire forskellige former for koordinering – på systemniveau som hhv. udvidet og nødvendig og på individuelt niveau som hhv. ad hoc og klar metode. Hverken koordinering eller brugerinddragelse har været nemt for projekterne at få implementeret, men det er lykkedes projekterne at give brugerne indflydelse på et individuelt niveau, især gennem den høje grad af tilgængelighed for rådgivning, der har været i projekterne, og det er især lykkedes at koordinere på det individuelle ad hoc niveau med brug af støttekontaktperson-ordningen.

I kapitlet 4 tager vi udgangspunkt i behandlernes ideer og holdninger til behandlingen, og vi ser på, hvordan disse får indflydelse på konkret behandlingspraksis. Det har især været centralt for behandlerne at skabe en ”god relation” til brugerne samt at ”få metadon til at fylde så lidt som muligt”, som forskellige behandlere har udtrykt det. Begge områder er grundlæggende elementer i metadonbehandling; det at arbejde med relationer er grundlæggende i socialt og behandlingsmæssigt arbejde, og metadon (eller anden substitutionsmedicin) er kernen i metadonbehandling – uden substitutionsmedicin intet behandlingskoncept. Den ”gode” relation er for be-

handlerne karakteriseret ved tillid, respekt og ligeværdighed, samt ved en normaliserende og pragmatisk tilgang til brugerne. Vi beskriver i kapitlet både situationer, hvor etableringen af den ”gode” relation lykkedes, og hvor den kommer på prøve. Metadon har ofte været omdrejningspunkt for konflikter eller ”magtkampe” i relationen mellem brugere og behandlere. Projekternes fokus på at minimere metadons indflydelse på behandlingen skal ses i dette lys, både hvad angår den måde metadonudlevering og kontrol er foregået på, samt i projekternes pragmatiske forhold til sidemisbrug. Derudover beskriver vi, hvordan samarbejdet i personalegrupperne er foregået omkring metadon.

I kapitel 5 er det brugernes perspektiver på behandlingen, der er i fokus. Formålet med kapitlet er at vurdere, hvilken grad af integration der er mellem behandlingen og brugernes oplevelser og erfaringer hermed. De beskrivelser, der er af behandlingskulturen i kapitel 4, er grundlaget for denne vurdering. Vi ser således på om de intentioner og tanker projekterne har haft, og som har udmøntet sig i konkrete indsatser, har fundet genklang i brugernes erfaringsunivers, og dermed i hvilken grad de relaterer sig til brugernes livssituation. Vi viser, hvordan der eksisterer nogen til stor grad af integration i forhold til: kontaktpersonens arbejde, værestedet, metadonordninger, og projekternes aktiviteter ud af huset. De aspekter, brugerne fremhæver, er oplevelsen af at blive mødt med respekt, at blive taget alvorligt, at der eksisterer et gensidigt tillidsforhold til behandlerne, at der er stor grad af tilgængelighed til ens kontaktperson, og at man som bruger får hjælp til at få ’ryddet op i kaos’, som det udtrykkes. Derimod er der en lille grad af integration, når det gælder projekternes sundhedsfaglige indsatser og i forhold til brugerinddragelse. Dette er ikke ensbetydende med, at de sidstnævnte indsatser og satsningsområder er mislykkedes, men det peger på områder, hvor det er vanskeligt at få brugerne til at engagere sig, fordi disse indsatser kun i lille grad finder genklang i brugernes livssituation. Generelt kan vi konkludere, at projekterne har formået at skabe en større integration mellem behandlingsindsatser og brugernes livssituation, end det ofte er tilfældet i standardbehandlingen. Det afgørende for denne integration er den store grad af brugerorientering, som projekterne er lykkedes med.

Procesevaluering

Fokus i de fire kapitler er knyttet til de karakteristika, der ligger i en procesevaluering (Høgsbro 2004).

- Følge et projekt og beskrive og vurdere udvikling og resultater.

Introduktion

- Fokus på indre målsætninger og processen heri.
- Fokus på samspillet mellem forskellige aktører.
- Fokus på *hvorfor* resultater er fx gode eller dårlige.
- Fokus på refleksion.

I forhold til at beskrive og vurdere udvikling og resultater ligger dette område til grund for alle fire kapitler i evalueringen, men især beskrivelsen af indsatserne i kapitel 2 er et udtryk for dette karakteristika ved en procesevaluering. Vi har gennem projektperioden fulgt, hvilke indsatser der er etableret, og hvordan de har fungeret i projektperioden. Det er i denne sammenhæng værd at nævne, at det i alle fire projekter har taget tid at finde en form, få etableret indsatserne, osv. Alle projekterne beretter om en periode på ét til halvandet år, før de var kommet på plads. Begrundelserne herfor har været forskellige, men der er også en indbygget træghed i det at etablere et nyt projekt. Evalueringer af tilsvarende projekter på andre områder nævner det samme tidsrum, før man kan regne med, at et nyt projekt er sat på skinner (Bømler 1996).

Fokus på indre målsætninger og processen heri, som et karakteristika ved en procesevaluering, ligger især i kapitel 3. Her har vi taget udgangspunkt i de områder, projekterne selv fra start har fremhævet som specielt vigtige i forhold til at opnå øget effekt i behandlingen – brugerinddragelse og koordinering – og fokuseret på, hvordan processen med at etablere disse områder har været.

Flere af kapitlerne beskriver samspillet mellem forskellige aktører (fx behandlere, brugere, eksterne samarbejdspartnere). I kapitel 3 diskuteres samspillet mellem projekterne og eksterne samarbejdspartnere i forbindelse med støttekontaktperson-ordningen. I kapitel 4 diskuteres samspillet mellem brugere og behandlere, samt mellem behandlere indbyrdes i projekterne, og i kapitel 5 diskuteres både samspillet mellem brugere og behandlere, så vel som samspillet brugerne imellem.

Det at fokusere på, *hvorfor* resultater er gode eller dårlige, og ikke blot konstatere at de er det eller ej, ligger i alle fire kapitler, men er fremtrædende i kapitel 3. Her giver vi netop et bud på, hvorfor det er så svært at implementere brugerinddragelse og koordinering.

Fokus på refleksion, som et karakteristika ved en procesevaluering, er at finde især i kapitel 4 og 5. Her er det behandlernes og brugernes tanker, ideer og holdninger, der beskrives og diskuteres og spejles i behandlingspraksis. Fokus på refleksion handler her især om, hvilke tanker der tænkes i projekterne, og hvad det får af konsekvenser for indsatserne.

Metode

Den kvalitative del af evalueringen bygger på data indhentet via interview, fokusgruppeinterview, deltagerobservation, journallæsning og skriftligt materiale fra projekterne.

Tabel 1.1 Data, som den kvalitative evaluering bygger på

- 37 brugerinterview
- 33 behandlerinterview
- 9 behandlerinterview med fokus på dokumentationspraksis
- 6 fokusgruppeinterview med behandlere
- 7 lederinterview
- 6 interview med eksterne samarbejdspartnere
- Deltagelse i følgegruppemøder.
- Deltagerobservation 2-3 uger hvert sted
- Journallæsning
- Skriftligt materiale fra de enkelte projekter

Der er lavet 37 interview med brugere fra de fire projekter: 9 fra Korsør, 13 fra Århus, 3 fra Silkeborg og 12 fra København. 8 er kvinder og 29 er mænd af de interviewede brugere. Størstedelen af interviewene med brugere er foretaget de sidste halvandet år af projektperioden.

Der er i alt foretaget 42 interview med behandlere fra de fire projekter. 9 interview har fokuseret på koordinering og dokumentationspraksis i projekterne. Resten, dvs. 33 interview, har fokus på behandlingspraksis, arbejdsgange og -rutiner i projekterne, fokus i indsatserne, etc. Herudover er der foretaget 7 interview med lederne af de fire projekter. De første interview blev foretaget 1 – 1½ år inde i projektperioden. Mellem 2 – 2½ år inde i projektperioden blev ca. halvdelen af behandlerne geninterviewet for at indfange processen i projekterne omkring behandling. Antallet af behandlere, der er interviewet er ikke et udtryk for, hvor mange behandlere der har været i projekterne, eftersom der har været udskiftning i personalegruppen i de fleste delprojekter. For en oversigt over behandlernes faglige baggrund i de fire projekter, der er blevet interviewet, se tabel 1.2.

Tabel 1.2 Behandlernes faglige baggrund i alle fire projekter (inkl. projektlederne)

Faglig baggrund	Antal
Socialrådgiver	4
Pædagog	4
Sygeplejerske	3
Social og sundhedsassistent	2
Psykolog	1
Læge	1
Anden faglig baggrund	5

Derudover har vi lavet seks fokusgruppeinterview med behandlere i tre af projekterne. Igen er der lavet fire fokusgruppeinterview 1 – 1½ år inde i projektperioden og to geninterview efter 2 – 2½ år af projekternes løbetid. Fokus i disse interview var ligeledes behandlingspraksis, arbejdsgange og –rutiner i projekterne, fokus i indsatserne, etc.

Vi har interviewet seks eksterne samarbejdspartnere med fokus på koordinering af de enkelte indsatser overfor brugerne. Disse interview har fx undersøgt samarbejde i forhold til handleplansarbejde samt sundhedsfaglige indsatser.

Deltagerobservation har vi foretaget i to-tre uger i hvert af projekterne. Her har en medarbejder fra Center for Rusmiddelforskning deltaget i hverdagen i projekterne, for både at få et indblik i behandlingsindsatserne, arbejdsgange, brugernes holdninger til projektet, og problemer såvel som fokusområder i hverdagen.

Vi har deltaget i følgegruppemøderne i projekterne, hvor følgegrupperne har fungeret som såvel den enkelte projektleders sparringspartner som det forum, hvor projektets overordnede rammer og udvikling blev diskuteret.

I alle projekterne (undtagen Silkeborg) har vi foretaget kvalitativ journallæsning. Fokus har her været på det enkelte projekts skriftlighed samt konkrete brug af handleplaner og dokumentationssystemer.

Sidst men ikke mindst har vi indhentet skriftligt materiale fra de fire projekter. Det drejer sig om projektbeskrivelser, internt dokumentationsmateriale, informationsmateriale til brugere, rapporter, interne evalueringer, etc. Dette kan ses i litteraturlisten.

Beskrivelserne af indsatserne i kapitel 2 er baseret på deltagerobservationer, interview med ledere og behandlere. Beskrivelsen af de to fokusområder, brugerinddragelse og koordinering, i kapitel 3 er baseret på deltagerobservation, interview med behandlere, interview med eksterne samarbejdspartnere.

bejdspartnere, journallæsning, skriftligt materiale, og deltagelse i følgegruppemøder. Kapitel 4 er baseret på fokusgruppeinterview med behandlere, på deltagerobservation og ikke mindst på de interview med behandlere, der fokuserede på behandlingspraksis, arbejdsgange og -rutiner i projekterne, fokus i indsatserne, etc. Kapitel 5 er skrevet ud fra deltagerobservation i projekterne og interview med brugerne. Hvorvidt vores beskrivelser i kapitlerne er hentet fra interview, deltagerobservationer eller skriftligt materiale vil fremgå af teksten i de enkelte kapitler.

Vi har i rapporten anonymiseret alle udsagn fra både behandlere, brugere og eksterne samarbejdspartnere. Vi har dog, når vi citerer behandlere, skrevet hvor de kommer fra. Dette er gjort for at kunne henvise til bestemte indsatser eller for ikke at miste konkrete pointer i citatet. Alle citater er, som Hammersley & Atkinson (1997) anbefaler, redigerede både for at sikre anonymitet, men også for at klargøre den kontekst, citatet er taget ud af.

Kapitel 2. Indsatserne

I dette kapitel beskriver og kommenterer vi de indsatser, som har været fremtrædende i de fire delprojekter. Først beskriver vi overordnet indsatserne, som de generelt ser ud for de fire delprojekter, hvorefter vi mere detaljeret beskriver hvert af de fire delprojekter. Det fælles giver et overblik over, hvad der har været kendetegnet for forsøgsprojektet som helhed. De detaljerede beskrivelser af de enkelte delprojekter giver indblik i, hvad der netop i dét projekt har været satset på og hvorfor, ligesom vi i disse afsnit også vil fokusere på, hvordan processen i etableringen af indsatserne har været i delprojekterne.

I en tidligere rapport beskrev vi de indsatser, som delprojekterne havde satset på det første halvandet år af deres levetid (Asmussen et al. 2003). I nærværende rapport beskriver vi de indsatser, som har præget delprojekterne i det sidste halvandet år af deres levetid. Flere af indsatserne overlapper og har været en del af hverdagen i hele projektperioden, som fx værestedstilbuddet. I den tidligere rapport har vi ikke vurderet, hvor etablerede indsatserne var, eller om de hver især var udtryk for en udvidet indsats. Dette vil vi gøre i denne rapport.

I det følgende vil vi vurdere, hvorvidt en indsats har været etableret, delvist etableret eller sporadisk etableret i delprojekterne (se tabel 2.1). I tabel 2-6 bruger vi (E) for etableret, (D) for delvist etableret og (S) for sporadisk etableret. Vi mener, det er vigtigt at vurdere graden af etablering for at få et billede af, hvor tyngden i behandlingsindsatsen har ligget.

Tabel 2.1 Definition af etableret, delvist etableret og sporadisk etableret indsats

Etableret (E)	En indsats, der har fungeret kontinuerligt det sidste halvandet år og har berørt et stort antal brugere. Den har været velfungerende, hvormed menes, at den har været en integreret del af behandlingspraksis.
Delvist etableret (D)	En indsats, der har haft en vis form for kontinuitet og/eller har haft en del brugere involveret. Den har været delvist velfungerende, hvormed menes, at indsatsen har været delvist integreret i behandlingspraksis.
Sporadisk etableret (S)	En indsats, der enten ikke har fungeret kontinuerligt og/eller kun har involveret få brugere.

Vi vil ligeledes vurdere, hvorvidt de enkelte indsatser må anses for at være hhv. en udvidet eller en standard indsats. I tabel 2-6 bruger vi (s) for en standard og (U) for en udvidet indsats. Parametrene for at vurdere, hvorvidt en indsats er standard eller udvidet, er beskrevet i den første delrapport (Pedersen & Asmussen 2002). Kriterierne for standard behandling er baseret på ASI-interview med ca. 400 brugere i metadonbehandling. Nedenfor vil vi opsummere kriterierne for standard behandling, og i beskrivelserne af delprojekterne vil vi begrunde, hvorfor vi vurderer en indsats for hhv. at være standard eller udvidet. Eftersom den udvidede indsats, der har kendetegnet de fire delprojekter, også indeholder indsatser, der ikke er at finde i standardbehandlingen, er et par af indsatserne ikke beskrevet i den tidligere rapport. Derfor har vi udarbejdet standarder til disse kategorier, ofte kendetegnet ved, at de simpelthen ikke er til stede i standardbehandlingen.

Indsatserne - generelle kategorier

Beskrivelserne af indsatserne er baseret på kategorier, der kan anvendes i alle delprojekterne. Dette giver et fælles sprog for indsatserne, også selvom der kan være nuance-forskelle de enkelte delprojekter imellem. Nuancerne skriver vi frem i beskrivelsen af de enkelte projekter i afsnittene nedenfor. De kategorier, der er at finde i projekterne, er:

1. Støttekontaktperson-ordning
2. Tilgængelighed for rådgivning
3. Værested
4. Aktiviteter ud af huset
5. Brugermøder
6. Uddannelses- og beskæftigelsestilbud
7. Skriftlige mål for behandling
8. Monitorering
9. Terapeutiske samtaler
10. Sundhedsfaglige indsatser

I det følgende vil vi definere, hvad vi mener med disse kategorier og kommentere dem med cases, interviewcitater eller feltnoteuddrag.

1. Støttekontaktperson-ordning:

Kategorien støttekontaktperson kaldes fx for tovholderfunktion eller case management i projekterne. Støttekontaktpersonordning indeholder:

- Hjælp med kontakt til offentlige myndigheder (fx læge, hospital, kommune, retsvæsen)
- Bisidder for brugere i kontakten med offentlige myndigheder (fx hospital, kommune, retsvæsen)
- Hjælp til at 'få styr på eget liv' (fx økonomi, bolig, kontakt til familie)
- Bostøtte

Det at have en støttekontaktpersonordning er en udvidet indsats i sig selv, også selvom den kun er sporadisk etableret. I standardbehandlingen findes støttekontaktpersonordninger almindeligvis ikke. I kapitel 3 uddybes indholdet af støttekontaktperson-ordningen og det diskuteres, hvor forskelle og ligheder ligger i forhold til SKP-ordningen under psykiatrien (§ 80). Nedenstående citat peger på vigtigheden af at hjælpe brugeren med kontakt til offentlige myndigheder, da kontakten ellers ofte ikke bliver etableret.

Vi har fundet ud af, at vi er nødt til at gå med til egen læge, for det gør brugerne altså ikke selv, selvom de har en aftale. De gør de ikke ret tit i hvert fald. Og det tror jeg har meget at gøre med, at de ved, at lægen er ved at være meget træt af dem, fordi de har brændt ham af mange gange. Og det er lægerne også. De er meget trætte af dem. Men så når vi ringer og lægen siger: ”ja, men så skal han altså også komme, ellers så falder der brænde ned”. Så siger vi: ”jamen, vi tager med” (Behandler Århus).

Behandleren i citatet bliver på sin vis garant for at brugeren overholder indgåede aftaler.

2. Tilgængelighed for rådgivning:

Rådgivning er her defineret som kortere eller længere individuelle (ikke-terapeutiske) samtaler. Tilgængelighed for rådgivning indeholder:

- Aftalte strukturerede samtaler
- Spontane samtaler

For at en sådan rådgivning kan anses for at være udvidet, skal rådgivnings-samtaler foregå oftere end hver fjortende dag, og/eller over 50 % af brugerne skal hver fjortende dag have mulighed for en sådan samtale. I vores kategori har vi lagt mere vægt på tilgængeligheden for rådgivning end på, hvordan rådgivningen er organiseret eller har fundet sted. Det vigtige er, at indsatsen har været til stede i projektet, og at tilgængeligheden for rådgivning har været høj. Om det er aftalte eller spontane samtaler er sekundært. I

Jeg kommer faktisk hver dag og spiser morgenmad og spiser mig godt mæt. Så har jeg faktisk ikke brug for andet før end om aftenen. Og så kommer jeg, fordi jeg nyder at få snakket med nogen folk. Har jeg lidt små-problemer, jamen så har jeg stadigvæk 'gokkerne', jeg kan trække på. Selvfølgelig kan vi have vores lortedage, hvor tingene ikke går så godt. Men så får vi også at vide, hvis der er for meget. Tirsdag laver vi mad her, og jeg er en af dem, blandt fem mennesker, der skiftes til at lave mad. Der er en dejlig atmosfære her, der er glade mennesker. Og glade mennesker, de har som regel ikke andet end positivt og sige. Hvorimod hvis vi sammenligner med det sted, hvor jeg fik metadon før, der var der ikke glade miner. Der sad vi i en kantine og drak kaffe og ventede kun på at få stoffet, så vi kunne komme ud af døren, ned på havnen eventuelt og tage det, og købe af hinanden. Der var ikke noget, der hed sammenhold af nogen art. Her har vi fået et meget stort sammenhold, og vi hjælper hinanden utrolig meget. Det har noget at gøre med, vi kommer her sammen, vi har været af sted på ferie sammen og vi er blevet rystet sammen (Bruger Korsør).

Brugeren fortæller om, hvordan værestedet både dækker behov for samvær, giver vedkommende mulighed for at få noget at spise og få samtaler med de ansatte, hvis han har behov for det.

4. Aktiviteter ud af huset:

Vi har i den første delrapport ikke udarbejdet en standard for "aktiviteter ud af huset". Men aktiviteter ud af huset er:

- Dagsudflugter: museer, sommerland, fodbold
- Koloni/ferie med overnatning
- Svømmehal, fitnesscenter, biograf, etc.

Standard er, at der ikke foregår denne form for aktiviteter, og hvis der gør, er det i et begrænset omfang. Det er derfor en udvidet indsats, at disse aktiviteter foregår. Casen nedenfor er en beskrivelse af en tur til Skælskør med en medarbejder, Marie, seks brugere fra Sydvesten i Korsør og en af os fra CRF:

Marie (behandler) kører af sted med fire brugere. Først til 'kommunen', hvor to brugere skal hente deres penge. Derefter går turen videre til et pizza-sted i Skælskør. Henriette bliver sur, hun vil have bøfsandwich og det kan man ikke få dér. Hun vil spise på grillbaren overfor. Efter at maden er bestilt går jeg (medarbejder på CRF) sammen med Allan og Birgitte. Allan har en øl, som han åbner. De andre brugere snakker om, han skal skjule den. Birgitte siger, at de jo egentligt

gerne må drikke øl, når de er ude af huset, men at det nok er bedst, hvis han skjuler den. Marie ser det dog og kommenterer: ”nå, Allan, jeg har aldrig set dig drikke øl før.” Allan mumler, at det gør han af og til. Allan, Birgitte og Marie går hen til genbrugsbutikken, hvor Allan køber en hel pose tøj for en tyver. Bagefter sætter Birgitte og Marie sig ned til havnen og snakker. De diskuterer Birgittes kæresteproblemer. Marie kommer med henholdsvis råd og en opsang. Jens kommer ned til os – han kaster en sodavand i havnen, hvorfor Henriette resten af turen brokker sig over, at det var hendes, og at hun er tørstig. Så samles vi og kører videre til stranden, hvor vi skal se nogle gamle kanoner. Efter kort tid ’panikker’ Henriette over ikke at kunne finde sin medicin, som kæresten havde lagt i hendes taske. Alle hjælper med at lede. Marie prøver at ringe til kæresten, men får ikke fat i ham. Vi går videre langs stranden. Marie snakker med Michael. Han er bekymret for Henriette og vil gerne hjælpe hende. Marie råder ham til at lade Henriette være lidt, fordi det hverken hjælper ham eller hende, at han er så overbeskyttende. På tilbageturen (folk gad ikke gå helt ud til kanonerne, så vi vendte om) tror Henriette, at hun også har mistet sine penge, men fem minutter efter finder hun både penge og medicin, og så er hun glad. Vi kører videre og stopper ved strøget i Skælskør, hvor folk går ind i de forretninger, de har lyst til. Birgitte hjælper Jens med at købe en cowboyjakke, som han stolt viser frem til de andre. Allan og Marie er de første, som når ned til iskiosken. Efter et stykke tid råber Marie til de andre, at nu må de gerne snart komme. Mens vi sidder og spiser is, viser folk det frem, de har købt. Jens ser to tomme Underberger-flasker på jorden, som han samler op: ’de kan bruges til at lave en hashpipe’. Da Marie ser det, udbryder hun bestemt: ’hvad er det, du har der?’ Hun beder om en forklaring og han får lidt stammende fortalt, at det er nogle, han har samlet op fra fortovet. Marie tror på ham, og så taler de ikke mere om det. Klokken er blevet tre, og vi kører tilbage. Marie spørger, hvor folk vil sættes af (hos dem selv eller ved projektet). Birgitte spørger mig, om jeg tror, jeg kunne klare at have sådan et job som Marie. Bagefter siger Marie, at man kan blive ret træt i hovedet af at være på tur, fordi der hele tiden opstår små problemer, og fordi brugernes snak om pillemisbrug, røverier osv. godt kan være trættende at høre på i længden.

Casen viser, at en aktivitet ud af huset som en tur i omegnen ofte indebærer langt mere end selve turen. Der er plads til en behandler/bruger snak, en bruger tror hun har mistet sin medicin, der ændres planer undervejs, og der kontrolleres for, om regler som ingen indtag af alkohol, overholdes under turen.

5. Brugermøder:

Brugermøder som indsats er ikke udarbejdet som en standard i den tidligere rapport. Vi har her valgt at kalde kategorien for brugermøder, eftersom de fleste indsatser på dette område har karakter heraf. Brugermøder kan være organiseret som:

- Bestående af brugerrepræsentanter + personale
- Åbne for alle brugere + personale
- Udelukkende for brugere

I projekterne har denne form for indsats været betegnet som fx brugerforeninger, brugerråd, brugermøder, etc. Standard er, at denne form for møder generelt ikke foregår. Det er derfor en udvidet indsats i sig selv, at brugermøder foregår. I kapitel 3 diskuteres, hvordan vi kan forstå begrebet brugerinddragelse, og hvordan denne lovpligtige indsats har udfoldet sig i projekterne, især i arbejdet med handleplaner og i brugen af støttekontaktperson-ordninger.

6. Uddannelses- og beskæftigelsestilbud:

Kategorien uddannelses- og beskæftigelsestilbud indeholder:

- Højskole, daghøjskole.
- Korte kurser (fx IT, første hjælp)
- HF, VUC, AMU
- Jobtræning, aktivering
- Lønnet arbejde
- Frivilligt arbejde

Standard er, at ca. hver femte bruger indskrevet i standard metadonbehandling indenfor de sidste 14 dage har været i en eller anden form for beskæftigelse. En udvidet indsats er derfor, at mindst hver femte har været i arbejde de sidste 14 dage, og mindst hver tredje har været beskæftiget indenfor de sidste tre måneder. I forhold til uddannelsestilbud har 0 – 5 % af brugerne i standard metadonbehandling modtaget en eller anden form for uddannelse i løbet af de sidste 14 dage. En udvidet indsats er således, at mere end 5 % af et delprojekts brugere modtager en eller anden form for uddannelsestilbud.

7. Skriftlige mål for behandling:

Kategorien indebærer udelukkende skriftlige mål for behandling i forhold til brugeren. Skriftlige mål i forhold til selve projektet i form af fx behand-

lingsgrundlag eller kriterier for kvalitetsmål indgår ikke i denne kategori. Kategorien indeholder således:

- § 111 handleplaner og koordinering af disse mellem amt og kommuner
- Behandlingsplaner udarbejdet til brug i projektet
- Andre former for skriftlige planer, der er lavet med brugerne i projekterne

Standard er, at der findes en skriftlig behandlingsplan. En udvidet indsats er således, at behandlingsplanen jævnligt revideres. Behandlingsplanen skal også være anvendelig og indeholde en vis kvalitet. I forhold til § 111 handleplaner er standard, at der ikke finder nogen koordinering af disse steder mellem amt og kommune eller mellem misbrugscenter og socialforvaltning. En udvidet indsats er, at en sådan koordinering finder sted, inklusive en koordinering af misbrugscentrets egen behandlingsplan og planer fra andre dele af systemet (fx psykiatri, arbejdsmarkeds- og uddannelsesområdet, kriminalforsorgen). Interviewuddraget med en behandler fra København nedenfor er et eksempel på, hvordan handleplaner udarbejdes:

Handleplanen er lige blevet lagt ind i brugerjournalen her for to uger siden. Og der er blevet lavet brochurer til både medarbejdere og klienterne om, hvordan handleplanen kan gøres til et redskab både for de ansatte og klienterne. Jeg tror, det har været lidt underprioriteret i mange år den der handleplan. Men vi forsøger. Når de er blevet indskrevet hos os og har været igennem ASI, så er det faktisk noget af det første, jeg gør, at give dem en papirkopi af selve handleplanen, hvor de kan se spørgsmålene og forklarer dem lidt om, hvad det her arbejdsredskab går ud på. Og så over en periode på, jamen nogen gange er det 1 eller 2 samtaler, nogen gange er det 5 samtaler, sådan afhængig af hvem de er, og hvor de er henne i deres liv, og hvor gode de er til at kunne formulere ønsker for fremtiden. Og så forsøger jeg at få rådgivningscentret med, fordi det er dem, der har hele den økonomiske del.[...] Jeg synes det er rart at nå at få et møde med alle tre parter. Jeg har lavet forarbejdet sammen med klienten, og vi laver så et møde, hvor rådgivningscentret kommer med. Her kan klienten så sidde og forklare 'det her det vil jeg gerne, fordi bl.a. bl.a.', og så kan alle påtegne den. Det er det optimale. Det sker ind imellem, men det sker nok sjældnere, end jeg ønsker.

Citatet viser, hvordan § 111 handleplaner udarbejdes, eller i alt fald ønskes udarbejdet, i samarbejde med kommunen,. Ligesom behandleren forklarer, hvordan handleplanen kan bruges som værktøj i behandlingen.

8. Monitorering:

Med monitorering menes der, om projektet enten selv – eller på anden måde umiddelbart – har adgang til registrerede data på indskrevne brugere, og at disse data kan bruges som planlægningsværktøj i behandlingen, enten på en individuelt niveau i arbejdet med brugeren eller på et organisatorisk niveau til justering af indsatsen i projektet. Monitorering indebærer brug af hhv.:

- Standardiserede værktøjer (fx Europ-ASI)
- Ikke-standardiserede værktøjer

I standardbehandlingen registreres forskellige oplysninger på brugerne, men det er ikke almindeligt, at man umiddelbart kan køre statistik på oplysningerne, og dermed få et overblik over problematikker eller resurser på brugergruppen. Standard er med andre ord enten ingen eller meget sparsom anvendelse af monitorering som planlægningsværktøj. En udvidet indsats defineres derfor som en effektiv og nuanceret brug af monitorering. Det er kun monitorering med standardiserede værktøjer, som fx ASI, der kan regnes for en udvidet indsats. Citatet nedenfor viser, hvordan X-Felt bruger standardiserede værktøjer til monitorering:

Med hensyn til ASI og SF36 så får vi efter tre-måneders opfølgningen selve scoringen, ud og så laver vi denne scoring som et notat i selve brugerjournalen. Så rådgivningscentre kan følge med. Man kan jo så gå ind og se, har vedkommende bruger udfyldt det skema, og hvilken score er der kommet ud. Man kan også inddrage det i behandlingen sammen med brugeren. Vi har talt om måske at gøre det på en lidt bedre måde, en grafisk måde, i stedet for at sige, jamen du har jo en belastningsgrad på 0.25 i forhold til kriminalitet. I stedet kunne man grafisk vise det med nogle smileys eller et eller andet. Det arbejdes der på (Behandler København).

Citatet viser, hvordan X-Felt udvikler på at kunne bruge monitoreringsdelen også i selve behandlingsarbejdet med brugerne.

9. Terapeutiske behandlingsforløb:

Der er her tale om forløb, som er defineret som psykoterapeutiske, som har en tidsmæssig aftalt udstrækning (mindst 45 minutter), og som varetages af uddannede psykologer eller psykoterapeuter. Terapeutiske behandlingsforløb indeholder:

Indsatserne

- Individuelle samtaler
- Gruppesamtaler

I standardbehandlingen modtager 3-4 % et sådant tilbud. Hvis mere end 5 % tilbydes terapeutiske behandlingsforløb, kan det betragtes som en udvidet indsats.

10. Sundhedsfaglige indsatser:

Kategorien sundhedsfaglige indsatser indeholder indsatser som:

- Forskellige former for sundhedsundersøgelser
- Vaccination (Hep. B)
- Sundhedsoplysning, prævention
- Tilknyttet læge
- Tilknyttet sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent
- Akupunktur

Standard på denne indsats er vanskelig at vurdere af flere årsager. Først og fremmest er den vanskelig, fordi den jo strengt taget ikke er en psykosocial indsats, og vi har derfor ikke som til de andre indsatser en standard for, hvad det er og dermed for hvad vi kan kalde for udvidet indsats. Derudover falder en del af den sundhedsfaglige indsats sammen med indsatsen i støttekontaktperson-ordningen. Vi vil derfor ikke vurdere, hvorvidt denne indsats er en udvidet eller standard indsats, men udelukkende beskrive hvor etableret den har været i de fire projekter, og hvad den har bestået i mere detaljeret.

Indsatserne i forsøgsprojektet – et samlet overblik

Med anvendelse af de ovenfor beskrevne kategorier kan man i tabel 2.2 se de forskellige indsatser, som har været i de fire delprojekter. Indsatserne er, som sagt, vurderet i forhold til om de er etablerede (E), delvist etablerede (D), eller sporadisk etablerede (S) i det enkelte projekter. Og så er de vurderet i forhold til, om de kan betegnes som en udvidet (U) eller en standard (s) indsats.

Tabel 2.2 En samlet oversigt over indsatserne i de fire delprojekter

Indsatser overfor brugerne	Århus	Silkeborg	København	Korsør
Støttekontaktpersonordning	E U	E U	E U	E U
Tilgængelighed for rådgivning	E U	E U	E U	E U
Værested	E U	E U	S s	E U
Aktiviteter ud af huset	E U	D s/U	S s/U	E U
Brugermøder	S U	S U	S U	S U
Uddannelses- og beskæftigelses-tilbud	S s		S s	S s
Skriftlige mål for behandling	S s/U		E U	D U
Monitorering	S s		E U	
Terapeutiske samtaler			D U	
Sundhedsfaglige indsatser	E	D	E	E

I de følgende afsnit vil vi gennemgå de enkelte delprojekter. Vi vil beskrive, hvordan de enkelte indsatser har udfoldet sig i det enkelte projekt, hvordan processen har været, og hvad begrundelsen har været for at fokusere på bestemte indsatser.

X-Felt – Delprojektet i København

Antal brugere: 60

Antal medarbejdere: 9

Åbningstider: 9-14 på hverdage, lukket i weekenderne

Metadonudlevering: På apotek og i projektet

Projektperiode: 1. august 2002 – projektet kører stadig i foråret 2005

I dette afsnit vil vi beskrive mere detaljeret, hvordan indsatserne har formet sig for projekt X-Felt i København. I tabel 2.3 ses, hvilke indsatser der har været det sidste halvandet år, og hhv. hvor etablerede de har været, og om det har været en udvidet eller en standard indsats. Hvad der ligger i disse indsatser i X-Felt, vil vi gennemgå i det følgende

I den tidligere rapport fokuserede vi i beskrivelsen af projekt X-Felt også på projektets organisering i forhold til Københavns Kommunes misbrugsbehandling, på en beskrivelse af personalet, af brugergruppen og projektets lokaler, på metadonudlevering og på projektets idegrundlag for behandling (Asmussen et al. 2003:72-94). Vi både beskrev og diskuterede,

Indsatserne

hvad disse aspekter havde af betydning for netop dette projekt, og hvilke begrundelser der lå til grund for bestemte valg, som var truffet i forhold til behandlingsindsatsen i projektet. Som opfølgning på den tidligere rapport kan det nævnes, at X-Felt stadig er i de samme lokaler, at personalegruppen fagligt set ikke er forandret, om end der har været et par enkelte udskiftninger, at brugergruppen stadig visiteres tilfældigt fra rådgivningscentrene, og at organiseringen i forhold til misbrugsbehandlingen i Københavns Kommune ikke har forandret sig. Både metadonudlevering og dele af projektets idegrundlag for behandling uddybes i kapitel 4 om behandlingskultur. Her skal det blot siges, at metadonudleveringen har fordelt sig således, at ca. halvdelen henter deres metadon på apotek og resten i projektet. Metadonudleveringen i projektet foregår mellem 9-14, dvs. i hele åbningstiden. Begrundelserne for at også at udlevere metadon i projektet diskuteres i kapitel 4.

I X-Felt har man igennem hele projektperioden især fokuseret på individuelt rettede indsatser og på implementering af dokumentations- og monitoreringsredskaber til brug både i behandlingsarbejdet og til kvalitetsudvikling af projektet.

Tabel 2.3 Indsatserne i X-Felt, København

Indsatser overfor brugerne	København
Støttekontaktpersonordning	E U
Tilgængelighed for rådgivning	E U
Værested	S s
Aktiviteter ud af huset	S s/U
Brugermøder	S U
Uddannelses- og beskæftigelses-tilbud	S s
Skriftlige mål for behandling	E U
Monitorering	E U
Terapeutiske samtaler	D U
Sundhedsfaglige indsatser	E

De nok umiddelbart vigtigste indsatser overfor brugerne i X-Felt har været den individuelle rådgivning og case manager-funktionen, som ligger i kategorierne ”tilgængelighed for rådgivning” og ”støttekontaktperson-ordning” i tabel 2.3. Begge funktioner er både etablerede og udvidede indsatser.

Den individuelle rådgivning i X-Felt har primært været præget af strukturerede, aftalte samtaler hver 14. dag med brugeren. Samtalerne er strukturerede,

rede, fordi der før samtalen ligger en dagsorden, som både bruger og behandler har været med til at sætte, samt at der hver gang følges op på den sidste samtale, og på hvad hver især skulle arbejde med i mellemtiden. Samtalerne er aftalte, og tidsforbruget er ca. halvanden time inklusive journalskrivning. Derudover har behandlerne udfyldt Europ-ASI og SF36 med brugeren hver tredje måned. Europ-ASI interviewet er behandlerne begyndt at bruge også i behandlingsarbejdet ved at tale med brugeren om resultatet af ASI-interviewet ved den efterfølgende samtale. Hermed bliver resultaterne brugt direkte i behandlingsarbejdet til fx at fokusere mere på udvikling af sociale relationer, hvis det er der, brugeren har det sværest. Eller der kastes lys på emner, som brugeren ikke selv tager op, men som kan ses ud fra interviewresultatet (se også nedenfor om monitorering).

Alle behandlere i X-Felt er i løbet af projektperioden blevet uddannet i løsningsfokuseret behandlingsmetode, og samtalerne retter sig derfor ofte mod fremskridt og fremtiden, mod hvilke resurser brugerne besidder, hvilke mål der kan sættes for løsningen af dette eller hint, osv. Det har været et mål for X-Felt, at stedet tilbød samme form for behandling uanset hvilken behandler man fik tilbudt som ens primære behandler. Om metoden siger projektlederen:

[den] virker på nogen, på nogen virker den ikke, og der må man kunne være omstillingsparat og kunne tilbyde en anden metode. Der er nogle behandlere, der har taget metoden til sig og er blevet små eksperter og udvikler den, og så er der nogle, der ikke har taget den til sig, men som også bruger andre metoder og lidt deres personlighed, men de er stadig meget loyale overfor den løsningsfokuserede del (Projektleder København).

Den fælles metode, som behandlerne i X-Felt er uddannet i, og som var meningen skulle ligge til grund for den individuelle rådgivning i projektet, har dog kun bidt sig fast i nogle behandlere og ikke i andre. Derfor kan man sige, at den løsningsfokuserede metode ikke som sådan er blevet et fælles grundlag, men en af flere metoder, som bruges i behandlingsarbejdet i projektet. Fx er der behandlere, der har haft det svært med at være løsningsfokuserede i deres arbejde med brugerne i behandlingsarbejdet og samtidig skulle bruge Europ-ASI som et behandlingsredskab, der er kendetegnet ved at være problemorienteret og ikke hverken resurse- eller løsningsfokuseret. Derudover har det vist sig, at det ikke er alle brugere, der profiterer af denne metode. Der er klienter i projektet, der ikke er i stand til at fokusere på fremtiden, på løsning af bestemte problematikker, hele tiden at kunne vise fremskridt, etc. men som har mere brug for omsorg end den forandringsprægede behandlingsindsats. Derfor har X-Felt også arbejdet

med at kategorisere tre forskellige grupper af klienter, hvortil der stilles både forskellige krav og forskellige mål for behandling. En af disse grupper er de sværest belastede brugere, til hvem der i større grad tilbydes omsorg end behandling.

Alle individuelle rådgivende samtaler journalføres i den elektroniske brugerjournal. X-Felt har som mål, at 60 % af alle individuelle rådgivende samtaler afholdes som planlagt (Petersen 2005). Det skal dog understreges, at selvom X-Felt klart har lagt vægt på at afholde aftalte samtaler med brugerne, er der altid mulighed for at en bruger kan få en samtale med enten sin egen eller en anden behandler ud over de aftalte tider, hvis han eller hun ønsker det. Det skal også understreges, at ved udeblivelse fra samtale kontaktes brugeren af X-Felt, og at såfremt der ikke opnås kontakt inden for fem dage, bliver brugerens mulighed for at hente metadon på apotek inddraget og udlevering sker herefter i projektet. Begrundelsen herfor er:

Al medicinsk behandling forudsætter kontrol af, om behandlingen virker efter hensigten...Projekt X-Felt ønsker at minimere de formelle kontrolforanstaltninger samtidig med en maksimering af den relationelle kontrol med det formål at bedre og styrke behandlingsalliancen (Petersen 2005).

For X-Felt ligger den øgede psykosociale behandling især i den udvidede adgang til rådgivning og dermed i selve behandlingsalliancen mellem bruger og behandler. Hvordan dette foregår, og mere om metadonudlevering uddybes og diskuteres i kapitel 4.

En del af den individuelle rådgivning har ligeledes været at lave både behandlingsplaner og sociale handleplaner (§ 111 planer) med brugerne. Målet har været at 90 % af alle brugere har fået en behandlingsplan indenfor de første fire uger i projektet, og at 75 % af brugerne får fulgt op på denne plan hver tredje måned. Udarbejdelsen af de sociale handleplaner er foregået i samarbejde med det rådgivningscenter, hvorfra brugeren er visiteret, og hvor vedkommendes sociale behandler således sidder. Målet har været, at 75 % af alle brugere indskrevet i X-Felt i mere end to måneder har fået lavet en social handleplan. Både behandlingsplaner og sociale handleplaner dokumenteres i den elektroniske brugerjournal. I vores vurdering af indsatserne i projekterne ligger behandlingsplaner og sociale handleplaner i kategorien ”skriftlige mål for behandling”. Det arbejde, X-Felt har gjort i forhold til dette, er både en etableret og en udvidet indsats.

Den anden klare vægtning, som X-Felt har foretaget i behandlingsindsatsen, er sagsbehandling i form af det, vi har kaldt for ”støttekontaktperson-ordning” i vores vurdering af indsatserne. Funktionen er primært koordinerende. Det består både i at få koordineret de interne indsatser, der måtte

være over for en bruger fx vaccination, terapigruppe, behandlingsmøder, etc., og de eksterne behov for sagsbehandling, der kunne være omkring bolig, børn, kriminalitet, kriminalforsorg, rådgivningscentret, lokalcentre, psykiatri, eller hospitalsvæsen. Denne funktion er både en etableret og udvidet indsats i X-Felt. Man kunne tilføje, at X-Felts grundlæggende behandlingskoncept, der indebærer at brugerne primært får individuelle rådgivende samtaler, og at anden indsats i behandlingen kobles til allerede eksisterende tilbud i kommunen, kræver denne støttekontaktperson-funktion. I kapitel 3 findes mere detaljerede beskrivelser af støttekontaktperson-ordningen som metode i socialt arbejde.

I relation hertil skal det også nævnes, at man i starten af projektets levetid havde en forestilling om, at der skulle fokuseres meget på at få brugerne i beskæftigelse eller under uddannelse. Dette har vist sig at være meget mere vanskeligt end først antaget, både i forhold til brugergruppen, men også i forhold til selve arbejdsmarkedet. Derfor er beskæftigelses- og uddannelsesindsatsen kun sporadisk etableret i X-Felt, og der er ikke flere brugere i hverken beskæftigelse eller under uddannelse, end man kan finde i standardbehandlingen.

En anden etableret og udvidet indsats er dokumentations- og monitoreringsdelen i X-Felt. Denne del bliver dækket gennem interview med brugerne hver tredje måned, hvor de udfylder et Europ-ASI skema og et SF36 skema sammen med deres behandler, altså standardiserede værktøjer. Resultaterne af interviewene vedhæftes den elektroniske brugerjournal, men er kun tilgængelige for X-Felts medarbejdere. I starten af projektet blev disse redskaber primært brugt til dokumentation, men indenfor det sidste års tid er behandlerne især begyndt at bruge ASI-skemaet som et redskab i behandlingsarbejdet. Fx kan behandlerne udtrække resultaterne af flere ASI-interview på én bruger og præsentere disse i en grafisk, og dermed visuel, form. Dette kan så danne udgangspunkt for en samtale mellem bruger og behandler omkring, hvordan forløbet indtil videre har formet sig i behandlingen. Især den visuelle form har givet gode resultater i forhold til brugerne. Resultaterne af dette dokumentations- og monitoreringsarbejde bruges også til kvalitetsudvikling og som grundlag for en effektmåling, dvs. om behandlingen i X-Felt når de kvalitetsmål, der er sat for de enkelte indsatser. Resultaterne heraf er fx, at X-Felt har opdelt deres brugergruppe i tre kategorier, som beskrevet ovenfor, og at der er forskellige kvalitetsmål for de enkelte kategorier. Disse mål kan ses i Projektbeskrivelsen (2002) og skal derfor ikke refereres her, udover de enkelte der allerede indgår i teksten. Der har således løbende været diskuteret kvalitetsudvikling i projektet, og én erfaring hermed har været, at alle ansatte, og ikke kun ledelsen,

skulle inddrages i dette arbejde, for at dette arbejde kunne bundfældes og få en effekt i projektet.

Den sundhedsfaglige del af indsatsen i X-Felt er beskrevet i den tidligere rapport og har ikke forandret sig væsentligt (for detaljer se Asmussen et al. 2003:89-90). Her skal det kort siges, at det indebærer en fysisk udredning af brugerne ved indskrivning med bl.a. udfyldelse af SF36 og at få tilbud om at blive screenet for hiv og hepatitis A, B og C, samt at få tilbudt vaccination mod hepatitis B. Det indebærer tilbud til kvinderne om gynækologiske undersøgelser for at konstatere eventuelle underlivssygdomme eller forstadier til underlivskræft, om prævention fx i form af spiral eller depot-prævention, tilbud om gratis graviditetstest, udlevering af fortrydelsespiller, kondomer, etc. Den sundhedsfaglige indsats i X-Felt har været etableret gennem hele projektet.

Fra projektets start har X-Felt bevidst ikke ønsket at etablere et værested i forbindelse med behandlingen. Begrundelserne herfor er diskuteret i den tidligere rapport (Asmussen et al. 2003:82-87). Her skal det kort siges, at hovedbegrundelsen var og er, at X-Felt ønsker at normalisere metadonbehandling. De anser sig selv for katalysator i forhold til at integrere brugerne i de tilbud, der allerede findes (fx væresteder) og i ”normalsamfundet” i det hele taget. Deres holdning er, at det ikke er X-Felts opgave at lave det der allerede eksisterer, men at sørge for at brugerne benytter det allerede eksisterende. Derudover har X-Felt været opmærksomme på, at der ikke kom negative følgevirkninger i forhold til omgivelserne af, at mange brugere var samlet på et sted som fx salg og handel med stoffer, folk der fixer, volds-trusler eller lignende. Vi har trods dette vurderet, at værestedet har været sporadisk etableret i X-Felt (modsat ikke etableret), idet der har været et brugerrum, der har været adgang til en kop kaffe, og det har været muligt at opholde sig i kortere tid i forhallen i projektet, og at der i en periode af et år i løbet af de sidste halvandet år har været tilknyttet en aktivitetsmedarbejder, der fx har stået for en ugentlig maddag, kurser i syning og tegning/maling og bankospil. Alle er det forhold vi har defineret som en del af kategorien ”værested”. Det vil dog være mere korrekt at beskrive disse aktiviteter, som de er foregået i X-Felt, som væresteds-lignende funktioner end som et egentligt værested. Aktivitetsmedarbejderen er ansat med tilskud og derfor ikke en fast del i medarbejderstaben, ud over det år vedkommende er ansat.

Aktiviteter ud af huset har været sporadiske, men er foregået som fx picnic-, bowling- eller biografture eller udflugter til Zoologisk Have, Kongens Have eller Flakfortet. Igen har aktivitetsmedarbejderen gjort en del af dette arbejde de sidste halvandet år, men også de fastansatte behandlere har deltaget. Aktiviteter ud af huset er i forhold til de andre delprojekter spora-

diske, men alligevel et udtryk for en indsats der ligger mellem standard og udvidet. Det skal her nævnes, at X-Felt bevidst ikke har valgt at fokusere på denne form for indsats (for en uddybning se Asmussen et al. 2003:91), ligesom disse aktiviteter hænger sammen med brugermøder, idet det ofte er brugerne, der har taget initiativ til denne form for aktivitet. X-Felt har afsat et beløb årligt, som brugerne kan disponere over, og som bl.a. bruges til aktiviteter ud af huset. Brugermøder har i X-Felt foregået som hhv. BB-aftener (bruger/behandler-aftner), hvor brugere og behandler har spist sammen og snakket om og diskuteret forholdene på X-Felt. Ifølge lederen har der dog aldrig været de store ting, som brugerne har ytret sig om i forhold til behandlingen, idet de følte sig ret godt behandlet i X-Felt. X-Felt har flyttet bruger/behandler aftnerne til om eftermiddagen, for at flere af brugerne kunne deltage.

Terapeutiske samtaler har den ansatte psykolog i projektet taget sig af. Vedkommende har både haft enkelte brugere i individuelle terapiforløb og har haft en tilbagefaldsgruppe og en løsningsfokuseret terapigruppe. Det har dog vist sig, at især gruppeterapiforløbene har været svære at få til at køre, idet deltagerne i disse ikke dukkede regelmæssigt op. Tilbudene om disse gruppeforløb står dog åbne, og brugerne får lang snor i forhold til at deltage i dem. Denne indsats er derfor delvist etableret i X-Felt, men udvidet idet indsatsen er mere intensiv end i standardbehandlingen.

Sydvesten – Delprojektet i Korsør

Antal brugere: 28

Antal medarbejdere: 4

Åbningstider: Mandag, onsdag og fredag 8.30 – 11.00. Tirsdag 8.30-14. Torsdag 8.30 – 16.00. Lukket i weekenderne.

Metadonudlevering: I projektet

Projektperiode: 1. april 2002 – 31. december 2004.

I dette afsnit vil vi beskrive mere detaljeret, hvordan indsatserne har formet sig for Sydvesten i Korsør. I tabel 2.4 ses, hvilke indsatser der har været det sidste halvandet år og hhv. hvor etablerede de har været, og om det har været en udvidet eller en standard indsats. Hvad der ligger i disse indsatser i Sydvesten vil vi gennemgå i det følgende. Vi vil dog også henvise til den tidligere rapport, hvor flere af de indsatser, der har været i projektet gennem hele forløbet, også er detaljeret beskrevet (Asmussen et al. 2003:32-35).

I den tidligere rapport fokuserede vi i beskrivelsen af Sydvesten på projektets organisering i forhold til misbrugsbehandlingen i Vestsjællands

Indsatserne

Amt, på en beskrivelse af personalet, af brugergruppen og projektets lokaler, på metadonudlevering og på projektets idegrundlag for behandling (Asmussen et al. 2003:17-30). Vi både beskrev og diskuterede, hvad disse aspekter havde af betydning for netop dette projekt, og hvilke begrundelser der lå til grund for bestemte valg, som var truffet i forhold til behandlingsindsatsen i projektet. Som opfølgning på den tidligere rapport kan det nævnes, at Sydvesten i de sidste halvandet år af projektperioden var i de samme lokaler. Personalegruppen fagligt set ikke blev forandret, om end projektledelsen overgik fra at være intern i projektet og til at blive varetaget af afdelingslederen for Korsør Misbrugscenter, og man dermed blev en person mindre i personalegruppen. Dette har resten af personalegruppen selvfølgelig kunnet mærke, men ønskede ikke selv at der kom en ny leder i projektet, idet der var mindre end et år tilbage af projektperioden. Har der været brug for det, er der kommet en personale fra misbrugscentret i Korsør og hjulpet til i Sydvesten. Kriterierne for at deltage i projektet for brugerne er stadig de samme, nemlig minimum 10 års misbrug, over 30 år, socialt belastede og med mange behandlingstilbud bag sig, og organiseringen i forhold til misbrugsbehandlingen i Vestsjællands Amt har ikke forandret sig. Både metadonudlevering og projektets idegrundlag for behandling uddybes i kapitel 4 om behandlingskultur, men begge aspekter tager stadig udgangspunkt i det, som beskrives i den tidligere rapport.

Tabel 2.4 Indsatserne i Sydvesten, Korsør

Indsatser overfor brugerne	Korsør
Støttekontaktpersonordning	E U
Tilgængelighed for rådgivning	E U
Værested	E U
Aktiviteter ud af huset	E U
Brugermøder	S U
Uddannelses- og beskæftigelsestilbud	S s/U
Skriftlige mål for behandling	D U
Sundhedsfaglige indsatser	E

Indsatserne i Sydvesten har både været rettet mod gruppen af brugere (værestedet, aktiviteter ud af huset) og mod den enkelte bruger (rådgivning, handleplaner).

De fleste indsatser i Sydvesten er sket med udgangspunkt i værestedet, der er åbent fra kl. 8.30 til kl. 11.00 alle hverdage, undtagen tirsdag, hvor der er åbent til kl. 14.00, og hvor der laves varm mad til frokost i projektet.

Der serveres morgenmad alle dage, og værestedet bruges til snak og hygge, samt til at brugerne kan være et sted både før og efter udlevering af metadon. I værestedet er der såvel sofa-arrangement og café-borde som computere opstillet i det ene hjørne til fri afbenyttelse. Man kan også se fjernsyn eller læse medbragte aviser. I værestedets åbningstid er dørene åbne, og alle kan komme ind. Brugere er velkomne til at have gæster med, fx et familiemedlem eller en partner, der ikke er indskrevet i projektet. Der har også været mulighed for forskellige former for aktiviteter, som fx maling og tegning, eller forskellige former for spil. Det sidste år begyndte Sydvesten at have aftenåbent én gang om måneden, hvor der fx var fælles madlavning i huset eller blev arrangeret en aktivitet ud af huset. Værestedet i Sydvesten er både etableret og et udvidet tilbud.

Det er især ved at være i værestedet, at behandlere har skabt og fået kontakt til brugerne, og det er ligeledes denne situation, der har været gunstig for at lave rådgivende samtaler. Det har i Sydvesten primært været spontane samtaler, som behandlere har haft med brugerne, men de har været hyppige, og der har været en høj grad af tilgængelighed for brugerne til at komme i kontakt med behandlere. Samtalerne kan være kortere eller længere, og de kan foregå i caféen, eller hvis der var brug for mere privatitet på et af behandlernes kontorer. Denne indsats, der i vores kategori hedder ”tilgængelighed for rådgivning”, har både været etableret og udvidet i Sydvesten.

Den hyppige rådgivning har været kombineret med at støtte brugerne med kontakt til andre systemer. Det ligger i den indsats, vi har kaldt for støttekontaktperson-ordning. Det har især været i kontakten til fx læge eller tandlæge, at behandlere i Sydvesten har hjulpet brugerne. De er gået med i enkelte tilfælde, men brugerne har også klaret besøgene selv, efter kontakten er etableret og aftalerne er skabt. Det kan også være støtte til at møde op til hf-fag eller lignende aktivitet, som brugeren er involveret i, besøg på højskole eller hos brugere, der er flyttet til en anden kommune, men stadig i en periode holder kontakten til Sydvesten. Det kan være at koordinere hjemmehjælp eller hjælp til at få styr på økonomien. Især i arbejdet med handleplaner har behandlere i Sydvesten samarbejdet med den kommunale sagsbehandler (se nedenfor). Behandlere har også kørt rundt med metadon til brugere, der var syge eller af andre grunde var forhindrede i at kunne hente metadonen i projektet. Efter projektlederskiftet, hvor der blev en ansat mindre i personalegruppen, har det været nødvendigt at prioritere, hvilke udadrettede indsatser der skulle gøres i løbet af en dag, idet der altid skal være minimum to ansatte i projektet. Støttekontaktperson-ordningen i Sydvesten har som indsats været både etableret og udvidet.

Indsatsen for at få brugere i enten arbejde eller uddannelse har været sporadisk. Målgruppen i Sydvesten taget i betragtning er det måske ikke så sært. Indsatsen må derfor betragtes som standard om end enkelte brugere er startet i uddannelse, fx på højskole eller på et hf-kursus, ligesom enkelte brugere har været i aktivering. På trods af den sporadiske indsats må den betegnes som liggende et sted mellem standard og udvidet, brugergruppen taget i betragtning.

I det vi har kaldt for ”skriftlige mål for behandling” er det især § 111 handleplaner, som Sydvesten har arbejdet med. Allerede som en del af projektansøgningen indgik Sydvesten et samarbejde med Korsør og Skælskør Kommuner om at udvikle handleplaner for denne gruppe af misbrugere. I de første halvandet år af projektets levetid brugte Sydvesten tid på at etablere dette samarbejde med kommunerne, bl.a. ved at tilbyde uddannelse til de kommunale sagsbehandlere i hvad misbrug er og udvikle et redskab, der kunne bruges som basis for disse handleplaner. Dette samarbejde har været tilfredsstillende for begge parter, og erfaringerne er opsamlet i rapporten *Erfaringskatalog - Fælles handleplan* (2003). Alle brugere i Sydvesten har fået lavet en skriftlig handleplan. Ofte har møder omkring en brugers handleplan foregået enten i Sydvesten eller hjemme hos brugeren selv i stedet for på socialkontoret. Der har dog kun været ganske få brugere, der har fået en koordineret opfølgning på denne plan i projektperioden. Egentlige behandlingsplaner har Sydvesten ikke arbejdet med. Vi mener denne indsats derfor er en delvist etableret, men udvidet indsats i projektet. Det er et stort stykke arbejde, Sydvesten har lavet med at udvikle handleplaner, samarbejde med kommunen om det og få dem gennemført med den enkelte bruger, og det er det eneste projekt, der har taget så grundigt fat på dette arbejde. Hvordan dette arbejde med handleplaner i Sydvesten skaber mulighed for koordinering af forskellige systemers indsats overfor brugere uddybes i mere generelle diskussioner i kapitel 3.

Sydvesten har haft en ugentlig dag, torsdag fra kl. 11.00 – 16.00, hvor aktiviteter ud af huset kunne foregå. Der har været udflugter af forskellig art, fra ture i omegnen til fitness- eller svømmeture, og længere ture som fodboldkamp i Parken eller tur til Bon-Bon-land. Derudover har Sydvesten taget 8-10 brugere med på koloni to gange om året, dvs. seks gange i alt i projektperioden. Aktiviteter ud af huset er både etableret og udvidet i Sydvesten.

Der har været afprøvet forskellige former for det, vi kalder for ”brugermøder” i Sydvesten, fra brugerråd til husmøder. Men efter et par gange er de forskellige former for brugermøder faldet fra hinanden. Der har været vanskeligheder med at få folk til at dukke op, med at holde mødeformen med afsat tid, mødeleder, referent, osv. Som en behandler siger:

En helt almindelig ting som det, at der skal skrives referat, jamen dem der sad i brugerrådet var ikke særlig gode til at skrive. Så er det altså en krig bare at få lavet et referat (Behandler Korsør).

Disse vanskeligheder med at få etableret brugermøder som en kontinuerlig indsats er ikke unikke for Sydvesten. Det er parallelle erfaringer, der ligger i de andre tre delprojekter, og andre undersøgelser viser samme problematikker og dilemmaer i metadonbehandlingen (fx Jöhncke 1997, 1999-2000, Pedersen 2002). Dette diskuteres mere generelt i kapitel 3 om brugerinddragelse. Der har i de sidste halvandet år ikke været noget formelt forum i Sydvesten for brugermøder, men brugerne tages med på råd i forhold til, hvilke aktiviteter der skal foregå om torsdagen, brugerne bestemmer, hvad der skal spises, og køber selv ind til morgenmad og tirsdagsfrokost, osv. Selvom det ikke altid er de samme brugere, der foreslår enten menu til frokosten eller en bestemt udflugt, som rent faktisk deltager i disse aktiviteter, beretter behandlerne, at det faktisk fungerer. Brugermøder er således en sporadisk etableret indsats i Sydvesten, men den er udvidet af flere årsager. I standardbehandlingen gøres der almindeligvis ikke dette store stykke arbejde for at afprøve forskellige måder at etablere brugermøder på, ligesom den mere uformelle tilgang, som Sydvesten så bruger til at inddrage brugerne i forskellige indsatser, kan lade sig gøre især pga. værestedet, hvor brugere og behandlere har denne uformelle kontakt.

Den sundhedsfaglige kompetence har været i projektet via en lægekonsulent, der kommer i projektet én dag om ugen, social- og sundhedsassistenten, der var ansat på fuld tid, og den tidligere leder, der var sygeplejerske. Lægekonsulenten har fast deltaget i behandlingsmøderne i Sydvesten. Den sundhedsfaglige indsats har bestået af sygepleje, især i forhold til injektionsskader med behandling af fx bylder og sår, som social- og sundhedsassistenten har stået for. Brugerne har fået tilbudt at få taget blodprøver med henblik på at screene for Hepatitis A, B og C samt hiv. Lægekonsulenten har derudover i en vis udstrækning hjulpet brugerne med mindre lægefaglige ting, som fx behandlet mindre infektioner (fx halsbetændelse) eller udskrevet recept til p-piller, således at brugerne kunne undgå et besøg hos egen praktiserende læge. Vedkommende har ligeledes vaccineret mod hepatitis B, været på hjemmebesøg, forestået akutte og planlagte indlæggelser, lavet helbredsundersøgelser i forbindelse med en bruger har søgt om pension, etc. Og derudover har lægekonsulenten på lige fod med det andet personale deltaget i Sydvestens omsorgs- og relationsskabende arbejde, selvom han kun har været der en dag om ugen. Den sundhedsfaglige indsats i Sydvesten må betegnes som en etableret indsats.

Subprojektet – Delprojektet i Silkeborg

Antal brugere: 11

Antal ansatte: 2

Åbningstider: Mandag, onsdag, torsdag 10.00 – 15.00, fredag 10.00 – 13.00

Metadonudlevering: På apotek, projektet og metadon klinik

Projektperiode: 1. februar 2002 – 1. februar 2005

I dette afsnit vil vi beskrive mere detaljeret, hvordan indsatserne har formet sig for Subprojektet. I tabel 2.5 ses, hvilke indsatser der har været det sidste halvandet år, hvor etablerede de har været, og hvorvidt der har været tale om udvidede eller standard indsatser. Hvad der ligger i disse indsatser i Subprojektet vil vi gennemgå i det følgende

I den tidligere rapport fokuserede vi i beskrivelsen af Subprojektet på projektets organisering i forhold til Århus Amts Misbrugscenter, på en beskrivelse af personalet, af brugergruppen og projektets lokaler, på metadonudlevering og på projektets idegrundlag for behandling (Asmussen et al. 2003:38-53). Vi både beskrev og diskuterede, hvad disse aspekter havde af betydning for netop dette projekt, og hvilke begrundelser der lå til grund for bestemte valg, som var truffet i forhold til behandlingsindsatsen i projektet. Som opfølgning på den tidligere rapport kan det nævnes, at Subprojektet stadig er i de samme lokaler, at personalegruppen er blevet reduceret med en 20 timers stilling, idet der ikke længere bruges projektmidler til at betale en sygeplejerske, og at brugergruppen stort set har været den samme.

Subprojektets kerneindsatser er værestedstilbudet med stor grad af tilgængelighed for spontane samtaler samt den støttekontaktperson-lignende indsats.

Tabel 2.5 Indsatserne i Subprojektet, Silkeborg

Indsatser overfor brugerne	Silkeborg
Støttekontaktpersonordning (herunder hjemme-hos ordning)	E U
Tilgængelighed for rådgivning	E U
Værested	E U
Aktiviteter ud af huset	D s/U
Brugermøder	S U
Sundhedsfaglige indsatser	D

En væsentlig indsats i Subprojektet er tilbudet om et værested. I Silkeborgprojektet har man fra starten vurderet, at værestedet var det rette udgangspunkt for at arbejde med projektets brugere og fastholde dem i behandling.

Dette skal ses i sammenhæng med, at man i Subprojektet har en bruger-sammensætning, der på visse punkter må beskrives som svært belastede, bl.a. hvad angår deres psykiske tilstand. I første del af projektet har man forsøgt sig med diverse aktivitetsrettede tilbud knyttet til værestedet, men de ansatte vurderede, at deres brugere kun i meget begrænset omfang profiterede heraf. På værestedet er der et fælleslokale med et stort bord, hvor ansatte og brugere sidder sammen og snakker og drikker kaffe. I starten af projektet benyttede brugerne kun værestedet af og til. Men indenfor specielt det sidste halvandet år af projektets levetid, har tilslutningen været stabil, og brugerne har i øget grad udtrykt deres tilfredshed ved at bruge værestedet. Der er et tilstødende tv-rum, og der er et rum med computere med internet-opkobling. På projektet er der mulighed for at få morgenmad, og i det sidste ca. halvandet år har man haft tilknyttet en 'madmor' (projektets egen betegnelse), der, udover at varetage en del praktiske opgaver, har lavet varm mad til brugerne to gange ugentligt (denne person har dels arbejdet frivilligt, dels i jobtilbud). Værestedet er i Subprojektet en etableret indsats, og den er udvidet i forhold til standardbehandling.

På samme adresse som Subprojektet ligger et aktivitetssted for stofmisbrugere: Kultur-X. I starten af projektet adskilte man de to institutioner, men da det både var en meget kunstig opdeling set med brugernes øjne og en undertiden dårlig udnyttelse af personaleresurser, har man i sidste 2 år af projektet i stigende grad intensiveret samarbejdet. Der er ikke tale om en decideret sammenlægning. Subprojektets brugere nyder visse fordele i forhold til brugerne på Kultur-X. Vigtigst er, at de har deres primærbehandlere (kontaktpersoner) på projektet, at der er en større tilgængelighed også tidsmæssigt til ens behandler, samt at man kan være 'hjemme-hos'er' (se nedenfor).

Værestedet i Subprojektet danner for brugerne rammen om socialt samvær og tilbyder hermed den enkelte bruger et alternativ til ensomheden. Herudover tager en stor del af de ansattes behandlararbejde udgangspunkt i samværet i værestedet. Hver bruger har tilknyttet en kontaktperson. De ansatte har dog valgt bevidst ikke at operere med faste aftalte tidspunkter for de motiverende behandlersamtaler. Man har skønnet, at brugere kun sjældent ville kunne overholde sådanne skemalagte samtaler, og man har ønsket at spare dem for de nederlag, som en misligholdelse af planlagte aftaler ville give. I stedet tilbydes spontane samtaler. Brugere kan komme i værestedet og præsentere deres kontaktperson for de problemer, de står med. Skønner kontaktpersonen, at problemerne er af en mere privat karakter, forslår de at fortsætte samtalen på kontoret. Der er således en stor grad af tilgængelighed for spontane samtaler og rådgivning på Subprojektet, med fokus på de problematikker den enkelte bruger finder relevant. Denne

indsats er derfor udvidet i forhold til standardbehandlingen, og den udgør en etableret del af projektets indsatser.

I forlængelse heraf eksisterer en anden central og etableret indsats på Subprojektet, et støttekontaktperson-lignende tilbud. Udover motiverende og afklarende samtaler bruger projektets ansatte en del tid ude af huset sammen med eller på vegne af deres brugere. Selv skønner personalet, at omkring 50 % af deres arbejde ligger uden for projektets lokaler. Man følger fx brugerne til tandlæge, læge, og til samtaler på kommunen, og man tilbyder at hjælpe med fx flytning og indkøb i det omfang, brugeren har ønsker herom, eller i det omfang man finder det hensigtsmæssigt. Støttekontaktperson arbejdet består også i at hjælpe brugeren med relevant kontakt til fx offentlige myndigheder, huske den enkelte bruger på indgåede aftaler, samt lære brugeren adækvat opførsel i forhold til fx offentlige myndigheder.

På Subprojektet har man en 'hjemme-hos' ordning, der sammen med støttekontaktperson-arbejdet og værestedstilbuddet er de vigtigste indsatsområder i projektet. Ordningen består i, at man kan være tilknyttet projektet uden at komme i projektets lokaler. Nogle brugere har valgt dette i perioder, andre har valgt det i hele projektperioden. I gennemsnit er det ca. halvdelen af brugerne, der benytter sig af denne ordning. Kontaktpersonerne holder kontakten til disse brugere. Dette sker telefonisk og ved besøg, hvor man yder omsorg, tilbyder samtaler og hjælper med praktiske gøremål. Til én bruger kører man ud med metadon to gange ugentligt. De ansatte skønner, at de er i kontakt med disse brugere mindst en gang pr. uge. 'Hjemme-hos'erne kan have valgt denne ordning, enten fordi de ikke ønsker at tilbringe deres tid med andre stofmisbrugere i værestedet, eller fordi de er så psykisk dårligt fungerende, at de ikke magter socialt samvær. Det støttekontaktperson-lignende tilbud er udvidet i forhold til standardbehandling, hvor denne type indsatser er sjældne.

I hele projektperioden har man i Subprojektet tilbudt brugerne diverse aktiviteter ud af huset. I starten forsøgte man sig med sådanne udflugter en gang ugentligt, men da opbakningen var ret så svingende og undertiden meget svag, er dette tilbud gledet noget i baggrunden. I det sidste halvandet års tid har man i stedet for små-ekskursioner satset mere på færre, men længere udflugter med overnatning. Brugere har således været i Jesperhus Blomsterpark med overnatning. Til trods for at denne indsats har været fraværende i perioder og må ses som delvis etableret, anser de ansatte det stadig som et vigtigt tilbud i forhold til at normalisere brugernes liv. Og det, at tilbudet er der, i det hele taget må vurderes som udvidet i forhold til standardbehandling.

På Subprojektet har brugerne haft mulighed for brugerindflydelse via brugermøder formelt set en gang om måneden, men siden august 2004 hver 14. dag. På møderne har de ansatte informeret brugerne om udviklingen i projektet, man har diskuteret husregler, og det har til tider været det forum, hvor aktiviteter ud af huset er blevet besluttet. Møderne har dog kun været afholdt i visse perioder, og brugermøderne må beskrives som en sporadisk etableret indsats. I og med at der i standardbehandling generelt ikke eksisterer brugerråd, må Substitutionsprojektets forsøg på at etablere sådanne råd og projektets afholdelse af brugermøder dog ses som en udvidet indsats. Generelt har det været svært at motivere brugerne til at engagere sig (se endvidere kapitel 5), dog har der indenfor det sidste halve års tid i andet regi opstartet en brugerforening, som ca. halvdelen af projektets brugere har involveret sig i.

På Subprojektet i Silkeborg har man haft ansat en sygeplejerske i 20 timer i den første halvdel af projektperioden. Sygeplejersken har dog ikke været direkte tilknyttet projektet, men arbejdede i Metadonklinikken (hørende under Århus Amts Misbrugscenter) med at udlevere metadon. Til frustration for projektets ansatte har man derfor ikke haft en etableret sundhedsrettet indsats i projektet. Det sidste års tid har man dog gjort brug af en gadesygeplejerske, en stilling der er blevet oprettet som et forsøgsprojekt under Socialministeriet og igangsat af Århus Amts Misbrugscenter og Kirkens Korshær. Gadesygeplejersken kommer nu i projektet to gange ugentligt og hjælper brugerne med eventuelle sundhedsmæssige problemer samt med at koordinere eventuelle indsatser overfor det eksisterende sundhedssystem. Derudover har de ansatte i Subprojektet samarbejdet med en ansat på Århus Amts Misbrugscenter og en ekstern psykolog med henblik på at kortlægge brugernes psykiske problemer. I forlængelse heraf har man i det daglige behandlingsarbejde lagt energi i at få flere af brugerne i kontakt med det psykiatriske system, bl.a. ved at gøre brug af en psykiater, der er tilknyttet Århus Amts Misbrugscenter. Man har dog oplevet, at det psykiatriske system ikke i tilstrækkelig grad har været gearret til at modtage projektets brugere.

Substitutionsprojektet i Århus

Antal brugere: 30

Antal ansatte: 6

Åbningstider: 8-14 (tirsdag 8-12)

Metadonudlevering: I projektet

Projektperiode: April 2002 – april 2005

Indsatserne

I dette afsnit vil vi beskrive mere detaljeret, hvordan indsatserne har formet sig for Substitutionsprojektet i Århus. I tabel 2.6 ses, hvilke indsatser der har været det sidste halvandet år, hvor etablerede de har været, og hvorvidt der har været tale om udvidede eller standard indsatser. Hvad der ligger i disse indsatser i Substitutionsprojektet i Århus vil vi gennemgå i det følgende

I den tidligere rapport fokuserede vi i beskrivelsen af Substitutionsprojektet i Århus på projektets organisering i forhold til Århus Amts Misbrugscenter samt Århus Kommune, på en beskrivelse af personalet, af brugergruppen og projektets lokaler, på metadonudlevering og på projektets idegrundlag for behandling (Asmussen et al. 2003:53-71). Vi både beskrev og diskuterede, hvad disse aspekter havde af betydning for netop dette projekt, og hvilke begrundelser der lå til grund for bestemte valg, som var truffet i forhold til behandlingsindsatsen i projektet. Som opfølgning på den tidligere rapport kan nævnes, at Substitutionsprojektet i Århus har flyttet lokaler, at personalegruppen fagligt set ikke er forandret, om end der har været en enkelt udskiftning, at brugergruppen er steget fra 20 til 30, og at brugere stadig visiteres i samarbejde med Social-Medicinsk Klinik i forsøget på at indskrive de mest belastede stofmisbrugere.

Kerneindsatserne i Substitutionsprojektet i Århus er en støttekontaktperson-rettet indsats, tilbuddet om værested med stor grad af tilgængelighed for spontane samtaler samt en sundhedsfaglig indsats.

Tabel 2.6 Indsatserne i Substitutionsprojektet i Århus

Indsatser overfor brugerne	Århus
Støttekontaktperson-ordning	E U
Tilgængelighed for rådgivning	E U
Værested	E U
Aktiviteter ud af huset	E U
Brugermøder	S U
Uddannelses- og beskæftigelses-tilbud	S s
Skriftlige mål for behandling	S s/U
Monitorering	S s
Sundhedsfaglige indsatser	E

Ca. midtvejs i projektperioden flyttede Substitutionsprojektet i Århus til nye og større lokaler. Samtidig blev antallet af indskrevne brugere forøget fra 20 til 30. Selve flytningen tog en del tid, både mentalt og praktisk, og

ifølge projektlederen blev projektudviklingen sat noget i stå i denne periode, men efterfølgende har alle været enige om, at det gav projektet et gevaldigt løft. Brugere er ikke længere presset sammen på få kvadratmeter, støjniveauet er mærkbart reduceret (eftersom de oprindelige lokaler lå direkte ud til en stor vej med tung trafik), der er mulighed for flere aktiviteter, og sygeplejerskerne samt behandlere råder over kontorer, hvilket muliggør journalskrivning, akupunktur, individuelle behandlersamtaler, samt separate lokaler til metadonudlevering og sygepleje. De projektansatte kunne have ønsket, at de fra starten havde rådet over disse bedre lokalefaciliteter.

Døren til Substitutionsprojektet i Århus er altid låst, man ringer på, og en ansat eller en bruger åbner. Der er i gangen små opbevaringsrum med nøgle i til fri afbenyttelse for brugerne. Selve værestedet består af et ca. 150 km² stort lokale, der er delvist delt af en gipsvæg, som nogle brugere har været med til at sætte op, så der i den ene ende er et mindre rum, man kan trække sig tilbage til. Resten af værestedet består af caféborde og stole, et integreret køkken, samt et hjørne med en computer med internet-adgang. Stødende op til værestedet er der et mindre brugerrum med computer, og bagved er der et værksted samt en lille gårdhave, hvor der bliver grillet om sommeren. Stedet råder endvidere over en vaskemaskine. Projektet har åbent fra 8-14 (tirsdag 8-12). Man har i perioder søgt at begrænse metadonudleveringen til om formiddagen, men har ikke håndhævet det, bl.a. fordi nogle af brugerne sætter pris på at komme lidt før lukketid og hermed undgå det sociale fællesskab i fællesrummet, der ofte toner ud omkring kl. 12.

Der er altid tilbud om kaffe og brød/morgenmad, og efter aftale med de ansatte kan brugerne selv stå for indkøb, hvis de ser behov for det. En gang ugentligt arrangeres der fællesspisning, som oftest i forbindelse med fællesmøde.

I projektets værested er der mulighed for aktiviteter som at male og arbejde i værksted. Endvidere har man (brugere og ansatte) arrangeret foredrag med fokus på misbrugsproblematikker, og fra marts 2004 har man tilbudt undervisningsaktiviteter i projektets lokaler målrettet mod stedets brugere. Der har været undervist i musik, pc-brug, motion, video og maling. Endelig danner projektets værestedstilbud rammen om brugernes sociale kontakt med hinanden.

Værestedet i Substitutionsprojektet i Århus er efterhånden blevet etableret som en fast del af indsatserne og har fundet en form, som både brugere og ansatte er tilfredse med. Processen med at skabe et værestedstilbud har dog været præget af et dilemma. De ansatte ønskede fra starten af ikke at tilbyde et værested, men et aktivitetssted. Brugernes brug af projektet skul-

le således være præget af målrettede aktiviteter, gerne rettet ud af huset. Brugerne ville det dog anderledes, de ønskede primært et sted, hvor de kunne komme og snakke med hinanden og deres kontaktperson, drikke kaffe, få lidt mad og ikke være forpligtet til aktiviteter. I kapitel 5 diskuterer vi, hvordan et sådant, umiddelbart passivt brug af et værestedstilbud for mange stofmisbrugere faktisk kan repræsentere et afbræk til hverdagens hektiske liv. Inden for det sidste års tid har de projektansatte i stigende grad accepteret, at brug af projektets værested ikke behøver indbefatte aktiviteter, og de har også vurderet, at den uformelle kontinuerlige kontakt, som brugerne har til hinanden og ikke mindst til de ansatte, har en stor behandlingsmæssig værdi. De skønner endvidere, at denne kontakt med den store grad af tilgængelighed til de ansatte kan være udgangspunkt for en mere målrettet social indsats. Sammenlagt kan vi derfor konkludere, at værestedstilbudet i Substitutionsprojektet i Århus er etableret, og at der er tale om et udvidet tilbud i forhold til standardbehandling.

I projektets værested er der altid mulighed for kontakt til en af de ansatte behandlere. Det kan være uforpligtigende snak, og det kan være mere personlige motiverende eller udredende samtaler. Hvis en behandler og/eller bruger skønner, at det er rarest at tale videre under fire øjne, kan de trække sig tilbage til et af kontorerne. De fleste samtaler opstår i situationen og er ikke aftalte/planlagte. Alle brugere har tilknyttet en kontaktperson blandt behandlerne (samt en kontaktperson blandt det sundhedsfaglige personale). Og det er primært kontaktpersonen, der har den mere behandlingsmæssige kontakt til den enkelte bruger. Der er på Substitutionsprojektet forholdsvis få journaliserede rådgivende samtaler, men vores feltobservationer vidner om, at spontane samtaler finder sted kontinuerligt. På Substitutionsprojektet er der således tale om en udvidet grad af tilgængelighed for motiverende og rådgivende samtaler, og der er tale om en udvidet indsats. Journalerne vidner således mere om manglende skriftlighed end om manglende samtaler. Kontaktpersonerne fortæller i denne sammenhæng, at de med de fleste af deres brugere ikke opererer med skriftlige, men med mundtlige handleplaner indeholdende de mål, man gensidigt arbejder hen imod.

En stor del af både behandlernes og det sundhedsfaglige personales arbejde kan kategoriseres som en støttekontaktperson-lignende indsats. I samråd med kontaktpersonen vurderes, hvilke af brugerens problemer det er relevant at arbejde med, det kan både være problemer, som kan løses her og nu, fx hjælp til at aftale tid hos en tandlæge, eller det kan være problemer, der kræver en mere langsigtet indsats, fx hjælp til bolig (bevarelse eller erhvervelse) eller forhøjet pension. Den støttekontaktperson-lignende indsats er på Substitutionsprojektet i løbet af projektperioden i stigende

grad blevet defineret af de ansatte som værende den mest centrale indsats, dvs. den indsats som bedst muligt sikrer en helhedsorienteret behandlingsindsats, hvilket er projektets eksplicite mål. Specielt er der blevet satset på de aspekter af støttekontaktperson-indsatsen, hvor kontaktpersonen hjælper brugeren med at få styr på et ofte kaotisk liv (økonomi, bolig, netværk), og de aspekter, hvor kontaktpersonen fungerer som tovholder i forhold til det omgivende samfund (se næste kapitel). En stor del af projektets sundhedsfaglige indsats kan ses som hørende hjemme under det støttekontaktperson-lignende arbejde. Det sundhedsfaglige personale skønner selv, at de bruger ca. 40 % af deres tid ude af huset. De følger deres brugere til læge, hospital, tandlæge, men også til andre ikke sundhedsrelaterede instanser. Det sundhedsfaglige personale og det socialpædagogiske personales støttekontaktperson-relaterede arbejde er således overlappende. Den støttekontaktperson-lignende indsats er på projektet en etableret indsats integreret i de ansattes behandlingspraksis, og i forhold til standardbehandlingen, hvor denne type indsats kun sjældent finder sted og ikke i nær det omfang som på Substitutionsprojektet i Århus, må den betegnes som udvidet.

Substitutionsprojektet tilbyder også brugerne aktiviteter ud af huset. Gennem fællesmødet har brugerne mulighed for at få indflydelse på udflugtsmål: oplevelsesparker, museer, biograf, osv. Udgifterne til disse udflugter afholdes af Substitutionsprojektet, og der er altid deltagelse fra en eller flere af de ansatte. Disse aktiviteter har pågået kontinuerligt i projektperioden og er en etableret indsats; indsatsen er endvidere udvidet, i standardbehandlingen eksisterer denne type ekskursions-lignende aktiviteter sjældent.

I starten af projektperioden forsøgte man at få brugerne engageret i forskellige uddannelses- og beskæftigelsestilbud, fx pc-kurser, erhvervstræningsskolen, og førstehjælpskurser. Denne indsats er dog i dag stærkt nedtonet og sporadisk etableret, og den kan ikke betragtes som udvidet i forhold til standardbehandling.

På Substitutionsprojektet er der løbende blevet afholdt brugermøder. Med skiftende deltagelse har det været et forum, hvori brugerne blev informeret om udviklingen i projektet, hvor man har snakket om regler for opførsel, og hvor den enkelte bruger har haft mulighed for at få indflydelse på udvalgte områder af Substitutionsprojektets hverdag; primært aktivitets- og ekskursionsområdet. Brugermøderne er blevet afholdt stort set gennem hele projektperioden, men med meget skiftende opbakning. Set i forhold til de andre projekter har brugermøderne på Substitutionsprojektet i Århus være afholdt kontinuerligt, og denne indsats må betegnes som mere etableret på dette projekt. Når vi alligevel vurderer den til at være en sporadisk indsats, skyldes det den svingende og til tider begrænsede opbakning fra bru-

gernes side. I og med at der i standardbehandling generelt ikke eksisterer brugerråd eller brugermøder, må Substitutionsprojektets forsøg på at etablere sådanne råd og projektets afholdelsen af brugermøder ses som en udvidet indsats.

I projektet har man arbejdet med at dokumentere projektets indsatser. Hensigten har været for det første, at de ansatte i fællesskab skulle udarbejde fælles og eksplicite mål for behandlingsarbejdet i projektet, målene er blevet defineret som at sætte ind i forhold til økonomi, netværk/adfærd, aktiviteter, bolig, helbred, og misbrug. For det andet og i forlængelse heraf at udvikle et computerbaseret dokumentations- og journaliseringssystem, der endvidere skulle kunne fungere som arbejdsredskab i det daglige behandlingsarbejde, samt fungere som evalueringsredskab i forhold til at vurdere målopfyldelse. Endelig har man haft ansat en dokumentationsmedarbejder svarende til otte timer i 46 uger. Vedkommende har løbende hjulpet brugere og ansatte til eksplicit at vurdere og udvide forståelsen for hinandens perspektiver (bl.a. gennem tilbagevendende dialogmøder), fastholde både brugere og ansatte på mål og arbejdsopgaver, samt forestå en intern kvalitativ forløbsbeskrivelse af udviklingen i stedets indsatser (se Bjerger 2005). Det skriftlige dokumentationssystem har taget en del tid at få til at fungere, og har ifølge projektlederen kun fungeret tilfredsstillende siden årsskiftet 2004. Vores data peger på, at de ansatte bruger systemet på en noget forskellig måde, samt at det pædagogiske personale ikke systematisk journaliserer i dokumentationssystemet efter brugerkontakt. Systemet inkluderer endvidere ikke skriftlige handleplaner. Dokumentationssystemet må derfor betegnes som en sporadisk etableret indsats og kan ikke betragtes som et standardiseret monitoreringssystem, hvorfor denne indsats må betegnes som standard, idet vi også i standardbehandlingen finder ikke-standardiserede monitoreringssystemer (bemærk de to forskellige brug af begrebet standard). Projektets skriftlige mål for behandling overfor den enkelte bruger er ligeledes sporadisk etablerede. Generelt må det øgede fokus på det skriftlige arbejde i projektet ses som en delvist udvidet indsats, når man sammenligner med standard metadonbehandling.

Den sundhedsfaglige satsning på Substitutionsprojektet i Århus har ifølge projektets leder udviklet sig til at være en kerneydelse. Dette er sket, efterhånden som man i projektet vurderede, at en sundhedsfaglig indsats var et område, hvor projektet for alvor kunne gøre en forskel i forhold til den enkelte bruger. Dette skal også ses i sammenhæng med, at to af projektets seks ansatte er sygeplejersker. Projektet har engageret læger fra Sociallægeinstitutionen i Århus til at forestå en sundhedsfaglig udredning af hver enkelt bruger ved indskrivning. Denne udredning har det sundhedsfaglige personale efterfølgende brugt til at målrette deres indsats. På ca. 75 % af

brugerne er der efter halvandet-to år lavet en opfølgning, for at man herved kunne vurdere om den sundhedsfaglige indsats har båret frugt og for at målrette fremtidigt arbejde. Substitutionsprojektet har også foranlediget, at en stor del af deres brugere gentagne gange har fået målt deres levertal i forhold til alkohol samt løbende fået kontrolleret hepatitisstatus på Skejby Sygehus' Q-ambulatorium. Disse målinger har de projektansatte efterfølgende søgt at inddrage i deres behandlingsarbejde som motiverende faktor i forhold til at reducere den enkelte brugers alkoholforbrug. Endvidere tilbyder det sundhedsfaglige personale råd og vejledning om ernæring tilpasset den enkelte brugers tilstand. Desuden er medicinadministration en væsentlig del i sygeplejerskernes arbejde, her tænkes på den medicin, der ordineres ved siden af metadonen. Det sundhedsfaglige personale har endvidere foranlediget en udvidet kontakt mellem enkelte brugere og hjemmeplejen. Endelig består den sundhedsfaglige indsats i fysisk pleje af fx sår, og det består i 'onsdags-svømning', et tilbud der har eksisteret løbende det sidste halvandet år.

Projektets styregruppe har eksplicit lagt op til, at man i projektet har skullet afprøve nye behandlingsmetoder. Resultatet har været, at man i projektet har forsøgt sig med to former for alternative satsninger: tilbud om massage og akupunktur. Massagetilbudet forsvandt midtvejs i projektet sammen med den ansatte, der tog sin afsked. Hvad angår akupunktur var Substitutionsprojektets to sundhedsfaglige ansatte på kursus i akupunktur. Efterfølgende var der en vis interesse blandt brugerne, men efterhånden er dette tilbud nærmest gledet ud.

Den sundhedsfaglige indsats i Substitutionsprojektet må betegnes som en etableret indsats.

Kapitel 3. Særlige fokusområder i indsatsen

I dette kapitel diskuterer vi henholdsvis brugerinddragelse og koordinering. Vi har udvalgt disse to områder, fordi begge i delprojekternes projektbeskrivelser var fremhævet som værende centrale i en øget psykosocial indsats (Pedersen & Asmussen 2002:74-77). Rationalet i projektbeskrivelserne var, at en bedre koordinering af indsatsen overfor den enkelte bruger og en større grad af indflydelse på egen behandling ville være medvirkende til at skabe den bedre effekt i behandlingen, som forsøgsprojekterne gerne skulle levere.

De tanker, delprojekterne har gjort sig om brugerinddragelse og koordinering, er i tråd med eksisterende lovgivningsmæssige forskrifter (bl.a. Lov om Social Service) såvel som de teorier og metoder, som for tiden er fremherskende i socialt arbejde. I Lov om Social Service står der i retningslinierne for administrationen af sociale servicetilbud, at brugere af disse tilbud skal have mulighed for at få indflydelse på tilrettelæggelsen og udnyttelsen af tilbudene, og at det er amtskommunen eller kommunen, der fastsætter retningslinierne for brugerindflydelsen. Paragraffen hedder simpelthen: *brugerinddragelse*. Der står ligeledes, under overskriften *handleplaner*, at kommunen eller amtskommunen skal tilbyde at udarbejde handleplaner ud fra brugerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med brugeren selv. Loven foreskriver således, at man i administrationen af social service inddrager brugerne og koordinerer indsatsen overfor brugeren ved hjælp af handleplaner.

De herskende teorier og metoder i socialt arbejde, der fokuserer på brugerinddragelse og koordinering, er hhv. *empowerment* og *case management* (navnene er vanskelige at oversætte til dansk, så vi bruger de engelske termer). Ideen om brugerinddragelse kan især spejles i teorien om empowerment, og ideen om koordinering kan især spejles i case management metoden. Indholdet i teorierne uddybes nedenfor.

I dette kapitel ser vi på projekternes forsøg med brugerinddragelse og koordinering, og holder deres erfaringer op overfor hhv. ideen om empowerment og case management. Vi beskriver, hvordan lovpligtige teknikker til brugerinddragelse og koordinering, som fx brugerråd og skriftlige handleplaner, har haft svært ved at blive etablerede i projekterne, og vi giver vores bud på hvorfor. Afslutningsvis vil vi argumentere for, at projekterne har anvendt alternative velfungerende metoder til brugerinddragelse og koordinering, som fx støttekontaktperson-ordningen og etablering af tillidsfulde relationer til brugerne. Vi konkluderer derfor, at det er vigtigt, at se på brugerinddragelse og koordinering ikke udelukkende i forhold til bestemte metoder, men også i den måde behandlerne går til brugerne på.

Fra brugerinddragelse til brugerorientering

Brugerinddragelse er blevet et begreb, som alle i socialt arbejde forholder sig til. Både fordi der er lovgivet omkring brugerinddragelse, men også fordi det anses for en nyttig metode i socialt arbejde. Brugerinddragelse har fået en positiv konnotation, og der er vel næppe nogen, der i dag er imod brugerinddragelse. Det er et vigtigt aspekt af en social indsats og noget, man som organisation skal arbejde for at få etableret. Dette har også været tilfældet i de fire delprojekter. Samtidig har det vist sig, at det har været svært at etablere brugerinddragelse i projekterne, i alt fald med den teknik som er blevet den mest gængse, nemlig brugerråd/brugermøder. De fire delprojekter er ikke ene om disse erfaringer, også andre undersøgelser af forskellige sociale indsatser over for udsatte grupper peger på, at etableringen af brugerråd kan være ganske vanskelig (se fx Asmussen & Jöhncke 2004, Grytnes 2004, Jöhncke 1997, Pedersen 2002).

For at kaste lys på denne problematik vil vi i det følgende først kort rids de forskellige niveauer af brugerinddragelse op, der ligger i Lov om Social Service. Dernæst vil vi diskutere ideerne om demokratisering og selvforvaltning som er knyttet til brugerinddragelse, og placere disse forestillinger i forhold til empowerment tankegangen. Denne diskussion gør det muligt at pege på faktorer, der har vanskeliggjort projekternes arbejde med brugerinddragelse i form af brugermøder og handleplansarbejde, og i stedet fået projekterne til at rette opmærksomheden mod andre metoder og teknikker til inddragelse af brugerne.

Brugerinddragelse i Lov om Social Service

Brugerinddragelse, som det er skitseret i Lov om Social Service, kan, som vi ser det, foregå på tre forskellige niveauer og indebærer tre forskellige former for inddragelse: a) politisk inddragelse, b) inddragelse på et organisatorisk niveau, og c) inddragelse på et individuelt niveau.

Politisk inddragelse

Politisk inddragelse er primært, at brugerne får en synlig (eller hørlig) stemme i politiske fora og i samfundsdebatten generelt. Den politiske inddragelse kalder især på en inddragelse af de organisationer af brugere, der måtte være på området af socialt udsatte, og herved give dem mulighed for at markere sig i relevante politiske debatter. Retningslinier for den politiske inddragelse er at finde i § 114 og § 115 i Lov om Social Service, hvor kommuner og/eller amtskommuner opfordres til at etablere rådgivende samarbejdsorganer, hvor frivillige organisationer kan inviteres med til at diskutere tilrettelæggelsen af indsatsen, som fx forskellige brugerorganisationer.

Brugerorganisationer for særligt socialt udsatte er især blevet etableret i løbet af de sidste 10 år, om end enkelte har rødder tilbage i 1960'erne. Eksempler på brugerorganisationer for særligt udsatte kan ses i tabel 3.1. På stofmisbrugsområdet er det især BrugerForeningen for Aktive Stofbrugere, der har markeret sig. Der er i dag mere fokus på, at brugerorganisationer som talerør for brugere skal høres eller inddrages også i mere formelle politiske eller rådgivende fora, idet deres vinkel på sagen opfattes som et vigtigt bidrag til debatten. Fx sad BrugerForeningen for Aktive Stofbrugere i det nu nedlagte Narkotikaråd, og et bestyrelsesmedlem for S.A.N.D. sidder i det nuværende Rådet for Socialt Udsatte. Er der høringer på Christiansborg om udsatte grupper, bliver de forskellige brugerorganisationer også ofte inviteret med. Det er dog vigtigt at understrege, at brugerne inviteres med i forskellige fora. Det er ikke noget, man som brugerorganisation kan kræve eller har krav på.

Tabel 3.1. Eksempler på brugerorganisationer for socialt udsatte:

- BrugerForeningen for Aktive Stofbrugere. Oprettet i 1993.
- LAP – Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatri brugere. Oprettet i 1999.
- S.A.N.D. (Sammenslutningen af nærudvalg i Danmark). Hjemløses organisation oprettet i 1999.
- SIND – Landsforeningen SIND oprettet i 1960 under navnet Landsforeningen Sindslidendes Vel.
- SVID – Sammenslutningen af værestedsbrugere i Danmark. Oprettet i 2004.

Netop dette aspekt ved brugerinddragelse har Jöhncke (1999-2000) påpeget. I selve begrebet brugerinddragelse ligger, argumenterer han, at brugere kan eller skal *inddrages*, dvs. at der allerede på forhånd er noget eksisterende, som de kan eller skal inddrages i. Der er altså på forhånd sat en dagsorden, som brugere ofte ikke har den store indflydelse på, hvordan ser ud. Brugere er således afhængige af, at denne dagsorden både giver dem mulighed for at blive inviteret med, og giver dem reel mulighed for at få indflydelse. For indflydelse er vel meningen med inddragelsen! Dette gælder ikke kun på det politiske niveau, men også på de to andre: det organisatoriske og det individuelle niveau af brugerinddragelse.

Brugerinddragelse på et organisatorisk niveau

Brugerinddragelse på et organisatorisk niveau har især været kendetegnet ved etablering af brugerråd. Brugerråd er fx et forum i en behandlingsinstitution eller på et værested, hvor brugere er blevet valgt eller udpeget til at sidde sammen med repræsentanter for personale og ledelse, og hvor for-

skelligt kan diskuteres. Brugerråd er således udtryk for det repræsentative demokrati og kan ses som paralleller til fx forældrebestyrelser i børnehaver eller skoler, ældreråd på plejehjem, osv. I Lov om Social Service står der ikke direkte, at det er brugerråd, som de sociale servicetilbud skal etablere for at have brugerinddragelse. Men det foreskrives, at kommunen nedsætter bruger- og pårørenderåd i tilknytning til plejehjem, og dette står umiddelbart efter § 112, der siger, at kommuner og amtskommuner skal sikre, at brugere kan få indflydelse på den sociale service. I pjecen *Brugerindflydelse for udsatte grupper* skriver Thomsen (2000) om brugerråd som en mulig teknik til brugerinddragelse eller brugerindflydelse i indsatser overfor udsatte grupper. Denne publikation er her fremhævet, idet den er et bestillingsarbejde fra Socialministeriet i forhold til den nye lovgivning på området. Thomsen (2000) peger på følgende områder, som brugerråd kan involveres i: a) deltagelse i formulering og godkendelse af menneskesyn, b) målsætning, metoder og delmål i indsatsen, c) indretning, d) husregler, e) mulighed for at udtale sig ved ansættelse og afskedigelse af personale, f) at være med til at udforme konkrete serviceydelser eller behandlingstilbud, og g) at blive orienteret om og have ret til at udtale sig om alle spørgsmål af betydning for brugergruppen (Thomsen 2000:38). De muligheder, som Thomsen mener, der kunne ligge i brugerrådet, er langt fra de funktioner, man i de fire delprojekter har tildelt brugerrådene. Her har man primært informeret om ændringer i projektet, snakket om hvilke aktiviteter, der skulle foregå i projektet, hvor den næste tur ud af huset skulle gå til, hvad menuen skulle stå på ved næste fællesspisning, hvilke regler der skulle være for opførsel i projektet for brugerne, osv. For ikke at tale om, hvor svært det i projekterne har været at holde disse brugermøder, på trods af at der i alle fire delprojekter er gjort et stort stykke arbejde for, at der kontinuerligt har været en eller anden form for brugermøde i projektet. Den følgende feltnotebeskrivelse viser, hvad der var oppe til debat på et brugermøde, og hvordan det forløb i projektet i Århus.

Brugermødet holdes onsdag lige før middag. Der er middagsmad på programmet den dag, og derfor er der mange brugere i projektet. Der er lidt forvirring i personalegruppen, før mødet starter, og en ansat går rundt til alle brugere og spørger, om de ikke skal være med. Flere brugere vil ikke med til mødet. Men én er meget interesseret og fortæller, at han kommer til brugermøder hver gang, fordi det giver mulighed for at få indflydelse. Mødet går i gang, og en ansat spørger om de ikke skal starte med at lave en ugeplan. Der er 1 ansat og 4 brugere til stede. Én bruger skælder ud over, at der ikke er kommet flere brugere til mødet: ”det er for dårligt, at der sidder 20 mennesker i cafeen og bare ikke gider”. Én anden bruger foreslår, at de, der ikke deltager, ikke

skal have lov til at få mad. Den ansatte tager ikke notits af dette og spørger igen, om de ikke lige skal få lavet den ugeplan. Han orienterer om, at der fredag er lukket pga. Store Bededag, og at de jo så torsdag skal have varme hveder. Videre orienterer han, at der tirsdag er åbent til klokken 14 i stedet for klokken 12, fordi de om onsdagen allerede lukker klokken 10. De ændrede åbningstider får brugerne ikke en forklaring på. En bruger kommer ind i rummet og sætter sig ned for at være med i mødet. Den ansatte fortæller videre, at der på grund af de ændrede åbningstider bliver byttet om på tirsdags og onsdags aktiviteterne, så der er mad og svømning om tirsdagen. Her bryder to brugere ind og siger, at de ikke gider svømme om tirsdagen, for deres 'veninder kommer om onsdagen'. Så de vil hellere aflyse end bytte. Det accepterer den ansatte. Han forslår så, at de tager på udflugt om torsdagen, fx til Skandinavisk Dyrepark. En af brugerne vil gerne vide, hvornår de skal køre og er hjemme igen. Der bliver snak om, hvor lang tid køreturen tager. Derefter siger den ansatte: "den er vi alle med på, ik? Skandinavisk på torsdag". Det er der ikke rigtig nogen, der svarer på. Den ansatte fortsætter: "jeg foreslår, vi tager på en samlet tur alle sammen til sommer, ligesom sidste år. Kunne det fx være på en kanotur?". En bruger brokker sig og siger, at det gider han ikke, for han er sikker på, at han ender med en tur i baljen. En anden siger, det vil han godt. Han er vokset op med kanoer. Den første bruger bryder ind og siger, at bare fordi han ikke vil, kan de andre jo godt tage af sted. De finder ikke ud af, om de skal af sted til sommer eller ej. I stedet giver den ansatte et par andre beskeder, før han spørger: "er der andet, vi skal snakke om?". Brugerne svarer nej, men to af dem starter igen med at brokke sig over, at de andre brugere ikke deltager. De mener, at deltagelse i projektet ikke kun handler om at hente metadon, men også at deltage i samværet. Den sidst mødte bruger er enig, selv om han ikke deltager aktivt i diskussionen. Den ansatte blander sig ikke, men siger, da den er ved at ebbe ud: Mødet er hævet. Brugermødet varede ca. 15 minutter.

Feltnoten viser, at det langt fra er alle brugere i projektet, der deltager i mødet. Mødet styres af en ansat i projektet, og der er fokus på, hvilke aktiviteter der skal ske i projektet. Det at diskutere hvor næste ekskursion går hen, hvad man skal have at spise, etc. må dog betragtes som en grad af indflydelse, der ikke har den store virkning på behandlingspraksis i projekterne. Dermed er det også områder, der giver meget lidt grundlag for konflikt mellem personale og brugerne i projekterne.

Åbne brugermøder er den form, som hyppigst er blevet anvendt i projekterne, med deltagelse af personale, der ligesom i Århus har styret brugermødet. Det med at etablere brugerråd med brugerrepræsentanter har ingen af projekterne haft held med, end ikke selv om et af projekterne faktisk

Særlige fokusområder i indsatsen

sendte to brugere og en ansat på kursus for at blive oplært i, hvordan man arbejder som brugerrepræsentant. Heller ikke etableringen af en lokal brugerforening, som man forsøgte i København, lykkedes. Hertil siger en behandler: ”Helt personligt mener jeg, det er fornuftigt at signalere [med en brugerforening eller et brugerråd], at brugerne har et ansvar. At jeg så ikke har set det virke i praksis, det er noget andet” (Behandler, København). Denne holdning er generel for projekterne. Behandlerne har gerne villet brugerråd, også selvom det var svært at få det til at fungere i praksis. Men behandlerne er også åbne overfor, hvad brugerinddragelse så skal eller kan defineres som, når det ikke fungerer ”efter bogen”, som behandleren siger nedenfor i en diskussion om brugerinddragelse. Citaterne er taget fra et fokusgruppeinterview med behandlere fra Korsør:

Vi – hvad kan man sige – middelklasse mennesker har en tilgang til, hvad brugerinddragelse skal være. Så skal man have indflydelse, og man skal tage ansvar og så videre. Det kan måske godt være, at det at vælge den ene slags kaffe eller den anden føles som inddragelse. Fordi det er så der, at man lige kan overskue som bruger at gøre sig gældende.

Hertil siger en anden behandler:

Jeg vil egentlig gætte på, uden at have talt med en eneste bruger om det, at hvis man fik forklaret dem, hvad brugerinddragelse var, eller er, og spurgte, om de havde en fornemmelse af, at de blev draget ind i deres egen behandling her, så ville jeg næsten lægge en million og spille på, at de ville sige ja. Og det vil jeg ud fra deres kontakt til os. Vi taler jo om alt. Altså der er jo ikke noget, vi ikke taler om her. Vi taler om, når min kæreste er en idiot, og hans kæreste er en idiot, eller deres kærester er idioter. Eller at mine børn er syge, eller hvad man nu kan tale om. Altså, samtidig med at vi også taler om livet som stofmisbruger, og hvad skal der ske, når jeg bliver gammel. Vi taler om alting. Så jeg tror egentlig, de føler, at de bliver inddraget. At de så ikke bliver inddraget efter bogen, det er så en anden snak.

Erfaringerne med brugerråd og brugermøder i projekterne ligner dem, andre indsats overfor udsatte grupper har haft med brugerråd (se fx Grytnes 2004, Jöhncke 1997, Pedersen 2002). Men hvorfor er det så svært at få brugerråd til at fungere? I forhold til de fire delprojekter er vores bud hhv. de karakteristika, der er ved brugergruppen såvel som de rammer, projekterne må arbejde indenfor, dvs. den dagsorden som allerede er sat, hvis vi følger Jöhnckes kommentarer ovenfor til brugerinddragelse.

For brugernes vedkommende hænger det sammen med deres livssituation og de indbyrdes relationer i brugergruppen, hvoraf brugernes livssitua-

tion er langt den vigtigste. Stofmisbrugerens livssituation er selvfølgelig kompleks, men det tilbagevendende genkendelige ved mange stofmisbrugere er, at de har perioder, der er svingende eller ustabile. Deres liv kan således svinge mellem stabile og ustabile perioder, hvor de ustabile fx er perioder med øget sidemisbrug. I disse perioder er fokus meget på stoffer, hvilket gør, at det kan være svært at overskue andet end det der er lige her og nu. Dette aspekt ved brugernes livssituation har konsekvenser for, hvordan brugerråd kan fungere. Nogle af delprojekterne har fx oplevet, at det er blevet for omfattende for brugere at være repræsentanter i et brugerråd, og at de derfor ikke mødte op. Alle projekterne har taget konsekvensen af dette og etableret åbne brugermøder, hvor alle, der havde lyst, kunne deltage. Ligesom personalet har påtaget sig at styre møderne. Et andet aspekt af brugernes livssituation er deres ofte manglende erfaring med at deltage i møder med ordstyrer, talerække, referent, osv. Den måde at få indflydelse på, som brugermøder lægger op til, kræver erfaring og tillærte egenskaber, som mange stofmisbrugere i en svært belastet situation ikke har eller ikke kan overskue. Fx siger en behandler fra Korsør: ”En helt almindelig ting som det, at der skal skrives referat, jamen dem der sad i brugerrådet var ikke særlig gode til at skrive. Så er det altså en krig bare at få lavet et referat”. Et andet, om end mindre fremtrædende aspekt ved brugerne, som vanskeliggør brugerråd, er deres indbyrdes relationer i gruppen. At brugerforeningen i X-Felt fx gik i sig selv, skyldtes dels ustabile perioder i de brugeres liv, der havde taget initiativ til foreningen, men også at der var indbyrdes uenigheder i gruppen. Grytnes (2004) har beskrevet, hvordan mange brugere af væresteder ikke er interesseret i at skulle beslutte noget på andre brugeres vegne (fx husregler), især ikke hvis det får konsekvenser for de andre brugere. Brugere er bekymrede for, at deres engagement i værestedet kan få konsekvenser for deres relationer til deres med-brugere udenfor værestedet. Dette aspekt er der enkelte brugere, der også nævner i de fire delprojekter (se kapitel 5 for en beskrivelse af brugernes oplevelser med brugerinddragelse).

Vanskelighederne i at få brugerråd til at fungere handler i lige så høj grad om institutionen, og de rammer den har for at lave brugerinddragelse, altså hvilken dagsorden der på forhånd ligger for institutionen. Ligesom i så mange andre institutioner var delprojekterne begrænsede af organisatoriske og økonomiske forhold, i forhold til hvad brugerne kunne inddrages i. De ansatte var ansat, da brugerne kom til. Budgettet var lagt. Åbningstidene var så lange, som det personalemæssigt var muligt. Lokalerne var taget i anvendelse, da brugerne blev indskrevet (undtaget er projektet i Århus, der flyttede med brugerne midtvejs i projektperioden), og selvom flere af projekterne inviterede brugerne til at deltage i indretningen, var det begrænset,

hvad der var økonomiske midler til. Derudover skulle lokalerne indrettes, således at de kunne fungere i forhold til det behandlingskoncept, der lå i projektet. Ugens fem dage var alle steder skematiseret med forskellige former for indsatser, osv. Den dagsorden, der allerede er sat og som brugerne skulle inddrages i, bar således præg af, at der var grænser for, hvad brugerne overhovedet kunne få indflydelse på.

Det vanskelige i at implementere brugerinddragelse på et organisatorisk niveau i form af brugerråd eller brugermøder har således at gøre såvel med brugergruppen og dens karakteristika, som at delprojekternes rammer for at inddrage brugerne allerede var ganske fastlagte.

Brugerinddragelse på et individuelt niveau

Brugerinddragelse på et individuelt niveau er at finde i § 111 i Lov om Social Service omkring handleplaner. Kommunen eller amtskommunen skal tilbyde at udarbejde handleplaner ud fra brugerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med brugeren selv, som det hedder. Det er altså her, brugeren har mulighed for at blive inddraget i egen situation. Arbejdet med handleplaner diskuteres i afsnittet nedenfor, især i forhold til handleplanernes koordinerende effekt. Her vil vi udelukkende se på den mulighed for brugerinddragelse, der ligger i handleplaner. I Lov om Social Service står der, at en handleplan er skriftlig og skal angive formålet med indsatsen overfor brugeren. Den skal angive, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå dette mål, hvor lang tid indsatsen kan forventes at vare, så vel som den skal runde andre forhold som bolig, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler, etc. En handleplan er således en planlægning af, hvad der skal ske med og for brugeren det næste stykke tid. Den er rettet mod forandring og forbedring af brugerens situation, med andre ord rettet mod fremtiden. Meningen er, at handleplaner efter et stykke tid revideres, fx efter seks måneder, og man tager så op, hvad der er nået i den mellemliggende periode, og hvad der skal satses på de følgende seks måneder. Ser man på handleplaner som en teknik til brugerinddragelse kolliderer denne, ligesom brugerråd gjorde, med brugernes livssituation, med at deres liv i højere grad er rettet mod her og nu end mod fremtiden. På den baggrund er det måske ikke så sært, at det har været svært at få indført handleplaner som et behandlingsværktøj i projekterne, og at to af projekterne slet ikke har lavet skriftlige handleplaner på brugerne. Dette er dog ikke ensbetydende med, at delprojekterne ikke har arbejdet på at inddrage brugerne i egen behandling, projekterne har blot brugt andre teknikker end handleplaner og brugermøder. Men før vi diskuterer dette, vil vi se på det store fokus, brugerinddragelse har fået i lyset af empowerment tankegangen. Dette

vil give en bedre forståelse af, hvorfor brugerinddragelse er så populært og samtidig så svært.

Brugerinddragelse og empowerment

En af forfatterne har i en tidligere publikation peget på, hvordan brugerinddragelse hænger sammen med empowerment-begrebet (Asmussen 2003). Her argumenteres for, at empowerment især er en nytænkning af relationen mellem ”klient” og ”behandler” eller, sagt med andre ord, mellem ”hjælper” og ”hjælpetrængende” i de sociale systemer. Empowerment tankegangen tilbyder en anden tilgang til det sociale arbejde. Den ”hjælpetrængende” og vedkommendes egen opfattelse af sine problemer sættes i centrum og vedkommende gives magten tilbage over egen livssituation (på engelsk ”empower”). Empowerment handler således grundlæggende om at demokratisere relationen mellem bruger og behandler/institution. I den danske udgave handler det om skiftet fra brugen af begrebet ”klient” til brugen af begrebet ”bruger”, og medfølgende begreber som bl.a. ”brugerinddragelse”.¹

Adams (1996) skriver, at en ”klient” forestilles som en svag, afhængig og magtesløs person, der passivt modtager sociale indsatser, og hjælperen er én, der kan give løsninger på de bestemte behov, som klienten har. ”Brugeren”, derimod, forestilles som en resursefuld person, en ekspert på sit eget liv, der aktivt deltager i ændringen af sin situation. Hjælperen er i denne sammenhæng derfor ikke én, der har løsningen på, hvordan brugers liv kan forandres, men derimod én, der i et partnerskab med brugeren, baseret på tillid, kan hjælpe med at facilitere forandringer i brugers liv.

Overfører man disse forestillinger til metadonbehandlingen, så er den måde, sidemisbrug ofte er blevet forvaltet på, et eksempel på forestillingen om ”klienten”. Det har været almindeligt udbredt – og er det for så vidt stadig enkelte steder – at brugere i metadonbehandling ikke må have et sidemisbrug, altså indtage andre illegale stoffer, samtidig med at de er i metadonbehandling. Hvis de så alligevel har gjort dette, har der været fokus på sidemisbruget i de rådgivende samtaler, og på hvordan det kunne bringes til ophør. Urinprøver blev taget for at dokumentere sidemisbruget, og teknikker som nedtrapning eller endog udtrapning af metadon blev taget i anvendelse.

¹ Det er ikke vores ærinde her at diskutere de magtstrukturer, der som et vilkår ligger både i klient- og brugerbegrebet. Dette kan man læse om bl.a. i Asmussen (2003), Asmussen & Jöhncke (2004), Järvinen & Mik-Mayer (2003). Vores ærinde er at diskutere de specielle forhold, der gælder for stofmisbrugere som ”brugere”, og hvorfor dette vanskeliggør brugerinddragelse. Dermed ligner vores diskussion den, man kan læse i Siiger (2004) om forholdet mellem gadesygeplejersker og brugere og i Grytnes (2004) om forholdet mellem væresteder og værestedsbrugere.

delse som behandlingsværktøj for at bringe sidemisbruget til ophør. Kravet om ikke at have et sidemisbrug lå ret fast, idet målet med behandling i sidste ende var stoffrihed gennem ”stabilisering på metadon”, hvilket indebar et fravær af sidemisbrug. Den faglige begrundelse for denne praksis var ofte, at hvis misbrugeren ikke kunne fralægge sig et sidemisbrug, var han eller hun heller ikke motiveret for behandling.

Dette har med empowerment tankegangen ændret sig meget. I dag ser man ikke kun på stabilisering eller stoffrihed som mål for behandling, men har differentierede mål for behandling afhængig af den enkelte misbruger. Man ser det også i dag som en institutionsopgave at forbedre behandlingskvaliteten og har dermed flyttet fokus på en manglende behandlingssucces væk fra ”brugers mangling på motivation”. Overfører man således forestillingen om ”brugeren” til metadonbehandlingen, så er tilgangen, at det ikke er et problem, at brugeren fx har et sidemisbrug, men det er en resurse, at brugeren kan bo i egen bolig, deltage i fælles aktiviteter i projektet, etc. Behandleren fokuserer således på at forandre de relationer, brugeren er sat i, og de omgivelser brugeren er i (fx ændre de forhold at brugeren er boligløs, ingen kontakt har med familie, udelukkende har andre misbrugere som omgangskreds, ingen arbejde har, etc.). Dette skal ske med udgangspunkt i, hvad brugeren selv måtte have af ønsker for behandlingen, og så er vi tilbage til, at man med empowerment tankegangen faktisk forventer noget af brugeren: at vedkommende skal deltage i egen behandling, have indsigt i og kunne udtrykke, hvilke behov vedkommende har, og besidde resurser hertil.

Empowerment tankegangen, hvor brugeren tages med på råd og anses for ekspert på eget liv, har også resulteret i nye indsatser på stofmisbrugsområdet. Fx har det at lytte til, hvad brugerne selv mener, de har brug for, resulteret i sprøjtebytteprogrammer og åbning af fixerum eller sundhedsrum for stofbrugere. Det sidste godt nok endnu ikke i Danmark, men i andre europæiske lande. Det har også resulteret i etableringen af indsatser som fx opsøgende gadearbejde, gadesygepleje, væresteder, etc. Indsatser, der er etableret på ”brugernes præmisser”, som det hedder, eller ”bottom-up” dvs. nedefra, fra brugerne.

Før vi går videre til at diskutere, hvad der ellers ligger af forandringer knyttet til empowerment tankegangen, er det vigtigt at pege på de ting, der ikke forandrer sig, selvom man omdefinerer relationen mellem hjælper og hjælpetrængende og kalder sidstnævnte for bruger.

Der er nogle grundlæggende vilkår eller forhold for socialt arbejde, som man ikke kan fjerne, men som kan forvaltes på forskellig vis, og i denne sammenhæng, hvor vi diskuterer brugerinddragelse, er det vigtigt at fremhæve magt-relationen mellem hjælper og hjælpetrængende. Med magt-

relation forstår vi det forhold, at hjælperen har noget, den hjælpetrængende har brug for, og at den hjælpetrængende må opfylde bestemte krav for at få tildelt denne hjælp. Dette vilkår forsvinder ikke, fordi vi fx udskifter begrebet ”klient” med ”bruger”. Der stilles stadig krav til den hjælpetrængende om at opfylde bestemte kriterier for at kunne modtage hjælp, fx at have en psykiatrisk diagnose, et misbrug, være hjemløs, osv., og der stilles også krav til at opføre sig på bestemte måder for at kunne ”passe ind” i indsatsen, som fx at være resursefuld, aktiv og selvforvaltende (dette aspekt diskuteres også nedenfor under afsnittet koordinering).

Også de sociale systemer har stadig – og det skal de have, det er der ikke noget underligt i – deres løsninger på de problemer, som den hjælpetrængende kommer med, også selv om det er mellem brugere og opsøgende gademedarbejdere, gadesygeplejersker, medarbejder på væresteder, osv. Alttså, også indsatser, der i princippet er etableret på ”brugernes præmisser”, er stadig rettet mod en målgruppe, har bestemte tilbud, og bestemte måder at gøre tingene på. Derfor vil der også her – selvom den sociale service retter sig mod at sætte brugeren i centrum og gøre det på brugerens præmisser – være brugere, der ikke vil deltage eller deltager med modvilje i den service, de tilbydes.² De indsatser, der netop retter sig mod at kunne rumme ”de sværeste” eller de ”tungeste” udsatte grupper, må også sande, at der er brugere, de ikke kan rumme, eller der er brugere, der ikke ønsker – af forskellige grunde – at gøre brug af indsatsen. De magter ikke eller ønsker ikke at opfylde de krav, der ligger til dem, fx om at være aktive, selvforvaltende og deltagende i egen behandling.

Ideen om brugeren som en resursefuld person, ekspert på sit eget liv, og aktiv deltager i ændringen af sin situation, som ligger til grund for ideen om brugerinddragelse, er karakteristika, som langt hen af vejen ikke er kendetegnende for de stofmisbrugere, der har været indskrevet i de fire delprojekter. Derfor er det måske heller ikke så sært, at brugerinddragelse i form af brugermøder ikke har fungeret i projekterne. Ligesom der har været stor forskel på, hvor meget man har brugt handleplaner som behandlingsværktøj i projekterne. Erfaringen er, at den lethed hvormed man kan tale om og beskrive brugerinddragelse i form af brugerråd og handleplaner, modsvares af vanskelighederne med at udføre denne form for brugerinddragelse i praksis.

Derfor har projekterne også rettet opmærksomheden andre steder hen (udover brugerråd og handleplaner) og fokuseret på andre metoder og teknikker til at behandle på ”brugernes præmisser” og dermed inddrage brugerne i egen behandling. Den mest udbredte metode har været den støtte-

² For en uddybende diskussion af dette forhold i indsatser etableret på ”brugernes præmisser” se Siiger 2004.

kontaktpersonlignende indsats, og den mest anvendte teknik har været at fokusere på relationen mellem bruger og behandler. For ikke at lægge så meget i begrebet brugerinddragelse, at det til sidst kan betyde alt, har vi valgt at kalde den opmærksomhed, der har været på brugerne i projekterne, for brugerorientering.

Brugerorientering i de fire delprojekter

Empowerment tankegangen bygger på, at man etablerer relationer brugere og behandlere imellem, der er baseret på tillid og respekt. Netop denne tilgang til relationen mellem bruger og behandler har været udbredt i delprojekterne. Denne måde at etablere relationer til brugere på, der går igen i alle indsatserne i projekterne, er et udtryk for brugerorientering, og dette er et af fokuspunkterne i kapitel 4 om behandlingskultur. Her beskriver og diskuterer vi, hvad dette rent faktisk har betydet i projektet, og hvordan det har haft indflydelse på den måde behandlerne har grebet indsatserne i projekterne an. Brugernes perspektiv på denne relation beskrives og diskuteres i kapitel 5, og det viser sig, at der er en stor grad af integration mellem brugernes perspektiver og behandlernes intentioner på dette område.

Støttekontaktperson-ordningen er det andet vigtige aspekt af brugerorientering i projekterne. Det er en brugerorienterende metode, idet projekterne med denne metode har fået udrettet mange forskellige ting for brugerne. De problemer eller ønsker for forandring i eget liv, de er kommet med til behandlerne, føres ud i livet med brug af denne metode i projekterne. Hvordan den har udviklet sig, og hvordan den har fungeret i delprojekterne uddybes og diskuteres i det næste afsnit om koordinering. Her skal blot understreges, at der har været en meget høj grad af brugerorientering i projekterne knyttet til den støttekontaktperson-lignende indsats.

Det bliver således både i det følgende afsnit og i de to følgende kapitler om behandlingskultur og brugerperspektiver, at brugerorientering foldes mere eksplicit ud.

Koordinering

I dette afsnit vil vi beskrive, hvordan de fire delprojekter har søgt at koordinere deres indsats overfor brugerne i forhold til andre offentlige og private institutioner samt brugernes personlige netværk. Vi har, som sagt, valgt koordinering som et fokusområde, fordi det i projekternes indledende faser blev fremhævet som et vigtigt satsningsområde. Udgangspunktet var, at en manglende koordinering af indsatser overfor stofmisbrugere blev anset for et stort problem i behandlingen generelt i Danmark. Projekterne har således fokuseret på vigtigheden af at få koordineret indsatserne mellem fx: psykia-

trien, kriminalforsorgen, stofmisbrugsbehandlingen, de sociale myndigheder, hjemmeplejen og praktiserende læger, i forhold til den enkelte bruger.

Målet med koordineringsindsatsen er, som ordet siger, at få koordineret forskellige relevante indsatser overfor brugeren og sørge for, at de bliver givet på en så hensigtsmæssig måde som muligt. Hvilket resultat, det så har for den enkeltes brugers liv, er et andet spørgsmål. Vi ser altså her på, *hvordan* projekterne har koordineret.

Fremstillingen her fokuserer på de koordineringstiltag, der har været i projekterne, og på de fællestræk der har været projekterne imellem. Der har kun i begrænset omfang fra projektstart været arbejdet systematisk med metoder til dette. Derimod er den støttekontaktperson-lignende metode, der fungerer koordinerende overfor brugeren mellem disse indsatser, blevet udviklet i løbet af projektperioden. Man har undervejs i projekterne vurderet, at denne metode har haft en god effekt i forhold til at få koordineret indsatser overfor den enkelte bruger. Først herefter har man på projekterne defineret den støttekontaktperson-lignende indsats som central i projektet. Praksis har således overhalet projekterne indenom. Man kunne nok have ønsket sig det den anden vej rundt: at man var startet med en klar metode og dernæst afprøvet denne i praksis, for hermed at have forsøgt en mere konsistent og fokuseret koordineringsindsats. I relation hertil skal det dog understreges, at der i Danmark på dette område ikke er de store erfaringer at trække på.

Baggrund

Indenfor de sidste 20-30 år er der pågået en stigende af-institutionalisering i samfundet. Målet har været, at folk med forskellige afvigelser og problemer skulle ud af institutionerne og normaliseres, dvs. hjælpes til at leve et liv så tæt på det normale som muligt og med så stort ansvar overfor eget liv som muligt. Konsekvensen heraf har været, at hvor man før havde institutionerne til at indramme indsatsen overfor den enkelte, er det i dag den enkelte borger, der i stigende grad skal afdække ikke alene egne behov, men også opsøge relevant behandling og indsats. Den enkelte borger er hermed i stigende grad blevet ansvarliggjort, eller, kan man sige, det er den enkeltes eget ansvar at honorere og leve op til eksisterende normalitetsforståelser i samfundet (Bømler 2000). Vores hjælpe-institutioner er ligeledes organiseret efter en kategorimæssig logik, fx alder, helbred, psykisk helbred, arbejdssituation, boligsituation, misbrugsproblemer (herunder opdelingen mellem alkohol og stofområdet) og kriminalitet. Samtidig er der sket en stigende specialisering, hvor social- og sundhedssektoren er blevet stadig bedre til at behandle folk med specielle og velafgrænsede problemer. Konsekvensen er, at de, der falder mellem sådanne kategorier – som samtidig

bliver mere og mere specialiserede –, kan have svært ved at indpasses i et behandlingstilbud. Det efterhånden klassiske eksempel er misbrugere med psykiske problemer, hvis de så oven i købet er hjemløse og har store alkoholproblemer, hvem skal så tage sig af dem, hvornår og hvordan? Både normaliseringstankegangen og specialiseringsgraden har bevirket, at der i de seneste år har været en stigende opmærksomhed overfor nødvendigheden af at få koordineret den sociale og behandlingsmæssige indsats overfor udsatte grupper i samfundet. Evalueringen af indsatsen på det sociale område har dog vist, at der i Danmark kun eksisterer en ringe sammenhæng i indsatsen for mennesker med hjemløshed, misbrug og/eller sindslidelse. Der eksisterer kun få – og ofte svagt fungerende – samarbejdsfora, formelle aftaler, eller planlægning mellem forskellige enheder i amter, kommuner og de private/frivillige organisationer (Ebsen et al. 2003). Det, der eksisterer og til dels virker, er de uformelle aktør-netværk, dvs. at konkrete ansatte tager kontakt til andre i systemet, som de kender og kan sætte ansigt på (ibid.). Brugerundersøgelser viser i forlængelse heraf, at stofmisbrugere mener, det ville hjælpe betragteligt på deres situation, hvis der var et bedre samarbejde mellem de forskellige offentlige instanser (Petersen 2003). Også international forskning peger på vigtigheden af at få forskellige offentlige og private instanser til at spille sammen (Koller et al. 1999). Der eksisterer således generelt en stor bevidsthed om nødvendigheden af at koordinere indsatser.

I et forsøg på at overkomme disse problemer har man introduceret den lovpligtige § 111 handleplan. Handleplanen er ment som et redskab til at lave en helhedsorienteret og velkoordineret indsats, hvor typisk forvaltningerne i amt og kommune og ofte også dele af social- og sundhedssektoren bedre bliver i stand til at give borgeren et samlet tilbud. Brugen af handleplaner i forhold til arbejdet med stofmisbrugere har indtil nu været ganske sparsom. Ofte har handleplanerne ikke været fyldestgørende, der har i praksis været tvivl om hvem eller hvilken instans, der havde ansvaret overfor udarbejdelsen af planen, og der har eksisteret parallelle ikke koordinerede planer hos fx amtslige behandlingssteder og hos kommunale sagsbehandlere (Mahs 2002, Pedersen 2002).

Den mangelfulde koordinering på systemniveau og den utilfredsstillende brug af handleplaner er vigtigt at holde sig for øje, når man skal vurdere koordineringstiltagene i de fire projekter. Ingen af projekterne har fx skabt et tilfredsstillende samarbejde med psykiatrien, flere af projekterne har kun haft et mangelfuldt samarbejde med kommunale sagsbehandlere, og flere af projekterne har ikke arbejdet systematisk med hverken behandlingsplaner eller handleplaner. Spørgsmålet er dog, i hvilken grad projekterne kan klandres herfor. Man kunne spørge, om det ikke er for stor en opgave for et

forsøgsprojekt at etablere tværinstitutionelle samarbejdsfora? Skulle en sådan struktureret koordinering ikke etableres ovenfra, og før projektstart?

Typer af koordinering i projekterne

At der kun i ganske begrænset omfang på systemniveau er blevet etableret en koordinering af indsatsen, og at kun to af projekterne har arbejdet systematisk med handleplaner, er dog ikke ensbetydende med, at der ikke har været koordinerende indsatser i projekterne. Disse koordinerende indsatser har vi opdelt i hhv. koordinering på system- og individuelt niveau, som vist i tabel 3.2. Systemniveau opdeles i nødvendig og udvidet koordinering. Med nødvendig koordinering menes, når amtslige og kommunale enheder skal arbejde sammen, fx af organisatoriske grunde. Udvidet koordinering betyder, at der eksisterer formelle fora, der fokuserer på koordinering mellem de forskellige forvaltningsenheder. Individuel koordinering opdeles i ad hoc og klar metode. Ad hoc-koordinering er karakteriseret ved støttekontaktperson-funktionen. Klar metode er karakteriseret ved anvendelse af kendte metoder som handleplaner, monitorering og evaluering. Vi vil beskrive de vigtigste dele af koordineringsindsatsen i projekterne ud fra denne opdeling: følgegruppemøder, organisatorisk nødvendigt samarbejde, støttekontaktperson-funktion, handleplaner, monitorering og evaluering. Slutteligt vil vi også kort beskrive projekternes samarbejde med frivillige organisationer.

Tabel 3.2: Oversigt over koordineringsindsatsen i de forskellige delprojekter

Koordinering	Silkeborg	Århus	København	Korsør
Systemniveau Udvidet	Følgegruppemøder	Følgegruppemøder		Følgegruppemøder
Systemniveau Nødvendig		Samarbejde m. Århus Klinikken		
Individuelt niveau Klar metode		Evaluering	Handleplaner Evaluering Monitorering	Handleplaner
Individuelt niveau Ad hoc	Støttekontaktperson	Støttekontaktperson	Støttekontaktperson	Støttekontaktperson

Følgegruppemøderne

Følgegrupperne har bestået af seks-ni deltagere: fx lederen og områdelederen af det pågældende amts misbrugscenter, kommunale afdelingsledere, projektleder, relevante sparringspartnere. Følgegrupperne har fulgt projek-

ternes arbejde og været en slags sparringspartner i forhold til processen. Fokus har således ikke været på koordinering. I praksis har møderne ikke haft nogen direkte koordinerende funktion, men deltagere fra både kommune og amt har set det som positivt, at man på møderne har fået vendt aspekter, der berører begge forvaltninger, og haft mulighed for at se sagen fra modpartens side. Man har bl.a. diskuteret projekternes problemer i forhold til manglende samarbejde med psykiatrien, mulige fortsættelser af projekterne, herunder finansiering, samt fx problemer med finansiering af projektindsættelses tænderregninger.

Når vi har placeret følgegruppemøderne under koordineringstiltag på systemniveau, er det mere for at gøre opmærksom på, at disse møder har fundet sted, end der egentligt er tale om en koordineringsindsats. Når de alligevel er med, er det, fordi de relativt hyppige følgegruppemøder i projekterne adskiller sig fra gængs praksis på området (Ebsen et al. 2003).

Organisatorisk nødvendigt samarbejde

Der har fundet et nødvendigt samarbejde sted mellem Substitutionsprojektet i Århus og Århus Klinikken. Substitutionsprojektet i Århus er organisatorisk delt, således at amtet har ansvaret for metadonudleveringen, mens Århus Kommune har ansvaret for den psykosociale del af behandlingen (Asmussen et al. 2003). Denne opdeling har følgelig nødvendiggjort et vist samarbejde mellem de to enheder.

Støttekontaktperson funktionen

I alle projekterne har en støttekontaktperson-lignende indsats været central, som beskrevet i kapitel 2, og et vigtigt element i denne indsats er den koordinerende indsats rettet imod den enkelte bruger. Derfor er der tale om koordinering på individuelt niveau. Støttekontaktperson-indsatsen kan ofte virke diffus, og derved kan man komme til at overse indsatsen som blot det 'socialpædagoger gør', når der ellers er resurser nok. Når vi beskriver denne indsats, er det således ikke kun for at identificere, hvordan den er foregået i projekterne, men også for at tilbyde en generel præsentation af denne behandlingsmetode.

I projekterne har der ikke været et formelt tilbud om støtte- og kontaktperson, som beskrevet i Lov om Social Service § 80 og i Vejledningen her til. Denne ordning kender man primært på det psykiatriske område. Grunden til, at vi alligevel låner begrebet støttekontaktperson, er, fordi indsatsen i projekterne på dette område lægger sig tæt op ad de anbefalinger, der eksisterer i Vejledningen til serviceloven (kapitel 22), samt de erfaringer, der eksisterer på det socialpsykiatriske område (se fx www.socialpsykiatri.dk, Barfod & Bo 1995). Følgende tre funktioner har kendetegnet projekternes

støttekontaktperson-lignende indsats: a) Tillidsforhold, b) Udredning, og c) Tovholder-funktion.

For det første har det været centralt at etablere et tillidsforhold til brugeren, herunder at yde både støtte og omsorg (lytte, være der, bryde sig om). Tillidsforholdet har skabt en åben kontakt til brugeren og er central i forhold til at kunne hjælpe brugeren. Relationen har været med til at sikre kontinuitet i behandlingen. Dette aspekt uddybes i kapitel 4 i afsnittet om bruger/behandler relationen. I kapitel 5 beskrives brugernes positive syn på den tillidsfulde relation. For at etablere en sådan relation stilles der store krav til den enkelte ansattes personlighed samt faglige kvalifikationer, hvorfor supervision og videreuddannelse har været vigtigt i projekterne, som beskrevet i den tidligere rapport (Asmussen et al. 2003)

Det andet aspekt er udredning af brugernes behov, herunder fx psykiatrisk udredning. Det indebærer en vurdering af, hvilke relevante tilbud der er i det eksisterende sociale system, såvel som en vurdering af de muligheder, der måtte være i brugerens eget netværk. Behandlere fremhæver, at en ordentlig og troværdig udredning kræver et godt kendskab til brugeren, hvorfor etableringen af et tillidsforhold er en forudsætning.

Det tredje og sidste aspekt er tovholderfunktionen, der indeholder alle de daglige praktiske opgaver, som støttekontaktpersonen udfører. Støttekontaktpersonernes forskellige og ofte overlappende arbejdsopgaver kan beskrives på følgende måde:

- Hjælpe brugere med at aftale møder med sociale serviceorganer/kontakte instanser på vegne af klienten – ofte pr. telefon.
- Huske klienten på aftaler/ledsage for at sikre at klienten møder op til aftalt tid.
- Mægle på vegne af brugeren, tale brugerens sag fx i forhold til offentlige myndigheder.
- Være bisidder til møder, fx hos kommunale sagsbehandlere, læge, hospital, psykiatrien
- Hjælpe brugeren med kontakt til familie eller andet relevant socialt netværk.
- Forbedre brugerens evne til at opnå og opsøge relevante ydelser, fx ved at informere om muligheder og tilbud.
- Lære brugerne adækvate måder at kommunikere på.
- Virke som kontaktperson til brugeren for andre offentlige myndigheder.
- Individuel planlægning af indsatsen overfor brugeren.

Særlige fokusområder i indsatsen

De ansatte i projekterne har hjulpet brugerne på ovenfor beskrevne måde for fx at komme brugeren i møde med det, som af brugeren selv opleves som akutte problemer, dels for at sikre at brugeren får en fair og ordentlig behandling, dels for at sikre at kommunikationen foregår konstruktivt mellem brugeren og de sociale systemer. Som en ansat sagde, må de lære deres brugere ikke ”at vælte bordet”, når de kommer til møde med deres kommunale sagsbehandler. Denne form for opdragelse har som mål at sikre, at brugeren kan profitere af diverse tilbud ved at kende kommunikationsformen. Behandlerne selv ser støttekontaktperson-funktionen som en metode, der gør, at de både skal være tilgængelige og være fleksible i forhold til planlægning. Derudover er det en balancegang mellem at få inddraget og ansvarliggjort brugeren og samtidig få tingene gjort. Ikke mindst fremhæver behandlere, at et godt lokalkendskab er vigtigt, så man kan hjælpe brugeren til de rette ydelser. Hvad angår den individuelle planlægning af indsatsen overfor brugeren har denne i to af projekterne (København og Korsør) været en skriftlig reflekteret, standardiseret plan udarbejdet i samarbejde med andre instanser, hvilket vi vender tilbage til om lidt, mens den i Århus og Silkeborg mere har haft karakter af den enkelte behandlers ikke-skriftlige løbende aftaler med brugeren.

Gennem to citater og en case vil vi vise, hvordan støttekontaktperson-funktionen fungerer koordinerende. I det første citat er der fokus på at få knyttet den enkelte bruger til et eksisterende hjælpeapparat i kommunen. To af de ansatte på projektet i Århus har haft en fortid i hjemmeplejen og fremhæver selv, at de personlige relationer samt kendskab til arbejdsgange var en fordel i forhold til at forhandle på vegne af deres bruger.

Mogens har været omkring et par og tyve, hvor han blev slået ned og får en hjerneblødning af det og bliver delvist lammet. Han bor så i sin egen lejlighed og får hjemmehjælp, og problemet er, at han skal ind på Århus Klinikken og hente sit metadon. Så jeg ringer til hjemmeplejen og spørger, om de vil bringe medicin ud til ham på hans adresse. De skal egentlig bare komme og udlevere den, men det vil de ikke. Det var, da vi startede projektet. Det vil de ikke, for de havde kun dårlige erfaringer med ham, og han ringede hele tiden og ødelagde deres dag. Så snakkede vi med dem, om de var interesserede i, at vi kunne mødes igen om et halvt år, så kunne vi se, hvad vi kunne gøre for at gøre tingene bedre. Og det indgik vi så en aftale om, at jeg skulle ringe efter et halvt år. Da det halve år var gået, samme dag, så ringede jeg: ’Ahh, men de havde sådan set besluttet sig, at det ville de ikke’. Så sagde jeg: ’jamen vi havde aftalt et møde, og det synes jeg ikke, de kunne springe fra’. Så vi tog det møde, og jeg havde så sådan noget skriftligt med om aftaler, sådan så de kunne se, hvad de var fritaget for, og de kunne klart sige nej lige med det samme, hvis der skete noget. Så de

gik med til at prøve...[...]...Og nu kører det upåklageligt, der har ikke været en eneste klage, og nu har de selv ringet og sagt, at de synes ordningen skal køre videre (Behandler Århus).

Det næste citat peger på vigtigheden af at sikre en brugbar kommunikation og relation til sagsbehandler, og hvordan den ansatte må bruge sig selv som person i dette arbejde.

Vi har jo en kæmpe fordel, vi møder folk hver dag, og når folk har truet med at slå deres sagsbehandler ihjel, jamen så må jeg jo gå imellem og så sige, at så skal de altså snakke med mig og ikke med sagsbehandleren, fordi mig slår de ikke ihjel. Jeg har lært, at med sådan en psykisk svag gruppe som den her, der er det sgu nødvendigt at der er nogen, der, hvad skal man sige, går ind og er en slags buffer (Behandler Århus).

Det sidste eksempel er en case, den viser, hvordan arbejdet med at sikre, at brugerne modtager passende indsatser fra andre institutioner kan være ret omstændeligt, både pga. træghed i systemet og fordi brugerne i perioder kan være vanskeligt at arbejde konstruktivt med.

En bruger er motiveret for afrusning. Kontaktpersonen kontakter Silkeborg Sygehus, men får oplyst at medicinsk afdeling er overbelagt, og ikke kan modtage brugeren. Kontaktpersonen ringer til Amtssygehuset i Århus, der henviser til Silkeborg Sygehus. Kontaktpersonen oplyser, at de på Silkeborg Sygehus ikke kan indlægge brugeren pga. overbelægning. Sygeplejersken vil så undersøge sagen og ringe tilbage. Da hun ringer, fortæller hun, at hun har talt med Silkeborg Sygehus, der oplyser, at hvis kontaktpersonen kan få Misbrugscenterets læge til at ringe til Silkeborg Sygehus, vil de indlægge brugeren til afrusning. Dette sker, og kontaktpersonen og brugeren skal melde sig ved skadestuen. Her venter de ca. en time på en læge. I denne periode ønsker brugeren gentagne gange at gå, da han ikke tror, han vil få en ordentlig behandling. Kontaktpersonen får overtalt ham til at blive. Da kontaktpersonen og brugeren kommer ind til lægen, starter lægen med at spørge, hvorfor brugeren ikke indlægges på Amtssygehuset i Århus, hvis de (Amtssygehuset i Århus) mener, det er så nødvendigt. Kontaktpersonen svarer, at der har været forviklinger, men at de nok ikke bør diskutere det nu. Brugeren er meget beruset, og lægen vil ikke indlægge ham, før han har synlige abstinenser. Kontaktpersonen og bruger forlader skadestuen, begge skuffede (case redigeret af forfatterne, taget fra *Videreførelse af Substitutionsprojektets elementer* 2004).

Eksemplerne viser tilsammen, hvordan støttekontaktperson-funktionen for at have koordinerende effekt må være insisterende, tålmodig, trække på

personlige kontakter, inddrage egen personlighed, have kendskab til lokalområdet, osv. I denne sammenhæng er det vigtigt at være klar over, at selv om vi her har synliggjort og systematiseret støttekontaktpersonens arbejde, er det ikke det samme som at udføre det. Støttekontaktpersonens arbejde i hverdagen er et langt sejt træk med mange hindringer. Stofmisbrugernes ofte dårlige situation, deres kaotiske liv, og deres til tider manglende kommunikations-kompetencer kan være en hindring, men en anden hindring er det system, som støttekontaktpersonen skal samarbejde med. Dette system beskriver behandlerne som undertiden værende ganske så trægt. Det er således ikke altid tilfældet, at det omgivende system står med åbne arme og venter på at støttekontaktpersonen sammen med sin klient gør fordringer. Dette udtrykkes fx i dette citat:

Det har nogle gange været et dilemma, at det nogle gange har været nemmere at have med brugerne at gøre end med systemet. Det kan ikke nytte, at jeg ringer ud til en sagsbehandler, lige meget hvor åndssvagt vedkommende opfører sig, og så skælder ud. Jeg skal have en saglig opgave til at fungere. Det synes jeg har været svært nogle gange. Jeg kan have lyst til at slå i bordet overfor systemet, men det vil jo ikke fremme vedkommendes sag. Konflikterne opstår også eksternt med samarbejdspartnere, vi har haft voldsomme konflikter på det organisatoriske plan. Det har været ligeså svært. Det er energikrævende. At møde sagsbehandlere og advokater, der bare er så sure overfor vores deltagere, det har været et dilemma nogle gange (Behandler Århus).

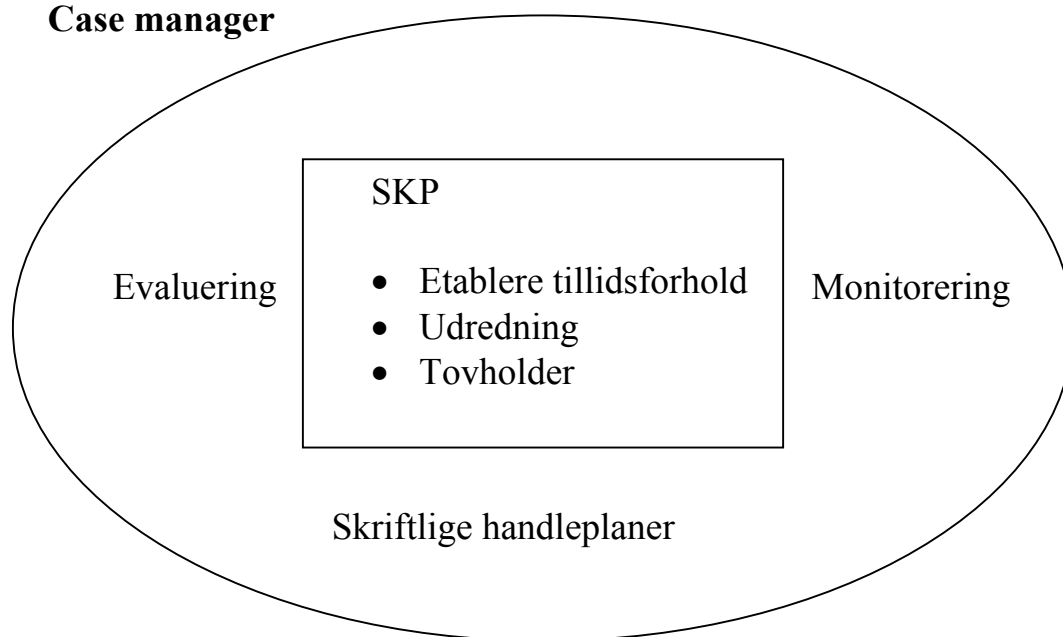
Støttekontaktpersonens situation er undertiden som en lus mellem to negle. Han skal repræsentere brugeren overfor det omgivende system og tage hånd om brugerens problemer og frustrationer i forhold til dette system. Samtidig skal han tage hånd om systemrepræsentanters frustrationer overfor brugeren og søge at gøre disse repræsentanter samarbejdsvillige.

Individuel koordinering – klar metode

Koordinering på individuelt niveau – klar metode indeholder: a) virksomme skriftlige handleplaner, b) monitorering, og c) evaluering. I den internationale litteratur på området finder man disse tre metoder beskrevet som en del af case management metoden (se fx: Graham & Timney 1995, Moxley, 1989, Ridgely & Willenbring 1992, Vanderplasschen et al. 2002). Case management er ikke en fasttømret pædagogisk metode, og socialarbejdere hævder undertiden, at case management er en genopfindelse af, hvad de altid har gået og praktiseret (fx Ridgely & Willenbring 1992). Alligevel er det muligt at afgrænse en kerne i case management metoden. Således afgrænset består case management og dets fokus på at skabe og vedligeholde

et klient-støttende netværk af seks grundelementer: udredning, intervention, koordinering, skriftlige handleplaner, monitorering og evaluering. Specielt de sidste tre elementer er med til at gøre det til en mere struktureret, reflekteret og systematisk metode end individuelle behandleres individuelle fornemmelser for fagets etik. Case management er således både den støttekon-taktperson-lignende indsats samt handleplaner, monitorering og evaluering.

Case manager



Ingen af projekterne har fra projektstart arbejdet med en klart defineret case manager metode. De forskellige projekter har udviklet den individuelle koordinering undervejs i projektperioden, og koordinering på individuelt niveau har således været under konstant udvikling. Der er heller ingen af projekterne, der fuldt har integreret case management i løbet af projektperioden. De forskellige projekter har i stedet gjort brug af dele heraf.

I denne evaluering har vi indirekte brugt case management som en målestok til at vurdere projekternes forskellige individuelt koordinerende arbejde. Dette har vi gjort af to årsager. For det første fordi flere af projekternes individuelle koordinerende tiltag har elementer tilfælles med denne metode. For det andet fordi vi, som vi vender tilbage til i konklusionen, vil anbefale denne metode til fremtidig stofmisbrugsbehandling. Dette gør vi, fordi de elementer af case management, der er afprøvet i forsøgene har haft en god koordinerende effekt. Desuden viser internationale evalueringer af metoden positive resultater (for en god litteraturoversigt se Vanderplassen 2004, se endvidere McLellan et al. 1999).

I det følgende vil vi gennemgå, hvordan handleplaner, monitorering og evaluering er foregået i projekterne.

Handleplaner

Kategorien handleplaner, som vi arbejder med her, og som er defineret i kapitel 2, indeholder skriftlige planer overfor den enkelte bruger, men især den lovpligtige §111 handleplan. Af lovteksten fremgår det, at kommune og amtskommune skal tilbyde den enkelte hjælpesøgende borger en handleplan, når han eller hun har alvorlige sociale problemer eller i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre personlige udviklingsmuligheder. Det er dog uklart i lovteksten, hvem der har det egentlige ansvar for, at handleplanerne bliver udfærdiget, og hvor ofte der skal følges op (Mahs 2002).

Støttekontaktperson-funktionen indeholder også et element af planlægning, men brug af handleplaner adskiller sig dog ved at disse planer er:

- Skriftlige, både hvad angår udredning af brugerens behov og evner, og i forhold til indsatsens mål og virkemidler, herunder relevante samarbejdspartnere og brugerens netværk.
- Systematiske og grundige. Dvs. handleplaner for den enkelte bruger indeholder alle de samme elementer, de er uddybende, og de arbejder med en forholdsvis klar tidshorisont.
- De inddrager i deres udarbejdelse og eksplicitte delegering af ansvar ikke kun brugeren selv, men også eksterne parter.
- Der følges regelmæssigt op på planerne.

Af de fire forsøgsprojekter har Sydvesten i Korsør og X-Felt i København integreret et systematisk arbejde med handleplaner i deres individuelt koordinerende arbejde. I X-Felt er handleplaner integreret som et element af den elektroniske brugerjournal, der benyttes i Københavns Kommune. X-Felts ansatte fremhæver i forhold til arbejdet med disse handleplaner at:

- Alle brugere får lavet en skriftlig handleplan.
- Der følges op på handleplanen hvert halve år.
- Samarbejdet med kommunen er begrænset. Som regel laver behandlerne handleplanerne sammen med klienterne og sender dem via den elektroniske brugerjournal til den respektive sagsbehandler på kommunen, der stor set altid underskriver. Undertiden inddrages sagsbehandlerne dog i selve udformningen af handleplanen.
- Det er vigtigt, at planerne er realistiske. Det er derfor centralt, at brugeren er med hele vejen både i formulering af mål, tidshorisont, samt påtegning af ansvar.

I Sydvesten har man fra projektstart eksplicit arbejdet med handleplaner i et samarbejde med Korsør og Skælskør kommune. En vigtig ting at fremhæve er, at handleplansarbejdet har været prioriteret i projektet fra start, samt at man har sat resurser og tid af til at få handleplansarbejdet op og stå. Erfaringer fra fx psykiatrien viser, at virksomme handleplaner integreret i behandlingsarbejdet ikke kommer af sig selv. Det kræver en målrettet, bevidst satsning fra organisationens side, bestående bl.a. af uddannelse eller opkvalificering af medarbejdere (se fx: Olesen 2002, samt debat om handleplaner på www.socialpsykiatri.dk). På Sydvesten har man:

- Frikøbt kommunale sagsbehandlere til at deltage i undervisning på Sydvesten.
- Afholdt undervisningsdage for samarbejdspartnerne (herunder medarbejdere fra Kirkens Korshær i Korsør) en gang månedligt med fokus på misbrugernes hverdag og misbrugsproblematikker mere generelt.
- Konstitueret en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Sydvesten og kommunerne, der skulle følge processen med at få udarbejdet de fælles handleplaner. Arbejdsgruppen mødtes en gang om måneden og aflagde skriftlig rapport (*Erfaringskatalog 2003*).
- Arrangeret møde på kommunen, Sydvesten eller i brugernes hjem med deltagelse af alle tre parter, hvor handleplanen blev diskuteret igennem og underskrevet.

I forhold til dette handleplansarbejde har de ansatte fra Sydvesten og de involverede kommunale ansatte fremhævet at:

- Det har været vigtigt at have et solidt kendskab til brugernes hverdag og deres funktionsniveau, samt at oparbejde et tillidsforhold til dem gennem uformelt samvær i Sydvestens værested. Tilsammen har det sikret, at målsætningerne i handleplanerne har været realistiske og relevante for brugerne. Intet mål har således været for lille. Dette indledende arbejde tager minimum tre måneder.
- Udredningsarbejdet i forbindelse med at lave handleplanen – dvs. en systematisk afdækning af brugernes situation, evner, mål og behov – har været meget frugtbar. De kommunale ansatte fremhæver fx, at de har fået et mere konstruktivt forhold til deres brugere i takt med, at de har fået et mere realistisk indblik i deres liv.
- De har fået mere respekt for hinandens arbejdsområder.
- Den uformelle kontakt mellem Sydvesten og kommunen er blevet styrket. I og med at man kender hinanden og hinandens arbejdsområder samt genstandsfeltet (dvs. misbrugsproblematikker) bedre, er

det blevet lettere og opleves mere naturligt at kontakte hinanden løbende.

Målet med handleplanerne på Sydvesten har været, at der skulle følges regelmæssigt op på dem. Dette er imidlertid ikke sket. Man skal dog være opmærksom på to aspekter ved handleplanerne. For det første, at de tilbydes som et redskab, den enkelte bruger kan benytte til at klargøre og forfølge mål. Og for det andet, at de er et koordineringsredskab. De aspekter, som Sydvesten og kommunens ansatte fremhæver som vigtigst, drejer sig om det sidste. Dvs. at den fælles udarbejdelse af handleplaner har styrket samarbejdet mellem de to parter både formelt (aftalerne i handleplanerne) og uformelt (det er lettere at kontakte hinanden). Så processen med at udarbejde handleplanerne har for de ansatte på Sydvesten og de kommunalt ansatte været lige så vigtig som slutproduktet.

En forklaring på, at handleplansarbejdet ikke har været den store succes i projekterne, er også, at behandlere traditionelt ikke er vant til at arbejde systematisk og skriftligt, som handleplanerne kræver. I vores interview med behandlere fra alle fire projekter er vi gentagne gange stødt på udtalelser, der udtrykker det, man kunne kalde en traditionel opfattelse af behandling, hvor skriftlig refleksion spiller en perifer rolle i den samlede behandling. Det følgende interview er et eksempel herpå. Det er en behandler fra Århus, der udtaler sig, men den samme type overvejelser har vi hørt fra behandlere fra alle fire projekter (dog mindst i København, se nedenfor).

Det er jo ikke alt, der tæller, som kan måles, og det er ikke alt, som kan måles, der tæller. Og det er jo et eller andet sted det der med, hvor meget holder jeg af Jørgen? På en skala fra 1 til 10, hvor meget holder jeg af ham? Og så vidt jeg ved, ligger der ikke nogen undersøgelser på, om dokumentation svarer sig. Det er et trosspørgsmål. Det, synes jeg, er tankevækkende. Jeg sidder ikke og siger, at man ikke skal dokumentere, men nogen gange gør man det måske for sin egen skyld, ligesom når man laver budget. Man får ikke flere penge af det, men man ved, hvad de går til. Det, der sker i dokumentationsfasen, og det er i virkeligheden det allervigtigste, det er den refleksion, man tvinges ud i. Men den kunne jo så godt foregå for eksempel ved, at man havde flere samtaler. Jeg synes, det er i samtalerummet, at der faktisk sker en udvikling. Det er ikke nødvendigvis, når jeg sidder henne ved computeren og skal skrive noget ned. Men nogen gange er det bare et spørgsmål om at komme nemmest om ved det. For så har jeg da skrevet noget. Lidt ligesom når man skal sende et postkort fra Mallorca: vi har det godt, maden er billig og solen skinner – jeg har dokumenteret, jeg har været på Mallorca. Det er sådan set det, der er formålet ved et postkort. Det er meget lidt refleksion, der kommer ud af det. Og det

siger i hvert fald ikke for andre, der skal læse det, nødvendigvis meget om projektets indhold. Fordi jeg kan simpelthen ikke dokumentere, jeg kan ikke med ord fortælle, på hvilken måde jeg holder af Jørgen, fordi så skal jeg ud i poesens verden, og det er ikke gangbart dokumentationsmateriale. Der er skrevet mange digte om det, men det bruger man jo ikke til dokumentation (Behandler Århus).

Behandleren taler om dokumentation, men kunne lige så godt have talt om skriftlighed. Der er her klare paralleller til journaliseringen i projekterne (igen med X-Felt som undtagelse). Disse journaler afspejler kun i ringe grad den type og det antal af brugerkontakter, behandlerne har haft.

Monitorering

Det er kun på X-Felt, man har afprøvet en standardiseret monitorering, med brug af Europ-ASI og SF36. Hver tredje måned hjælper X-Felts behandlere deres klienter med at udfylde ASI-skemaet, og resultaterne bruges efterfølgende som udgangspunkt for en samtale med klienten, hvor man diskuterer mål og behov. Dvs. man ser på resultaterne af ASI-skemaerne, der fokuserer på forskellige problemfelter som fx sidemisbrug, sociale relationer og kriminalitet, og man bruger så disse resultater som udgangspunkt for samtale i den individuelle rådgivning. X-Felts behandlere fremhæver, at det ikke har været nogen let proces at integrere monitoreringssystemerne i det daglige behandlerarbejde. Det har taget tid for de ansatte at kunne drage fordel af monitoreringsarbejdet i deres daglige arbejde. Det første lange stykke tid oplevede de ansatte på X-Felt, at deres skriftlige arbejde tjente andre formål, nemlig som dokumentation af stedets indsatser, hvilket ikke havde umiddelbar relevans i det daglige arbejde med brugerne. Men efterhånden er monitorering blevet en del af behandlingsarbejdet, og de ansatte mener i dag, at det er en god måde til at sikre, at de i deres individuelle rådgivning af brugerne kommer omkring alle relevante problemfyldte aspekter af brugernes liv. Som vi skal se senere (kapitel 5), oplever brugerne sjældent, at disse monitorerings-redskaber i sig selv er betydningsfulde.

Vores interview med de ansatte på X-felt viser, hvordan implementeringen af monitoreringssystemet har været en længere proces. Det har været uvant for behandlerne at arbejde på den systematiske måde, som kendetegner X-Felts monitoreringssystem. I det første citat udtrykker behandleren sin usikkerhed og delvise skepsis overfor monitoreringssystemet, hvorimod behandleren i det næste citat har taget systemet til sig og integreret det i sin måde at tænke behandling på. Citaterne er ikke fra samme person, men de illustrerer en udviklingsproces, der har været generel.

Særlige fokusområder i indsatsen

Altså for mig, der er det noget helt nyt. Det er en stor omvæltning, men jeg kan godt se fornuften i det, men jeg skal programmeres om, hvis man kan sige det på den måde. Og ja, det tager bare noget tid. Jeg er helt sikker på, at jeg er meget glad for det, når jeg har fået systemet indarbejdet i min arbejdsgang, og det sker, det lyder grimt at sige, mekanisk, men der er noget om snakken. [...] Man kan diskutere værdien af de tal, der kommer ud, men et eller andet siger de da (Behandler København).

Ja der kommer en score ud efter udfyldelse af ASI-skemaet. Jeg har nået at få lavet opfølgning for fjerde eller femte gang på nogle af brugerne. Og så for hver gang de har svaret på de her, både ASI og SF36, så kommer der jo sådan et skema frem. Altså, så kan man så se, at brugeren inden for stofområdet ved indskrivningen stod på 0,49 og den er måske gået ned til 0,29, og der kan man måske se et forløb, der går nedad, eller måske har man været oppe i en periode omkring juletid, eller hvad det nu kan være. Og så får man en dialog om, altså dels hvordan går det her og nu. Hvordan går det i forhold til, da du blev indskrevet. Og se, der er en udvikling i enten den ene eller den anden retning, og så får man i hvert fald fokus på de forskellige områder, som de også bliver interviewet omkring. Det synes jeg er vigtigt (Behandler København).

Evaluering

Både i København og i Århus har man evalueret på behandlingsindsatserne. På X-Felt har man søgt at dokumentere indsatserne ved, at behandlerne konsekvent kategoriserer al klientkontakt efter standardiserede kategorier. Dette gør det muligt efterfølgende at undersøge, om X-Felt overholder de målsætninger for behandling, de har sat sig, fx at 75 % af brugerne gennemfører ASI og SF36 interview hver tredje måned, at alle kvindelige brugere tilbydes rådgivning om prævention og underlivssygdomme, at brugere tilbydes individuel rådgivning hver 14. dag og at 60 % af disse afholdes.

Men evaluering behøver ikke kun være kvantitativ. I Substitutionsprojektet i Århus har man haft en dokumentationsmedarbejder ansat til kvalitativ evaluering, hvor både brugere og ansatte har været interviewet løbende. Evalueringen har især tjent til at skabe en større refleksivitet i projektet omkring mål og indsatser. Efterfølgende har Århus Kommune forestået udgivelsen af dokumentationsmedarbejderens resultater i rapportform (Bjerge 2005). Endvidere har projektet selv forestået en interessentundersøgelse, hvilket set i forhold til koordineringsaspektet er givtigt. Man har ved strukturerede telefoninterview adspurgt relevante samarbejdspartnere, i alt 37, om deres oplevelse af samarbejdet med Substitutionsprojektet. Resultater, man efterfølgende har brugt til at styrke det koordinerende arbejde.

Samarbejde med frivillige organisationer

De fleste af projekternes indskrevne gør brug af tilbud fra frivillige organisationer i lokalområdet, primært væresteder. Med forskelligt engagement har alle projekterne søgt at etablere et samarbejde til nogle af disse væresteder. I Silkeborg og Korsør har det drejet sig om Kirkens Korshær, og i Århus har samarbejdet været forsøgt med et værested, der ligger mindre end 100 meter fra projektet. Samarbejdet med disse frivillige organisationer er dog stødt på den barriere, der handler om anonymitet. Specielt har de frivillige organisationer vægret sig ved et for tæt samarbejde om konkrete brugere, hvor man fx skulle udveksle informationer om den enkelte. De følte det stred imod den enkelte brugers krav på anonymitet. Samarbejdet har for alle projekterne været ganske sporadisk, og det har drejet sig om helt praktiske aspekter. Man har fx udleveret madbilletter til projekternes brugere, der kunne bruges i Kirkens Korshær, man har benyttet en værestedsbus til egne ekskursioner, og man har samarbejdet om at stille et fælles fodboldhold til et indendørsstævne for hjemløse.

Sammenfatning

Koordinering af indsatser på systemniveau har for alle projekterne været meget begrænset. Der har ikke været eksisterende strukturer at bygge på, og der er ikke blevet udbygget et samarbejde mellem forskellige forvaltningseenheder, det være sig misbrugsbehandlingsenheden, kommunen, psykiatrien, hospitalsvæsen, o.a. Den primære koordineringsindsats i projekterne er foregået på individuelt niveau overfor den enkelte bruger som en støttekontaktperson-lignende indsats. Denne koordineringsindsats har i alle projekterne primært haft en ad hoc præget karakter, hvor brugernes mere eller mindre akutte problemer løses. I to af projekterne har den individuelle koordinering herudover haft en mere struktureret og skriftlig karakter i form af en handleplan, hvor også eksterne parter inddrages. Standardiseret monitorering er foregået i X-Felt i København, og skriftlig evaluering af indsatserne er foregået i Substitutionsprojektet i Århus og på X-Felt.

Konklusion

I kapitlet har vi undersøgt og debatteret brugerinddragelse og koordinering i forhold til de forskellige delprojekters indsatser. Disse to temaer har vi valgt ud, fordi de fra starten har været vigtige satsningsområder i projekterne, fordi de er prioriterede områder i lovgivningen, og fordi de dominerer i den fremherskende metodelitteratur på det sociale område.

Vores diskussion af begrebet brugerinddragelse pegede på fire generelle problemfelter, der også gør sig gældende i forhold til delprojekterne. For

det første er brugerinddragelse kendetegnet ved, at det er institutionerne, der sætter rammerne for denne indflydelse. Dagsordenen er allerede sat, når brugeren kommer på banen, en dagsorden, som brugerne så kan byde ind på, men ikke har indflydelse på. Selvom der teoretisk foreslås vide rammer for, hvad brugerne kan få indflydelse på, har det i projekterne begrænset sig til aktivitets- og ekskursionsområdet. For det andet har brugerindflydelsen i projekterne ikke haft den store opbakning fra brugerne, et kendetegn der er lig andre institutioners erfaringer på området. Formen, man har afprøvet, har været indflydelse gennem brugerråd og handleplaner. Vi mener, at disse strukturerede og målrettede inddragelsesformer ofte harmonerer dårligt med mange brugeres kaotiske livssituation, et aspekt vi uddyber i kapitel 5. Formen kan således være en del af forklaringen på den svage brugerinddragelse. For det tredje har vi påpeget, at brugerinddragelse må relateres til empowerment tankegangen, der har vundet indpas de fleste steder på det sociale område. En tankegang, der tilsiger, at den enkelte bruger skal være en aktiv og reflekteret medspiller i forhold til at få løst sine problemer. Dette kan lyde tillokkende, men kan undertiden dække over, at mange af de tungest belastede brugere – som var projekternes målgruppe – kan have svært ved at leve op til de idealer, som den nye brugerkategori lægger op til.

Disse tre problemfelter indkredser alle det samme paradoks. Behandlernes (og samfundet via lovgivningen) vil så gerne inddrage brugerne, men brugerne kan eller vil ofte ikke inddrages. Brugere vil dog gerne have indflydelse, men vel at mærke ikke på de måder, der er afsøgt. Man kunne derfor konkludere, at det ikke er lykkedes at inddrage brugerne i projekterne. I stedet for en sådan konklusion foreslår vi begrebet brugerorientering som en alternativ måde at give brugerne indflydelse på. Brugerorientering handler i projekterne om etableringen af en tillidsfuld relation bruger og behandler imellem og om støttekontaktperson-funktionen som metode. Brugerorientering er et centralt aspekt i de næste to kapitler.

Kapitlets anden del stillede skarpt på de koordineringstiltag, der har været i de fire projekter. Afinstitutionaliseringen og specialiseringen i samfundet har nødvendiggjort en øget koordinering af indsatsen overfor samfundets svagest stillede. Det er generelt endnu ikke lykkedes på det sociale område at få etableret en tilstrækkelig grad af koordinering mellem forskellige forvaltningsenheder. Dette har naturligvis afspejlet sig i de fire delprojekters koordineringsindsats. Derfor har vi også konkluderet, at det på systemniveau ville have været for tung en opgave at løfte for de enkelte projekter at etablere sådanne samarbejdsstrukturer mellem fx kommune, amtets misbrugsbehandling, sundhedsvæsen, psykiatri eller kriminalforsorgen. Men koordinering har pågået i projekterne, den skal blot findes andetsteds.

I stedet for på systemniveau har projekterne koordineret på individuelt niveau overfor den enkelte bruger. Vi skelnede her mellem koordineringstiltag, der var ad hoc prægede, og tiltag, der afspejlede en klar metode.

Den mest grundlæggende koordineringsindsats finder vi i projekternes støttekontaktperson-lignende indsats, der primært er en ad hoc præget metode, dvs. det er den enkelte brugers her og nu problemer, der søges løst. Koordineringen var her centreret omkring tre aspekter: etablering af tillidsforhold til brugeren, udredning af brugerens behov og en tovholderfunktion. Den støttekontaktperson-lignende indsats var ikke indtænkt som primær satsningsområde i projekterne før projektstart, men har udviklet sig til at blive det i hvert fald i Silkeborg, Korsør og Århus.

Nogle af projekterne har arbejdet med koordineringsredskaber på det individuelle niveau, der kan defineres som dele af en mere klar metode. Vi isolerede følgende tre områder: skriftlige handleplaner, monitorering, og evaluering. Handleplansarbejdet har været forsøgt i to projekter, men det har ikke været entydige positive erfaringer, projekterne har gjort sig. Implementeringen af virksomme skriftlige handleplaner i behandlingsarbejdet kræver en målrettet satsning og prioritering. Det samme konkluderede vi i forhold til monitoreringsindsatsen. Det tyder på, at arbejdsgangen samt arbejdsformen i disse to typer strukturerede indsatser på flere måder adskiller sig fra den måde, behandlingsarbejde ellers praktiseres og tænkes. Dette blev udtrykt af behandlere i København og Korsør, projekter der begge havde forsøgt sig med disse metoder. Endelig har to af projekterne evalueret på deres indsatser, en evaluering der især har givet en øget refleksion blandt projektets ansatte omkring de mere generelle mål for behandlingen.

Ser man på den internationale metodelitteratur, udgør de støttekontaktperson-lignende indsatser tilsammen med handleplaner, monitorering og evaluering det, der kaldes for case management. Ingen af projekterne har systematisk afprøvet case management, men vi har valgt at vurdere projekternes koordineringsindsatser op imod denne metode, da vi mener, den bør stå centralt i fremtidig ambulans stofmisbrugsbehandling. Der er med case management mulighed for at kombinere en mere struktureret og klar metodisk behandlingsindsats med den brugerorientering, vi vil uddybe i de næste to kapitler.

Kapitel 4. Behandlingskultur – Praksis og Holdninger

I dette kapitel beskrives og diskuteres den behandlingskultur, der har præget forsøgsprojektet. Ved behandlingskultur forstår vi: 1) den dagligdag, der præger de enkelte projekter, dvs. de aktiviteter, der foregår som et led i metadonbehandlingen og 2) den udveksling, der foregår mellem behandlere og brugere, både forstået som de konkrete udvekslinger, der foregår fx i værestedet, ved metadonudleveringen eller i rådgivende samtaler, samt behandlernes holdningsmæssige tilgange til disse udvekslinger. Behandlingskultur er med andre ord, hvordan det der foregår i projekterne, så foregår.

De fire delprojekter har haft forskellige behandlingskulturer. Alligevel er der flere forhold, der går igen i alle projekter. Vi har tidligere lavet en beskrivelse af, hvad vi der kaldte for, ”delprojekternes idegrundlag for behandling” i de første halvandet år af forsøgsperioden (Asmussen et al. 2003). Det var fx ord som tillid, selvforvaltning, brugerinddragelse eller normalisering, der blev fokuseret på. Nedenfor vil vi følge op på dette og uddybe, hvordan det er gået i den sidste halvdel af projektperioden. Vi vil ikke, som i den tidligere rapport, skille de enkelte projekter ad, men derimod fokusere på det fælles i projekterne.

Centralt i projekternes behandlingskulturer er arbejdet med at skabe en ”god relation” til brugerne samt at ”få metadon til at fylde så lidt som muligt”, som forskellige behandlere har udtrykt det. Begge områder er grundlæggende elementer i metadonbehandling. Det at arbejde med relationer er grundlæggende i socialt og behandlingsmæssigt arbejde, og metadon (eller anden substitutionsmedicin) er kernen i metadonbehandling - uden substitutionsmedicin intet behandlingskoncept. Vi vil nedenfor diskutere de fælles bestræbelser, projekterne har haft i forhold til relationsarbejde og metadon. Det gør vi i to adskilte afsnit. I det første afsnit fokuserer vi på, hvordan behandlerne definerer den gode relation til brugerne. Centralt står her tillid, ligeværdighed og respekt. Disse værdier spejler vi i behandlernes praksis, for at se om de rent faktisk sker fyldest. Afsnittet vil derfor også fremhæve behandlernes dilemmaer og vanskeligheder med at etablere ”den gode relation” i praksis. I det næste afsnit om metadon diskuterer vi, hvad metadonudlevering, sidemisbrug og kontrol har betydet i de fire delprojekter. Diskussionen sker i forlængelse af diskussionen om den gode relation. Allerførst vil vi dog diskutere baggrunden for at fokusere på behandlingskultur.

Baggrund

Om end behandlingskultur ikke er den mest velbeskrevne del af metadonbehandling, er der alligevel internationale undersøgelser, der har rettet deres opmærksomhed mod dette (fx Bourgois 2000, Lilly et al. 2000, Rosenbaum 1985). Disse undersøgelser viser på forskellig vis, at de varierende behandlingskulturer, der er at finde i metadonbehandlingen, skaber forskellige relationer mellem behandler og bruger. I Marsha Rosenbaums klassiske artikel fra 1985 identificeres tre forskellige idealtypiske behandlingsfilosofier – den medicinske, den reformatoriske, og den selvforvaltende (eng. *libertarian*) – der forenklet sagt hhv. skaber brugere som sygdomsramte patienter, som individer med et adfærdsproblem og som forbrugere. De forskellige behandlingsfilosofier tilskriver altså brugeren forskellige roller. Det vil sige, at de forskellige behandlingsfilosofier tolker relationen mellem behandler og bruger forskelligt, idet behandlerne agerer forskelligt afhængigt af, om de står over for en sygdomsramt patient, en person med adfærdsproblemer eller en selvforvaltende forbruger. En af Rosenbaums pointer er, at det varierer, hvordan kontrollen med brugerne opretholdes, afhængigt af hvilken behandlingsfilosofi, der er gældende på en bestemt metadonklinik. Hun er dog opmærksom på, at der ikke er nogen klinikker, der udelukkende opererer ud fra én behandlingsfilosofi. Der er mere tale om, at den ene kan være mere dominerende frem for de to andre.

Rosenbaums artikel inspirerer til at fokusere på, hvordan relationen mellem behandler og klient etableres i praksis, og specielt hvorledes kontrollen i metadonbehandlingen udspiller sig i praksis (fx i forhold til udlevering, doser, indtagelsesform). Netop kontrol har været udbredt i metadonbehandling, især i forhold til brug af illegale stoffer sideløbende med metadonbehandlingen. Forskellige kontrolformer som urinprøver, stikmærkeprøver, etc. har været anvendt til at sanktionere brugere i metadonbehandling, enten ved at man har nedtrappet eller endog udskrevet brugeren af metadonbehandling. Delprojekterne har fokuseret på at minimere kontrolaspektet og i stedet opbygge tillids- og respektfulde relationer mellem behandlere og brugere. Vi vil nedenfor beskrive og diskutere, hvordan både metadonudlevering, metadondoser og metadonadministration er foregået i forsøgsprojektet, og hvordan dette forstås og opleves af behandlerne.

Litteraturen om klientgørelse beskriver, hvordan brugere eller klienter i det sociale system fastlåses i bestemte roller, hvilket begrænser deres muligheder (fx Järvinen & Mik-Mayer 2003). Metadonbehandling kan ses som et eksempel på et sådant socialt system. At man i socialpolitikken har skiftet begrebet ”klient” ud med ”bruger” i et forsøg på både at undgå klientgørelsen og at skabe aktive, selvforvaltende individer, der selv deltager i bestræbelserne på at forbedre egen situation, anses generelt for en positiv

udvikling. Men brugeren er dog, ligesom klienten, sat i nogle bestemte (magt-)relationer, hvor der ofte ikke er plads til den indflydelse eller inddragelse, der ellers tilskrives begrebet ”bruger” (se Asmussen 2003, Asmussen & Jöhncke 2003), ligesom den enkelte bruger langt fra er aktiv og selvforvaltende, især ikke når vi taler om de mest udsatte grupper (se fx Siiger 2004). Der kan således være langt fra ideologi til praksis, og de magtrelationer, der ligger i behandler/klient relationen, findes også i behandler/bruger relationen, selv når relationen mellem behandler og bruger forsøges etableret med udgangspunkt i tillid og respekt (se kapitel 3 ovenfor).

Udgangspunktet for metadonforsøgsprojektet har været ideen om, at øget psykosocial støtte ville give en øget effekt i metadonbehandlingen. Eftersom al psykosocial støtte er baseret på en udveksling mellem behandler og bruger, er det en af de vigtige begrundelser for her at beskrive og analysere, hvordan denne relation etableres i forskellige situationer, og hvilke ideer behandlerne går til dette arbejde med. Specielt set i lyset af, at både behandlingskultur, psykosociale indsatser og bruger/behandler relationen er underbeskrevet i litteraturen (Lily et al. 2000).

Relationen mellem behandler og bruger

Udgangspunktet for at etablere en relation mellem bruger og behandler har været særdeles gunstig i de fire delprojekter. Bruger/behandler ratioen har været et sted mellem 1:5 og 1:8 (se tabel 4.1), hvilket i allerhøjeste grad har været et udvidet forhold i modsætning til standardbehandlingen, hvor ratioen ligger et sted mellem 25 og 50 brugere til en behandler (Pedersen & Asmussen 2002). Vi er klar over, at bruger/behandler ratioen kan fortolkes forskelligt, afhængig af hvor mange af de ansatte vi regner med. Vi har medtaget alle ansatte i projekterne i denne beregning. Men selv med en selektion i behandlergruppen, vil ratioen stadig være betydelig lavere end i standardbehandlingen.

Tabel 4.1 Bruger/behandler ratio i delprojekterne

	Behandlere	Brugere	Ratio
København	8	60	1:8
Korsør	4	28	1:7
Silkeborg	2	11	1:6
Århus	6	30	1:5

Vi har set i kapitel 2, at der pga. den lave behandler/bruger ratio har været mulighed for at tage andre behandlingsmetoder i brug som fx støttekon-

taktperson-ordningen, værestedet eller de hyppige rådgivningssamtaler. Dette er behandlerne også selv meget opmærksomme på:

Jamen i forhold til standardbehandlingen så har vi meget mere tid, vi har måske også flere penge, og så er vi synlige, meget mere synlige (Behandler Korsør).

Det er ikke en kamp at få tid ved en behandler. Man får egentlig i løbet af formiddagen talt om det, der dukker op. Og vores brugere er jo ikke altid så strukturerede, at de lige har nedfældet på et stykke papir, hvad de skal tale med behandleren om. Så nogle gange kommer tingene meget sporadisk, altså fem minutter inden de skal ud af døren. Men der er ikke den der panik på, så man får næsten altid talt om, hvad der skal ske. Så det foregår faktisk ret roligt (Behandler Korsør).

Citaterne viser, at det at have mere tid og være mere tilgængelige som behandlere også opleves som en god mulighed for at skabe relationer til brugerne. De næste afsnit omhandler, hvordan behandlerne har fået etableret relation til brugerne, og med behandlere mener vi meget bredt alle de, som har været ansat i projekterne, og som har haft daglig eller regelmæssig kontakt til brugerne enten ved at være kontaktperson, udlevere metadon eller yde sundhedsfaglig service.

”Den gode relation”

Det at arbejde med relationer er grundlæggende i socialt og behandlingsmæssigt arbejde, og det er derfor ikke specielt, at man i projekterne har fokuseret herpå. Vi mener dog, at der har været en ekstra høj grad af refleksion i projekterne i forhold til, hvordan man etablerer relationer til brugerne så vel som ønsket om at etablere en ”god relation” til brugerne tydeligvis har spejlet sig i den praksis, der har været i projekterne. Fx siger behandlerne:

For mig er det vigtigste i behandlingen den gode relation. Jeg synes, jeg er kommet langt, når de begynder at fortælle mig deres inderste hemmeligheder (Behandler København).

Jeg synes, at den gode behandling meget handler om relationen (Behandler Korsør).

Der er så mange betydninger af relationsarbejde, og hvad er det egentlig for nogen relationer vi taler om? For manges vedkommende er det relationen mellem ’terapeuten’ eller pædagogen og brugeren. Jeg undrede mig tidligere tit over, hvorfor der snakkes så meget om den relation. Hvorfor er den så vigtig? Mit eget mål i meget af det arbejde, jeg

tidligere har lavet, har været at styrke relationen mellem brugerne selv. Jeg er jo trods alt bare professionel, jeg skal ikke bygge noget op som er afhængigt af mig, men noget som er i sig selv. Men jeg har lært meget af det her projekt, hvad det angår, nemlig at det ene ikke udelukker det andet, men at man faktisk kan arbejde samtidig med begge former for relationer (Behandler Århus).

Det interessante er, hvordan behandlerne både tolker og gør den ”gode relation”. Dvs. hvad lægger de i den? Og hvordan praktiseres den? Vi vil her fremhæve tre områder, som behandlerne har fokuseret på i forhold til at etablere den ”gode relation” til brugeren:

- Møde brugeren med tillid, ligeværdighed og respekt
- Normalisere relationen til brugeren
- Være pragmatiske i deres tilgang til brugeren

I det følgende vil vi beskrive, hvad behandlerne lægger i disse tre områder, og hvordan deres holdninger hertil kommer til udtryk i indsatser og behandlingspraksis. Behandlernes fortællinger omhandler ikke udelukkende, hvor det lykkes, men også de situationer hvor det er vanskeligt at etablere en ”god” relation.

Tillid, ligeværdighed og respekt

Tillid opfattes som noget helt grundlæggende i alle projekterne for overhovedet at kunne foretage behandling. Behandlere fra alle delprojekter fortæller samstemmende, at de brugte meget tid i løbet af det første år til halvandet på at skabe tillid til brugerne, og alle beretter, at de oplever, at det rent faktisk er lykkedes for dem at skabe denne tillid.

Vinde brugernes tillid. Det havde jeg regnet med, man kunne gøre sådan, ja max. et halvt år, så skulle det bare køre. Men det har taget et år (Behandler Silkeborg).

Tillid er faktisk et helt afgørende parameter i forholdet til et andet menneske. Det er noget alment menneskeligt. Det er noget, der spiller en væsentlig rolle i etablering af kontakt, men siden hen så bliver det jo noget underforstået. Det er noget vi har nu, i relationen til brugerne, nu skal vi bare videre med noget andet (Behandler Århus).

Tillid opfattes således som noget helt grundlæggende for at etablere en god relation mellem bruger og behandler. Den tyske sociolog Niklas Luhmann (1999) har argumenteret for, at det at udvise tillid til andre er et grundlæggende menneskeligt vilkår. Tillid er nødvendig for at kunne begå sig i ver-

den, fordi man altid er sat i relationer til andre, hvis handlinger kan påvirke en selv, hvad enten man ønsker det eller ej. Det at have tillid til andre er således en måde at håndtere fremtidens usikkerhed på, dvs. håndtere det faktum, at andres gøren og handlen også får betydning for en selv. En af Luhmanns pointer er, at det at have tillid til et andet menneske er baseret på erfaring, på at de relationer man har til andre rent faktisk er det, de giver sig ud for at være. Man kan sige, at tillid er generaliserede erfaringer, og at disse erfaringer kan udstrækkes til andre lignende tilfælde, i det omfang de bliver bekræftet, dvs. at man også her opbygger den samme erfaring (Luhmann 1999:62-63). På denne baggrund er det ikke så sært, at det har taget projekterne lang tid at opbygge tillidsfulde relationer til brugerne. Brugerne skal nemlig opsamle erfaring med den "gode" relation for at kunne tro på den. En behandler, der har arbejdet i misbrugsbehandlingen i mange år og kender flere af projektets brugere fra andre sammenhænge, har erfaret, at tillid kan overføres fra en sammenhæng til en anden eller fra en person til en anden. Har man som behandler allerede etableret tillid til en bruger, kan denne tillid overføres til andre brugere, hvis den første bruger siger god for behandleren, fortæller behandleren, ligesom hun oplever, at hendes goodwill i tidligere ansættelser overføres til projektet.

Man kan med rette spørge, hvad tillid egentlig betyder, og hvad der lægges i det. I forhold til projekterne er det vigtigt både at fokusere på, hvad der ikke sker, eller hvad man ikke gør i projekterne, så vel som på hvad der rent faktisk sker, og hvad man rent faktisk gør i relationen til brugerne.

Vi har haft en åbenhed omkring alt, om det så er metadon eller sidemisbrug, og vi har givet brugerne tid. Derfor er der skabt tillid. Det synes jeg er meget forskellig fra de erfaringer, jeg ellers har. Det gør, at det er noget lettere, et langt stykke hen ad vejen, at hjælpe dem med det, det rent faktisk handler om. Frem for at de fx skal sidde og vogte deres mund med, hvad de nu kommer til at røbe (Behandler Korsør).

Historisk set har man altid været konfronterende overfor stofmisbrugere. Men man skal ikke dunke dem oveni hovedet, hvis de ikke overholder aftaler. De kan ikke. De mister fx deres familie, fordi de er på heroin. De tænker på stoffer hele tiden. Og de er blevet dunket så mange gange oveni hovedet, fordi de svigter og ikke overholder aftaler. Så må man tænke anderledes. Så holdt dette ikke, hvad må vi så gøre anderledes? Ikke noget med at du ikke overholder aftaler, og at vi ikke kan arbejde sammen mere. Så maser du dem ud og skubber dem væk. Det skal være ok, at de ikke kan honorere de krav (Behandler København).

I citaterne fremhæver behandlerne, at tillid bl.a. skabes ved at være åben overfor brugerens livsverden og dertil hørende brug af stoffer, ved at have god tid og være tålmodig, ved at være tilgængelige, og ved ikke at opstille sanktioner overfor brugeren. Konkret praktiseres åbenhed i projekterne ved, at det fx er muligt at tale om sidemisbrug, uden at der skal reageres på det behandlingsmæssigt. Det medtages som en del af brugernes livsverden, der ligesom boligsituation, økonomi og familierelationer kan tages op i behandlingen. Sidemisbrug har i projekterne generelt ikke været forbundet med sanktioner af den ene eller den anden art. Dog har et stort forbrug af alkohol kunnet medføre, at brugere ikke har kunnet få udleveret metadon, før deres promille var tilstrækkelig lav. At acceptere det faktum at sidemisbrug foregår, samtidig med man er i metadonbehandling, har været en strategi til at skabe tillid bruger og behandler imellem.

En anden strategi, der er med til at skabe en tillidsfuld relation bruger og behandler imellem, har været den høje grad af tilgængelighed, brugerne har haft til behandlerne. Som vi så i kapitel 2, så har tilgængeligheden til rådgivning været meget høj, både i form af aftalte samtaler og i form af spontane samtaler. Men tilgængeligheden har også været høj i forhold til støttekontaktperson-ordningen. Behandlerne har hjulpet, når det har været nødvendigt. Også her har der været et minimum af sanktioner. Behandlerne i alle delprojekter fortæller, at de fx ser det som deres opgave at følge op på en bruger, der ikke dukker op, hvad enten det er til en samtale eller for at hente metadon. At brugeren ikke overholder en aftale, er således ikke årsag til at samarbejdet mellem bruger og behandler bryder sammen. Dette er især et forhold, man har skullet forholde sig til i projektet i København, idet man her har indbygget strukturerede, aftalte samtaler hver fjortende dag i behandlingskonceptet. Her har man så fx taget konsekvensen af, at en gruppe af projektets brugere ikke havde behov for et decideret behandlingsrettet tilbud, som deres oprindelige koncept var bygget på, men derimod har et større behov for omsorgsrettede tilbud. I projektet har man desuden et princip om, at de brugere, der ikke møder op til aftalte samtaler, kontaktes af behandleren, og kan behandleren ikke få kontakt med brugeren i løbet af fem dage, overføres metadonudleveringen til brugeren fra apotek til projektet. At skabe tillid handler således om, at bestemte emner er tilladte at tale om, ligesom det er at afdække, hvad brugeren har brug for, og så vidt muligt rette behandlingstilbudet ind efter det. Behandlerne fremhæver det at fastholde brugerne i behandling som en væsentlig årsag til eller forklaring på, at de gør meget ud af relationen til brugerne. Det er kun, når brugerne er i behandling, at behandlerne har ”mulighed for at rykke” med dem, dvs. hjælpe dem til at skabe forandringer i deres liv.

Ligeværdighed og respekt er to andre kvaliteter, der er blevet lagt vægt på i relationen mellem behandler og bruger i projekterne. Igen kan man spørge, hvad det så rent faktisk betyder, at relationen mellem behandler og bruger er ligeværdig. Tre behandlere giver deres bud på dette i de følgende citater:

Man skal forholde sig til det menneske, der har resurserne, lige så meget som man skal forholde sig til det menneske, der har nogen vanskeligheder og skal hjælpes med de vanskeligheder (Behandler Århus).

Møde brugeren i øjenhøjde. Undgå at gøre som man plejer. Det er en god ide at tage udgangspunkt i de mennesker, man sidder overfor og så gå efter små sikre sejre. Det kan være noget med at få tjek på et sår eller komme til tandlæge og så graduere op efter, hvor folk nu er. Der må ikke være for langt ned fra himlen og til de mål. Det er noget med at skrue på folks forventninger på en konstruktiv måde. Der kan komme en ind, der gerne vil være astronaut. Det nytter ikke, at jeg siger at det ikke nytter noget. Det er konstruktivt, at sige at det var spændende. Kender du noget til at være astronaut, er der nogle hjemmesider osv. Det kan godt være at han ikke ender som astronaut, men han kommer måske ud på Tycho Brahe centralen og bliver kustode eller læser på Universitetet eller få ideer i forhold til det (Behandler København).

Mit udgangspunkt er altid, at brugerne kan alting selv eller i hvert fald, at jeg forsøger at få dem til selv at gøre arbejdet. Hvis det så kan være nødvendigt, at jeg tager med, så gør jeg det (Behandler København).

Ligeværdighed er ofte blevet beskrevet som ”at møde brugeren i øjenhøjde”, ligesom ”på brugernes præmisser” anses for udtrykkende respekt for brugeren. Det er ikke blot brugeren, der skal tilpasse sig systemet, men også systemet der skal rette sig ind efter brugeren. I citaterne beskriver behandlerne ligeværdighed og respekt, som det at tage udgangspunkt i brugers resurser og behov. Det ligger behandleren på sinde, at behandlingen skal foregå, der hvor brugeren selv kan være aktiv i egen behandling. Dette er et udtryk for at ville skabe ligeværdighed og respekt. Samtidig skal behandleren være opmærksom på brugers behov, dvs. respektere den situation brugeren er i. En behandler fra Århus fortæller fx, at han måtte tage det alvorligt, at en bestemt brugers vigtigste prioritering var at få malet sin lejlighed, hvorfor behandleren hjalp brugeren en hel dag med at male lejlighed. Støttekontaktperson-ordningen, som den er diskuteret i kapitel 3, er ligeledes et eksempel på, hvordan der handles med udgangspunkt i brugers resurser og behov. Det at fokusere på ligeværdighed hænger for mange behandlere sammen med at stille skarpt på brugers resurser og hænger

således sammen med andre begreber i behandlingskulturen som fx ”at yde individuel behandling”, ”holistisk menneskesyn” eller ”differentierede mål for behandling”.

Ligesom det at skabe tillid har været en lang og fortløbende proces, er også det at skabe ligeværdighed og respekt noget, der har taget tid, og noget der hele tiden tages op og arbejdes med i projekterne. Det vil vi her belyse med et eksempel fra et fokusgruppeinterview foretaget i Århus. Da vi spørger behandlerne om deres relation til brugerne, diskuterer de brugernes attitude, der har forandret sig fra start til nu. Én fortæller: ”I starten havde vi nogen, der opførte sig som treårige. Ikke bare i minutter, men det kunne være i timer. Det ser vi ikke mere, men der er stadig langt fra tre til 49 år!”. Vi spørger så videre ind til, hvordan man går til et menneske, der opfører sig som en treårig. Og en anden behandler siger: ”Man kan lukke fuldstændig af og bekræfte vedkommende i, at han er en klient. Det er én måde at gøre det på. Så er man sikker på, at han vedbliver med at være tre år. En anden mulighed er at drage omsorg for ham. Der er mange muligheder. Men det er en kamp både for dem og for os selv at acceptere, at vi er ligeværdige, og for os at se de resurser, der gør, at vi er ligeværdige”. Alle delprojekter kan berette om, ligesom behandlerne i citatet her, hvordan det at skabe tillid, ligeværdighed og respekt i relationen mellem bruger og behandler ikke er nemt, og at det ikke lykkes hver gang.

Når den gode relation kommer på en prøve

Behandlerne i de fire projekter har været nødt til at forholde sig til episoder, hvor de ikke har kunnet skabe en relation til brugeren baseret på tillid, ligeværdighed, og respekt. Dette gælder fx i voldelige episoder eller i situationer, hvor brugerne har meget ”misbrugsadfærd”, som det hedder. Det er ikke kun brugerens livssituation, der sætter den gode relation på en prøve. Det gør behandlernes egne grænser for, hvad de kan eller vil gøre også. Dette kan belyses med en diskussion af, hvilke brugere de forskellige behandlerne helst vil arbejde med. Fx siger en behandler:

Jamen, jeg kan godt lide de udadreagerende. Det er mest min type. Jeg har lidt sværere ved dem, der bare sidder derhjemme. Jeg kan bedst lide, ja psykopaterne, det må jeg sgu godt sige. De er så umiddelbart vanvittige, det synes jeg er fedt. Man bliver udfordret, ik’. Når der kommer en og står og råber og skriger en ind i hovedet, det synes jeg er spændende. At man så efterhånden kan få dem til at falde til ro igen, uden at der sker noget. Vi har jo aldrig fået en på bærret. Det kunnet vi da sagtens have fået. Men de er efterhånden også faldet lidt mere til ro (Behandler Silkeborg).

På spørgsmålet om, hvilke brugere behandleren bedst kan lide at arbejde med siger en anden behandler:

Dem der gider og lave noget, synes jeg egentlig. Dem der er lette at have med at gøre. Hvis jeg siger, jamen altså, skal vi ikke lige? Fint, så gør vi det. Dem der finder fornøjelse i det. Jeg er den, der finder mest fornøjelse i, at der sker et eller andet, at man ikke bare sidder på sin flade. Jeg kan bedst lide, at man er sammen om noget. Så er jeg ikke så træt, når jeg går hjem, hvis jeg har lavet noget den dag. På den måde kan jeg jo bedst lide at arbejde med de brugere, der gider at lave noget, gider at være med til noget (Behandler Århus).

Selvom behandlerne karakteriserer de brugere, de helst arbejder med, forskelligt, vil begge behandlere gerne se resultater. I det første eksempel handler det om at se resultater i brugerens adfærd. Man kunne kalde det at aflære misbrugeren ”misbrugsadfærden”. I det andet eksempel er det at se resultater, at brugeren gerne vil deltage aktivt i egen behandling. Forskellen mellem de to citater er, kunne man sige, at behandlerne hhv. taler om den inkompetente og den kompetente bruger. I det første eksempel er det de brugere, der ikke kan eller vil være brugere, behandleren helst vil arbejde med. I det andet eksempel er det brugere, der netop er resursefulde og aktive i egen behandling, behandleren gerne vil arbejde med. Begreberne kompetent og inkompetent bruger er taget fra Siiger (2004). Hun diskuterer, hvordan brugere af gadesygeplejetilbud i København enten kan agere kompetente eller inkompetente brugere. Den kompetente bruger er den, der netop kan indgå i relationen til behandleren, i dette tilfælde gadesygeplejersken, på en måde således at gadesygeplejersken kan udøve sin gerning og komme af med sit tilbud til brugeren og måske endda ”rykke lidt med brugeren”. En bruger er inkompetent, når han eller hun ikke forstår systemet, eller ikke vil underlægge sig det, dvs. modtage det gadesygeplejersken har at tilbyde og på den givne måde. Siiger understreger, at brugere ikke bare enten er kompetente eller inkompetente, men det er karakteristika ved bestemte relationer eller situationer, som brugeren indgår i eller gennemlever i bestemte perioder. Det handler således om, at der er grænser for, hvad indsatserne kan rumme, og at man ikke automatisk kan regne med, at brugere er resursefulde og aktive medspillere. De kan nemt agere på helt andre måder, og dermed sætte behandleren i et dilemma: behandleren tilbyder en indsats formet på ”brugernes præmisser”, men brugeren ønsker ikke at gøre brug af det.

Voldelige episoder er et tydeligt eksempel på, at den gode relation kommer på en prøve. Fx siger en behandler fra Korsør i et fokusgruppemøde:

terview, da vi snakker om, hvorvidt der er brugere, som projektet har svært ved at rumme:

Voldelig adfærd. Jamen, det er da belastende. Så sent som i går havde vi en, der opførte sig ret tåbeligt og smed en stol efter mig (Behandler Korsør).

Behandlerne fortæller i interviewet videre om, hvordan de laver forholdsregler, fx at være flere behandlere i værestedet, ikke være alene i et rum med en bruger eller tage to af sted på hjemmebesøg, for at undgå sådanne situationer. Den voldelige adfærd er bestemt ikke noget, der har præget projekterne. Men det er heller ikke kun den voldelige adfærd, der sætter behandlernes intentioner om at etablere tillid, respekt og ligeværdighed på en prøve. Det gør også det, der lidt jargonagtigt kaldes for ”misbrugsadfærd”. Med misbrugsadfærd kan behandlerne fx mene, at brugerne taler højt eller råber, taler i munder på hinanden, ikke lytter, tørfixer (dvs. taler om stoffer), virker provokerende, virker truende – ikke kun overfor behandlerne, men også overfor de andre brugere. Misbrugsadfærden og de enkelte voldelige episoder, der har været i projekterne, stiller behandlerne på en prøve, fordi brugerne i disse tilfælde ikke opfører sig ”hensigtsmæssigt” i forhold til de tillidsfulde, ligeværdige og respektfulde relationer, som behandlerne lægger frem, og det er selvfølgelig paradoksalt, fordi behandlerne netop opfatter den tillidsfulde, ligeværdige og respektfulde relation som konstruktiv for brugerne selv.

Når behandlerne står overfor brugere med ”misbrugsadfærd”, trækker de på andre strategier i relationen til brugerne, nemlig normalisering.

Normalisering

Normalisering har her to betydninger: det skal både forstås som noget opdragende og som et forsøg på at afstigmatisere det at være i metadonbehandling (se tabel 4.2). Selvom der er forskel på, hvor projekterne lægger deres fokus i forhold til normaliseringen, er begge betydninger at finde i de fleste projekter.

Det opdragende aspekt er fx at lære brugerne ”en ordentlig fremtræden” (i tøj, gestus, sprog), lære dem ”evnen til at begå sig” (dvs. undgå konflikter, fx på socialkontoret), lære dem at ”tale pænt” (dvs. ikke råbe, skælde ud). Som vi beskrev i kapitel 3 indgik normalisering som element i støttekontaktperson-ordningen. Det har været et særligt udtalt fokus i behandlingen i projektet i Korsør.

Der var nogle af brugerne, der i starten ikke kunne sige andet end fuck, som havde det der misbrugssprog, fucking hele tiden, tonelejet

gik, og hænderne strittede og sådan noget. Det prøver vi at snakke med dem om, hvordan det virker på os; at jeg bliver forskrækket og tænker: hvordan kan jeg slippe af med ham (Behandler Korsør).

Når folk er meget ulækre, prøver vi fx at sige: jeg kan godt forstå, at det er svært for dig at finde en kæreste, for lige nu stinker du altså af ged (Behandler Korsør).

De strukturer, de lærer her hos os, kan de tage med ud i samfundet (Behandler Korsør).

I citaterne fortæller behandlerne, at de kommenterer og siger deres mening i forhold til brugernes sprogbrug, udseende og fremtræden i det hele taget. Formålet er at gøre dem bevidste om, hvordan andre (kan) reagerer på dem, fx på socialkontoret, i supermarkedet eller i bussen. Ideen er, at et ordentligt sprogbrug og udseende gør tingene lettere for brugeren, skaber flere ”succeser” og dermed positive ændringer for brugeren. Det opdragende aspekt handler således om at få brugerne til at forandre sig, men det handler også om, at man som behandler er tro mod egne værdier og dermed har de samme grænser overfor brugeren, som man har over for andre mennesker. Man kan sige, at det opdragende aspekt ligger i at gøre misbrugeren opmærksom på, hvordan ”misbrugsadfærd” virker på andre og prøve at aflære dem denne adfærd. Behandlerne fortæller, at der rent faktisk er sket generelle forandringer med brugerne på dette område. Fokusgruppediskussionen ovenfor mellem behandlere i projektet i Århus er et eksempel på dette: hvordan de får brugerne til ikke at opføre sig som det, behandlerne beskriver som ”treårige”.

Tabel 4.2 Normalisering i relationen mellem bruger og behandler

Det opdragende aspekt	Det afstigmatiserende aspekt
<ul style="list-style-type: none">• En ordentlig fremtræden• Evne til at begå sig• Tale pænt	<ul style="list-style-type: none">• Servicetilbud• Neutrale lokaler• Neutral beliggenhed• Metadon som medicin

Det afstigmatiserende aspekt handler fx om metadonbehandling som ”servicetilbud” (dvs. brugerne er forbrugere), at beliggenhed og lokaler er på samme niveau som anden behandling i sundhedsvæsenet og at metadon udleveres og håndteres som anden form for medicin. Dette aspekt af normalisering har været særligt udtalt i projektet i København, hvor det overordnede mål for behandlingen har været at integrere brugerne i ”normalsamfun-

det". Her har man forsøgt at få projektet til at ligne andre offentlige (be-handlings-)institutioner. Det opleves som afstigmatiserende, at brugerne henter metadon på apotek, ligesom alle andre patienter henter deres medicin på apotek; at have en rygepolitik, som i andre offentlige institutioner, dvs. rygning forbudt undtagen få udvalgte steder; at yde service til brugeren og dermed etablere en "kunderelation" til brugeren i stedet for en "klientrelation". Det er lykkedes på mange områder for X-Felt at etablere denne afstigmatisering. Det har dog ikke været nemt at fastholde ideen om, at metadon udleveres og håndteres som anden form for medicin, dvs. på apotek. Det at fokusere på beskæftigelse og uddannelse som et afstigmatiserende aspekt i behandlingen – eftersom det kunne hjælpe brugere til at skabe nye relationer og en normal hverdag – har også haft trange kår, ikke blot i projektet i København, men i alle de projekter der har fokuseret på dette område af behandlingen. I disse to tilfælde er intentionen med behandlingen kommet op imod, hvad brugerne rent faktisk er i stand til, såvel som hvad de ønsker.

At være pragmatisk

Det sidste område, som behandlerne lægger vægt på i deres relation til brugere, er det at være pragmatiske. Det udtrykkes ofte i begreber som "at sætte brugeren i centrum", "på brugernes præmisser", "tage fat der hvor brugeren er" eller "differentierede mål for behandling".

Jeg har oplevet behandlere i anden sammenhæng, der kommer med en færdig og sluttet dagsorden for, hvad de vil opnå med brugeren. Fokus er på, hvad der er dit problem. Og det er misbrug. Dagsordenen består i at løse dette problem. Her, hvor vi er sammen med folk på forskellige måder, er tilgangen forskellig. Og vi kan lave resurseorienteret behandling modsat den anden situation, hvor den eneste mulighed er en samtale. En samtale hver tredje måned. Der er rigtig mange brugere, der ikke aner, hvilken behandler de havde før. Samtalerne forudsætter jo, at folk er i stand til at overholde en aftale (Behandler Århus).

Citatet tager fat på flere områder af det "at være pragmatisk". Det handler bl.a. om at være åben overfor brugerens egne ønsker og dermed lave såkaldt "resurseorienteret" og "individuel" behandling. Hvad betyder så dette i praksis for behandlerne? På spørgsmålet om, hvad de daglige arbejdsopgaver i behandlingen er, svarer en behandler: "Jamen, det er fuldstændig uforudsigeligt. Fordi vi går ind på brugernes præmisser" (Behandler Silkeborg). Det pragmatiske fortolkes af denne behandler som en modsætning til en meget planlagt hverdag i behandlingen. I stedet tager vedkommende udgangspunkt i det, brugerne kommer med her og nu. Man kan sige, at det

pragmatiske er at tage brugernes livssituation alvorligt og starte behandlingen der. Et andet aspekt af det at være pragmatisk er at tage arbejdsgange i personalegruppen op til overvejelse, hvis de ikke er til gavn for brugeren, som de næste to citater viser:

Vi er ikke særlig kategoriske. Det er ikke sådan, at man partout bliver henvist til sin egen kontaktperson. Hvis en af mine klienter taler bedre med min kollega, jamen så er det jo ikke der, jeg har så meget at gøre (Behandler Korsør).

Med en klient jeg havde, var der gentagne gange misforståelser, eller han oplevede i hvert fald, lad mig sige det sådan, at vi misforstod hinanden. Han synes ikke, vi talte særlig godt sammen, og det havde han i bund og grund ret i. Han kom med en meget saglig fremlægning af, hvad han var utilfreds med, og hvad han ikke syntes kørte særlig godt. Han syntes, min kollega meget bedre forstod, hvad det var han kom med. Men det accepterede vi ikke helt i starten. Vi havde det sådan lidt i behandlergruppen: 'nu skal man ikke bestemme over os hernede, det skulle vi nok selv'. Og så var han saglig en gang til og fremlagde nogle argumenter for, hvorfor det ikke var rigtig godt at være hos mig. Og så er han kommet over til min kollega (Behandler Korsør).

Det at være pragmatisk i relationen mellem bruger og behandler kan således også få indflydelse på, hvordan arbejdet fordeles i projektet.

Det pragmatiske kommer også frem i fortællinger om, hvordan man som behandler griber en brugers ønsker an. At man rent faktisk tager brugernes ønsker alvorligt og ikke, som behandleren fortalte i citatet ovenfor, kommer med en færdig og sluttet dagsorden.

Jeg har en bruger, der har et stort forbrug af heroin og jeg snakker med ham om, hvordan vi kan hjælpe med at nedsætte det. 'Det skal du ikke hjælpe mig med, det ligger lige som det skal'. Deres dagsorden er ikke, at de gerne vil behandles. Det har de ikke sagt. De har sagt at de gerne vil have et bedre og mere ordentligt liv og at de gerne vil have styr på nogen ting. Det er der, jeg går ind (Behandler Århus).

En anden behandler fortæller, hvordan vedkommende forholder sig til en brugers meget store alkoholforbrug, der bl.a. har resulteret i afbrudt forbindelse til børn og så dårligt et helbred, at brugeren risikerer at dø af det:

Denne bruger spurgte mig helt konkret, om det var sundere for ham at starte på heroin igen, i stedet for alkohol. Så svarer jeg, hvis du ikke har andet valg, så synes jeg, du skal starte på heroin igen. Fordi det er dybt forfærdeligt for manden, han ødelægger leveren, og han er ved at blive hjerneskadet af det (Anonym behandler).

I de to citater tager behandlerne udgangspunkt i brugerens livsverden og tager de forespørgsler, brugeren kommer med alvorligt. I det første citat er det ikke, set fra brugerens synspunkt, heroinforbruget, der er problemet, og det er ikke det vedkommende beder behandleren om at hjælpe ham med. Behandleren lader det derfor ligge, også selvom behandleren måske selv synes, at det er den dårlige ide. I det andet citat tager behandleren det alvorligt, at brugeren ikke har et valg, der hedder at holde op med misbrug, men at valget står mellem hvilket misbrug, der er mindst skadeligt for brugerens helbred. Det pragmatiske element i relationen mellem bruger og behandler er således hele tiden at tage den kontekst med ind i overvejelserne, som brugeren er sat i, og derudfra vurdere, hvad der måtte være den bedste hjælp, de som behandlere kan give brugerne.

Opsamling

Den gunstige behandler/bruger ratio i de fire projekter har betydet, at projekterne kunne tilbyde bestemte indsatser (støttekontaktperson-ordning, tilgængelighed for rådgivning, værested), som ellers ikke er udbredt i standardbehandlingen. Disse indsatser har ikke blot fungeret godt i sig selv, men har fungeret, fordi behandlerne har haft et øget fokus på refleksion omkring det at etablere en ”god relation” til brugerne, der kunne holde dem i behandling. Den gode relation er kendetegnet ved: 1) at møde brugeren med tillid, ligeværdighed og respekt, 2) at normalisere relationen til brugeren, og 3) at have en pragmatisk tilgang til brugeren. Vi har beskrevet behandlernes intentioner i arbejdet med at etablere en god relation til brugerne, og vi har diskuteret, hvordan man i praksis kan se, at disse intentioner får liv i behandlingspraksis. Vi viste også de problemer, der kan ligge i, at behandlerne ønsker at skabe en ”god” relation. Flere af disse tre områder går igen, når vi i det følgende beskriver og diskuterer metadon i projekterne.

Metadon – en alligevel tilbagevendende diskussion

Alle fire delprojekter har fra starten været meget opmærksomme på, at metadon ikke kom til ”at fylde for meget” i behandlingen. Med udtrykket ”at metadon fylder for meget” skal det understreges, at der fra behandlernes side samstemmende menes noget negativt og konfliktfyldt. Projektlederne har alle lige fra starten af projektperioden fokuseret på dette ud fra erfaringer fra standardmetadonbehandlingen, hvor metadon ofte har været omdrejningspunkt, og noget der har skilt behandler og bruger ad omkring dosis-størrelse, nedtrapning eller betingelser for indtagelse. Det kan nemt blive en magtkamp, som en behandler fra København kalder det: ”Vi har for-

søgt at nedtone hele den der magtkamp om metadonen” (Behandler København), og behandlere i alle projekter fortæller i lignende vendinger om, hvordan de har bestræbt sig på, at metadonen ikke skal fylde for meget i deres projekt.

Det, at metadon skal fylde så lidt som muligt i behandlingen, er selvfølgelig noget af et paradoks, eftersom man med rette kan sige, at metadon (eller anden substitutionsmedicin) er kernen i metadonbehandling. Det metadonbehandlingskoncept, som Dole & Nyswander ”opfandt” i 1960erne, ligger til grund for metadonbehandling stort set alle steder i verden. Deres behandlingskoncept bygger på en metabolisk teori om heroinafhængighed og var revolutionerende i 1960erne, hvor misbrug generelt blev anset for resultatet af en karakterbrist eller personlighedsforstyrrelse. Dole & Nyswanders første resultater med 22 heroinafhængige i metadonbehandling viste, at stabilisering af heroinmisbrugere med metadon resulterede i, at misbrugerne hverken havde abstinenser eller kunne erfare rus ved indtagelse af heroin. De heroinafhængige begyndte at kunne fokusere på andet end stoffer, og deltage i mere dagligdags og ”normale” aktiviteter (Dole & Nyswander 1965). Meget vand er løbet i åen, siden Dole & Nyswanders første forsøg med metadonbehandling, men grundantagelsen i metadonbehandling er stadig den samme: heroinmisbrugere kan stabiliseres på metadon med efterfølgende fravær af abstinenser og blokering for rus ved indtagelse af heroin. Således forholder det sig også i Danmark.

I Vejledning til Cirkulære om ordinationen af afhængighedsskabende lægemidler (2003), også kaldet Metadoncirkulæret, beskrives metadon som et stof, der har en omsætningstid på 24 timer eller derover – modsat heroin, der højst virker i otte timer – og det anses derfor som velegnet til behandling. Metadon kan fjerne abstinenser hos flertallet af stofmisbrugere, reducere eller eliminere stoftrang, samtidig med at man kan undgå en euforiserende virkning og en påvirkning af de psykomotoriske funktioner. På denne baggrund er formålet med metadonbehandlingen at stabilisere stofbrugere farmakologisk, socialt og psykisk, hedder det i Vejledningen. Denne stabilisering kan som regel opnås ved en lægeligt styret behandling med en tilstrækkelig og konstant dosis af metadon eller buprenorphin, som det hedder. Opgaven i metadonbehandling er således at finde en balance mellem abstinenser og rus. Ligeledes er det opgaven at finde en balance mellem at give en tilstrækkelig stor dosis til, at brugeren ikke supplerer med illegale stoffer, og en tilstrækkelig lille dosis, så brugeren ikke har ekstra, der fx kan sælges på det illegale marked. Hvor balancen ligger, diskuteres meget i metadonbehandlingen.

Der tales således i metadonbehandlingen generelt, men også i forsøgsprojektet specifikt, om at ”stabilisere” stofbrugere på metadon, ”dække

stofbrugere ind" eller "give det stofbrugeren har brug for". Alle udtryk refererer til, at stofbrugere får den dosis metadon, der giver dem mulighed for at undgå abstinenser, men ikke mere end at de ikke bliver påvirkede af det.

Tallene for indtagelse af andre stoffer end metadon for stofbrugere i metadonbehandling siger noget om, at ideen om at stabilisere stofbrugere på metadon ikke er en nem sag. 64 % har et moderat til svært forbrug af en eller anden form for illegale stoffer ved siden af metadonbehandlingen inklusive forbrug af heroin; tæller man det lette sidemisbrug med, er tallene 71 % (Pedersen 2001:68). Det må være et klart signal om, at der er meget andet på spil for stofbrugere end blot at undgå abstinenser, ligesom den såkaldte blokering af rus-oplevelse, som metadon tilsigter at bevirke, ikke nødvendigvis afholder stofbrugere fra at have et forbrug af heroin samtidig med at være i metadonbehandling. Umiddelbart ser der således ud til at være en forskel på behandlingskoncept og brugernes stofbrugspraksis.

For at kaste lys over, hvordan metadon kommer til at "fylde så lidt som muligt i dagligdagen", har vi set på, hvordan udleveringen foregår, hvordan doser etableres og vedligeholdes for den enkelte bruger, hvordan kontrol med metadon fungerer i projekterne, såvel som på hvordan sidemisbrug håndteres. Først noget om udlevering.

Metadonudlevering i delprojekterne

Vi har tidligere beskrevet, hvordan metadonen bliver udleveret i de forskellige projekter, ligesom vi har beskrevet både mulighederne og rationalet bag den valgte udleveringsform. Dette vil vi her kort ridse op igen samt opdatere de forandringer, der har været de sidste halvandet år af projektperioden (for detaljer se Asmussen et al. 2003).

I København har man valgt at udlevere metadon på apotek samt udlevere metadon i tabletform i stedet for som mikstur. Begrundelsen herfor er ideen om normalisering, samt at brugerne af X-Felt ikke skal komme i projektet for at hente medicin, men for at gøre brug af den psykosociale og sundhedsfaglige behandling, projektet tilbyder. Det har dog vist sig nødvendigt i X-Felt også at udlevere metadon i projektet, hvis enkelte brugere ikke kunne "styre" det at hente på apotek. Op imod halvdelen af de 60 indskrevne har således i perioder modtaget metadon i projektet. Langt de fleste brugere i X-Felt får metadon i tabletform. Enkelte får subutex. I weekenden, hvor X-Felt er lukket, har brugere, der henter metadon i projektet, hentet på apotek.

I Århus får brugerne udleveret metadon i projektet. Her anses det for en fordel, at brugerne kommer i projektet efter metadon, hvorved behandlerne kan få en hyppig kontakt med brugerne og dermed motivere dem til at gøre brug af de indsatser, der tilbydes i projektet. Brugere her får udelukkende

tilbudt metadonmikstur. I weekenderne, hvor projektet er lukket, har brugere, der ikke har tag-hjem-ordning, hentet metadon i Århus-klinikken.

I Korsør udleveres metadon i projektet. Her tilbydes metadon som mikstur, i tabletform, foruden metadon til intravenøst brug. Også her anses det at brugerne kommer i projektet efter metadon som en måde at fastholde dem i behandling på, ligesom de forskellige mulige former for metadon, brugerne kan vælge, anses for en normaliserende service. Alle brugere i projektet fik metadondoser med hjem til weekenden, hvor projektet var lukket.

I Silkeborg har det været frivilligt, om brugerne ville hente metadon i projektet eller i Amtsklinikken i Silkeborg. Ca. halvdelen har hentet i projektet og resten i Amtsklinikken, på nær én, der henter på apotek. Her har frivillighedsaspektet og muligheden for at vælge været i højsædet. I weekenderne, hvor projektet er lukket, har brugere fortrinsvist fået doser med hjem, enkelte har hentet på apotek.

De fire delprojekter har således – både ud fra de muligheder de har haft og ud fra forskellige behandlingsrationaler – valgt forskellig udlevering af metadon. I alle projekterne har brugerne haft mulighed for tag-hjem-ordninger, dvs. at få udleveret metadon til flere dage af gangen, dog ikke længere end en uge ad gangen. I alle projekter anses netop den valgte udleveringsform som værende med til at ”få metadon til at fylde mindre”, og i alle projekter anses den valgte udleveringsform som værende et forsøg eller et alternativ til standardbehandlingen. Man må således medtage, hvordan udleveringen i standardbehandlingen foregår, for at få et billede af, hvorfor metadonudlevering i projekterne er med til at ”få metadon til at fylde mindre”. Vi har tidligere beskrevet, hvordan metadonudlevering foregår i standardbehandlingen (Asmussen et al. 2003), her skal blot nævnes, at når man i Århus Kommune er vant til at have metadonudlevering og social behandling adskilt, så opfattes en samling af disse behandlingsindsatser som et alternativ til standardbehandlingen, ligesom det at adskille metadonudlevering og psykosocial behandling i København opleves som alternativ til standardbehandlingen, hvor disse to er samlet i rådgivningscentre.

”At få metadon til at fylde mindre”

Behandlerne begrundet det at få metadonen til at fylde mindre i hverdagen med, at der dermed er større rum til den psykosociale og sundhedsfaglige behandlingsindsats. Herom siger behandlere fra de forskellige delprojekter:

Omkring metadon er der tit kontrol og konfrontation, og i og med vi lægger metadonen ud på apotek, så snakker vi ikke så meget om det mere. Vi har derfor ikke de konfrontationer med brugerne, ligesom vi

har fjernet det, der er meget angstfyldt at snakke om (Behandler København).

I starten havde vi mange konflikter med brugerne omkring medicinen, men nu har vi fået lært dem, at det er lægen, der står for medicinen. De ser lægen en gang hver tredje måned eller noget i den stil. Når de så mødte os, så mødte de 'systemet'. Så der gik lang tid, hvor 80 % af den snak, vi havde med folk var, omkring deres medicin. I dag er det nede på omkring 10 % (Behandler Silkeborg).

Jeg hører nogle gange mine kollegaer sige: 'jamen vi snakker for meget metadon' eller 'vi har for mange erstatninger' eller 'vi har for mange forespørgsler om ændringer af dosis'. Så skulle de altså være i Rådgivningscentret! Vi har en tiendedel af metadonsnakken i forhold til, hvad der er på Rådgivningscenteret. Den fylder forsvindende lidt her (Behandler Korsør).

Behandlere fra alle delprojekter har generelt den oplevelse, at metadon er kommet til at fylde meget mindre i behandlingen. Man kan sige, at det arbejde, der blev lagt i begyndelsen af projektperioden på at få alt, hvad der drejer sig om metadon ud af den daglige kontakt med brugerne, generelt er lykkedes, bl.a. gennem øget behandler/bruger kontakt, begrænsning i kontrolforanstaltninger og åbenhed omkring sidebrug. "Fokus er flyttet fra metadon og over på én selv, og så har man måske fået lidt energi til at få styr på egne rækker", som en behandler fra Korsør siger. Overordnet kan man sige, at det er lykkedes i alle projekter. Men det er dog ikke ensbetydende med, at behandlerne ikke oplever konflikter og konfrontationer med brugerne omkring metadon. Fx fortæller en behandler fra Århus:

Vi er jo nogen gange ikke så populære, vel. Hvis vi ser en bruger, der er påvirket og vi beder ham om at puste [i alkometer], og han så ikke kan få sin metadon, jamen, det er ikke en ret sjov situation. Vi er tæt på brugeren i situationen, hvor de på Århus klinikken er mere på afstand bag en skranke. Så det er da nogle svære situationer, vi er blevet kastet ud i (Behandler Århus).

Behandleren fortæller her om, hvordan det at tilbageholde eller nægte udlevering af metadon til en bruger pga. for høj promille kan skabe konflikter og spændt stemning mellem brugeren og personalet, og dermed utryghed hos personalet. I Århus må metadon ikke udleveres til brugere, der har en promille over 0,5. Det er således svært helt at undgå de "magtkampe" om metadon, som beskrevet ovenfor, men alle projekter rapporterer, at der er færre af dem. Når der er, hænger det sammen med de retningslinier, som projekterne er underlagt lovgivningsmæssigt, samt hvorledes lovgivningen

fortolkes i de enkelte amter, dvs. hvilke lokale retningslinier der er for udlevering, dosisstørrelse, selvadministration, osv. Dette aspekt diskuterer vi mere detaljeret nedenfor i forbindelse med kontrolaspekterne i metadonbehandling.

Det at have mindre fokus på metadon indeholder nuancer, der ikke kun har med reduktion af magtkampe mellem brugere og behandlere at gøre. Fx fortæller behandlere fra København i et fokusgruppeinterview, at metadon kommer til at fylde i dagligdagen, når så mange brugere i perioder har hentet deres metadon i X-Felt i stedet for på apoteket. ”I virkeligheden skulle vi kun have to eller tre brugere der fik metadon hernede, men der er mindst 30, der måske ikke dagligt, men så to-tre gange om ugen henter de medicin der. Det fylder rigtig, rigtig meget” (Behandler København). Til gengæld er det lykkedes at få diskussionen om metadon ud af de rådgivende samtaler. Interviewer: ”Fylder metadon også meget i jeres samtaler med brugeren?”. ”Ikke i mine” (Behandler København). ”Nej, det er heller ikke min oplevelse, at det er det, der fylder meget” (Behandler København). I København oplever behandlerne således, at metadonudlevering på stedet fylder meget. Denne oplevelse må imidlertid tilskrives, at det fra projektets start var tilset, at metadon og psykosocial behandling skulle adskilles, og at alle brugere skulle hente metadon på apotek. Ligeledes oplever en behandler i Århus, der primært har en rådgivende og pædagogisk funktion i projektet, at metadon fylder meget, når han skal afløse en af sygeplejerskerne i udleveringen. ”Hvis jeg for eksempel skal ind og overtage metadonudleveringen, når sygeplejerskerne ikke er der, så fylder det jo afsindigt meget, fordi man simpelthen er bundet til det udleveringsrum” (Behandler Århus). Oplevelsen af, hvordan fokus på metadon i behandlingen er minimeret, afhænger således også af, hvad der har været mål og mening fra starten i de enkelte delprojekter, så vel som hvilke arbejdsopgaver den enkelte behandler har som sit speciale.

”Vi er anderledes end standardbehandlingen”

Det lå alle delprojekter på sinde, at metadonudleveringen i forsøgsprojektet ikke skulle foregå som i standardbehandlingen. Projekterne har således søgt at etablere udleveringen, så den skilte sig ud fra standardbehandlingen, som den ser ud i deres respektive amter. Vi vil ikke her gå ind i de lokale former for metadonudlevering i standardbehandlingen, men derimod fokusere på det forhold, at metadonudlevering i standardbehandlingen generelt af behandlerne opfattes som anderledes end metadonudleveringen i forsøgsprojektet.

Vi er anderledes på den måde, at vi ikke har den samme kontrol, fx hvis du ikke opfører dig ordentligt, så bliver du smidt ud. Her kan du

komme og fortælle os 10 gange, at du tager stoffer ved siden af, og der sker dig ikke noget. Der, hvor jeg arbejdede før, tog vi urinprøver. Der var meget mere kontrol i det hele taget, og det synes jeg er fedt at slippe for, fordi, det er ikke det, jeg er ansat til (Behandler København).

Altså når jeg kigger på amtets misbrugscenter, så er det ikke der, jeg skal være, når projektet her engang lukker, for der er det noget med at hive et nummer og udlevere metadonen, og det gider jeg ikke. For det er jo kontakten til brugerne, som er spændende, ik? Jeg synes, andre steder kan virke kolde. Du kommer, du får udleveret, og du går igen. Her er der jo hyggeligt og rart at komme. På de andre steder, jamen der er der jo dårligt en stol, du kan sidde på. Så signaleres der jo også, at det bare er ud af vagten igen, ik' (Behandler Korsør).

Behandlerne beskriver metadonudleveringen i standardbehandlingen som bl.a. kontrollerende og sanktionerende, og hvordan metadon kan bruges som et magtmiddel overfor brugerne. Men de beskriver den også som upersonlig i forhold til kontakten mellem bruger og behandler, som ufleksibel i forhold til korte åbningstider i metadonudleveringen, som ydmygende i forhold til at skulle stå i kø foran en skranke og vente på sin metadon, eller som diskriminerende (i forhold til andre patientgrupper), idet stofbrugere lever med muligheden for at blive smidt ud af behandling. De ansatte har således både forestillinger om – og erfaringer med – hvordan metadonudleveringen foregår i standardbehandlingen. Forestillinger og erfaringer, der på trods af regionale forskelle, udviser mange fællestræk.

Det skal understreges, at dette billede af metadonudleveringen i standardbehandlingen ikke nødvendigvis er sandt, fyldestgørende eller landsdækkende. Men det er et udtryk for, at behandlerne klart ser metadonudleveringen i forsøgsprojektet som anderledes og bedre end den måde, det foregår på i standardbehandlingen. Der er dog heller ingen tvivl om, at rigtig mange metadonklinikker i Danmark til en vis grad og på bestemte områder kan spejles i de ansattes billede af metadonudleveringen i standardbehandlingen.

Generelt kan man sige, at det er lykkedes projekterne at skabe en god relation mellem behandler og bruger i udleveringen, have længere åbningstider, flytte snakken om metadon væk fra den sociale behandling, samt minimere kontroldelen af metadonudleveringen. Det er dog væsentligt at påpege, at enkelte behandlere mener, at den ændrede metadonudleveringspraksis ikke nødvendigvis er et udtryk for, at det forsøgsprojektet har gjort er optimalt. Fx mener en behandler fra Korsør, at der burde være åbent i weekenderne. Det, at projekterne er lukkede i weekenderne, handler mere om økonomi og arbejdstidsregler. og er egentlig udtryk for en dårlig ser-

vice overfor brugerne, mener behandleren. Ligesom en behandler i Århus, hvor der udelukkende tilbydes metadonmikstur, mener, at forskellige former for metadon, fx injektionsmetadon, burde være blevet tilbudt i projektet. Enkelte behandlere mener således, at mere kan gøres for at forbedre metadonudleveringen i projekterne.

Det er ikke desto mindre lykkedes at ændre metadonudleveringen således, at det negative og konfliktfyldte fokus, der let kan komme på metadon i metadonbehandling, er minimeret. Dette er dog ikke sket, uden at delprojekterne har måttet forholde sig til kontrolaspektet i metadonudleveringen.

Metadon og kontrol

Selvom delprojekterne har gjort meget ud af at minimere kontrollen, kommer de ikke uden om den, hvilket også er pointeret i Metadoncirculæret. Formålet med kontrol er primært at sikre, at målene med den enkeltes behandlingsforløb indfris, og at behandlingen dermed virker efter hensigten. ”Formålet med kontrollen er således primært at sikre behandlingens kvalitet, og er ikke rettet mod stofmisbrugerens” (Vejledning til Cirkulære om afhængighedsskabende lægemidler: 26). Forskellige kontrolforanstaltninger som urinprøver, overvåget indtagelse eller klinisk vurdering, kan tages i anvendelse overfor stofmisbrugerens i vurderingen af, om behandlingsmålene opnås, som det hedder i cirkulæret, så vel som for at man i administrationen af metadon undgår risikoen for videresalg.

Det, som delprojekterne således har skullet gøre, er at forholde sig til de kontrolforanstaltninger, der ligger i al form for substitutionsbehandling, og som Vejledningen til Metadoncirculæret foreskriver. I det følgende vil vi diskutere, hvordan delprojekterne ser på kontrol, og hvordan de forvalter forskellige former for kontrolforanstaltninger. Det skal nævnes, at ingen af projekterne har benyttet hverken urinprøver eller stikmærkekontrol i behandlingen.

I projektet i København har man formuleret kontroldelen som hørende til i behandlingsalliancen og minimeret de ”formelle kontrolforanstaltninger”, som det hedder. Det er således relationen mellem behandler og bruger, der fokuseres på. Kontrollen træder fx i kraft, hvis en bruger udebliver fra en aftalt samtale. Brugeren kontaktes herefter af behandleren, og såfremt der ikke opnås kontakt inden for fem dage, bliver brugerens mulighed for at hente metadon på apotek inddraget, og udlevering sker herefter i projektet. Dette er bl.a. en væsentlig grund til – sammen med manglende evne fra brugernes side til selvadministration af metadon – at halvdelen af brugerne henter metadon i projektet. Man kan dermed sige, at kontrollen med metadon kommer til at kolliderer med behandlingskonceptet i projektet – nemlig at metadon og den psykosociale behandling skulle være adskilt.

Dette paradoks eller dilemma er projektet i København ikke ene om at skulle forvalte. Det sker også i de andre projekter på forskellige af de områder, der handler om metadon. I en samtale omkring selvadministration af metadon i form af tag-hjem-ordninger siger en behandler fra Korsør:

Brugerne kan ikke administrere det ordentligt. Det kan de ikke. Lige nu er vi faktisk inde i en periode, hvor alle de, som egentlig havde besluttet sig for at 'dagligt fremmøde er det bedste for mig', pludselig har fået en lys ide om, at det alligevel ikke er det bedste. Så kører vi sådan en periode igen med tag-hjem-ordninger, og hvor de så kommer og råber og skriger, at nu har de mistet deres metadon. Så kører vi ind i den gamle trummerum igen, hvor de alligevel ikke kan administrere det (Behandler Korsør).

Eksemplet her viser flere ting omkring hvordan kontrol forvaltes i projektet. For det første, at der er plads i projektet til at give brugerne en chance for at reetablere en tag-hjem-ordning. Denne chance gives også, selvom behandlerne egentlig har en fornemmelse af, at det ikke kommer til at fungere. Et eksempel herpå er, hvis brugerne ikke kan administrere at tage en metadondosis hver dag, men fx tager alle tre dagsdoser på én dag. De kan så komme abstinente og bede om mere metadon med forklaringen, at de fx har "mistet den". For det andet viser det også, at det er velkendt for behandleren, at en bruger i perioder kan svinge mellem at være på en tag-hjem-ordning eller hente metadonen dagligt, og at det er behandlernes (dvs. lægens) beslutning, hvorvidt det skal være på den ene eller den anden måde. Der er således en elasticitet for, hvordan kontrol forvaltes i projekterne. Hvis brugeren ikke selv (åbenlyst) kan administrere sine tag-hjem-doser, må han hente dagligt. Ligesom det, at brugerne i X-Felt i København må hente metadon dagligt i projektet i stedet for på apotek, er en måde at kontrollere brugernes administration af metadon på. En behandler fra København fortæller, da han bliver spurgt om de brugere, der kommer i projektet og henter metadon i stedet for på apotek: "Det er, hvis de ikke kan styre det. Vi hjælper dem, og så prøver vi igen. Det er noget med at fylde i rygsækken og klæde dem på til et selvforvaltende medicinforbrug" (Behandler København). Dette udsagn følger i fodsporene på det foregående. Helt overordnet er de to udsagn udtryk for, at metadon ikke bruges som pressions- eller magtmiddel i behandlingen. Brugerne kan være trygge ved, at deres metadon ikke tages fra dem, selvom de ikke lever op til de krav, der stilles til dem. Derimod må brugerne i en periode indordne sig under andre og mere kontrollerende former for udlevering af metadon. Den daglige udlevering af metadon kan så ændres igen, så snart brugeren er klar til det,

dvs. selv kan administrere en tag-hjem-ordning eller selv administrere at hente på apotek igen.

I Århus Amt har generelle stramninger i metadonudleveringen i standardbehandlingen i 2003/2004 påvirket både projektet i Århus og i Silkeborg. Stramningerne ligger hhv. i udleveringen af metadon (bl.a. ingen udlevering af metadon, hvis promillen over 0,5) og i en generel anbefaling af, at størrelsen af metadondosis til nyindskrevne brugere ikke overstiger 120 ml og dermed følge Metadoncirkulærets anbefaling. I forhold til udleveringen af metadon efter opstramningen i standardbehandlingen, fortæller en behandler: ”Brugerne ved godt, at vi varetager de samme regler som i standardbehandlingen. Vi kan så formidle reglerne på en lidt smartere måde” (Behandler Århus). Citatet viser, at projekterne har haft deres egne måder at takle de generelle ændringer i metadonpolitikken i standardbehandlingen på, som også har påvirket deres projekter.

Generelt kan man sige, at det i projekterne er lykkedes at ændre kontrollen i forhold til metadon, således at dette aspekt af metadonbehandlingen ikke har været fyldt med alt for mange konflikter og konfrontationer. Som vi skal se i kapitel 5, er metadon ikke noget, brugerne selv har så meget at sige om, og det at brugerne har så lidt at sige om metadon og de forskellige aspekter, der følger med, kan ses som udtryk for, at også brugerne oplever et fravær af eller i alt fald minimering af konflikt mellem brugere og behandlere/institution på dette område. Der er således på dette område en høj grad af integration mellem behandlingskoncept og brugerperspektiver.

Metadondoser

Metadon ordineres altid af en læge, der fastsætter dosis-størrelse og træffer beslutninger om evt. forhøjelse eller reducere, ligesom det er et lægeligt ansvar i det hele taget at visitere til metadonbehandling (Metadoncirkulæret 2003). Lægen har i to af projekterne været direkte tilknyttet projekterne, i de to andre har ordineringsen af metadon til brugerne i projekterne ligget i standardbehandlingen. Alt, hvad der har at gøre med metadondoser – ligesom alt der har at gøre med metadon i det hele taget (udlevering, tag-hjem-ordninger, osv.) – er således lægens bord. Derfor kommer måden, som doser, udlevering og tag-hjem-ordninger håndteres på i metadonbehandling også til at afhænge af, hvilke(n) læge(r), der ordinerer samt hans eller hendes fortolkninger af de retningslinier, der findes herfor (bl.a. Metadoncirkulæret). Opgaven med metadondoser er, som diskuteret ovenfor, at finde en balance mellem abstinenser og rus, både med henblik på at stabilisere brugeren men også for at undgå illegalt videresalg af metadon. I det følgende vil vi give et udpluk af de holdninger til metadondoser, der har været i de fire delprojekter.

Det er ikke mængden af metadon, der definerer, hvor meget misbruger du er. Det er nogle andre ting. Man kan være lige så meget misbruger, have ligeså meget misbrugsadfærd og den samme sociale belastning, når man ligger på en lav dosis, som når man ligger på en høj dosis. Vi har en på 150 milligram om dagen, som har familie og har job, og som tager på sommerferier til Kos, og som egentlig har en velfungerende hverdag, men som stadigvæk er på og som fikser sin metadon, men som også har et velfungerende socialt liv, og har lønkonto og børn, der bor hjemme, ik'. Så det er nogle andre ting, der gør det (Behandler Korsør).

Metadon er godt. Jamen, det mener jeg, til de her folk. De kommer ikke ud af deres misbrug. Og hvis de får den dosis som gør, at de har det sådan rimelig behageligt, jamen, så er det godt (Behandler Silkeborg).

Når folk kommer ind her, så bliver alle metadondoser indstillet individuelt. Men vi er meget fedtede i starten, hvor de får meget lave doser. Til gengæld så får de det perspektiv, at de får sikkerhed for, at de skal nok få den dosis, de føler sig godt tilpas på. Det betyder, at brugeren skal komme hver dag, og man bliver justeret i dosis lige så stille. Det går faktisk ret langsomt (Behandler København).

Altså personligt er jeg oftest uenig med lægen, jeg synes doserne bliver for høje (Behandler Korsør).

Citaterne fortæller om forskellige aspekter ved metadondoser, såvel som forskellige holdninger til metadondoser. Et aspekt er, at misbrug ikke kan defineres ud fra, hvor meget stof man forbruger, eller hvor stor en metadondosis man får i behandlingen. Misbrug må defineres ved den adfærd, det medfører. Et andet aspekt er, at dosis skal tilpasses brugeren. Dosis er lav ved indskrivningen og forøges således i løbet af et stykke tid, til brugeren er ”justeret” ind. Det er almindelig praksis at starte med lave doser og således ”justere” brugeren ind. Retningslinierne herfor findes i Metadon-cirkulæret, ligesom der i cirkulæret står, at ”vedligeholdelsesdosis vil normalt ikke overskride 120 mg”. Det er dog vigtigt at hæfte sig ved, at behandleren i citatet ikke taler om et loft for, hvor høje doser kan være, men at dosis derimod skal være på et niveau, som brugeren selv er tilfreds med. Dette aspekt modsiges af én, der mener, at doser kan blive for høje. Det sidste citat er taget ud af en samtale i et fokusgruppeinterview, som beskrives og diskuteres mere detaljeret nedenfor. De flestes holdning er dog, at metadondoser skal vurderes i samarbejde med brugeren. Sammenhængen mellem dosisstørrelse og behandlingseffekt diskuteres meget i international litteratur. Denne diskussion beskrives i den anden afsluttende rapport: Mads Uffe Pedersen *Heroin-afhængige i metadonbehandling* (2005). Her

skal blot siges, at brugernes erfaringer sjældent inddrages i denne diskussion. I kapitel 5 diskuterer vi dilemmaet, som mange brugere står i, mellem gerne at ville ud af metadonbehandling og samtidig alligevel ønske en forhøjet dosis.

Hvordan bruger og læge bliver enige om størrelsen på metadondosis har vi ikke fokuseret på i vores undersøgelse. En undersøgelse af Quirk et al. (2003) beskriver, hvordan metadon doser forhandles mellem personale og bruger, og at der er forskellige holdninger til dosis hos hhv. frontmedarbejderne og det lægefaglige personale. Dette leder over i en diskussion af, hvordan personalet har samarbejdet omkring metadon i projekterne.

Metadon og samarbejde i personalegruppen

Det er som sagt et lægefagligt ansvar at ordinere metadon, justere doser, og tilpasse administrationsordninger, men den metadonpolitik, der er gældende, skal alle der arbejder i metadonbehandlingen forholde sig til i praksis, hvad enten man står for udlevering eller den psykosociale behandling. Så selvom det er et lægefagligt ansvar, og behandlerne generelt respekterer dette, så diskuteres der i projekterne – faggrupperne imellem – hvordan metadonordinationen er, kunne være eller burde være. Center for Rusmiddelforskning har i undersøgelser af standardmetadonbehandlingen i Danmark erfaret, at der kan være meget forskellige holdninger til metadon det socialfaglige personale og lægerne imellem. Men også at der kan være store forskelle internt blandt det sundhedsfaglige personale så vel som internt i gruppen af socialfagligt personale på en metadonklinik om, hvordan, hvor meget og hvorfor metadon skal ordineres til stofbrugere i behandling. I det følgende gives eksempler på, hvordan behandlerne i de fire delprojekter ser på dette.

I et fokusgruppeinterview fra Korsør diskuterer tre behandlere, hvordan de på deres ugentlige behandlingskonference bl.a. diskuterer doser. En af behandlerne fortæller, at lægen beslutter at give en bruger lov til at få øget sin dosis, hvis det er ”soleklart”, at den skal øges, men at han ellers orienterer dem, altså behandlerne, om, hvad han synes, og spørger dem til råds. Behandlerens forklaring herpå er: ”fordi han kun er her en gang om ugen og ikke kender klienterne så godt, som vi gør. Jeg synes ikke, det er tit, vi er uenige med ham. Nogle gange”. Også en anden behandler fortæller, at lægen som regel vender situationen med dem, før han tager en beslutning, han siger ikke bare, at ”sådan er det”. Behandleren understreger dog, at hun ofte har været uenig med lægen i dosis-størrelse. ”Altså personligt er jeg oftest uenig med lægen, jeg synes, doserne bliver for høje. Men jeg er nok også den, der er mest negativ i forhold til det. Jeg synes ikke, der er ret mange argumenter, der holder i forhold til det. Så har vi en lille di-

skussion om det. Det er meget godt, at vi kan have debatten om det, kan man sige. Men det er hans beslutning". Intervieweren spørger hertil, om de sammen med lægen kan finde på at lave et kompromis. Den første behandler, der tydeligvis er lidt forvirret over den anden beholders holdninger, fortæller: "Jeg synes, når han sætter brugerne op, så sætter han dem op med henblik på en nedtrappingsplan lige bagefter. Det er ikke så tit, de bare bliver sat op for at blive sat op. Så hvis man nu blev sat op 50 ml, så fik du besked på, at det varer en uge, og så trapper vi dig ud, så du fx inden for en måned er tilbage på den dosis, du var på før. Det kan godt være det er mig, der husker galt, men jeg synes ikke, jeg kan huske, at han i lang tid bare har sat nogen op, uden at der har været en nedtrappingsplan lige i nakken på dem". Den anden behandler nikker bekræftende og siger: "Diskussionerne var også større i starten. Nu har det ligesom fundet sit leje". Også den tredje behandler samstemmer og siger: "Det er jo også de samme klienter, som siger 'nu vil jeg godt sættes op', og så bliver de sat op og trappet ned igen. Egentlig synes jeg ikke, der har været de store udsving her". Samtalen om doser og samarbejdet mellem lægen og de øvrige behandlere ender i denne samstemmende enighed om, at der for indeværende ikke er de store problemer, og at samarbejdet med lægen forløber godt.

Diskussionen i personalegruppen i Århus omkring metadon og samarbejde er anderledes end i Korsør, idet den ansvarlige læge for metadonordinationen ikke er tilknyttet projektet, men sidder i standardbehandlingen. Brugere har deres lægekonsultationer i standardbehandlingen og ikke i projektet. Der er således ikke en direkte kontakt mellem behandlergruppen i projektet og det lægefaglige personale i Århus, som i Korsør. Det er de to sygeplejersker, der holder kontakten med det lægefaglige personale. Der er således skabt en afstand mellem det socialfaglige og det lægefaglige personale i forhold til at kunne informere, diskutere eller give sit besyv med i forhold til metadon. I flere interviews med det socialfaglige personale kommer dette til udtryk som frustration. Fx siger en behandler, at et tillidsforhold mellem bruger og behandler ikke kan rumme, at brugeren fortæller om sin måde at indtage metadon på på grund af de regler, der er omkring metadon:

Jeg er nødt til at sige til brugeren, at alt, hvad han fortæller, der fx drejer sig om metadon og måden at indtage metadon på, det må jeg referere til lægerne. Og det er jeg nødt til at gøre. Jeg kan ikke have et specielt tillidsforhold, der handler om, hvordan du indtager din metadon, fordi det er der fuldstændig hug- og stikfaste regler for, hvordan sådan noget det foregår. Brugeren har således ikke nogen interesse i at fortælle mig om det, fordi det ryger pr. definition videre til lægen, det skal det. Men hvis bare præmisserne er klare, så ved de også, hvad det

er, de har at rette sig efter, kan man sige. Det er ærgerligt, at vores faglighed ikke kan strække sig længere end det. Eller rettere at lægernes faglighed ikke kan strække sig længere. Det ligger heller ikke i det her forsøg, det ved jeg godt, men deres faglighed! Jeg vil påstå, at den ikke rækker langt nok i forhold til denne gruppe. Der foregår ikke diskussion, der foregår ikke dialoger, ingenting. Og de er ikke interesserede i at snakke med socialfagligt personale. De vil kun snakke med sygeplejerskerne eller med lederen om, hvad det er vi gør (Behandler Århus).

I et fokusgruppeinterview fortæller en anden socialfaglig behandler, at det føles meget begrænsende ikke at have mere indflydelse på, hvordan metadonen skal udleveres og i hvilken form. Det sundhedsfaglige personale mener derimod, at samarbejdet omkring metadon med standardbehandlingen kører fint, og at der indenfor visse rammer er plads til at gøre tingene på deres egen måde. En siger fx:

De har da tillid til os. Vi er loyale overfor de regler, de har stillet, eller forsøger at være det, og det kan de godt mærke. Vi har respekt for deres ansvar. De har jo ansvaret, hvis metadonen flyder i gaderne (Behandler Århus).

Der er således forskellige holdninger til metadon i Århus projektet, men i disse holdninger kommer et tydeligt ønske frem: Nemlig ønsket om øget mulighed for kommunikation og for at videregive erfaring og komme i dialog omkring metadonordination. I og med, at metadonudlevering, dosis og tag-hjem-ordninger er et anliggende mellem det sundhedsfaglige personale i projektet og lægerne i standardbehandlingen, udelukkes det socialfaglige personale fra diskussionerne og informationerne. Dermed sender man også et signal om – direkte eller indirekte – at deres erfaringer med brugerne omkring metadon ikke er ”nødvendige” at forholde sig til. Eftersom de forskellige faggrupper alle må forholde sig til metadon i behandlingen i hverdagen, ligger der også et behov for at kunne give sit besyv med. Også selvom ansvaret ligger hos det lægefaglige personale.

I begge eksempler er der indbyrdes i personalegrupperne forskellige holdninger til metadon. I Korsør, hvor lægen har en kontakt med hele personalegruppen, er der uenigheder om dosisstørrelse, men alligevel en samstemmende enighed om, at samarbejdet fungerer fint. I Århus er der en manglende konsensus omkring og forståelse for den metadonpolitik, der er udstukket af standardbehandlingen. Og efter vores skøn har den bund i – om ikke udelukkende, så i alt fald et langt stykke hen af vejen – en manglende inddragelse af det socialfaglige personale i de fora, hvor metadon dis-

diskuteres, og hvor information og dialog omkring erfaringer med metadon kan etableres.

Åbent forhold omkring sidemisbrug

Det, at metadonen fylder mindre i relationen mellem behandler og bruger, må også tilskrives, mener vi, at det i alle delprojekter har været legitimt at tale om et sidemisbrug. Ligeledes er fx det at tage al sin metadon på en tredages hjemtageordning allerede den første dag blevet håndteret pragmatisk i de fleste delprojekter. Det er langt fra sådan, at behandlerne billiger et sidemisbrug eller det at en bruger tager alle tag-hjem-doser på én dag. Snarere forholder de sig "realistisk" til deres målgruppe: det er misbrugere, og de går efter "suset" eller rusen, ligesom de (måske derfor) har svært ved at administrere tag-hjem-ordninger. Denne pragmatiske holdning hænger sammen med det at skabe en tillidsfuld relation bruger og behandler imellem, og den har en medindflydelse på, mener vi, at brugerne ikke i samme grad behøver fokusere så meget på metadon. De behøver ikke omskrive, fortælle eller pynte på, hvad der sker i deres liv. Brugerne behøver ikke frygte for deres metadon, eller at de bliver smidt ud af projektet. I stedet har behandlerne en pragmatisk forholde sig til at dosis måske enten skal sættes op, hvis sidebruget er for stort, eller tag-hjem-ordningen inddrages i en periode for at få stabilitet i tilværelsen igen. Den pragmatiske, ikke-moraliserende holdning skaber en relation mellem behandler og bruger, hvor kampe om dosis, erstatninger, osv. minimeres.

Opsummering

Alle fire projekter har haft et ønske om at få "metadon til at fylde så lidt som muligt", og generelt er dette lykkedes for projekterne. I forhold til udleveringen af metadon har de haft forskellige strategier hertil. Projekterne har valgt udleveringsform ud fra et ønske om at være "anderledes" end standardbehandlingen. Eftersom den ikke er ens i de medvirkende amter/kommuner, har udleveringen også set forskellig ud i de fire projekter, både i forhold til hvor og i hvilken form metadonen er udleveret. Vi har diskuteret, hvordan alle projekter har skullet forholde sig til de generelle kontrolaspekter, der ligger i enhver form for metadonbehandling (regler for udlevering, regler for tag-hjem-ordninger), og vi har diskuteret, hvordan sidemisbrug på en måde er blevet et ikke-emne i projekterne. Rationalet i metadonbehandling er generelt at finde en balance mellem abstinenser og rus og dermed stabilisere brugeren på metadon. Derfor har vi også beskrevet de forskellige – og undertiden modstridende – holdninger, der har været i projekterne til metadondoser, eftersom der skal en individuel indstilling af dosis til for at finde denne balance. Sidst, men ikke mindst, har vi diskute-

ret samarbejdet mellem det lægefaglige og andet personale i forhold til metadon. Ordinerings og alt, hvad der handler om metadon, er et lægefagligt ansvar. Men metadon er noget, alle ansatte i projekterne må forholde sig til, om ikke andet så gennem brugernes tale herom.

Afslutning

Behandlingskulturen som del af misbrugsbehandlingen er generelt underbeskrevet i litteraturen, og der er således generelt brug for mere viden på dette område. Dette er en del af vores begrundelse for at sætte fokus herpå i dette kapitel, men vores ærinde har også været at skabe et grundlag for at kunne vurdere, hvor stor en grad af integration, der er mellem brugernes perspektiver og behandlernes og indsatsernes intentioner og reelle praksis. Flere tidligere undersøgelser har vist, at der ofte er en lille grad af integration mellem behandlingspraksis og brugernes ønsker eller erfaringer hermed (fx Jöhncke 1997, Spannow 1997, Pedersen 2001). Dette aspekt beskrives og diskuteres i det næste kapitel 5.

Kapitel 5. Brugererfaringer

I dette kapitel ønsker vi at formidle centrale erfaringer, som brugerne har haft i forbindelse med deres deltagelse i de fire projekter. Brugernes erfaringer relaterer sig til den forskel og undertiden modstilling, der eksisterer mellem brugernes livssituation på den ene side og de professionelles intentioner og idéverden på den anden (Høgsbro 2004, Koester et al. 1999, McKeganey et al. 2004). Behandlingstilbudet udgør kun en del af brugers samlede livssituation. Fokus i deres perspektiver er derfor indsatserne og den effekt – eller mangel herpå – de har haft på deres konkrete livssituation. Effekten kan være håndgribelig (fx erhvervelse af bolig) eller mere tage karakter af en erfaring (fx oplevelse af respekt). Vi er opmærksomme på, at behandlerne kan have mål, de mener at have opfyldt, men som ikke vurderes relevante af brugerne, og omvendt. Målene med samt resultaterne af behandlingsindsatsen kan således være forskellige, om man ser det ud fra behandlernes eller brugernes perspektiv. Vi har valgt at lade spændingsfeltet mellem brugernes livssituation og de professionelles intention med behandlingen strukturere dette kapitel. Derfor vil vi også vurdere, hvorvidt der er sammenfald mellem brugernes perspektiver og behandlingens intentioner. Vores vurdering hviler på et kvalitativt skøn, og vi opererer med opdelingerne lille, nogen, og stor grad af integration. Andre forskere har påpeget, at der ofte har været lille grad af integration mellem behandlingsintention og brugernes perspektiver (Spannow 1997, Pedersen 2001, Jöhncke 1997). Resultaterne fra de fire forsøgsprojekter viser, at de har formået at skabe nogen eller stor grad af integration i forhold til de fleste indsatser.

Kapitlet er opdelt i tre afsnit. Først beskrives de aspekter ved projekterne, som brugerne finder positive og meningsfulde, dvs. de steder, hvor der eksisterer nogen eller stor grad af integration mellem projekternes indsatser og ideer og brugernes perspektiver. Dette er gældende for tilgængelighed for rådgivning, støttekontaktpersonordningen, værestedet, aktiviteter ud af huset og metadonudlevering. Dernæst beskriver vi den kritik, der har været fra brugernes side af projekterne. Kritikken er sparsom og ofte relateret til konkrete individuelle problemstillinger. Sidst beskriver vi de områder, hvor der kun har været en lille grad af integration. Dette gælder de sundhedsfaglige indsatser og brugerinddragelse.

Brugernes erfaringer udviser store ligheder på tværs af projekterne. De forskelle, der er brugerne imellem, går på tværs af de enkelte projekter. Vi har derfor valgt at generalisere brugererfaringerne og kun relatere dem til de enkelte projekter i de tilfælde, vi har skønnet det relevant.

Brugererfaringer – stor grad af integration

I fem af indsatserne har der været en stor grad af integration mellem brugernes oplevelser og behandlingens intentioner. Det er tilgængeligheden til rådgivning, støttekontaktpersonordningen, værestedet, aktiviteter ud af huset og metadonordningen. Brugernes perspektiver er, som sagt, fokuserede i de konkrete effekter, som indsatserne har på deres livssituation. Derfor har vi spurgt til indsatsernes tilgængelighed for rådgivning og støttekontaktpersonordning ved at spørge ind til brugernes erfaringer med deres kontaktperson. Her har brugerne bl.a. fremhævet, at de er blevet behandlet respektfuldt og fået hjælp til at få ryddet op i et ofte kaotisk liv. Desuden har de fremhævet stor grad af tilgængelighed. Værestedstilbudet har brugerne oplevet som både et frirum og et samlingssted, men også som et sted hvortil brugernes hektiske liv udenfor behandlingsinstitutionen er importeret og har skabt gnidninger i forhold til samvær på værestedet. Brugernes forhold til metadonordningerne er sparsomme. Brugernes fravær af fokus herpå skal dog ses som et tegn på, at det også for dem er kommet til at ”fylde mindre”, som behandlingsintentionen har været. Brugernes erfaringer med aktiviteter ud af huset er kendetegnet ved en dobbelthed: at de er glade for, at de er der, og ønsker at gøre brug af dem, men at der mangler opbakning fra brugernes side, når de så skal føres ud i livet. De ovenfor nævnte indsatser er således kendetegnet ved enten nogen eller stor grad af integration. Nedenfor uddyber vi brugernes erfaringer med kontaktpersonen, værestedet, aktiviteter ud af huset og metadonordningerne.

Kontaktperson

Alle brugere i projekterne har haft en primær kontaktperson. Relationen mellem kontaktperson og bruger, herunder kontaktpersonens rådgivende arbejde, har været organiseret forskelligt i de fire projekter, men brugernes erfaringer har på dette felt været ganske ens. Set fra brugernes perspektiv er det ikke organiseringen af kontaktpersonordningen, der er det vigtigste, men at relationen foregår på en respektfuld måde, at indsatsen virker relevant for den enkelte bruger, samt at man oplever, at der er en stor grad af tilgængelighed.

Afhængig af brugerens aktuelle livssituation – om han/hun var i arbejde, var inde i en stabil periode, eller oplevede tilværelsen meget problemfyldt – er kontaktpersonen blevet brugt i større eller mindre omfang. Brugerne har generelt været glade for den støtte, de har kunne hente hos deres kontaktperson. Eftersom brugerne ofte har flere negative behandlerkontakter bag sig, præget af stor udskiftning, konflikter eller minimal kontakt, har det også for brugernes vedkommende taget tid at få tillid til såvel kontaktpersonen som det øvrige personale. I den sidste halvdel af projekternes levetid

har kontaktpersonsordningen dog for mange brugeres vedkommende udviklet sig til at være den til tider vigtigste del af tilbudet. Brugernes konkrete personlige relation til det, de har oplevet som respektfulde og engagerede behandlere, har ofte været det, de har fremhævet, som den absolut vigtigste del af projekternes behandlingsindsats (for lignende resultater se Jöhncke 1997, Åberg et al. 2001). Sat lidt på spidsen kan brugerens relation til kontaktpersonen ses som det absolut medierende led til projekternes andre indsatser. Som to brugere fra X-Felt siger:

B1: Der bliver aldrig noget lignende X-Felt. Fordi det, der også gør X-Felt til det er, er jo personalet.

B2: Ja. Bare du plukker en medarbejder ud, så synes jeg det hele falder lidt sammen. Fordi der er den der tilknytning herinde.

B1: Det er meget personligt.

B2: Jeg tror bare ikke, de kan erstattes, dem vi har nu.

Brugernes positive oplevelser med deres kontaktpersoner har vi tematiseret i forhold til deres vurdering af: a) kontaktpersonens tilgang til brugeren og b) indsatserne relateret til kontaktpersonen.

Kontaktpersonens tilgang til brugeren

Det første aspekt ved kontaktpersonens tilgang til brugerne handler om, at man som bruger oplever at blive behandlet respektfuldt, mærker at ens kontaktperson bryder sig om en, at der bliver lagt mærke til en, og at der er nogen, der interesserer sig for en. Dette aspekt er som sagt af mange brugere blevet vurderet som det til tider vigtigste og mest centrale ved forsøgsprojekterne, som citaterne nedenfor viser. En bruger fra projektet i Silkeborg fortæller om en indlæggelse på hospitalet i forbindelse med et omfattende alkoholproblem:

Min kontaktperson kom ud på hospitalet. Han pakkede mig ind i vat, og han var simpelthen bare så fin. For første gang i mit liv fik jeg blomster på hospitalet. Altså for mig er det de små ting, der betyder noget. Da jeg lå 26 dage på hospital, kom min kæreste ikke engang med en buket blomster til mig. Næ, hun kom og spurgte, om jeg kunne gemme noget af det medicin, jeg kunne få, til hende. Jamen sådan er narkomaner! Jeg kunne selv finde på det samme. Da jeg blev ædru, fandt jeg lige pludselig ud af, hvor meget de ansatte på projektet egentlig interessererede sig for at hjælpe mig, at hjælpe lille mig! Aldrig i hele min karriere som narkoman har jeg oplevet en så massiv indsats for at hjælpe en enkelt person.

En bruger fra Substitutionsprojektet i Århus fortalte følgende, da han blev spurgt om de ansatte på projektet forstår hans situation:

Ja, det gør de. Men jeg kan godt mærke på dem, at de er magtesløse overfor visse ting. Der er jo grænser for, hvad de kan give af penge, og de kan jo ikke knipse en lejlighed op, selvom jeg har gået boligløs i to år. Det er jo ikke kun mig, der står og mangler en bolig. Og de har gjort alt, hvad de kunne. I mellemtiden så sørger de jo så for at få mig til at cirkulere, og få det til at køre så godt som det nu kan. Åh, man kan mærke, hvor glade de bliver, når man så endelig får et sted at bo, og det går godt. Jo, man føler også, at man glæder dem ved at få noget ud af tilværelsen. Så føler de at deres arbejde, det er ikke helt spildt. Jeg tror, nogle af dem, de er sådan lidt entusiaster, som synes, at det er godt nok, det de laver. De er simpelthen tilfredse med deres arbejde. Det kan jeg godt lide.

Oplevelsen af respekt og indlevelse fra de ansattes side, som brugerne i citaterne udtrykker, har været den oplevelse, som mange brugere har fremhævet som den vigtigste. Alle projekter opererer med en primær og en sekundær kontaktperson, og i alle projekterne har det sundhedsfaglige personale i projekterne tillige nydt tillid fra de fleste brugeres side. Brugere, der har haft presserende problemer, har således positive erfaringer med at gå til andre af projektets ansatte. Udover, at disse andre ansatte til tider også selv gennem konkrete kontakter til brugerne har været med til at skabe værdifulde relationer, lader det til, at tilliden mellem bruger og kontaktperson har en afsmittende effekt på hele institutionen. Tidligere forskning viser, at misbrugsbehandlingen ofte er præget af stor grad af mistillid og med ringe plads til empati, og at misbrugsbehandling ofte kan være ganske kontrollerende og upersonlig (Høgsbro et al. 2003, Jöhncke 1997, Simonsen 2001, Hunt & Rosenbaum 1998). Det er på den baggrund måske ikke så mærkeligt, at brugerne fremhæver behandlernes tillidsfulde attitude og engagement i relationen til dem, som utrolig vigtig.

Mange brugere har også fremhævet værdien af, at deres kontaktperson tager dem alvorligt, forstår deres situation og lytter til deres problemer på en åben måde og ikke, som en bruger udtrykte det, ”står med en løftet pegefinger.” Dette gælder specielt i forhold til at kunne tale åbent om sidemisbrug og eventuelle problemer med at styre dette. Mange brugere har oplevet, hvordan de i tidligere behandlingsforløb er blevet mødt med sanktioner, hvis de har fortalt om sidemisbrug (eller hvis det blev opdaget), hvorfor de aktivt har søgt at skjule eller benægte det. Brugere har også fremhævet, at deres kontaktperson har været god til at aflæse deres problemer og opfatte, hvis der var noget, der gik dem på. Det kunne være i tilfæl-

de, hvor brugeren ikke selv har haft overskud til at bringe det på bane. En indskrevet i Substitutionsprojektet i Århus udtrykte det på denne måde.

Jeg føler, der er alt det, du har brug for. Det er bare at åbne munden. Men åbner du ikke selv munden, så synes jeg også, de er meget gode til og lige filme: ”Er der noget galt? Er der noget, vi lige skal snakke om?” Det synes jeg, de er meget dygtige til. Og det er altid ”Hvordan går det? Er der noget vi skal snakke om?” De tager fat i folk. De har tjek på deres børneflokk.

Og en bruger fra Sydvesten i Korsør fortæller:

De kan sgu se det på en, når der er noget galt. Det skide psykologi. Men det er kun dejligt. Det viser bare, de bekymrer sig om os. Og det er sgu ellers sjældent, man mærker det. Vi er jo bare junkier, altså, jordklodens affald.

Flere brugere har således sat pris på den tillidsrelation, de har oplevet i forhold til deres kontaktperson, og flere har understreget vigtigheden af fortrolighed, og af at kemien passer mellem bruger og kontaktperson. I nedenstående citat fortæller to brugere fra X-Felt, hvordan etableringen af et tillidsforhold bl.a. bygger på fælles oplevelser, samt at et tæt forhold er udgangspunktet for en god behandling.

B1: Man kan komme og sige: ”skal vi ikke gå på café?” og så siger behandleren ”jo”. Altså, hvis man ikke har lyst til at være i projektet eller hvis det hele hænger en ud af halsen.

I: Er det rart at kunne gøre den slags?

B1: Ja. Meget. Man lærer dem at kende på en anden måde. I stedet for bare at tænke: ”okay, hende der, hun giver mig medicin. Hun er min behandler”. Så kommer man ud og ser nogle andre sider af hende, og hvor man ikke tænker på medicin hele tiden.

B2: Ja, det har været rigtig rart. Også fordi at man lærer hinanden at kende på en helt anden måde. Det bliver ikke bare det der patient og behandler. Det bliver sådan mere personligt, synes jeg. Jeg får da også nogle ting af vide om deres forhold eller deres liv. De er sådan meget åbne, ik’.

I: Er det godt at have sådan et tæt forhold?

B1: Det synes jeg. Jeg synes, jeg lytter mere efter, hvad der bliver sagt.

B2: Så tør man jo også sige noget mere. Når man har den tillid til dem.

B1: Man er ikke så bange for, at det skal blive misbrugt.

Selv om mange brugere øjensynligt har udviklet et ganske nært forhold til deres kontaktperson, holder de fleste samtidig en vis distance, ligesom brugere har understreget vigtigheden af, at de ansatte, samtidig med de engagerer sig personligt, også opretholder en professionel distance. Dette hænger sammen med, at brugerne har sat pris på at blive bakket op (både moralsk og konkret) og holdt fast på beslutninger og planer af deres kontaktperson. Brugere fremhæver betydningen af, at deres kontaktpersoner tager hånd om tingene og er insisterende, så det ikke kun ender i snak, ligesom de har værdsat, når kontaktpersonen har givet ordentlig respons på deres udmeldinger og ikke automatisk tager alt for gode varer. De fleste brugere ønsker, at deres kontaktperson skal være en aktiv både med- og modspiller, der støtter op, presser på (på en realistisk måde) og kommenterer kritisk.

Indsatser

Selv om det ikke er fuldt ud muligt at skelne mellem brugernes oplevelser af kontaktpersonernes tilgang på den ene side og indsatserne på den anden, er det dog en måde at indkredse forskellen mellem den måde, brugere oplever at blive mødt på (formen), og de indsatser, de bliver mødt med (indhold). Når brugere taler om deres kontaktpersoners indsatser, fremhæves to ting: muligheden for spontane samtaler, hvor problemer, der opleves som akutte, kan vendes og eventuelt løses, og den hjælp, der er knyttet til kontaktpersonens støttekontaktperson-lignende indsatser.

Brugere har sat pris på samtalerne med deres kontaktperson. Det er ikke vores indtryk, at organiseringen af samtalerne har spillet den store rolle, og de få, der ikke har oplevet det store udbytte heraf, kommer fra alle projekter. Brugere har fremhævet som positivt, at de i stor udstrækning selv har været med til bestemme, hvad der skal snakkes om, og at de har kunnet snakke om det meste, og at kontaktpersonen har haft tid. Brugere fremhæver således den store grad af tilgængelighed for rådgivning, de har oplevet projekterne. Projekternes lave behandler-bruger ratio er helt sikkert med til at muliggøre denne grad af tilgængelighed, men når brugere fremhæver, at deres kontaktperson eller andre ansatte altid har tid, refererer de også til en mere generel holdning fra de ansattes side. En holdning, der igen hænger sammen med den helt centrale erfaring knyttet til at føle sig velkommen og blive behandlet respektfuldt. For mange brugere har det været utrolig vigtigt at have en kontaktperson, de har kunnet opsøge og snakke med, når de har været triste, haft uoverstigelige personlige problemer og lyst til at opgive det hele. Det er således de samtaler, der har karakter af ”brandslukning” mere end dem, der har en fremadrettet planlæggende karakter, som brugere har fremhævet. Her følger to eksempler. Begge er brugere fra Sydvesten

i Korsør. Først en kvinde, der bliver bedt om at udvælge et par ting, som er rigtig godt ved Sydvesten:

Det er, at man kan komme og snakke med de ansatte, og fortælle dem, at nu er den fuldstændig gal. Og at kæresten gør bare sådan og sådan, og han er bare blevet væk i nat. Sådan nogen ting. Man kan jo ikke fortælle det til andre, og slet ikke piger, fordi at jeg har ikke nogen pigeveninder.

Det næste citat kommer fra en mandlig bruger. Udover at han lægger vægt på tilgængeligheden, fremhæver han hjælpen til at få ryddet op i sit liv:

Hvis de ansatte kan se, at man har brug for at snakke, så har de næsten altid tid. Selvom de har haft en lortedag, så plejer de at kunne smile, og snakke almindeligt. Og det har været en uvurderlig hjælp. Både at kunne udnytte faciliteterne, men mest af alt de mennesker, der er her. De fleste af os, der kommer her, har godt nok en omgangskreds, men den omgangskreds, vi har, er misbrugere. Og mange af os har brug for nogen, som vi kan snakke med. Altså hvor vi går ind i det private og måske får hjælp til nogle personlige problemer, ik'. Der er også tit, jeg ikke har haft overskud til at skulle ordne fx breve fra kommunen, amt og sådan noget. Og det har simpelthen været en lettelse, at jeg har kunne gå ind her og spørge: "kan jeg ikke få hjælp til det?" Og der har ikke været nogle problemer: "selvfølgelig kan du det!". Det har været en uvurderlig hjælp. Fordi, da jeg kom her, da var min eneste måde at se verden på den, at alt kunne rende mig i røven. Nu er det så blevet ændret lidt gennem min kontaktperson. Vi har haft møder nede på kommunen, for ligesom at få mere struktur og lidt mere ordening på alle de løse ender.

Ikke alle brugere har brugt deres kontaktpersoner lige meget, men for en del brugere har de stadige spontane samtaler været yderst vigtige.

Et andet punkt, som brugerne fremhæver, er det, de ansatte på projekterne undertiden kalder "oprydningen i kaos". Det drejer sig især om projekternes indsats i forhold til at ledsage deres brugere rundt i systemet. Mange brugere har fremhævet vigtigheden i at have sin kontaktperson med på hospitalet, til læge, til tandlæge og specielt til den kommunale sagsbehandler. Brugere oplever ofte, at de enten ikke selv kommer af sted uden opbakning, og at mødet med det offentlige system bliver væsentlig mindre konfliktfyldt og mere konstruktivt, når kontaktpersonen er med. Både fordi kontaktpersonen kan hjælpe brugeren med at huske på 'dagsordenen', og fordi de efterfølgende kan snakke om og handle på det, der er sket. Og fordi brugerne oplever, at de får en bedre behandling af de offentlige myndig-

heder, når de har deres kontaktperson med (for lignende observationer se Bømler 1996). En bruger fra X-Felt fortalte i et interview:

Min kontaktperson bruger jeg, hvis jeg har noget praktisk omkring økonomi, og hvor jeg har brug for en, der tager fat i det etablerede system. Jeg er ikke særlig god til at gå op på kommunen og snakke med dem. Når jeg kommer op på kommunen, så ryger der en eller anden port ned, og så får jeg aldrig sagt alt det, jeg har på hjerte. Fordi man har det dårligt deroppe, hvor man kommer og henter sin bistands-hjælp. Jeg har lidt paranoia over, at de kan gå ind i en computer og læse alt om en. Det synes jeg ikke er ret sjovt. [Brugeren fortæller, at han har haft sin kontaktperson med på kommunen]. Det fungerede godt. Jeg tror ikke, jeg var kommet af sted uden ham. Han fik mig til at tage mig sammen. Jeg havde været oppe og snakke med den kommunale sagsbehandler en gang, og det var et værre skænderi. Det er endt mange gange med skænderi i telefonen. Så der skulle jeg have ham med. Også fordi jeg tit har oplevet, hvis det er mig selv, der kommer, så bliver der ikke lyttet ordentligt til mig. Min kontaktperson ved nogenlunde og kan huske, hvad jeg har på hjerte. Det kan jeg ikke selv. Jeg har utrolige hukommelsesproblemer, når jeg sidder der og er stresset.

For denne bruger fungerede kontaktpersonen som en slags bisidder i forhold til møder med det offentlige system. Som vi skrev i kapitel 3, er dette en vigtig del af det støttekontaktperson-lignende arbejde.

Mange brugere har ligeledes sat pris på den hjælp, de har fået af de ansatte til at ordne praktiske, hverdagsrelaterede ting, samt visheden om at kunne få hjælp, hvis situationen kræver det. Det kan være hjælp til at flytte, betale regninger, administrere penge, købe ind, få vasket tøj, osv. Denne indsats består af mange små handlinger, der hver især kan syne af lidt, men i brugernes verden vurderes summen heraf som værende meget afgørende. At få hjælp til at klare sådanne gøremål er blevet fremhævet af mange brugere. En bruger fra Substitutionsprojektet i Århus var meget bevidst om den forandring, der var sket med ham i den tid, han havde været i Substitutionsprojektet:

B: Jeg har fået mere styr på mig selv, og jeg har fået mere styr på min lejlighed. Jeg er blevet god til at holde den ren og rydde op.

I: Når du siger, du også har fået mere styr på dig selv, hvad tænker du så på?

B: Ja, altså både med at se ren ud og vaske mig og tage rent tøj på. Før gik jeg bare ned for at hente metadon. Det var jo meget hurtigt ind og drikke sine doner og så ud igen. Der skulle man jo ikke være sammen med folk, så kunne man godt være sådan lidt mere en gris. Så var man

ikke så tit i bad. Men her, hvor vi er sammen alle sammen hver dag, så er det lidt noget andet. Så begynder man at tænke over, hvordan man ser ud. Sådan nogen banale ting som udgør en ganske almindelig hverdag, med at passe el-regninger og tv-regninger og telefonregninger og alle sådan nogen ting. Der har jeg brugt dem hernede. De har så hjulpet mig i gang. Og de har hjulpet mig med at få eftergivet en kæmpegæld til staten og en kæmpegæld til et andet privat firma.

Kontaktpersonen har spillet en rolle for denne bruger i forhold til at få mere styr på livet. Man kan sige, at brugeren udtrykker, at det daglige samvær på værestedet med andre brugere og med de ansatte har haft en socialiserende og normaliserende effekt på ham, som en af behandlingsintentionerne, der er beskrevet i kapitel 4.

Værested

De overvejelser, som de ansatte på de forskellige delprojekter har gjort sig omkring målene med et værestedstilbud har drejet sig om følgende: a) daglig behandler-bruger kontakt som grundlag for at skabe tillidsrelationer samt hjælpe brugerne i deres ofte kaotiske liv, b) give brugerne mulighed for at stifte bekendtskab med ”normale” former for samvær; c) give brugerne mulighed for social kontakt; d) give et madtilbud, da mange stofmisbrugeres ernæringstilstand kan være ganske ringe.³ Derudover har projekterne (i større eller mindre grad) ønsket, at værestedet skulle være et aktivitetssted. De tilbudte aktiviteter har dog sjældent haft den store opbakning fra brugerne. De gør brug af værestedet på andre måder.

Der er forskel på, hvor meget de enkelte brugere har benyttet værestedet. Groft estimeret gælder det for projekterne, at ca. halvdelen bruger værestedet ofte, en fjerdedel af og til, og en sidste fjerdedel sjældent eller aldrig. Dette afsnit handler om den første trefjerdedel. Brugernes oplevelser med værestedet kredser primært om to temaer: tryghed/værdighed og sociale relationer/relevante informationer.

Tryghed/værdighed

Gentagne gange har brugere i interviews eller uformelle samtaler fortalt, hvordan de sætter pris på, at de i projektet bliver behandlet ordentligt, at der bliver talt ordentligt til dem, og at der, som en bruger udtalte det: ”bliver lagt mærke til en”. Brugere føler sig ganske enkelt velkomne i projekternes væresteder, hvilket af mange fremhæves som en ny og rar oplevelse. Igen spiller formen en stor rolle. Mange stofmisbrugere er fra det omgивen-

³ Disse overvejelser ligger tæt op af gængs praksis på andre væresteder i Danmark (se Grytnes, Villumsen & Pedersen 2002).

de samfund vant til en stor grad af stigmatisering; deres identitet som stofmisbruger bliver set som personlighedsdefinerende, dvs. at den fortrænger andre mulige identiteter, og den tillægges endvidere stor negativ værdi (Kolind 1999). Brugere af projekterne har fortalt, at de her for første gang i lang tid bliver behandlet respektfuldt samt opfattet som hele personer, dvs. ikke-stofrelaterede egenskaber og identiteter bliver også tillagt værdi. Som en bruger fra Sydvesten udtalte:

Jeg kommer næsten hver morgen. Jamen, det er dejligt. Jeg kan godt lide, man føler sig velkommen. Fordi det er ikke mange steder, man føler sig velkommen. Og det tror da pokker, hvem fanden vil have sådan en gammel junkie ind. Man føler, der er sgu nogen, der vil hjælpe en alligevel. Det at folk kan se én, man er ikke usynlig. Det er dejligt. Alle vil godt ses, ik'? Og det er lang tid siden, at man har følt, at man er blevet set. Folk, de vender som regel hovedet den anden vej og næsen i sky, og det gør sgu stadigvæk ondt hver gang. Det er også godt, at vi kan gå frit overalt i projektet, uden de mistænker os. Bare det, at de ikke mistænker os, det er dejligt.

På Sydvesten var døren ind til projektet ikke låst i åbningstiden, og der var fri adgang til kontorerne på 1. sal. Det var kun lægerummet, der var aflåst. Flere af brugerne føler også en vis grad af ansvar overfor projekterne, der giver sig udslag på flere måder. Der er brugere, der synes, de har et vist ansvar for at hjælpe andre brugere, som de anser som mindre velfungerende end dem selv. De påpeger overfor hinanden de regler om respektfuld adfærd, som projektets ansatte har søgt at udstikke – ikke dermed sagt, at der ikke kan være episoder, hvor bølgerne går højt, men brugerne giver selv eksplicit udtryk for, at de sætter pris den rare omgangstone, der ofte hersker. Flere brugere mener, at de selv er forpligtede til at komme regelmæssigt på stedet. Som en bruger udtalte, så er det ikke nok at komme til udflugterne, eller når der er fællesspisning, man må også komme til hverdag. Brugere formidler hermed en ansvarsfølelse overfor stedet, et ansvar man viser ved at komme. Ved sin blotte tilstedeværelse viser de, at de bryder sig om og vil de andre. Dette er lidt pudsigt, da deltagelse i projekterne jo på ingen måde kræver, at man kommer i værestedet. Det er dog ikke ensbetydende med, at brugerne hele tiden kan leve op til disse fordringer, men det peger på en erfaring, som ikke umiddelbart relaterer sig til intentionen med indsatsen. I den forbindelse kan nævnes, at tilstedeværelse på værestederne for nogle kan opleves som en vis grad af normalisering.

Mange brugere oplever også værestedet som et frirum, fri fra samfundets nedværdigende blikke og fri fra gadens hektiske liv. Mange brugere understreger i den forbindelse, at de føler sig trygge i værestedet. Dette af-

spejler sig også i en af de måder, værestedet bruges på. Man kommer, får en kop kaffe, spiser noget mad, snakker lidt med de ansatte og andre brugere, læser lidt i en avis, og drikker en kop kaffe til. Umiddelbart kan brugernes tilstedeværelse i værestedet tolkes som en ganske passiv adfærd, og undertiden ønsker brugerne da også selv større indhold i værestedet. Men man skal ikke underkende, at netop denne type afslappende ikke-stigmatiserende samvær faktisk kan opleves som et radikalt afbræk og alternativ til livet udenfor. En bruger på Sydvesten i Korsør formulerende det på denne måde:

Der sker sådan set ikke så meget. Jeg kommer og starter med at tage en kop kaffe. Så går jeg ind og får min metadon, og så sætter jeg mig ud ved kaffebordet og får noget at spise og drikker min kaffe. Så sidder vi og snakker lidt. Sker der noget, jamen så er jeg med på den. Det er op til en selv, om man vil sætte noget i gang, om der er nogen, der er med på noget, men det er fint, som det er. Jeg synes, det fungerer skide godt.

Generelt er tonen på værestederne god og forholdet mellem de ansatte og brugerne præget af en vis grad af tillid. Det er dog stadig de ansatte, der håndhæver regler om, at der ikke må foregå salg af stoffer på værestedet eller at der ikke må ”tørfixes” (dvs. en for stor grad af snak om stoffer og rus).

Sociale relationer/relevante informationer

Værestedet som fristed er en dobbelt størrelse. For udover at danne rammen om et miljø, hvor stofmisbrugsmiljøets regler fortrænges til fordel for et ”normaliserende” samvær, sker der også den modsatte bevægelse: stofmisbrugere importerer ”livet udenfor” til værestedet. Dette sker ikke, fordi brugerne nødvendigvis vil det sådan, men fordi stofmisbrug ofte er en livsbetingelse. Kampen om at skaffe stoffer fylder i perioder store dele af stofmisbrugernes liv, og det kan være vanskeligt at opretholde eller indgå i et ikke-stofrelateret samvær (for lignende observationer se Grytnes 2004). Værestederne er derfor også steder, hvor nyttig information udveksles, nyttig i forhold til livet som stofmisbruger. Og denne informationsudveksling, der også kan relatere sig til salg og køb af stoffer, arbejder imod den ånd og stemning samt de konkrete regler på værestederne, som brugerne også gerne vil leve op til. På værestedet i Subprojektet er brugerne således på eget initiativ enedes om en regel om, at der ikke må handles eller fixes på værestedet. Reglen er gjort eksplicit ved også at være ophængt synligt i fællesrummet. Alligevel er det ikke altid, at brugerne kan overholde denne regel,

dette fordi livet som stofmisbruger undertiden gennemtrænger alle sociale relationer og sammenhænge.

Uanset denne dobbelthed, har værestederne også en anden og meget vigtig funktion. De er steder, hvor brugere kan afhjælpe deres ensomhed. Specielt ældre metadonister kan undertiden beskrive en tilværelse, hvor metadonen og fjernsynet er nærmest eneste indhold i tilværelsen (i modsætning til yngre stofmisbrugere med stor grad af aktivitetsniveau og mange sociale kontakter se: fx Tungland et al. 1996, Aaslid 2003). Flere ældre brugere har givet udtryk for, at de har brugt projekternes værested til at få en snak med andre mennesker, både ansatte og brugere og hermed få lidt indhold i tilværelsen. Som en bruger sagde: ”det bedste ved det her tilbud er, at vi ikke behøver at skulle gå og være ensomme hjemme hver dag.” En bruger fra Sydvesten var meget bevidst om, hvad projektet havde givet ham på dette område:

Mere selvtillid og det at komme ud noget mere. Jeg havde det med at sidde hjemme i min lejlighed i sofaen og bare glo fjernsyn, og sove og vågne, sove, vågne. Jeg kom aldrig ud eller noget. Så ikke andre mennesker. Og der har Sydvesten altså fået mig til at komme ud og åbne mig noget mere. I starten, da tog jeg ikke med på deres ture og sådan noget der. Jeg gad ikke med sådan en flok narkomaner rundt. Men så tog jeg med alligevel. Jamen, jeg vil sådan set sige Sydvesten, det er mit andet hjem.

Flere brugere har fortalt, at der hersker en god stemning på værestederne uden synderlige klikedannelser. Og flere understreger, at der er et godt sammenhold mellem brugerne. Her fortæller en bruger fra projektet i Silkeborg, hvordan værestedet har været med til at skabe en fælles ånd på stedet.

Vi kan nogle gange komme til at hidse os op over ting, som er forkerte. Det er ikke alle, der får sagt undskyld, vel. Det er dejligt, når det så sker, at man kommer hen og siger ”du må egentligt undskylde, jeg mente det ikke så slemt”. Der er andre, der har det på samme måde som mig; hidser sig op, fordi vi har det dårligt psykisk. Men alle er blevet rigtig gode til at forstå hinanden og få sagt undskyld. Vi er blevet gode til at tilgive hinanden. Det her projekt, det har lært os at tilgive. De ansattes ro og deres måde at tackle det på har gjort, at det er lettere for os ikke at gå og bære nag, og så at give hinanden hånden.

Trods mange brugeres oplevelse af god stemning, god omgangstone og en følelse af tryghed, pointerede flere brugere dog også, at de aldrig helt har stolet på de andre brugere.

Af de brugere, der konsekvent har undgået værestederne, er det vores indtryk, at de ofte har været psykisk meget dårlige eller haft tilstrækkelige sociale relationer udenfor projekterne.

Metadon

I vores evaluering fylder metadonudlevering bemærkelsesværdigt lidt i brugernes oplevelser. Det er således rimeligt at konkludere, at forsøgsprojekterne har formået at flytte fokus væk fra metadonudleveringen eller rettere sprede fokus ud.⁴ Så når dette afsnit er kort, skal det ses som udtryk for, at metadon fylder mindre i brugernes bevidsthed i forhold til, hvad de og andre har erfaret tidligere. De fleste brugere har således stort set været tilfredse med deres metadonordning. Dette betyder ikke, at metadondoser, indtagelsesform, og udleveringsorganisering ikke har spillet en rolle, men det betyder, at projekterne har formået, set med brugernes øjne, at forbedre eksisterende metadonpolitik. Vores feltobservationer på projekterne vidner også om brugernes forholdsvis uproblematisk forhold til metadonudleveringen. Udleveringen er således foregået stille og roligt, i tur og orden, og flere gange har vi set, hvordan brugerne har ladet abstinente brugere komme foran i køen, og vi har sjældent været vidne til, at folk har brokket sig over eller snakket om metadonrelaterede spørgsmål. Konflikter på området forekommer dog stadigvæk, og mellem brugere og behandlere har det ofte drejet sig om metadonspørgsmål (se nedenfor). Brugernes erfaringer på området kan samles under to temaer: sikkerhed og ro, og dobbeltheden i på en og samme tid at ønske at komme ud af sit metadonbrug og muligheden for at blive sat op i dosis.

Sikkerhed og ro

Det betyder meget for brugerne, at metadonudleveringen foregår stille og roligt. Flere af brugerne på Substitutionsprojektet i Århus har fx fortalt, hvordan de på Århus Klinikken (deres tidligere udleveringssted) nærmest har måttet løbe spidsrod for at få dagens dosis. Foran klinikken har brugere således oplevet at blive tilbudt andre stoffer, blive korporligt truet til at udlevere deres metadondosis eller fået tilbud om at sælge den. For flere af brugerne på Substitutionsprojektet i Århus har den primære grund til at sø-

⁴ I 1996-1997 lavede Steffen Jöhncke en evaluering af Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere, der konkluderede det modsatte (Jöhncke 1997). Et af rapportens kapitler omhandlede brugernes erfaringer med behandlingen, dvs. samme fokus som dette kapitel. Der er flere erfaringsaspekter, der ligner, men der er en slående forskel: hvor stor en rolle metadonudlevering og kontrol knyttet hertil spillede i brugernes samlede erfaringsbillede (se også Hunt & Rosenbaum 1998, Simonsen 2001, Frantzsen 2001).

ge til Substitutionsprojektet – og en af de største lettelser – været, at de nu kan få udleveret deres dosis i rolige omgivelser. En bruger fra Substitutionsprojektet i Århus fortalte:

Det er meget stressende at hente sin medicin på Århus Klinikken. Man vil gerne væk derfra hurtigt, fordi fristelserne de er der jo. Folk står og sælger lige i nærheden. Så bare skyklapper på og så hurtig ind og ud igen. Hvis ikke man gør det, så kan man hurtigt hænge fast, og så er det de andre siger: 'Skal vi lave noget i dag? Skal vi ikke lige tage det? Skal vi ikke gøre det?' Og så kører rouletten. Dér er jeg glad for at have det her projekt. Det er bedre at være hernede, hvor man kan slappe af og tage det stille og roligt. Man er ikke stresset, når man kommer, her kan man slappe af. Og efter jeg er startet her, er jeg holdt op med at kaste op. I starten da jeg fik doner oppe i Århus Klinikken – og det var nok på grund af det stress – så kastede jeg donerne op igen.

Oplevelsen af at få udleveret sin metadon i en afslappende atmosfære, som brugeren fremhæver i citatet, blev også fremhævet af brugere fra Sydvesten og X-Felt. Ro betyder også oplevelsen af, som en bruger udtalte, at "blive behandlet mere voksent". Det gælder måden, udleveringen foregår på, og det gælder hjemtagelsesordninger, hvor nogle brugere, i stedet for at skulle møde hver dag, bliver betroet at kunne administrere dosis til flere dage.

Sikkerhed relaterer sig til, at brugerne føler sig trygge ved, at udleveringen af deres metadon ikke i for stor grad er bundet op på kontrolaspekter. For brugere i alle projekterne opleves visheden om en stabil metadonordning som en lettelse. Som vi så ovenfor, har det også betydet, at brugerne i større grad føler, de kan tale om et eventuelt sidemisbrug med deres kontaktperson, uden at skulle frygte sanktioner. Det er således vores indtryk, at den formindskede sammenkædning mellem metadon og kontrol i projekterne er med til at skabe grobund for et mere tillidsfuldt forhold mellem den enkelte bruger og det projekt, han eller hun har været tilknyttet.

Selvom projekterne har formået at skabe tryggere og mere brugervenlige rammer for metadonudlevering og reduceret sammenkædningen mellem udlevering og kontrol, skal man være opmærksom på, at der stadig i projekterne har været konflikter omkring metadon. Men konflikterne er blevet reduceret i antal og i intensitet. Tilbageholdelse af metadon til alkoholpåvirkede brugere og utilfredsstillende hjemtagelsesordninger har undertiden skabt diskussioner og konflikter mellem ansatte og brugere, som vi så i kapitel 4.

Dobbeltheden

Der har for flere af brugerne i projekterne eksisteret en dobbelthed mellem på den ene side at ville ud af et metadonforbrug og på den anden side fri-

stelsen til at kunne blive sat op i dosis, hvis det var muligt. Det er efterhånden en generel opfattelse, at brug af metadon ikke er et stofmisbrug. I nogle behandlingssammenhænge kalder man fx metadon for medicin for delvist at normalisere metadonindtaget. Anderledes har det forholdt sig for en del af brugerne i projekterne, der ikke har adskilt afhængigheden af fx heroin fra afhængigheden af metadon. Nogle brugere (og specielt de ældre) har oplevet, at deres liv på visse punkter er blevet lettere, hvis de har nøjes med at indtage lovligt udleveret metadon, men de har stadigvæk anset sig selv for værende afhængige. Nogle af brugerne har fortalt, at de har oplevet, at afhængigheden af metadon kan være stærkere at bryde end afhængigheden af fx heroin. Og ikke sjældent har brugerne oplevet, at med metadonbehandling følger en anden type afhængighed: at være afhængig af et statskontrolleret udleveringsregime.

Dobbeltheden kan spores som erfaringstema i alle projekterne, men var speciel tydelig i Sydvesten i Korsør, både pga. de forholdsvis store doser af metadon, der blev ordineret, og fordi brugerne kunne forsøge sig med forskellige indtagelsesmåder, herunder intravenøs metadon. Nogle brugere fortalte, at de i projektperioden havde fået forøget deres metadondosis, hvilket de selv havde været med til at foranledige. Samtidig var de desillusionerede over, at netop dette projekt havde været medvirkende til, at deres dosis og dermed deres stofafhængighed var øget. De fleste af de brugere (gennemsnitligt 8 stk.), der på Sydvesten benyttede sig af tilbudet om iv-metadon, var tilfredse med ordningen. Flere af dem havde før projektstart injiceret deres metadonmikstur. Nu oplevede de en bedring og en ro, ved at kunne vælge at injicere iv-metadon, når de følte trang. Følgende citat er fra en bruger fra Sydvesten, der mente, at iv-ordningen havde reddet hans liv.

Jeg kunne sidde fra 10 om morgenen til 6-7 om aftenen og stikke og få to-tre doner ind under huden. Jeg var så nåle-fixeret. Jeg kunne ikke drikke det, det skulle stikkes. Det er psykisk. Det snakkede jeg med dem om her. Og det er det bedste, det der injektions-halløj. Jeg ved, at der ikke er noget andet i end metadon, ikke noget der ødelægger. Nu er det min nåletrang, som jeg skal af med.

Nogle af de brugere, der havde valgt iv-ordningen, havde dog undertiden følt sig ekstra stigmatiserede af andre stofbrugere. En bruger, der blev spurgt om, hvilken status det havde at fixe sin metadon, svarede:

Jamen, det er ikke særlig smart. Det er mest de gamle, os der er oppe i årene og har været narkomaner i mange år, som er her. Det ikke smart at fixe metadonen. Hvis man er misbruger, er der jo altid nogen, der er værre end en selv. Hvis jeg ligger i rendestenen, jamen så er der en, der hænger nede under risten. Dem, der fixer i armen, er bedre end

dem, der fixer i lysken. Og sådan er det også her. Dem, der går og drikker det, de vil i hvert fald aldrig herover, fordi herovre det er det ”hårde” hus, her fixer vi det.

I den forbindelse skal også nævnes, at mange anså piller som bedre end mikstur. Både fordi de mente, det var sundere, ”at tænderne ikke rådner op”, som nogle sagde, men også fordi, som en bruger fra Sydvesten anførte: ”Det er ligesom at tage en vitaminpille om morgenen. Du glemmer helt, at du er narkoman. Man tager bare sin metadon-pille”. Der eksisterede således en ambivalens i forhold til at benytte sig af iv-ordningen. På den ene side kunne det betyde et lettere og mindre problematisk metadonforbrug. På den anden side var der en vis grad af stigmatisering forbundet med denne ordning. Dobbelttheden med metadon – at man som bruger gerne vil ud af det og alligevel gerne vil have dosis øget – er dog noget, brugere i alle projekter beretter om.

Aktiviteter ud af huset

I de fire projekter har man forsøgt at igangsætte aktiviteter og arrangere ekskursioner for brugerne. Begrundelserne for disse tilbud har været forholdsvis enslydende: at normalisere brugernes liv, at tilbyde et oplevelsesmæssigt alternativ til deres ofte ensomme liv, og at aktivere brugerne. Herudover har sådanne aktiviteter og oplevelsestilbud generelt været det område, hvor projekterne har forsøgt sig med brugerinddragelse. En konsekvens heraf har været, at værdien af de enkelte aktiviteter og oplevelser af de ansatte ikke altid er blevet vurderet ud fra behandlingsfaglige overvejelser, men ud fra graden af brugernes engagement. Med andre ord, det vigtigste har undertiden ikke været, hvad man har gjort, men at brugerne har villet det.

Brugernes erfaringer med aktiviteter ud af huset har været dilemmafyldt. På den ene side har tilbudene generelt været kendetegnet ved at have en svingende og til tider begrænset deltagelse, og det har ofte været den samme gruppe af brugere, der har gjort brug af tilbudene. Det har både været frustrerende for de ansatte, men også for brugerne. De har været frustrerede over, at andre brugere af stedet ikke er mødt op til arrangementer, som brugerne selv har taget initiativ til, eller som er blevet besluttet på fællesmøder. Men der har også eksisteret en dårlig samvittighed fra brugere, der selv har ønsket at deltage noget mere, men som ikke har magtet det i den konkrete situation. Der er tre grunde til, at aktiviteter ud af huset ofte har manglet opbakning. For det første har nogle af tiltagene – og dette specielt i starten af projekternes levetid – skudt over mål. De har været fjernt fra brugernes virkelighed enten i tema eller i struktur. Fx daghøjskole, uddannelsesforløb, istandsættelse af båd. For det andet har nogle brugere givet ud-

tryk for, at de ikke har magtet turene. Dvs. de har meldt sig til, men glemt at møde op, eller fordi de ikke har kunne klare angsten forbundet med, at muligheden for indtagelse af stoffer er fraværende i det pågældende tidsrum (se også Larsen 2004). En tredje grund, visse brugere har givet, er, hvad man kunne kalde ”social besmittelse”, dvs. at man ikke ønsker at blive associeret med den stærkt stigmatiserede identitet som stofmisbruger, som man oplever, de andre brugere signalerer, og som ofte kan være ganske tydelig i det offentlige rum.

Men en stor del af brugerne har også haft mange positive oplevelser i forbindelse med arrangementerne. Nogle har endda oplevet det som ”det ekstra”, der adskiller projektet fra anden metadonbehandling. Arrangementerne har for deltagerne også været med til at skabe en følelse af samhørighed med projektet og andre brugere samt at udvikle et tættere forhold til de ansatte. Brugere har fremhævet tre overordnede grunde hertil. For det første har aktiviteter og ture været med til at give indhold i en ellers tom og meningsløs hverdag.

Man kommer ned på projektet og får morgenmad. Vi sidder og hugger i os og tager ud og ser på, hvad vi nu gerne vil se, på museer, whatever. Tager på ture. Det fungerer godt. Det giver det, man mangler. Når man bare sidder derhjemme, hvad fanden skal man give sig til? Det eneste, man faktisk kan få indhold af, det er Klostersortov [samlingssted for stofbrugere i Århus], for der kender man jo folk. Det er det eneste indhold, der har været i min tilværelse, det har været Klostersortov, Klostersortov.

For denne bruger har Substitutionsprojektet og de ture, der har været arrangeret her, været et godt alternativ til stofmisbrugsmiljøet. For det andet fortæller nogle brugere, hvordan ekskursionerne har været med til at udvide deres horisont. Her er det en bruger fra Sydvesten i Korsør, der svarer, da vi spurgte ham, om det var vigtigt for ham med de forskellige oplevelsesmæssige tiltag:

Ja, det er vigtigt. Også fordi det er gratis. Nej, det er ikke så meget det, at det er gratis, men det er noget, jeg ellers ikke ville have oplevet, for jeg har ikke tænkt på det, aldrig nogen sinde. Ja, hvad var det nu det hed, Råbjerg Mile, for fanden, og det ved jeg nu.

Som det sidste fremhæver nogle brugere, at mens de er af sted, så tager de ikke stoffer, eller lige så vigtigt, så fristes de ikke til eller overvejer ikke at tage stoffer, bl.a. fordi de på ekskursionerne bliver stimuleret på anden vis.

Brugererfaringer – kritik

Der har ikke været den store kritik af projekterne fra brugernes side. Generelt har brugerne været positive overfor den behandling, de har fået. Når der har været kritik, har den sjældent været generel, det er således svært at finde fælles temaer, der kan indramme kritikken. Et eksempel kunne dog være en bruger fra Substitutionsprojektet i Århus, der synes, at projektet var for utydeligt. Han var simpelthen i tvivl om, hvad det gik ud på. Et andet er brugere fra Sydvesten, der har ment, at det var for nemt at få en høj metadondosis. På X-Felt har der været brugere, der har følt sig usikre på stedet. De har haft en oplevelse af ikke at kende stedet særlig godt, af ikke at vide, hvad der sker i projektet, og de synes ikke, de kender de andre brugere.

Brugernes kritik er dog primært gået på konkrete aspekter af hans eller hendes liv, som de har oplevet projekterne ikke har kunnet eller villet hjælpe tilstrækkeligt med, eller som ikke er blevet taget tilpas alvorligt. Kritikken har således være meget situationsbundet. Nogle gange har en sådan type kritik farvet den enkelte persons generelle holdning til projektet. Andre gange har brugere fortalt, at de synes, at projektet er godt nok, men at der er et konkret aspekt, de er utilfredse med. En bruger syntes fx, at hans kontaktperson ikke havde gjort nok for at hjælpe med at skaffe en bolig. En anden oplevede, at der ikke var nogle af de ansatte i projektet, han følte sig tryk ved. Dette kom efter, at hans faste kontaktperson, som han havde været tæt knyttet til, blev fyret. Vi vil slutte afsnittet med et eksempel, der belyser, hvordan et situationsbestemt problem kan se ud, og hvordan det kan overskygge alt andet. Kritikken kommer fra en bruger fra Substitutionsprojektet i Århus, der var stærkt utilfreds med at skulle hente sin metadon på Århus Klinikken i weekenden.

B: Jeg er glad for at komme her, men næsten dagligt beder jeg om at få lov at slippe for at hente metadon på Århus Klinikken i weekenden. Jeg er ligeglad med, om jeg skal hente metadon i Horsens, bare jeg ikke skal hente det deroppe. Folk kommer med baseball-batts, de kommer med knojern, de har pistoler i taskerne deroppe. Og det er lige så jeg står og dirrer, når jeg står deroppe og venter.

I: Har du snakket med de ansatte hernede om det?

B: Jamen, de kan ikke se problemet. Jeg føler ikke, de forstår min situation. De trækker bare på skulderen og siger, sådan er reglerne. Det er forfærdeligt, det kan jeg godt sige dig.

Som det fremgår af citatet, har brugeren et konkret problem, der præger hans øvrige deltagelse i projektet.

Brugererfaringer – lille grad af integration

Dette afsnit handler om de indsatser, som brugerne kun i mindre grad har taget til sig. Der er tale om indsatser, som ikke vejer tungt i deres erfaringer med projekterne. Derfor er der en lille grad af integration mellem intentionerne med behandlingen og brugernes livssituation. Der er to overordnede områder, hvor der kun eksisterer en lille grad af integration: de sundhedsfaglige indsatser og brugerinddragelse. En lille grad af integration mellem et indsatsområde og brugeres erfaring siger ikke nødvendigvis noget om, hvorvidt indsatsen er lykkedes eller ej. Fx kan brugere have fået en forbedret sundhedstilstand som følge af deres deltagelse i projektet, men det er bare ikke en forbedring, de selv fremhæver som betydningsfuld.

Sundhedsfaglig indsats

Projekterne har i forskellig grad søgt at rette en del af deres indsatser mod brugernes sundhedsmæssige tilstand. Der har været tilknyttet læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, og der har været indsatser, der fokuserede på brugernes fysiske problemer (betændte sår, dårlige tænder, injektionsskader) såvel som mod mere præventive tiltag (vaccine, blodprøver for at måle levertal, motion). Enkelte af brugerne har givet udtryk for, at disse typer indsatser har været vigtige for dem, men det generelle billede er, at den sundhedsfaglige indsats kun fylder lidt i brugernes bevidsthed. De har ikke stillet sig kritiske overfor den, ligesom der også kun har været få kritiske røster rettet mod det sundhedsfaglige personale. Det har ikke været en indsats, som brugerne selv har vurderet vigtig eller som har fyldt i deres erfaringer med projekterne. Flere brugere har fundet det sundhedsfaglige personale venlige og rare at snakke med, men det er sjældent, at konkrete sundhedsfaglige indsatser er blevet fremhævet. Det har i tråd hermed været svært at engagere brugerne i sundhedsfremmende aktiviteter. Flere af projekterne har fx forsøgt at få brugere til at motionere i svømmehal eller fitnesscentre. Man har sørget for transport og afholdt udgifter, men kun få brugere har benyttet sådanne tilbud. Substitutionsprojektet i Århus har tilbudt massage bl.a. for at styrke brugernes fysiske velvære, nogle af brugerne benyttede sig af tilbudet i starten, men interessen dalede forholdsvis hurtigt. Flere af projekterne har arrangeret temadage eller foredragsrækker om ernæring uden den store interesse fra brugernes side. Silkeborgprojektet har også erfaringer med, som de skriver i en intern statusopgørelse, at ”på trods af, at nogle brugere har fået diagnosticeret behandlingskrævende sygdomme, har det dog i flere tilfælde vist sig vanskeligt at motivere brugerne til medicinsk behandling” (Videreførelse af Substitutionsprojektets elementer 2004:18). På X-Felt har man også oplevet, at det har været ganske vanskeligt at motivere brugerne til de præventive tiltag (vaccine, blodprøve, etc.),

Brugererfaringer

bl.a. fordi det for brugerne ikke indgår i deres daglige, ofte akutte problemstillinger. En bruger fra X-Felt fortæller, da han bliver spurgt om, hvad der er sket, siden han startede:

B: Jeg er blevet vaccineret. Og fået taget blodprøver.

I: Var det noget, de tilbød herfra?

D: Ja. Jeg tror faktisk, at blodprøven var lidt tvunget. Det var sådan noget, de skulle have, for at vide om deres klienter har det ene eller det andet. Og så fik jeg en indsprøjtning, en vaccine mod hepatitis C eller B. Den har jeg så fået den første indsprøjtning af. Jeg skal have en til. Men det er mest, fordi jeg omgås nogle steder, hvor der er smittefare for mig.

Som det fremgår af citatet, er brugeren ikke kritisk overfor de præventive vacciner, men samtidig er det ikke et tiltag, der er vigtig for ham. Blodprøven oplevede han som noget, X-Felt skulle bruge, altså ikke noget der specielt gavnede ham. Og han er usikker på, hvad vaccinen er imod. Citatet er ganske typisk. Flere brugere oplever, at projekternes præventive tiltag mest er noget, projektet selv skal bruge til noget. De opleves ikke som særligt relevante for den enkelte bruger.

Spørgsmålet er, hvorfor brugerne ikke tager disse sundhedsfremmende tilbud til sig. Der er flere mulige forklaringer. På det overordnede plan bør man være opmærksom på, at manglende efterlevelse af forebyggende anvisninger er et udbredt fænomen i sundhedssektoren (se fx Risør 2003). Det er ikke kun stofmisbrugere, der undlader at følge de anvisninger og initiativer, som et givent sundhedspersonale udstikker. Derudover har mange stofmisbrugere det, man kan kalde et instrumentelt forhold til deres krop. Kroppen er ikke et mål i sig selv, som det gør sig gældende i andre grupper af samfundet. Her dyrkes kroppens æstetik, sundhed og fremtid, og det at holde sig i form og være sund eksisterer som et vigtigt individuelt projekt. I den instrumentelle kropstilgang er kroppen noget, der skal virke her og nu. Smerte, sygdom og det at "gamble" med kroppen er integreret i denne type kropsopfattelse (Bourdieu 1993).

Brugerinddragelse

Brugerinddragelse har vi i kapitel 3 defineret som de lovpligtige krav til brugerinddragelse: handleplaner og brugermøder. I dette afsnit er det brugernes perspektiver på disse tiltag, det drejer sig om.

Handleplaner

Integrationen af handleplaner i behandlingsarbejdet har haft som mål at: motivere og ansvarliggøre brugerne, få dem til at reflektere over og handle

på egen situation, aktivere brugerne, samt koordinere indsatsen. Det er dog forskelligt, i hvilken grad disse mål er lykkedes for de enkelte projekter. Som vi diskuterede i kapitel 3, kræver det noget bestemt af brugeren for, at vedkommende kan profitere af handleplansarbejdet. Der eksisterer en vanskelighed i at integrere handleplaner i arbejdet med de sværest belastede stofmisbrugere, fordi den fremtidsorienterede, skriftlige og systematiske tilgang til refleksion, der ligger i denne type behandlingsarbejde, står i kontrast til mange stofmisbrugers liv. Her handler det om at navigere i et kaos, en nu-og-her problematik, samt verbal erfaring og udveksling (se tabel 5.1).

Tabel 5.1

Handleplanernes verden	Brugernes verden
<ul style="list-style-type: none"> • Strukturerede • Fremtidsorienterede • Skriftlige • Systematisk refleksion 	<ul style="list-style-type: none"> • Navigere i kaos • Akutte problemer • Verbal kommunikation

Kun visse brugere har været i stand til at honorere de krav eller opfordringer, der har været fra behandlernes side om at indgå i arbejdet med aktivt at forholde sig til egen situation ud fra skriftlige handleplaner. Nedenstående citat er fra et interview med en bruger fra X-Felt, der mestrede den type brugerinddragelse, som handleplansarbejdet lægger op til. Hans udtalte mål er at blive stoffri, det er også det hans handleplan primært handler om. Han fortæller, da han bliver spurgt om det at lave en handleplan:

B: Det synes jeg er helt fint, fordi man får reflekteret over nogle ting, når det er man går i gang med sådan en handleplan. Hvad er det egentlig, man vil med sit liv, osv. Og det er nogle ting, man ikke går og spekulerer over i dagligdagen, som narkoman i hvert fald. Der tager den ene dag den anden. Det gælder jo bare om at holde sig rask, du ved, og få nogle stoffer osv.

I: Er det også, fordi, at du selv er med til at fortælle, hvad der skal stå i handleplanen?

B: Ja, ja. Selvfølgelig. Ellers så var det behandleren, der skulle stå i handleplanen. Så var det nok ikke blevet til ret meget.

De brugere, der ikke mestrer at indgå i handleplansarbejdet, har derimod kun i meget få tilfælde selv oplevet, at de har kunnet bruge denne type indsats, i det hele taget relatere sig til den eller blot delvist gennemskue mål og virkemidler. Det er vores indtryk, at disse brugere samtidig er de sværest belastede stofmisbrugere. Eftersom de sværest belastede var projekternes

oprindelige målgruppe udgør de en betragtelig andel af de indskrevne i projekterne i Århus, Silkeborg og Korsør, mens brugere i X-Felt (der har haft randomiseret indtag) er mere blandet (Asmussen et al. 2003). Brugerne har så at sige aldrig selv bragt handleplaner på banen i vores samtaler med dem. Og når vi i interviewene eksplicit har spurgt ind til handleplaner eller mere bredt, om der var nogle skriftlige aftaler/planer, brugerne kendte til, har svarene været forskellige. Et svar er, at brugeren er usikker på om, han/hun har en handleplan. I nogle af disse tilfælde har projektets ansatte forsøgt uden held at lave en handleplan med disse brugere, andre gange ved vi, at de faktisk har fået lavet en handleplan. Et andet svar er, at brugeren ved, at han/hun har en handleplan, men kan ikke huske eller kun sporadisk huske, hvad der står i den. Et tredje svar er, at brugeren ser handleplanen som værdiløs eller ligegyldig. Undertiden ser brugerne i denne sammenhæng tidligere behandlingsplaner, kommunale handleplaner og nutidige handleplaner/behandlingsplaner som et og det samme. Et sidste svar kunne være, at brugerne blev lidt usikre, undertiden flove, over ikke at vide om de har en handleplan eller over ikke at vide, hvad der står i den. Det har været vores indtryk, at flovheden stammer fra en vished om, at de (som aktive brugere) burde 'kunne' deres handleplan lidt bedre. Her følger nogle interviewcitater, der eksemplificerer de forskellige svar. Det første er fra en samtale med en bruger i Korsør:

I: Jeg ved at der er mange her på stedet, som har fået lavet en handleplan.

B: Ja

I: Har du det?

B: Det kan jeg sgu ikke huske.

I: Sådan hvor man har siddet med sin kontaktperson og en oppe fra kommunen og så...

B: Jo, det er rigtigt, vi mødtes en gang, og så har vi så aftalt, at hvis der er breve fra kommunen, så skal de skal bare sendes til min kontaktperson i projektet.

I: Kan du huske, hvad der stod i handleplanen, eller hvad den handlede om?

B: Puh..., der beder du mig om meget der!

En bruger fra X-Felt oplever handleplansarbejdet som et ukonstruktivt pres.

Jeg bryder mig ikke om det ord. De der handleplaner. I ordet handleplan er det med at sætte et mål indenfor den dato, og så skal du nå det. Jeg har svært ved at fokusere, hvis jeg har noget hængende over hovedet. Vidende at om en måned har jeg sagt til min kontaktperson, at jeg nok vil skære ned på metadonen, og at jeg muligvis ikke er klar alli-

gevel. Det skal komme, når jeg er klar. Det skal komme, når brugeren er klar. Du kan ikke tvinge en narkoman til at holde.

Det sidste eksempel er en bruger fra Substitutionsprojektet i Århus, der mener, han har en handleplan, men hvor handleplanen er synonym med ét konkret tiltag.

I: Der er noget, der hedder handleplaner, er det noget du har?

B: Ja. Det var meningen, jeg skulle have været i gang med noget computer. Men jeg er ikke kommet i gang.

I: Var det et kursus, eller hvad tænker du på?

B: Ja, at gå til noget computer. Jeg var ude på Erhvervstræningsskolen, men så er jeg så holdt med det. Så var det meningen, at jeg skulle fortsætte hernede, men det er stadig ikke kommet ordentligt op at køre endnu.

I: Men er det noget, der sådan er skrevet ned?

B: Ja, det er skrevet ned.

I: Hvem har lavet den handleplan?

B Jeg tror det var min kontaktperson og så mig.

I: Er der så blevet fulgt op på den, altså er der blevet snakket om den?

B: Altså, det er jo meningen, at en behandler skal i gang med det computer-noget.

Brugeren er tydelig usikker på, hvad hans handleplan egentlig er for en størrelse, og hvem han arbejder sammen med den om.

Som tidligere nævnt har man på X-Felt haft randomiseret indtag af brugere, og altså ikke udelukkende de sværest belastede som i de andre tre projekter. Det er også på X-Felt, vi har mødt flest brugere, der har reflekteret over brugen af handleplaner. Omvendt kan man sige, at det også er X-Felt, der mest systematisk har integreret handleplaner i deres behandlingsarbejde. Spørgsmålet er dog om en sådan metodisk satsning ville være lykkes i samme omfang på de andre projekter på grund af brugersammensætningen. Ifølge X-Felts egne vurderinger eksisterer der også på projektet en gruppe svært belastede brugere (ca. en fjerdedel), som behandlerne mener, har vanskeligt ved at drage nytte af et mere struktureret, skriftligt orienteret behandlingsarbejde. I stedet er tilgangen til disse brugere mere præget af en omsorgsrelateret strategi (se kapitel 2).

Udover handleplaner har man på X-Felt også integreret brugen af Europ-ASI som behandlingsredskab. Besvarelserne skal danne udgangspunkt for strukturerede og fokuserede samtaler med brugerne. Som vi redegjorde for i kapitel 3, har det taget noget tid for X-Felts behandlere at vænne sig til at bruge ASI-skemaer i behandlingsarbejdet. Spørger man brugerne, har de (endnu) ikke oplevet relevansen af at se udviklingen af deres forskellige

problemer repræsenteret i de tal eller grafer, som deres tilbagevendende ASI-besvarelser har genereret. Et par gange har brugere svaret som denne, da han blev spurgt om ASI-opfølgingsinterviewene:

Jeg synes ikke, jeg kan bruge det til noget. Jeg synes, at det er noget, de skal bruge til noget. Jeg er sådan et forsøg og et forskningsforsøg, så det er dem der skal bruge de oplysninger.

Næste citat stammer fra to brugere, der var meget glade for at være tilknyttet X-Felt, men ASI-skemaerne fandt de ikke nyttige.

I: Hvorfor bruger man ASI?

B1: Jamen, jeg ved ikke, hvorfor man bruger det.

B2: Jeg tror, det er, for at se, hvordan det er gået. I starten stod der om stoffer. Næste gang så er det ”er du clean?” og ”har du været det i et stykke tid?” og ”hvor mange stoffer har du taget?”. Jeg tror, det er for at holde lidt øje med, hvordan det går i perioder, ikke. Jeg tror, det har noget med det at gøre. De spørger jo om alt. Hvordan går det med din familie? Er du nedtrykt? Har du haft en dårlig dag? Hvor mange dårlige dage har du haft ud af tredive dage? Så jeg tror, det er mere noget med at holde øje med, hvordan og hvorledes det går.

B1: Jeg synes, det er dumt. Dumme spørgsmål, dumme formuleringer.

B2: Ja, og det er samme spørgsmål og det samme man svarer. Til sidst så kommer det ud i kurver og sådan noget. Og jeg fatter ikke en meter af det. Jeg tror også, det mere er for deres skyld. Jeg tror meget, det er for, at de kan holde øje med, at det hele det går.

Vores afdækning af X-Felts brugeres erfaringer med ASI og SF36 er ikke fyldestgørende, men vi har medtaget det som eksempel på brug af skriftlig refleksion i behandlingsarbejdet, da vi her ser samme dilemma gennemspillet som i forhold til brugen af handleplaner, jf. tabel 5.1 ovenfor.

Brugermøder

I alle projekterne har brugerinddragelse gennem brugermøder været et centralt indsatsområde. Brugernes erfaringer med brugermøder og hermed indflydelse på projekternes hverdag peger i forskellige retninger. Brugermøderne har generelt haft en lille opbakning. I kapitel 3 konkluderede vi, at brugernes indflydelse på projekterne har været begrænset til få forhold, at brugermøderne kun har haft lille opbakning fra brugerne, og at denne inddragelsesform muligvis har virket ekskluderende på nogle af de sværest belastede brugere. Men samtidig, og hvad der kan virke umiddelbart paradoksalt, så har brugerne ikke været særskilt kritiske i forhold til den delvist mislykkede brugerinddragelse. Igen bliver man nødt til at foretage en opde-

ling af brugerne. Visse brugere har været (delvist) tilfredse med brugerinddragelsen i projekterne, deres utilfredshed har primært gået på andre brugeres manglende opbakning. Andre brugere igen har ikke taget ideen om brugerinddragelse til sig og specielt ikke i den form, den er blevet praktiseret i projekterne. På dette område har der således, som også var tilfældet med handleplaner og den sundhedsfaglige satsning, været lille grad af integration mellem projektets idegrundlag og brugernes livssituation.

Brugernes utilfredshed med andre brugeres deltagelse i brugermøder er det næste citat fra et interview med en bruger fra Substitutionsprojektet i Århus et eksempel på:

B: Vi havde de der fællesmøder, det endte altid i lort. Det endte altid med at de samme to-tre samme kom op at skændes, og så gik man bare, og så blev der ikke lavet en skid.

I: Hvad så med resten af dem, der var til brugermøderne?

B: Jamen, de sidder jo så til den ene side og siger: 'jamen, hun har ret' og den anden side: 'jamen han har ret'. De skulle bare holde op med at skændes, og så lade os komme videre i programmet.

I: Fandt man ikke ud af nogle ting på mødet?

B: Nej, fordi man gider sgu da ikke sidde i sådan en fjendtlig atmosfære. Hver gang den ene åbner munden, så får man et eller andet beskidt svar fra den anden ende af bordet. Jeg synes ikke rigtigt, der blev lavet noget konstruktivt ved de møder overhovedet. Altså, der kunne godt lige nå at komme nogle forslag, men når det skulle diskuteres, hvordan tingene skulle foregå, så gik det altid i lort.

I forlængelse af dette citat kan man også forstå, hvorfor de fleste brugere ikke har ønsket at overtage styringen (af møderne) for meget. De har ønsket, at der skulle være ansatte til stede, til at holde ro og orden, og sikre mødeformen.

Som sagt er der mange brugere, der ikke har taget ideen om brugerinddragelse til sig. Fx siger en bruger fra Sydvesten, da interviewereren spørger: "Hvis det var dig, der skulle bestemme, hvordan projektet skulle se ud, hvordan ville det så være?" Hvortil han svarer: "Det har jeg overhovedet ingen mening om". Det er tydeligt, at det ikke er det område i behandlingsindsatsen, der har fyldt mest. Heller ikke for en anden bruger fra Sydvesten, der fortæller, da han bliver spurgt om, hvordan brugermøderne fungerer:

B: Hvis der er nogen, der synes, der er nogen ting, der er forkerte, så aftaler vi en dag og tid og sådan noget, og så holder vi et møde. Og så kommer man frem med sine synspunkter og meninger og sådan, og så finder vi så videre ud af alle de ting der.

I: hvad kunne det være for eksempel?

Brugererfaringer

B: jamen, der er alt lige fra, jamen alt lige fra for stærk kaffe, til for tynd kaffe. Jeg tror mere, det er for ligesom at gøre os bemærket. Men behandlerne er parate til – hvis vi har nogen meninger – at høre på dem.

I: Har du brugt det?

B: Nej, det har jeg ikke, for jeg har egentlig ikke været utilfreds med noget – tværtimod.

I: Så det er mest, hvis man er utilfreds med noget, at brugerrådet bruges?

B: Ja altså, det er det.

I: Man kunne også forestille sig, at det var, hvis I havde lyst til at lave en aktivitet eller sådan noget.

B: Nej. Så snakker rådgiverne med os alle sammen og spørger, om det og det var en god ide. Og så ser de, hvor mange der egentlig godt kunne tænke sig det. Og så hvis der er flere, der kunne tænke sig det, end der ikke kunne tænke sig det, så gennemfører vi det.

I: Synes du, I har nok indflydelse?

B: Ja. Mere end nok synes jeg. De er sgu flotte på det område der, det må jeg sige.

Brugeren er tilfreds med den indflydelse han har haft, men det er også tydeligt, at brugerinddragelse ikke virker vigtigt for ham.

Til slut vil vi pege på de områder, brugerne faktisk fremhæver som områder, de mener, de har haft indflydelse på. Alle projekter har afsat midler, som brugerne selv har kunnet råde over til afholdelse af udgifter primært i forbindelse med ekskursioner ud af huset, biograf, cirkus, forlystelsesparker, o. lign. Og når brugerne fortæller, at de har oplevet at have indflydelse i projektet, afspejler det disse rammer, som det fx fremgår af dette citat fra Substitutionsprojektet i Århus. Brugeren bliver her spurgt om, hvad brugerne har indflydelse på.

Man har indflydelse på, hvad der skal laves af mad om onsdagen. Vi har sådan en maddag om onsdagen. Vi har indflydelse på, hvad der skal laves, hvad der skal købes ind. Om vi skal i biffen om fredagen, eller om vi ikke skal. Hvad vi skal se, og hvad vi ikke skal se. Hvad for nogle ture... ja det jeg lige har sagt.

Disse områder må også betragtes som værende dem, hvor der er mindst grundlag for konflikter mellem behandlingsintention og brugerne, simpelt hen fordi behandlingspraksis ikke påvirkes af brugernes beslutninger, hvilket dog godt kan give visse brugere en oplevelse af at få indflydelse. Områder med større konfliktpotentiale, hvor organisationens interesser udfordres, har brugerne ikke haft indflydelse på, fx: åbningstider, økonomi, an-

sættelser og afskedigelser af personale, eller regler og krav i forhold til behandling. Måske ville visse brugere, hvis de var blevet inddraget i mere vidtrækkende og for dem vigtige beslutningsprocesser, have udvist større engagement.

Opsamling – stor og lille grad af integration

Dette kapitel har præsenteret brugernes erfaringer med projekterne og spejlet disse erfaringer i projekternes intentioner med behandlingen. Hermed har vi kunnet vurdere, hvorvidt der har været en lille, nogen eller stor grad af integration mellem brugerne livssituation og projekternes intentioner. Vi har set, at der eksisterer nogen til stor grad af integration i forhold til: a) kontaktpersonens arbejde, b) værestedet, c) metadonordninger, og d) aktiviteter ud af huset. Derimod er der en lille grad af integration, når det gælder: a) de sundhedsfaglige indsatser og b) brugerinddragelse (handleplaner og brugermøder). Dette er ikke ensbetydende med, at de sidstnævnte indsatser og satsningsområder er mislykkedes. Men det peger på de områder, hvor det er vanskeligt at få brugerne til at engagere sig, fordi disse indsatser kun i lille grad finder genklang i brugernes livssituation.

Generelt kan vi konkludere, at projekterne har formået at skabe en større integration mellem behandlingsindsatser og brugernes livssituation, end det ofte er tilfældet i standardbehandlingen. Det afgørende for denne integration er den store grad af brugerorientering, som projekterne er lykkedes med. Dette vil vi indkredse i det sidste kapitel, Konklusionen.

Kapitel 6. Konklusion

I rapporten har vi berørt flere forskellige aspekter af behandlingen i metadonforsøgsprojektet: indsatserne, koordinering, brugerinddragelse, metadon (bl.a. udlevering, dosis, kontrol), relationen mellem behandler og bruger, og brugernes perspektiver på behandlingen.

I det følgende vil vi fremhæve fire områder, som projekterne har gjort sig vigtige erfaringer med, men som også peger mod de erfaringer man kan drage mere generelt af projekterne. Områderne er: case management, værestedet, brugerorientering, og metadon. Beskrivelserne af projekternes erfaringer med disse områder danner grundlaget for vores anbefalinger af, hvad fremtidig psykosocial metadonbehandling bør indeholde. Ud fra projekternes erfaringer anbefaler vi:

- At bruge case management som grundlag for det psykosociale behandlingsarbejde i metadonbehandling.
- At man opretter væresteder som del af metadonbehandling.
- At brugerorientering bliver grundlag for at sikre brugerne indflydelse på egen behandling.
- At metadon ”kommer til at fylde så lidt som muligt” i metadonbehandling.

Vi vil nedenfor gennemgå hvert af de fire erfaringsområder. Denne gennemgang trækker på de analyser og evalueringer, der er foretaget løbende gennem rapporten, hvorfor vil vi starte med at give et kort resume af indholdet i og konklusionerne på rapportens fire kapitler.

Resume af kapitlerne i rapporten

I kapitel 2 har vi præsenteret og vurderet de væsentligste indsatser i metadonforsøget både generelt og i forhold til de enkelte projekter. De væsentligste indsatser har vi kategoriseret som:

Konklusion

- Støttekontaktpersonordning
- Tilgængelighed for rådgivning
- Værested
- Aktiviteter ud af huset
- Brugermøder
- Uddannelses- og beskæftigelsestilbud
- Skriftlige mål for behandling
- Monitorering
- Terapeutiske samtaler
- Sundhedsfaglige indsatser

Der eksisterer ikke standarder eller klare retningslinier for indholdet i psykosocial metadonbehandling i Danmark, hvorfor vi har fundet denne præsentation og vurdering central. Vi vurderede for hvert enkelt delprojekt, hvorvidt indsatserne var standard eller udvidede, og om de var etablerede, delvist etablerede, eller sporadisk etablerede. Samlende konkluderede vi, at alle delprojekter har tilbudt en vifte af udvidede og primært etablerede psykosociale indsatser.

I kapitel 3 stillede vi skarpt på to af de områder projekterne på forhånd havde udvalgt som særlige satsningsområder: brugerinddragelse og koordinering. Begge områder spejlede vi i både lovgivningen på det sociale område, så vel som i teorier og metoder i socialt arbejde. Vi diskuterede de vanskeligheder projekterne har haft med at inddrage brugerne i projektets organisatoriske rammer via brugermøder og i deres egen behandling via handleplaner. Grundene til vanskelighederne er både at finde i institutionens rammer og i brugernes livssituation. Vi pegede dog på, at brugerne på trods af disse vanskeligheder har haft en høj grad af indflydelse på egen behandling, hvilket jo er meningen med brugerinddragelse. Men at denne indflydelse skal findes et andet sted end i de brugerinddragende teknikker (brugermøder og handleplaner). Dette diskuteres nedenfor i det andet erfaringsområde. I forhold til koordinering skelnede vi mellem koordinering på hhv. system og individuelt niveau. Vi konkluderede, at der i projekterne kun var meget sparsom koordinering på systemniveau, men at alle projekterne gennem brug af en støttekontaktperson-lignende indsats havde lykkedes med at koordinere indsatsen på et individuelt niveau. Endvidere samlede vi alle projekternes erfaringer på området og holdt dem op overfor metoden case management. Dette diskuteres nedenfor som det første erfaringsområde. Her skal blot siges, at selv om alle projekterne opererede med elementer af denne metode, havde ingen valgt den fuldt ud.

I kapitel 4 undersøgte vi behandlernes refleksioner i forhold til behandlingspraksis. Vi viste, hvordan behandlerne på tværs af alle projekter var

optaget af de samme overvejelser og gjorde nogle af de samme erfaringer. Disse indfangede vi i følgende temaer:

- Den gode relation (opbygning af tillid, ligeværdighed og respekt)
- Normalisering (både opdragende og afstigmatiserende normalisering)
- En pragmatisk tilgang til behandling

Vi viste, hvorledes disse temaer, kunne spejles i konkret behandlingspraksis. Og den tilgang, der blev skabt i projekterne over for brugerne af behandlerne, har vi kaldt for brugerorientering. Et andet område vi beskrev i Kapitel 4 var metadon. Vi argumenterede for, at brugerorientering også var behandlernes grundlag for at få metadon til at ”fylde mindre” i behandlingsarbejdet, for at undgå forudsigelige konflikter eller magtkampe med brugerne om metadon. Vi beskrev her, hvordan udlevering, sidemisbrug og dosis blev håndteret i projekterne. Derover beskrev vi, hvordan samarbejdet i personalegrupperne omkring metadon foregik. Dette uddyber vi nedenfor i det fjerde erfaringsområde.

Kapitel 5 omhandlede brugernes erfaringer med behandlingen i projekterne. Vi vurderede her, hvorvidt der var en lille eller stor grad af integration mellem brugernes erfaringer og behandlingens intentioner. Beskrivelserne af behandlernes holdninger og praksis i kapitel 4 og af indsatserne i kapitel 2 dannede grundlag for denne vurdering. Vi konkluderede, at der eksisterede nogen til stor grad af integration i forhold til støttekontaktperson-funktion, værested, metadonudlevering samt aktiviteter ud af huset. Mens der, hvad angik sundhedsfaglige indsatser og brugerinddragelse, kun eksisterede en lille grad af integration. Brugere havde generelt kun ganske begrænset kritik af projekterne. Derudover var der en stor grad af integration i forhold til behandlernes satsning på brugerorientering, når vi undersøgte mere generelt, hvad brugerne på tværs af de forskellige indsatsområder fremhævede som positivt ved projekterne. Brugere fremhævede nemlig som et meget centralt aspekt, at de havde oplevet at blive mødt med tillid, respekt og realistiske forventninger afpasset til deres konkrete livssituation.

Erfaringsområder i projekterne

De fire erfaringsområder, som vi opridsede indledningsvist ovenfor, spejler to diskussioner, der ofte er til stede i forhold til metadonbehandling. Den ene er diskussionen om, hvordan behandlingsrettede indsatser skal vægtes i forhold til omsorgsrettede indsatser. Alle delprojekter har haft begge typer indsatser, om end de enkelte projekter har vægtet den ene type indsats mere

end den anden. Den anden diskussion handler om, hvorvidt det at arbejde ud fra en klar metode i behandlingsarbejdet er foreneligt med at arbejde på brugernes præmisser. I denne evaluering er begge disse to diskussioner især fremtrædende i forhold til, hvorvidt brugen af handleplaner, journalføring, monitorering og evaluering er væsentlig at bruge tid på eller om tiden hellere skal bruges mere ad hoc i forhold til, hvad brugeren har af problemer, ønsker eller behov her og nu. Et spørgsmål, der ofte stilles, er fx: Kan man arbejde med en klar metode, som fx case management, samtidig med at man arbejder på brugernes præmisser? Man kunne således læse en modsætning ind i erfaringsområderne case management og brugerorientering. Vi mener dog ikke, at der er en modsætning mellem de to perspektiver. Tværtimod anser vi dem for at være to facetter, der skal være til stede, gerne i al metadonbehandling. Dette begrundes vi nedenfor i gennemgangen af de to erfaringsområder. Vores anbefalinger er således ikke prioriteret. De fungerer tilsammen som grundlag for den flerstrengede behandling, vi mener, bør være til stede i en god og effektiv metadonbehandling.

De to diskussioner – behandling versus omsorg og behandling baseret på klar metode eller på brugernes præmisser – kan også læses ind i de to andre erfaringsområder: metadon og værestedet. Vi mener generelt ikke, at der er grund til at skabe modsætninger i disse diskussioner, men derimod at få aspekterne integreret i metadonbehandlingen. Fx er værestedet et omsorgsrettet tilbud, men det er også et væsentligt led i behandlingen, idet værestedet skaber tilgængelighed for rådgivning, fastholdelse i behandling, osv. Dette uddyber vi, når vi nedenfor gennemgår de fire erfaringsområder. Vi starter med case management.

Case management

Kendetegnende for de fire delprojekter har været, at velafprøvede socialpædagogiske metoder har været underrepræsenteret i projekterne. I stedet har praksis på flere måder overhalet projekterne indenom. Dvs. behandlerne har løbende gennem projektperioden afprøvet og justeret deres indsatser overfor brugerne og herefter i stigende grad søgt at definere mere eksplicit, både overfor sig selv og i personalegruppen, indholdet i det de har vurderet som en vigtig og relevant behandlingsindsats. Dette gælder især støttekontaktperson-ordningen, men også arbejdet med handleplaner, evaluering og til dels monitorering. Mange af de positive erfaringer, som eksisterer på tværs af de fire projekter i forhold til disse indsatser dækkes af metoden case management. Denne metode er, som beskrevet i kapitel 3, kendetegnet ved at indeholde de centrale elementer, som projekternes forsøg med udvidet psykosocial behandling har været kendetegnet ved:

- Udredning
- Intervention
- Koordinering
- Skriftlige handleplaner
- Monitorering
- Evaluering

Og metoden går fint i spænd med den brugerorientering, som har været en væsentlig del af projekternes indhold og som vi vender tilbage til nedenfor. Vi vil derfor anbefale, at man i metadonbehandling arbejder ud fra case management for at indfange de væsentlige områder, der ligger i den psykosociale behandling på en systematisk måde. I det følgende vil vi vise, hvordan elementerne i case management har været til stede i projekterne.

Udredning er grundlaget for at træffe beslutninger om, hvilken behandling en bruger kan profitere af. Erfaringerne fra forsøget viser, at udredning af brugerne, især er foregået ved indskrivningen til behandling. Men at denne udredning løbende er fulgt op på fx gennem handleplaner eller gennem den høje tilgængelighed til rådgivning, der har været i projekterne. Udredningen kan også være foregået i samarbejde med eksterne samarbejdspartnere (især kommunale sagsbehandlere). En fyldestgørende udredning vil naturligt hænge sammen med de fire andre aspekter af case management.

I forhold til intervention har den støttekontaktperson-lignende indsats været central. Interventionen har her foregået i tæt samarbejde med brugerne, med fokus på netop de problemfelter som den enkelte støttekontaktperson i samarbejde med brugeren havde vurderet mest presserende. Denne indsats er foregået både i projekterne og ved at støttekontaktpersonen har fulgt den enkelte bruger rundt i systemet. Dette element i behandlingen fremhæves, som vi har set i kapitel 5, eksplicit af brugerne. Netop denne meget brugernære behandlingsindsats bevirker, at brugerne oplever at have stor grad af indflydelse på egen behandling.

Det tredje aspekt i case management handler om koordinering. Der har i alle projekterne været et fokus på at få koordineret indsatserne over for den enkelte bruger. Koordinering kan foregå på flere planer og med brug af flere forskellige metoder. Det kan foregå på systemniveau, hvilket har været meget begrænset i delprojekterne, og på individuelt niveau. På det individuelle niveau har brugen af handleplaner og støttekontaktpersonfunktionen været de mest centrale metoder. Udarbejdelsen af skriftlige handleplaner har ikke altid været enkel. Flere projekter har slet ikke arbejdet med sådanne. Derimod har støttekontaktpersonfunktionen vist sig nyttig overfor projekternes svært belastede brugere. Den har været rettet mod

Konklusion

den enkelte og det har været en koordineringsindsats, der har været fleksibel, dvs. støttekontaktpersonen har løbende kunnet forholde sig til og handle i forhold til uforudsete hændelser. I de tilfælde hvor delprojekterne har været i stand til at opbygge eller støtte sig til allerede eksisterende samarbejdsnetværk, har dette været en stor fordel for støttekontaktpersonens arbejde.

Et væsentligt element i case management handler om skriftlighed. De enkelte delprojekter har vægtet skriftlighed i større eller mindre grad. Når skriftlighed har været lav i et projekt har dette også at gøre med det faktum, at der generelt ikke er tradition for en skriftlig kultur. Skriftlig dokumentation og planlægning opleves som sekundær i forhold til direkte brugerkontakt. Fordelene ved skriftlighed er flere. For det første sikre man at erfaringsopsamling knyttes til den enkelte institution og ikke kun til den enkelte medarbejder. For det andet kan brug af standardiserede skriftlige værktøjer sikre en mere ensartet behandlingsindsats. Og for det tredje kan det sikre en mere eksplicit refleksion i institutionen over mål og metoder. Hvis vi tager brugen af skriftlige handleplaner i projekterne som eksempel, har dette været en tvetydig størrelse. På den ene side har handleplansarbejdet undertiden kollideret med specielt de sværest belastede brugeres livssituation (se kapitel 3 og 5) og er derfor ikke altid det mest brugbare i forhold til at give brugeren indflydelse på egen behandling. På den anden side indeholder handleplansarbejdet en mulighed for at få koordineret indsatsen overfor den enkelte bruger, dvs. på forpligtende vis inddrage relevante aktører. En øget skriftlighed er således ikke altid central i den direkte kontakt til brugeren, men kan spille en stor rolle i forhold til den mere generelle planlægning, refleksion og erfaringsopsamling i behandlingsinstitutionen.

De sidste elementer i case management handler om monitorering og evaluering. Der stilles indenfor misbrugsbehandling i Danmark stadig større krav om kvalitetssikring. Monitorering og evaluering er grundlaget herfor. Erfaringer fra delprojekterne viser, at en vigtig forudsætning for en vellykket monitorering er tilstedeværelsen af standardiserede monitoreringsværktøjer. De erfaringer, der er gjort i forsøgsprojektet, peger på, at det er vigtigt at værktøjerne bliver oplevet som relevante af de enkelte behandlere, der skal betjene dem. Dette er ikke altid enkelt, men erfaringerne fra specielt X-felt tyder på, at en vellykket institutionel monitorering skal gå hånd i hånd med det konkrete behandlingsarbejde og af behandleren opleves som en nyttig feed-back i det daglige behandlingsarbejde.

Generelt kan konkluderes at case management indeholder de positive behandlings erfaringer som projekterne har gjort sig. Der eksisterer dog nogle vigtige forudsætninger for et vellykket case management arbejde som vi kort vil ridse op.

- Ledelsesmæssig opbakning
- Uddannelse og supervision
- Lav behandler/bruger ratio
- Styrkelse af uformelle netværk

Metoden – specielt hvad angår skriftlighed og monitorering – kræver en bevidst satsning fra behandlingsinstitutionens ledelse samt et solidt overblik over mål og metoder. Og det kræver en vedholdende insistens. Flere af arbejdsgangene i case management vil være fremmede for mange behandlere og vil i starten kunne blive oplevet som overflødige. Ledelsen skal derfor arbejde med en vis tidshorisont og det er nødvendigt løbende at supervisere personalet individuelt i forhold til den mere konkrete del af behandlingsmetoden, således at behandlerne får en fælles forståelse af hvordan redskaberne skal bruges. Det er vigtigt at afsætte tid i institutionen til løbende at udvikle og indarbejde den skriftlige og monitorerende del af behandlingsindsatsen. Endvidere kræves det, at der afsættes resurser eksplicit til at implementere denne metode: at behandler-klient ratioen er tilpas lav, da netop en seriøs udredning, etablering af den ”gode” relation, som beskrevet i kapitel 4, samt koordinering på individuelt niveau er ganske resursekrevende arbejdsprocesser. Det er sidst vigtigt, at der satses på at styrke de uformelle netværk, som behandlerne allerede har til andre dele af systemet.

Værested

Det andet vigtige erfaringsområde projekterne har gjort sig handler om værestedet. Projekterne har generelt og specielt i starten af projektperioden været meget fokuseret på at aktivere, forandre og stimulere brugerne, men har samtidig måtte erfare, at opbygning af en tillidsfuld relation, problemløsning på brugernes præmisser, samt normaliserende indsatser kræver en vis portion ikke-aktivitetsorienteret samvær. Værestedet har derfor udviklet sig til for tre af delprojekterne at blive et centralt indsatsområde, og i det sidste projekt har man løbende opereret med væresteds-lignende faciliteter.

Vi vil anbefale, at værestedstilbuddet indgår som et vigtigt element i fremtidig metadonbehandling. For det første er det vigtigt at pege på brugernes generelt positive erfaringer med værestedet. De har fremhævet, at der i værestedet er stor grad af tilgængelighed til deres kontaktperson. De akutte problemer som mange stofbrugere har mange af, har de løbende kunnet fremlægge for deres kontaktperson. For det andet har brugerne fremhævet den ofte afstigmatiserende sociale kontakt, der er mulighed for i værestedet, både hvad angår andre brugere og i forhold til de uformelle relationer til behandlerne, der ofte opstår. Og endelig har de fremhævet til-

Konklusion

buddet om mad. Også behandlerne har fremhævet tilgængeligheden som et afgørende element i en ordentlig behandlingsindsats. En tilgængelighed, der er central i forhold til opbygning af den ”gode” relation til brugerne, samt udvikle en behandlingsplan, der er justeret til den enkelte brugers livssituation. Værestedet danner derudover en vigtig ramme om behandlernes normaliserende indsatser overfor brugerne. Brugerne har endvidere fremhævet – trods deres egen ofte sparsomme deltagelse – aktiviteter ud af huset som normaliserende i forhold til deres situation. Vi anbefaler derfor, at værestedet tilbyder enkle og realistiske aktiviteter for brugerne, og at man anser også en sparsom deltagelse for en succes. Værestedet bør også tilbyde aktiviteter i form af information som fx foredrag eller temauger. Samtidig med denne satsning på aktiviteter er det dog vigtigt, at man som behandlingsinstitution ser fordelene ved det ikke-aktivitetsorienterede samvær, der foregår i værestedet. Værestedet bør derfor ikke indrettes som en ”ventesal”, dvs. et område hvor brugere er, mens de faktisk er på vej et andet sted hen. Værestedet skal i sin indretning og sin signalværdi defineres positivt, og hermed etableres som en af indsatserne, der giver øget tilgængelighed for rådgivning.

Brugerinddragelse og brugerorientering

I kapitel 3 definerede vi brugerinddragelse som formelle og lovpligtige teknikker og metoder til at demokratisere relationen mellem bruger og institution, således at brugeren kunne få størst mulig indflydelse på egen behandling. Brugermøder er den almindeligt acceptable metode til at inddrage brugerne på et organisatorisk niveau. Handleplaner er teknikken til at inddrage brugerne på et individuelt niveau. Begge former for inddragelse har delprojekterne haft blandede erfaringer med. Brugermøderne har haft begrænset fremmøde og de områder, som brugerne har haft indflydelse på gennem brugermøderne, har været yderst begrænsede. Derudover har det været en indflydelse som ikke har haft den store virkning på behandlingspraksis i projekterne. Vi begrundede projekternes vanskeligheder med at give brugerne indflydelse på et organisatorisk niveau med, at de rammer, som var for projekterne, ikke var særligt fleksible (fx åbningstider, ansættelser, indretning, fokus i indsatserne). Behandlerne i alle projekter har fokuseret meget på at få brugermøder til at fungere. Vi ser derfor ikke den manglende etablering af brugermøder som et udtryk for en negativ holdning fra personalets side til brugerinddragelse. Vi begrundede også vanskelighederne med at få brugermøder til at fungere med henvisning til brugernes livssituation, der ofte indeholder svingende eller ustabile perioder, kaotiske livsforhold, og en hverdag med akutte problemer. Det at møde til et bestemt tidspunkt og deltage i en mødekultur falder ikke alle brugere let. I

kapitel 5 så vi ligeledes, at brugerne kun har få kommentarer til brugermøderne. Og vi beskrev således en lav grad af integration mellem behandlingens intention og brugernes erfaringer på dette punkt. Men hvilke erfaringer kan man drage her af? På trods af de vanskeligheder, som der generelt vil ligge i at etablere brugermøder for stofmisbrugere i metadonbehandling, mener vi, det er et vigtigt brugerinddragende redskab i metadonbehandlingen. Man skal dog være opmærksom på, at brugermøder må være åbne for alle, skal styres af personalet, at det kun giver brugerne indflydelse på udvalgte og ofte ikke signifikante områder af behandlingen, samt at det kan være vanskeligt at opretholde et kontinuerligt flow i brugermøderne. Det er væsentligt for en behandlingsinstitution, at der findes et forum, hvor brugere og ansatte kan mødes.

Handleplaner som et brugerinddragende redskab har ligeledes haft trænge vilkår. I kapitel 5 så vi, at enkelte brugere var glade for, at handleplaner var en del af behandlingspraksis, men vi så også, at mange brugere ikke kendte til deres handleplan eller ikke kunne huske, om de havde fået lavet en eller ej. Vi karakteriserede derfor integrationen mellem behandlingens intention og brugernes erfaringer med handleplaner som lav. Også her er brugernes livssituation en af grundene til, at handleplaner ikke har fungeret som brugerinddragende redskab. Når der i handleplaner fokuseres på fremtid, planlægning, mål og systematik harmonerer det ikke ret godt med brugernes her-og-nu livssituation. Man må således konkludere, at heller ikke handleplaner er den bedste metode til at give stofmisbrugere større indflydelse på egen behandling. I nogle af projekternes personalegrupper har netop denne modsætning mellem rationalet i handleplanen og brugernes livssituation været begrundelsen for ikke at lave handleplaner på brugerne. Vi mener uanset, at det er vigtigt at lave skriftlige handleplaner med brugerne. Man skal ikke regne med, at det nødvendigvis er en metode til at inddrage brugeren i egen behandling. Men det er et redskab til, som beskrevet ovenfor, at koordinere og opsamle erfaring omkring den enkelte bruger i institutionen. Hvis handleplaner så ydermere for nogle brugere kan have en brugerinddragende effekt, er dette jo positivt.

Selvom vi anbefaler at bruge både brugermøder og handleplaner i behandlingsarbejdet, er det en vigtig erfaring i projekterne, at brugermøder og handleplaner ikke kan stå alene som metoder til at give brugerne indflydelse på egen behandling. Vi har foreslået, at skelne mellem brugerinddragelse og brugerorientering, og mener, at en høj grad af brugerorientering også giver brugerne (måske endda større) indflydelse på egen behandling. Brugermøder og handleplaner må således kombineres med brugerorientering i behandlingen. Men hvordan kan vi mere specifikt definere brugerorientering? Brugerorientering er primært den måde behandlerne går til brugerne

Konklusion

på. Det er et perspektiv eller en indstilling til behandlingsarbejdet, der er med til at give brugerne indflydelse på egen behandling. Det handler således om, hvilken form for relation behandlerne etablerer til brugerne. I kapitel 4 og 5 viste vi, at der var stor grad af integration mellem behandlernes intentioner og brugernes erfaringer i forhold til den ”gode” relation mellem bruger og behandler i projekterne. Dette er opsummeret i tabel 6.1, hvor vi har sidestillet nogle af brugernes erfaringer med behandlernes intentioner og praksis.

Tabel 6.1: Stor integration i opfattelsen af relationen mellem bruger og behandler.

Behandlernes intentioner	Brugernes erfaringer
<ul style="list-style-type: none">• Tillid• Ligeværdighed• Respekt• Opdragende normalisering• Afstigmatiserende normalisering• At være pragmatisk• Stor grad af tilgængelighed	<ul style="list-style-type: none">• Blive taget alvorlig• Blive behandlet respektfuld• Blive set som et helt menneske• Få hjælp til at rydde op i kaos• Holdes fast på beslutninger• Rolig og tryk metadonudlevering• Være med til at definere mål• Stor grad af tilgængelighed

Som man kan se af tabellen, er der stor overensstemmelse mellem behandlernes intentioner og brugernes positive erfaringer. Selvom brugerne og behandlerne udtrykker sig forskelligt, ser vi, at begge parter fremhæver tillidsforhold, respektfuldhed og en individuelt tilpasset behandling, der arbejder med realistiske mål for brugeren. Behandlernes normaliseringsstrategier behøver ikke stå i modsætning til, hvad brugerne opfatter som respektfuldt. Tværtimod fremhæver brugere både det, at blive holdt fast på beslutninger og den afslappede (normaliserende) atmosfære, der kan være til stede i værestedet, som noget positivt. Brugere fremhæver ligeledes hjælp til at få ryddet op i kaos, hvilket på flere måder passer til behandlernes ønske om en pragmatisk tilgang til behandlingsarbejdet. Og begge parter fremhæver den store grad af tilgængelighed som et plus.

Udover at brugerorientering ligger i relationen mellem bruger og behandler får den også tydeligt udtryk i bestemte indsatser, som fx støttekontaktpersonordningen, tilgængelighed for rådgivning, og værestedet. Brugeroorientering forudsætter således en lav behandler/bruger ratio, om end den måske ikke behøver være så lav som den har været i de fire delprojekter.

Metadon

Et fjerde erfaringsområde, som vi vil fremhæve, er metadon og dens rolle i behandlingen. Som beskrevet i kapitel 4 er metadon (eller anden substituitionsmedicin) et grundlæggende element i metadonbehandling. Uden metadon intet behandlingskoncept. Det har ligget alle fire delprojekter på sinde, at metadon skulle ”fylde så lidt som muligt” i behandlingsarbejdet. Heri ligger, at metadon ikke skal blive centrum for konflikter eller ”magtkampe” mellem brugere og behandlere, der kunne komme til at blokere for andre behandlingsindsatser. Hertil har projekterne valgt forskellige strategier for udlevering, et pragmatisk og åbent forhold til sidemisbrug, et minimum af kontrolforanstaltninger og flere af projekterne har tilbudt forskellige former for metadon (oralt, intravenøst, i pilleform). Og det er faktisk lykkedes at få metadon til at ”fylde mindre”, både når vi ser det fra behandlernes og fra brugernes perspektiv.

Projekternes erfaring med at få metadon til at fylde mindre i forhold til udlevering hænger sammen med, hvordan udleveringen foregår i standardbehandlingen i de respektive kommuner og amter. Fx blev det at adskille metadonudlevering og psykosocial behandling i X-Felt i København opfattet som en anderledes og bedre måde at udføre behandling på, idet disse to aspekter af behandlingen netop foregår under samme tag i Rådgivningscentre i København. I Århus, derimod, anses det at hente metadon i Substitutionsprojektet for en anderledes og bedre måde at udføre behandling på, idet disse to aspekter foregår to forskellige steder i standardbehandlingen i Århus. I kapitel 5 viste vi, at brugerne ikke har det store at sige om metadon, og at dette er et udtryk for, at også i brugernes øjne har metadon fyldt mindre i projekterne. Vi kan således ikke drage den konklusion, at en udleveringsform er bedre end en anden (fx på apotek frem for i projektet). Men vi kan konkludere, at det især handler om den attitude brugerne bliver mødt med i udleveringen, som beskrevet ovenfor om brugerorientering. Og at dette hænger sammen med de rammer brugerne henter metadon i, hvor lang en åbningstid der er, hvor mange brugere, der henter metadon det samme sted, osv.

Det er ikke muligt at bedrive metadonbehandling uden et minimum af kontrol. Cirkulære om afhængighedsskabende medicin skriver, at denne kontrol dog ikke skal være af brugeren, men for at sikre kvaliteten i behandlingen. Projekterne har alle nedtonet kontrolaspektet så meget som muligt. Den eneste formelle kontrol har været i forhold til alkohol. For at sikre at promillen ikke var for høj er brugere undertiden blevet bedt om at blæse i et alkometer. Oplevelsen af mindre kontrol, både hos brugerne og hos personalet, relaterer sig dog især til den attitude behandlerne har mødt brugerne med i udleveringen. Flere af behandlerne har fortalt, hvordan kon-

Konklusion

takten mellem bruger og behandler i udleveringssituationen har været for-
trolig og konstruktiv eller bare afslappet og imødekommende. Og flere
brugere har fremhævet udleveringen i projektet som klart bedre end udleve-
ringen i standardbehandlingen. Fx har brugerne fremhævet, at der har været
god tid, at udleveringen har været privat, at der ikke har været kø, og at de
ikke har skulle frygte for andre brugeres trusler.

Projekterne har ligeledes valgt, at det er acceptabelt at brugerne fortæller
om deres eventuelle sidemisbrug til behandlerne, uden at dette får konse-
kvenser for behandlingsindsatsen, med mindre brugerne selv ønsker det.
Det pragmatiske og åbne forhold til sidemisbrug indebærer ikke at al snak
om stoffer er acceptabelt – som vi beskrev i kapitel 4 om normalisering.
Men det betyder, at det i projekterne ikke har været en side af brugerens
liv, der skulle behandles før andre områder som fx bolig, økonomi og soci-
ale relationer kunne tages op og gøres noget ved.

Erfaringen fra delprojekterne viser således, at det er en absolut fordel for
behandlingsarbejdet, at man får metadon til at ”fylde så lidt som muligt”.
En anden erfaring, handler om det positive i at personalet samarbejder om-
kring metadon. Her tænkes især på samarbejdet mellem det lægefaglige
personale, der står for ordinerer og regulering af metadon, og andet social-
og sundhedsfaglig personale. Eftersom alle ansatte i metadonbehandlingen
må forholde sig til metadon, er det konstruktivt at have et forum, hvor me-
tadon kan diskuteres i personalegruppen. Metadonudleveringen vil altid
være det lægefaglige personales ansvar, men andre personalegrupper kan
have vigtig viden at bidrage med i det samlede billede af, hvordan meta-
donordineringen (kan eller skal) praktiseres i behandlingen.

Afslutning

Denne rapport er afslutningen på den kvalitative evaluering af forsøgspro-
jektet med udvidet psykosocial støtte i metadonbehandling, som Center for
Rusmiddelforskning har stået for. Forsøgsprojektet er forløbet over tre år
med deltagelse af fire projekter: Substitutionsprojektet i Århus, Subprojek-
tet i Silkeborg, Sydvesten i Korsør og X-Felt i København. Alle fire projek-
ter har tilbudt brugerne forskellige psykosociale indsatser, der både har væ-
ret udvidede og etablerede. Resultaterne af den kvantitative evaluering, der
er forløbet som en effektevaluering, er at finde i: Mads Uffe Pedersen
(2005) *Heroin-afhængige i metadonbehandling*.

Litteratur

- Adams, Robert (1996a). *The Personal Social Services: Clients, Consumers or Citizens?* London & New York: Longman.
- Adams, Robert (1996b). *Social Work and Empowerment*. London: MacMillan.
- Asmussen, Vibeke (2003). "User participation: possibilities and limitations in Danish social services directed towards drug users", i Esben Houborg Pedersen og Christoffer Tigerstedt (red.), *Regulating Drugs – Between users, the police and social workers*: NAD Publications nr. 43, s. 11-32.
- Asmussen, Vibeke & Steffen Jöhncke (2004). "Indledning: Perspektiver på brugere", i Vibeke Asmussen & Steffen Jöhncke (red.), *Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik?* Århus: Aarhus Universitetsforlag, s. 9-38.
- Asmussen, Vibeke, Torsten Kolind & Mads Uffe Pedersen (2003). *Metadon-projektet. Delprojekterne og brugerne*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Barfod, Anita & Inger Bo (1995). *Tid og tålmodighed*. København: SUS, Socialt Udviklingscenter.
- Bjerge, Bagga (2005). *Substitutionsprojektet: En rapport om projektets interne dokumentations- og udviklingsproces*. Århus: Århus Kommune, Center for Socialfaglig Udvikling.
- Bourdieu, Pierre. (1993). "How can one be a sports fan?", i Simon During, *The Cultural Studies Reader*. London: Routledge, s. 339-57.
- Bourgois, Philip (2000). "Disciplining Addictions: the biopolitics of methadone and heroin in the United States", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, 165-195.
- Bømler, Tina Ussing (1996). *En Anden Hverdag. Om psykisk syge misbrugere*. Aalborg: Alfuff, Aalborg Universitet.

Litteratur

Bømler, Tina Ussing (2000). *Når samfundet udstøder*. København: Gyldendal.

Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (2003). Sundhedsstyrelsen. (Også kaldet Metadoncirkulæret).

Dole, Vincent P. & Mary Nyswander (1965). "A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction", *Journal of the American Medical Association*, 193 (8): 646-650.

Ebsen, Frank, Jesper Henriksen & Ole Rieper (2003). *Hænger det sammen. Sammenhængen i indsatsen for mennesker med hjemløshed, misbrug og/eller sindslidelse som problem*. København: AKF Forlaget.

Erfaringskatalog - Fælles handleplan (2003). Projekt Sydvesten, Korsør og Skælskør Kommune.

Frantzen, Evy (2001). *Metadonmakt. Møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Graham, Katryn & Carol Birchmore Timney (1995). "Continuity of Care in Addictions Treatment: The Role of Advocacy and Coordination in Case Management", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 21(4): 433-451.

Grytnes, Regine, Susanne Villumsen & Mads Uffe Pedersen. (2002). *Væresteder for stofmisbrugere og tidligere stofmisbrugere i Danmark*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Grytnes, Regine (2004). "Hygge med hensigt: Væresteder for stofbrugere", i Vibeke Asmussen & Steffen Jöhncke (red.), *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik*. Århus: Aarhus Universitetsforlag: 147-169.

Hammersley, Martyn & Paul Atkinson (1997). *Ethnography. Principles in Practice*. London & New York: Routledge.

- Hunt, Geoffrey & Marsha Rosenbaum (1998). "Hustling" Within the Clinic: Consumer Perspectives on Methadone Maintenance Treatment", i James A. Inciardi and Lana D. Harrison, *Heroin in the Age of Crack-cocaine*. Thousands Oaks: Sage Publications, s. 188-214.
- Høgsbro, Kjeld (2004). "Evaluering af socialt arbejde for udsatte grupper", i Ole Rieper Håndbog i evaluering. *Metoder til at dokumentere og vurdere proces og effekt af offentlige indsatser*. København: AKF Forlaget, s. 192-209.
- Høgsbro, Kjeld, Kirsten Bovbjerg, Louise Smith, Mette Kirk & Jesper Henriksen (2003). *Skjulte livsverdener. En etnografisk undersøgelse af forholdene for mennesker med hjemløshed, misbrug og sindslidelse som problem*. København: AKF Forlaget.
- Järvinen, Margaretha & Nanna Mik-Meyer (2003). "Indledning: At skabe en klient", i Margaretha Järvinen & Nanna Mik-Meyer (red.), *At skabe en klient*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jöhncke, Steffen (1997). *Brugererfaringer. Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97*. København: Socialdirektoratet, Københavns Kommune.
- Jöhncke, Steffen (1999-2000). *Rapport for kvalitativ interviewundersøgelse med brugere i ambulant stofmisbrugsbehandling og med særligt henblik på brugerinddragelse*. Misbrugscentret Vestsjællands Amt.
- Koester, Stephen, Kenneth Anderson & Lee Hoffer (1999). "Active Heroin Injector's Perceptions and Use of Methadone Maintenance Treatment: Cynical Performance or Self-Prescribed Risk Reduction?", *Substance Use & Misuse* 34(14): 2135-2153.

Litteratur

- Kolind, Torsten (1999). "Den betingede accept. Løsladtes identitetsproblemer i mødet med den 'normale' verden", *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab* 86(1): 44-62.
- Koller, Elfriede (1999). "The policy-maker's perspective", i *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Office for Official publications of the European Communities, s. 79-84.
- Larsen, Birthe (2004). "Vikarierende motiver", *Stof*(3): 4-11.
- Lilly, Robert, Alan Quirk, Tim Rhodes & Gerry V. Stimson (2000). "Sociality in Methadone Treatment: understanding methadone treatment and service delivery as a social process", *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 7, nr. 2, s. 163-178.
- Luhmann, Niklas (1999). *Tillid – en mekanisme til reduktion af social kompleksitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mahs, Bertil (red.) (2002). *Jeg har planer, eller har jeg? - Sociale handleplaner og praksis*. København: FOKUS.
- McKeganey, Neil, Zoë Morris, Joanne Neale & Michele Robertson (2004). "What are drug users looking for when they contact drug services: abstinence or harm reduction", *Drugs: education, prevention and policy* 11(5): 423-435.
- McLellan, Thomas et al. (1999). "Does clinical case management improve outpatient addiction treatment", *Drug and Alcohol Dependence* 55(1-2): 91-103.
- Moxley, David (1989). *The Practice of Case Management*. London: SAGE Publications.
- Olesen, Kenwyn (2002). "Handleplaner i socialpsykiatri", i Bertil Mahs (red.), *Jeg har planer, eller har jeg? - Sociale handleplaner og praksis*. København: FOKUS. 2.Udgave: 25-33

- Pedersen, Mads Uffe (2001). *Substitutionsbehandling. Organiseringer, Stofmisbrugere, Effekter, Metoder. Del 1*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Mads Uffe (2002). ”Koordinering af planer inden for stofmisbrugsområdet”, i Bertil Mahs (red.) *Jeg har planer, eller har jeg? Sociale handleplaner og praksis*. København: FOKUS. 2. udgave: 53-61
- Pedersen, Mads Uffe & Vibeke Asmussen (2002). *Metadonprojektet. Design og metode*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- Pedersen, Mads Uffe (2005). *Heroin-afhængige i metadonbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, Rikke (2002). *Projekt brugerinddragelse og udvikling – en afrapportering*. København: Dyveke Ambulatoriet.
- Petersen, Helle (2002). Projekt X-Felt – Projekt til belysning af effekten af en udvidet psykosocial behandlingsindsats i substitutionsbehandlingen af stofafhængige. København: X-Felt.
- Petersen, Helle (2005). Mål, midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen. København: X-Felt. (her brugt uddrag af udkast til rapporten).
- Petersen, Stig (2003). *Hjemløse, misbrugere og sindslidende*. København: Socialministeriet. SocialPolitisk-Juridisk Center.
- Quirk, Alan, Robert Lilly, Tim Rhodes & Gerry Stimson (2003). “Negotiating a script: the dynamics of staff/client relationships”, i Gillian Tober & John Strang (eds.), *Methadone Matters: Evolving Community Methadone Treatment of Opiate Addiction*. United Kingdom: Martin Dunitz, s. 33-43.
- Ridgely, Susan & Mark Willenbring (1992). “Application of Case Management to drug Abuse Treatment: Overview of Models and Research Issues”, i Rebecca Ashery (eds.) *Progress and Issues in Case Management*. Rockville: NIDA Re-

Litteratur

search Monograph 127, U.S. Department of Health and Human Services: 12-34.

Risør, Mette Bech (2003). "Practical Reasoning as everyday Knowledge. Health, Risk and Lifestyle i Health Promotion and the Everyday Life of pregnant Smokers", *Folk* nr. 45: 61-87.

Rosenbaum, Marsha (1985). "A matter of style: variations among methadone clinics in the control of clients", *Contemporary Drug Problems*, Fall, 375-399.

Siiger, Charlotte (2004). "På brugernes præmisser? Mødet mellem gadesygeplejersker og hjemløse misbrugere", i: Vibeke Asmussen & Steffen Jöhncke (red.) *Brugerperspektiver: Fra stofmisbrug til socialpolitik?* Århus: Aarhus Universitetsforlag, s. 122-146.

Simonsen, Christina (2001). Substitution og social behandling. En forundersøgelse vedrørende en udvalgt gruppe af brugere i substitutionsbehandling. Århus, Center for Misbrugsbehandling i Århus Kommune.

Spannow, Karen Ellen (1997). *Evaluering af Metadonprojekt i Nordjyllands Amt*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Thomsen, Ole (2000). *Brugerindflydelse for udsatte grupper*. København: Formidlingscentret Storkøbenhavn for Socialministeriet.

Tungland, Else, Marie Smith-Solbakken & Tor Claussen (1996). *Talent eller klient? Om unge stoffmisbrukeres kulturøkonomiske afhængighet*. Oslo, Norges forskningsråd.

Vanderplasschen, Wouter (2004). *Implementation and evaluation of case management for substance abusers with complex and multiple problems*. Gent: Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.

Vanderplasschen, Wouter, Ilse De Bourdeaudhuij & Paulette van Oost (2002). "Co-Ordination and Continuity of Care_in Substance Abuse Treatment", *European Addiction Research* nr. 8: 10-21.

Vejledning om Den sociale indsats for de mest udsatte voksne sindslidende, stof- og alkoholmisbrugere, hjemløse m.fl. Vej. nr 45 af 10/03/1998

Videreførelse af Substitutionsprojektets elementer i Århus Kommunes tilbud til stofmisbrugere i metadonbehandling. En afrapportering. 2004

Willenbring, Mark (1992). "Integrating Qualitative and Quantitative Components in Evaluation of Case Management", i Rebecca Ashery (red.), *Progress and Issues in Case Management*. Rockville: NIDA Research Monograph 127, U.S. Department of Health and Human Services: 223-251.

Åberg, Katarina, Annika Grönberg, Christina Persson & Arne Gerdner (2001). "Psykosociale behandlingsindslag i svenska metadonprogram - värdering ur Patientperspektiv", *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift* nr. 18(5-6).

Aaslid, Flore. S. (2003). *Dirty Needles and Magic Medicine*. Trondheim, Norwegian University of Science and technology. Department of Social Anthropology.

www.socialpsykiatri.dk