

Metadon-projektet

Delprojekterne og brugerne

**Vibeke Asmussen
Torsten Kolind
Mads Uffe Pedersen**

**Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2003**

Copyright: Vibeke Asmussen, Torsten Kolind, Mads Uffe Pedersen og
Center for Rusmiddelforskning, 2003
Tryk: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet
Omslag: PP Tryk og Papir, Risskov

ISBN: 87-89029-52-6

Center for Rusmiddelforskning
Jens Baggesens Vej 43-45
8200 Århus N
Tlf.: 86 10 85 55
Fax: 86 10 85 58
www.crf.dk
E-mail: crf@au.dk

Indholdsfortegnelse

Introduktion	7
<i>af Mads Uffe Pedersen & Vibeke Asmussen</i>	
DEL 1. Beskrivelse af projekterne	
<i>af Vibeke Asmussen & Torsten Kolind</i>	
Indledning	11
Korsør	17
1. Projektets rammer	17
<i>Projektets organisering i forhold til amtets misbrugs-</i>	
<i>behandling</i>	17
<i>Personale</i>	17
<i>Brugerne</i>	21
<i>Lokaler</i>	22
<i>Metadonudlevering og –politik i projektet</i>	23
2. Projektets idegrundlag for behandling	25
<i>”Stabilisering”</i>	25
<i>Ejerskab og tillid til projektet</i>	28
<i>Det virkelighedsnære</i>	29
3. Koordinering, samarbejde og monitorering	31
4. Indsatsområder	32
<i>Indsatsen overfor gruppen af brugere</i>	32
<i>Individuelt rettede indsatser</i>	34
5. Afrunding	35
6. Forandringer fra maj – oktober 2003	36
7. Kilder	37
Silkeborg	38
1. Projektets rammer	38
<i>Projektets organisering i forhold til amtets misbrugs-</i>	
<i>behandling</i>	38
<i>Personale</i>	39
<i>Brugerne</i>	41
<i>Lokaler</i>	42
<i>Metadonudlevering og –politik i projektet</i>	42
2. Projektets idegrundlag for behandling	43
<i>Tillid</i>	43
<i>Empowerment</i>	44
<i>Skadesreduktion</i>	46
3. Koordinering, samarbejde og monitorering	47

4.	Indsatsområder	48
	<i>Indsatsen overfor gruppen af brugere.....</i>	48
	<i>Individuelt rettede indsatseser.....</i>	49
5.	Afrunding	50
6.	Forandringer fra maj – oktober 2003	50
7.	Kilder.....	52
Århus	53
	Projektets rammer	53
	<i>Projektets organisering i forhold til amtets og kommunens misbrugsbehandling</i>	53
	<i>Personale.....</i>	55
	<i>Brugerne</i>	57
	<i>Lokaler.....</i>	58
	<i>Metadonudlevering og –politik i projektet</i>	59
2.	Projektets idegrundlag for behandling	60
	<i>Selvforvaltning, brugerinddragelse og tillid</i>	61
	<i>”Noget nyt”</i>	62
3.	Koordinering, samarbejde og monitorering	64
4.	Indsatsområder	66
	<i>Indsatsen overfor gruppen af brugere.....</i>	66
	<i>Individuelt rettede indsatseser.....</i>	67
5.	Afrunding	69
6.	Forandringer i projektet fra maj – oktober 2003.....	70
7.	Kilder.....	71
København	72
1.	Projektets rammer	7
	<i>Projektets organisering i forhold til Københavns Kommunes misbrugsbehandling</i>	72
	<i>Personale.....</i>	73
	<i>Brugerne</i>	77
	<i>Lokaler.....</i>	78
	<i>Metadonudlevering og –politik i projektet</i>	80
2.	Projektets idegrundlag for behandling	82
	<i>Integration, normalisering og service</i>	82
	<i>Den individuelt tilrettelagte behandling.....</i>	84
	<i>Fælles behandlingsgrundlag og etablering af behandlingsalliancen</i>	86
3.	Koordinering, samarbejde og monitorering	87
4.	Indsatsområder	89
	<i>Individuelt rettede indsatseser.....</i>	89
	<i>Indsatsen overfor gruppen af brugere.....</i>	91

5. Afrunding	92
6. Forandringer fra maj – oktober 2003	92
7. Kilder.....	94
Perspektivering – og om forskellen mellem standard og udvidet psykosocial støtte i metadonbehandling.....	95
Litteratur	109
DEL 2. Afhængigt misbrug af heroin – om metadon-modtagerne i Metadonprojektet.....	113
<i>af Mads Uffe Pedersen</i>	
1. Problematiske former for forbrug af rusmidler – herunder afhængigt misbrug af heroin	114
2. Metadon-modtagerne i Metadonprojektet.....	118
3. Designet.....	126
4. Sammenfatning	132

Introduktion

I løbet af 2002 startede de fire projekter i hhv. Vestsjællands Amt, Århus Amt, Århus Kommune og Københavns Kommune, der til sammen udgør det forsøgsprojekt for stofmisbrugere i substitutionsbehandling, som den daværende regering i 1999 besluttede at etablere. Ideen med dette forsøgsprojekt er bl.a. at kombinere substitutionsbehandlingen med et ”udvidet” – og dermed bedre – og mere sammenhængende psykosocialt tilbud end det, vi ser i standard substitutionsbehandlingen i dag (Pedersen & Asmussen 2002). Baggrunden herfor er især at få belyst, hvilken betydning den psykosociale del af behandlingen har for den samlede indsats’s effekt. 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 uddannelses- eller arbejdsmarkedet, er langt mere dystre. Her sker der stort set ingen forandring på trods af behandlingsindsatsen. Fokus i substitutionsforsøgsprojektet er således at få belyst, hvorvidt en udvidet psykosocial støtte væsentligt kan forbedre stofbrugeres livsvilkår på områder, hvor der ikke umiddelbart ses nogen effekt i standard behandlingen.

Denne rapport er den anden rapport fra Center for Rusmiddelforskning, der står for evalueringen af substitutionsforsøgsprojektet. Den første rapport ”*Metadon-projektet. Design og metode*” (2002) omhandler design og metoder, både kvantitative og kvalitative, som evalueringen vil betjene sig af. Her findes bl.a. en beskrivelse af, hvordan evalueringen vil blive grebet an for at kunne dokumentere effektmål i behandlingsindsatsen, og de områder, som fra de enkelte projekters start blev anset for væsentlige for etableringen af en udvidet psykosocial støtte, diskuteres. Sidstnævnte gælder især etableringen af nye og anderledes indsatser, etablering af en høj grad af brugerinddragelse i behandlingen og etablering af metoder til at koordinere indsatserne overfor den enkelte bruger.

Nærværende rapport er en midtvejsrapport, og de data, som rapporten bygger på, er indsamlet i perioden fra projekternes start til maj 2003. Det er således ikke endelige konklusioner, der fremlægges, men derimod midtvejskonklusioner, der vil informere og danne grundlag for den videre evaluering af projekterne til deres udløb i slutningen af 2004 og indtil midten af 2005.

Rapporten består af to dele. Den første del er en beskrivelse af de fire forsøgsprojekter. Her beskrives den måde, som de enkelte projekter har valgt at fortolke en ”udvidet psykosocial indsats” på. Den første del er baseret på deltagerobservationer i de fire projekter og kvalitative interview med ledere og enkelte medarbejdere i de fire projekter. Sidste afsnit i første del er en perspektivering, hvor også forskellen mellem standard og udvidet psykosocial støtte opstilles. Den anden del er en karakteristik af brugerne i de fire forsøgsprojekter sammenlignet med brugerne i standardsubstitutionsbehandling. Her fokuseres bl.a. på en beskrivelse af tre typer brugere, der er indskrevet i de fire projekter. Hvert af de fire projekter er kendetegnet ved at have en overvægt af én af de tre beskrevne typer af brugere. Den anden del af rapporten er baseret på EuropASI interview med brugerne ved indskrivning i de fire forsøgsprojekter.

DEL I

Beskrivelse af projekterne

Indledning

I denne del af rapporten beskrives de fire forsøgsprojekter i hhv. Vestsjællands Amt, Århus Amt, Århus Kommune og Københavns Kommune. Her i indledningen vil opbygningen af beskrivelserne blive introduceret og begrundelserne herfor diskuteret. I perspektivering vil forskelle og ligheder på de enkelte projekter bliver trukket frem, og specifikke områder, som vi anser for specielt vigtige, vil blive diskuteret. Derudover vil standard og udvidet psykosocial indsats blive stillet op over for hinanden. Beskrivelserne af de enkelte projekter bygger på observationer, interview med projektlederne og enkelte medarbejdere, samt skriftligt materiale fra projekterne (fx projektbeskrivelse, halvårsrapporter etc.). Det skal understreges, at brugernes oplevelser af forsøgsprojekterne ikke er med i denne rapport, men vil komme senere, når projekterne har kørt i længere tid. Karakteristika for brugerne i projekterne er beskrevet mere detaljeret i DEL II.

Den overordnede begrundelse for denne rapport's beskrivelser er at få fokuseret på, hvad den udvidede psykosociale del består af i forsøgsprojekterne. Dette er en midtvejsrapport og data er indsamlet fra projekternes begyndelse i løbet af 2002 til maj 2003, hvor maksimum halvdelen af projektperioden er gået for de enkelte projekter. Flere af de afsnit, der beskrives i denne rapport, vil blive uddybet i senere rapport og artikler fra CRF.

Hvert projekt er beskrevet ud fra de samme kriterier, og hvert afsnit er delt op i fire underafsnit med hver sit tema:

1. Projektets rammer
2. Projektets idegrundlag for behandling
3. Koordinering, samarbejde og monitorering
4. Indsatsområder

Temaerne er overordnet valgt både ud fra de grundideer, der lå for udformningen af de enkelte forsøgsprojekter (fx øget brugerinddragelse, øget koordinering, nye former for behandlingsindsatser, etc.) og ud fra hvordan projekterne faktisk er kommet til at se ud i løbet af det første år til halvdelen af projektperioden. I det følgende introduceres de fire temaer i detaljer.

Projektets rammer

Dette afsnit beskriver de enkelte projekters organisering i forhold til amt eller kommune, personalet og brugerne i projektet, projektets lokaler samt projektets metadonudlevering og -politik. Den overordnede begrundelse for

dette afsnit er at få et indblik i, hvilke muligheder og begrænsninger de enkelte delprojekter arbejder under.

Alle fire delprojekter indgår på forskellig vis i amtets og/eller kommunens generelle organisering af misbrugsbehandlingen. Den måde, organiseringen af misbrugsbehandlingen er struktureret på i det enkelte amt og/eller kommune, sætter rammerne for det enkelte forsøgsprojekts autonomi. Det giver både muligheder og begrænsninger i forhold til at tilrettelægge, fx hvilke indsatsområder der skal prioriteres, eller hvilken metadonudlevering og -politik der bliver gældende for projektet.¹

I afsnittet om personalet i projekterne beskrives, hvilke fagområder og arbejdsopgaver personalet dækker, hvilke erfaringer personalet tidligere har haft med misbrugsbehandling, hvordan samarbejdet i personalegruppen er tilrettelagt med personalemøder, morgenmøder etc., og hvilke efteruddannelser personalet deltager i. Beskrivelsen af personalet giver et indblik i, hvor personalets fokus ligger, hvordan samarbejdet i personalegruppen organiseres, hvor stort et personaleflow der har været i den første del af projektperioden, og hvordan personale/klient-ratioen er i projektet, med hvilket der menes, hvor mange brugere der er i projekterne pr. ansat medarbejder.

I afsnittet om brugerne beskrives, hvor mange brugere der er i hvert delprojekt, hvordan de enkelte delprojekter har rekrutteret brugere til projektet, og hvilke formelle fora brugerne kan deltage i med henblik på brugerinddragelse i projekterne. Rekrutteringen af brugere er enten sket med henblik på at visitere de "ældste stofmisbrugere" eller "de mest belastede stofmisbrugere" eller ud fra en randomisering af nyindskrevne brugere fra standardbehandlingen. Beskrivelsen giver et indblik i, hvordan man i det enkelte amt eller kommune har defineret, hvilke brugere i standardbehandlingen, der kunne profitere af den etablerede forsøgsindsats med øget psykosocial indsats.

Begrundelsen for at medtage beskrivelser af lokalerne er, at i flere af projekterne har netop lokalerne haft en tilsigtet eller utilsigtet indflydelse på udformningen af indsatserne og på selve forløbet i projekterne. Generelt er de fysiske forhold med til at danne rammerne for projekterne og med til både at give muligheder og udøve begrænsninger i udformningen af indsatserne.

¹ Betydningen af organiseringen af substitutionsbehandlingen i standardbehandlingen diskuteres i Pedersen (2001).

Det sidste fokus i afsnittet *Projektets rammer* er på metadonudlevering og -politik. Ordinerings af substitutionsmedicin er en væsentlig del af substitutionsbehandlingen og har i forhold til standardbehandlingen generelt i Danmark været meget omdiskuteret. Især fordi ordinerings og udleveringen af substitutionsmedicin generelt har været omgærdet af kontrol med mulighed for sanktioner og begrænsninger i dosis, udleveringsformer og -tider, osv. Flere af delprojekterne har haft en anderledes metadonudlevering og/eller -politik som en del af grundlaget for at udøve øget psykosocial behandling. Her fokuserer vi på at beskrive, hvordan metadonudlevering og -politik i de fire delprojekter er forskellig fra eller lig med amtets eller kommunens politik på dette område. Det kan således være nødvendigt at se tilbage på organiseringen af amtets og/eller kommunens misbrugsbehandling som beskrevet i starten af dette afsnit. Det skal nævnes, at der i foråret 2003 kom et nyt metadoncirkulære, der generelt giver amterne videre rammer for både ordinerings og udlevering af substitutionsmedicin i den ambulante substitutionsbehandling.

Idegrundlag for behandling

Dette afsnit beskriver, hvordan de fire delprojekter præsenterer sig selv og den måde, de driver behandling på. Fokus er rettet mod, hvordan behandlingspraksis og indsatserne italesættes i projektet, da den måde, man omtaler, hvad der foregår i projektet og dermed de ideer, der ligger til grund for behandlingspraksis, er med til at afspejle og begrunde de valgte behandlingsindsatser. Dermed er dog ikke sagt, at idegrundlag er lig med den behandlingspraksis, der foregår i hverdagen, udelukkende at det er med til at begrunde og bekræfte den tilgang til behandlingspraksis, som ligger i de enkelte delprojekter.

Vi tager udgangspunkt i forskellige ord og vendinger, som bruges, når det enkelte delprojekt omtaler sig selv, og giver eksempler på, hvordan dette udmønter sig i behandlingspraksis. Udgangspunktet for at lave dette afsnit har hhv. været deltagerobservationer og interview. Vi har i et meget lille omfang gjort brug af de projektbeskrivelser, der ligger for de enkelte projekter. Begrundelsen herfor er, at vi har ønsket at fokusere på den måde, som forskellige indsatser og praksisser i hverdagen bliver omtalt og italesættes. Derfor gives der også hele tiden eksempler på, hvilke behandlingstilbud der specielt karakteriserer det enkelte projekts idegrundlag. Hermed fokuserer vi også på det, der rent faktisk fylder i de enkelte projekter. Dette afsnit skal ikke ses som en sammenhængende og fyldestgørende beskrivelse af de enkelte projekters behandlingssideologier, men kan ses som en introduktion til dette område af delprojekterne (jf. Pedersen & Asmussen

2002: 75-76). Når projekterne har kørt projektperioden igennem, vil det være muligt ud fra forskellige vinkler at uddybe det idegrundlag, der har informeret de enkelte projekter. Det vil således være et af de områder, der bliver uddybet i senere rapport og artikler fra CRF.

Begrundelsen for at fokusere på projekternes idegrundlag for behandling hænger sammen med ønsket om at analysere aspekter af de generelle vilkår, der er for behandlingsinstitutioner, og som også de fire forsøgsprojekter er underlagt. Järvinen & Mik-Meyer (2003) diskuterer, hvordan disse vilkår er paradoksale i velfærdsinstitutioner, idet de ofte opfattes anderledes, end de fungerer i praksis. De generelle vilkår for forsøgsprojekterne er bl.a., at behandlingsinstitutioner retter sig mod bestemte problemidentiteter (som fx her stofmisbrugere), at brugeren ”diagnosticeres”, hvorved bestemte sider af personen fremhæves som behandlingskrævende og dermed passer ind i institutionens behandlingspraksis, og at relationen mellem behandler og bruger altid er udtryk for en magtrelation, selvom institutionen arbejder ud fra at ”tage udgangspunkt i brugernes behov”, ”fokusere på det hele menneske” eller ”møde brugeren hvor han eller hun er”. Den præliminære beskrivelse af projekternes idegrundlag for behandling, der er i denne rapport, kommer således til at danne grundlag for efterfølgende fokus i evalueringen på, hvordan projekterne skaber både forståelse af brugerne og deres problemer, hvilke løsninger der anses for relevante for disse problemer, og hvordan dette sætter rammerne for behandlingspraksis. Dette fokus vil blive sammenholdt med brugernes oplevelser af forsøgsprojekterne samt de faktiske indsatsområder i de enkelte projekter.

Koordinering, samarbejde og monitorering

Koordineringen af indsatsen overfor den enkelte bruger i behandling blev anset for central i forhold til behandlingens effekt af alle fire projekter ved projektstart. Begrundelsen herfor har især været, at de manglende resultater af substitutionsbehandling bl.a. kunne findes i en manglende koordinering af de amtslige og/eller kommunale indsatser samt forskellige former for private hjælpeorganisationer, som den enkelte bruger var knyttet til foruden misbrugsbehandlingen. Stofbrugere i substitutionsbehandling kan være på kontanthjælp, en del af pensionssystemet, have kontakt til psykiatrien, være bruger af væresteder eller herberg, gå ind og ud af sundhedsvæsenet, være knyttet til kriminalforsorgen, osv. Det har ikke været ualmindeligt, at brugere er blevet sendt fra det ene system til det andet for at få løst et problem og alligevel endt ved udgangspunktet med uforrettet sag (se fx Ebsen et al. 2003). En velkoordineret indsats anses således for en udvidet psykosocial behandlingsindsats.

Den lovpligtige udarbejdelse af § 111 handleplaner har været med til at sætte koordinering på dagsordenen. Der findes dog ikke nationale fastsatte måder eller retningslinier for, hvordan dette skal gøres, selvom denne del af Serviceloven tvinger kommunale og amtslige systemer til at koordinere og samarbejde om en borgers brug af forskellige systemer. Koordinering og samarbejde kommer således til at være tæt vævet sammen. Det er udelukkende den formelle koordinering, der finder sted, arbejdes på eller søges udviklet mellem forskellige kommunale og amtslige systemer samt forskellige private organisationer, der beskrives i dette afsnit. Den støttekontakt-personfunktion, der er etableret i alle fire projekter som et pædagogisk redskab til at koordinere den enkelte brugers relationer til andre systemer, beskrives nedenfor under *Indsatsområder*.

Monitorering i de enkelte projekter beskrives ligeledes i dette afsnit. I standard substitutionsbehandlingen er der et generelt fravær af effektive monitoreringsredskaber, når monitorering defineres som en form for registrering, der muliggør en umiddelbar feed-back til behandlingsorganisationen (Pedersen 2001). Hvis monitorering er etableret, bruges ofte ikke standardiserede redskaber, der ville muliggøre en sammenligning af resultaterne med andre behandlingsinstitutioners. Derimod anvendes lokalt udviklede redskaber, hvilket gør sammenligninger på tværs af institutioner vanskelige (Pedersen & Asmussen 2002). En hver form for monitorering anses for en udvidet indsats.

Indsatsområder

I dette afsnit beskriver vi, hvor fokus i den psykosociale indsats er lagt i de enkelte delprojekter. Vi skelner mellem indsatser, der er rette mod gruppen af brugere, og indsatser, der er individuelt rettede og dermed fokuserer på den enkelte bruger i behandling. Derudover skelner vi mellem indsatser, der kan kaldes for psykosociale tilbud, sundhedsmæssige tilbud og oplevelses- eller informationstilbud. Den overordnede begrundelse for at beskrive indsatserne er at få et indblik i, hvordan de enkelte delprojekter i praksis har fortolket ”substitutionsbehandling med udvidet psykosocial støtte”. Vi har ikke beskrevet de indsatser, som delprojekterne ønsker at sætte i gang, men som endnu ikke er realiseret. Vi har udelukkende beskrevet de indsatser, som i større eller mindre omfang fungerer i de enkelte projekter.

Der er både forskelle og ligheder de fire delprojekter indbyrdes. Forskelle hænger bl.a. sammen med projekternes forskellige idegrundlag for behandling, at projekterne tilbyder behandling til forskellige grupper af brugere, og at det som opleves og fortolkes som ”udvidet psykosocial støtte” hænger

sammen med, hvordan standardbehandlingen opfattes i de enkelte amter og kommuner. Lighederne hænger bl.a. sammen med generelle trends i samfundet som fx koordinering, brugerorientering og et generelt ønske om mindre kontrol i substitutionsbehandlingen.

Indsatserne i de enkelte projekter vil fra vores side blive sammenlignet med den generelle tendens, der er i standardbehandlingen, nemlig at der findes meget få tilbud rettet mod gruppen af brugere, og at de individuelt rettede indsatser bl.a. er præget af at være ekstensive i forhold til den enkelte bruger, hvilket bl.a. personale/klient-ratioer på én ansat til 25–40 klienter er tegn på.

Afrunding og Forandringer fra maj – oktober 2003

Hvert af de fire delprojekter afsluttes med en kort vurdering af, hvori den udvidede indsats består i det enkelte projekt. Derudover gives plads til de fire projektlederes egne ord omkring, hvad der er sket i projektet fra maj – oktober 2003. Det sidste afsnit er således ikke vores beskrivelse eller vurdering af delprojekterne, men projektlederens egen. Til sidst kan læseren efter beskrivelsen af hvert af de fire delprojekter finde henvisninger til de kilder, der er blevet brugt.

**Korsør: Sydvesten
Revvej 9
4220 Korsør**

Projektet åbnede for brugere i april 2002.

1. Projektets rammer

I det følgende beskrives Sydvestens rammer. Dette indbefatter projektets organisering i forhold til amtets misbrugsbehandling, personalesammensætning og de ansattes arbejdsfunktioner, en beskrivelse af brugerne og en beskrivelse af metadonudleveringen og -politikken i projektet.

Projektets organisering i forhold til amtets misbrugsbehandling

Sydvesten er en del af Vestsjællands Amts Misbrugscenter (VAM). VAM er opdelt i hhv. en syd afdeling (Korsør, Ringsted, Slagelse) og en nord afdeling (Holbæk, Kalundborg) med tilsammen fem afdelinger, kaldet rådgivningscentre. Projektet er en selvstændig og dermed sjette enhed beliggende i Korsør. Sydvestens projektleder er, ligesom på de fem andre rådgivningscentre, underlagt hhv. den ene af de to afdelingsledere og i sidste instans centerlederen for Vestsjællands Amts Misbrugscenter. Sydvestens personale deltager i de personalemøder, der foregår hver anden måned, i Afdeling Syd i Vestsjællands Amts Misbrugscenter, samt i de temamøder, der måtte være. Derudover deltager projektlederen i et månedligt møde med afdelingslederen sammen med lederne af de tre rådgivningscentre i syd.²

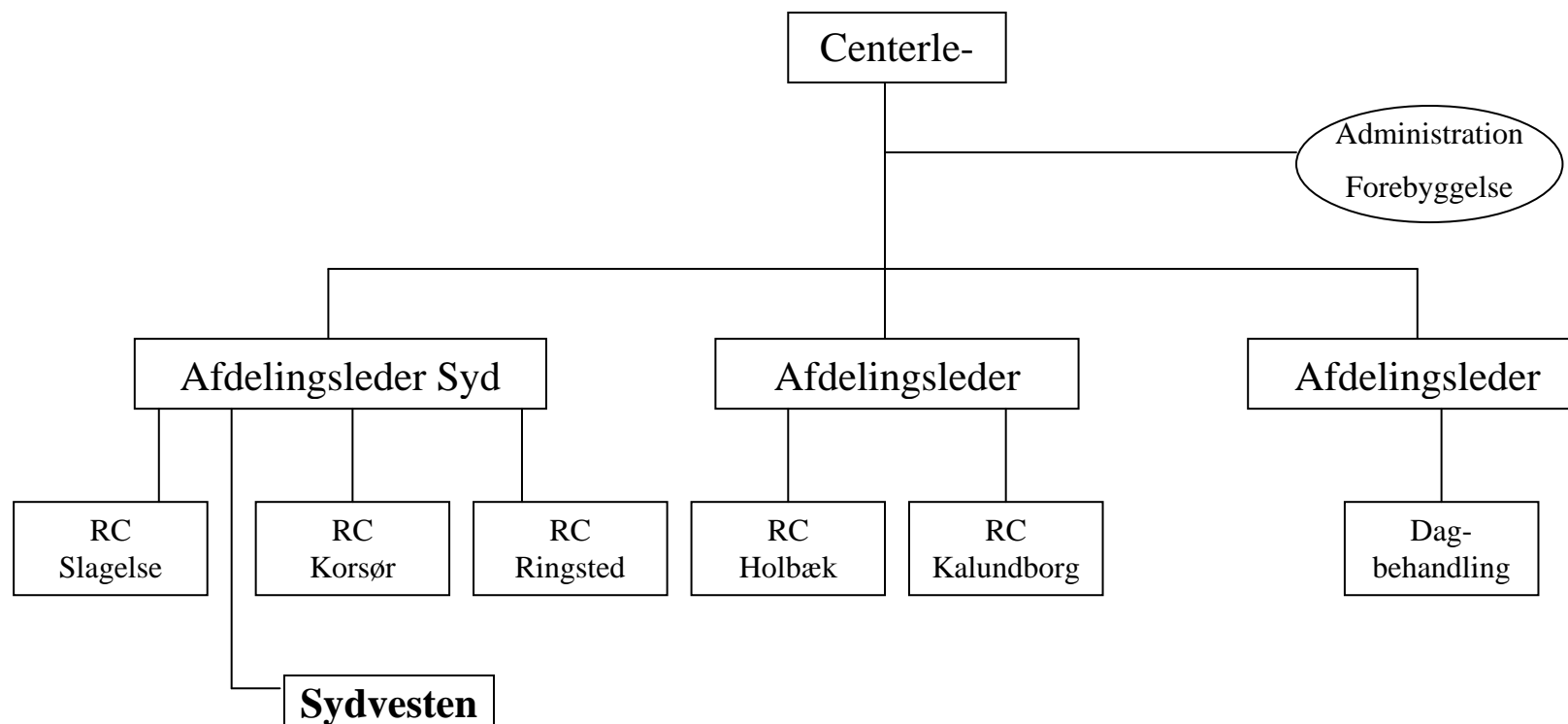
Personale

Der er seks medarbejdere ansat på eller fast tilknyttet projektet. Foruden projektlederen er der to socialrådgivere, en social- og sundhedsassistent, en pædagog og en læge. Derudover har man på konsulentbasis gjort brug af en systemisk terapeut til korte terapiforløb med to brugere.

² Pr. 1.august 2003 har Vestsjællands Amts Misbrugscenter ændret organisationsstruktur. Heraf følger ligeledes implementering af ny ledelsesform. For Sydvesten kommer denne ændring ikke til at betyde noget væsentligt, idet det stadig er Afdeling Syds leder, der er Sydvestens nærmeste chef.

Figur 1. Organisationsplan

VESTSJÆLLANDS AMTS MISBRUGSCENTER



Tabel 1. Personalesammensætning (maj 2003)

Ansatte	Ugentligt timetal
Projektleder (sygeplejerske)	37
Socialrådgiver	37
Socialrådgiver	37
Social- og sundhedsassistent	32
Læge	8
Pædagog/psykologistuderende	15

Siden projektets start har der været udskiftning i personalegruppen. En ny projektleder kom til i september 2003, hvor den tidligere projektleder gik på efterløn. Sygeplejersken, der var ansat i starten af projektet, blev afløst af en social- og sundhedsassistent i marts 2003. Samtidig med social- og sundhedsassistenten blev en pædagog, der er ved at uddanne sig til psykolog, ansat i 15 timer om ugen. I forbindelse med udskiftning af personale har der i perioder på et par måneder hhv. været et overlap af personale, hvor projektet har kørt med overnormering, og en tilsvarende periode med undernormering, før den nyansatte kunne tiltræde. I forbindelse med projektlederskiftet har personalet været igennem tre personaletræningsdage.

De fleste, der i dag er ansat i projektet, har erfaringer fra tidligere ansættelser med misbrugsbehandling. Den nuværende projektleder kom fra en stilling på Vestsjællands Amts Misbrugscenter. Begge socialrådgivere har arbejdet med misbrugsbehandling i andre amter. Pædagogen har været i praktik som psykologistuderende på Vestsjællands Amts Misbrugscenter. Social- og sundhedsassistenten kom fra en stilling på en lukket psykiatrisk afdeling.

De enkelte medarbejders arbejdsopgaver er definerede ud fra bestemte grundfunktioner, der er fagligt begrundede. Den daglige metadonudlevering, sårbehandling, injektionsteknik, sundhedsoplysning etc. varetages af social- og sundhedsassistenten. De to socialrådgivere er kontaktpersoner for 12 brugere hver. Kontaktpersonen står for at udarbejde handleplaner, gennemføre individuelle samtaler og fungere som støtte i alle former for relationer, som brugeren har til andre offentlige instanser, familie, etc. Det er ligeledes kontaktpersonen, der skriver den socialfaglige journal på brugerne. Journalerne er elektroniske og ligger på Vestsjællands Amts Misbrugscenters intranet. Projektlederen står for alt det administrative, koordinering og samarbejde med amt og kommune og er kontaktperson for tre

brugere. Derudover afløser hun, på grund af sin sygeplejefaglige baggrund, social- og sundhedsassistenten, når det er nødvendigt. Lægen, der kommer otte timer om ugen, er ansat som konsulent til at komme på Sydvesten én dag om ugen. Han står for metadonordinationen og andre lægefaglige aspekter af behandlingen, som brugerne har brug for. I starten af projektet deltes de ansatte om at være kontaktpersoner for brugerne. Dette viste sig dog ikke holdbart, idet sygeplejersken fx ikke var fagligt rustet til at udarbejde handleplaner i samarbejde med kommunen, og socialrådgiverne ikke var fagligt rustet til fx at varetage sårbehandling eller vejlede i injektionsteknik. Derfor, forklarer projektlederen, er de faglige opgaver defineret i forhold til de ansattes uddannelsesmæssige baggrund. Udover disse mere specifikke arbejdsopgaver er medarbejdergruppen – dog undtaget lægen – sammen om at få dagligdagen til at fungere og udfylder en vagtplan, således at der altid er to til stede i Sydvesten på én gang. Alle deltager i de aktiviteter, der iværksættes ugentligt (se nedenfor afsnit 4). Ansættelsen af pædagogen i 15 timer om ugen har især været for at få den daglige vagtplan til lettere at gå op. I projektet har man besluttet, at evt. overarbejde ikke afspadsres, men udbetales.

Tabel 2. Projekt Sydvestens åbningstider for brugerne (maj 2003)

Mandag	8.30 – 11.00 (14.00) ³
Tirsdag	8.30 – 14.00
Onsdag	8.30 – 11.00
Torsdag	8.30 – 11.00 (16.00)
Fredag	8.30 – 11.00

Hver morgen fra kl. 8.00 – 8.30 holdes der morgenmøde, hvor personalet kan tage mindre emner op, der har med dagens eller gårsdagens forløb at gøre. Onsdag eftermiddag – med mindre der er andet på programmet – er der personalemøde fra 12 – 15. Én onsdag om måneden er afsat til uddannelse af medarbejdere i Sydvesten og i de institutioner, som Sydvesten arbejder sammen med (se uddybning af dette i afsnit 3). Er der brug for det, holdes der et personalemøde fredag eftermiddag. Tirsdag eftermiddag fra kl. 14.00 – 16.00 er der lægekonsultation for alle medarbejdere. Lægen beretter ligeledes om dagens konsultationer og fortæller om brugernes helbredstilstand. Men på disse møder fastlægges behandlingsplanerne for de enkelte brugere af alle medarbejdere i fællesskab. Behandlingsteamet drøfter i fællesskab de bekymringer og ønsker, brugerne måtte have, og tager i

³ Åbningstiderne i parentes betyder, at der er åbent for brugere, der deltager i aktiviteter enten i eller udenfor huset.

fællesskab stilling til eventuelle ændringer af metadondoser etc. Lægekonsulent benyttes således til at drøfte generelle holdninger til behandling og fastlægge retningslinier – både generelle og individuelle – for brugerne i projektet. Én gang om måneden får personalet supervision af en systemisk konsulent i forhold til brugerne. Dette foregår ligeledes tirsdag eftermiddag, hvor hele personalegruppen er til stede og fokuserer på, hvordan personalet kan håndtere de forskellige situationer, der måtte være med brugerne.

Personalet deltager i den interne uddannelse, der foregår én gang om måneden, og som beskrives nedenfor i afsnit 3. I begyndelsen af projektperioden fulgte to af de ansatte en 2½-årig systemisk kompetenceudviklingsuddannelse tilrettelagt for alle medarbejdere på Vestsjællands Amts Misbrugscenter. Dette forløb blev dog afbrudt i sommeren 2002. Derudover har personalet deltaget i to konferencer om stofmisbrug samt en temadag om udstødte grupper.

Brugerne

Der er i maj 2003 24 indskrevne brugere i Sydvesten, seks kvinder og 18 mænd i alderen 25–55 år. 21 af brugerne bor i Korsør Kommune, tre i Skælskør Kommune. Målet er 30 indskrevne brugere. Projektet retter sig mod ”de ældste stofbrugere”. Kriterierne for at tilhøre denne gruppe er bl.a.: mere end 10 års misbrug, over 30 år, socialt belastede, og mange behandlingstilbud bag sig. Brugere, der har fået og får tilbudt at blive indskrevet i projektet, opfylder en stor del af disse kriterier.

Brugerne inddrages i Sydvestens aktiviteter gennem månedlige brugermøder. Her er alle brugere velkomne til at deltage, og medarbejderne er alle så vidt muligt til stede. På mødet informerer medarbejderne om, hvad der er af nyt omkring projektet. Der diskuteres, hvilke aktiviteter der skal være i projektet den næste måned. Et aktivitetsudvalg bestående af et par brugere og en medarbejder nedsættes til at planlægge de enkelte aktiviteter. Udvalget nedsættes for en måned af gangen. Derudover kan der på brugermøder nedsættes udvalg til at arrangere fx projektets et års fødselsdag, påskefrokost, koloni-tur osv.

Erfaringen i projektet er, at udvalgene fungerer bedst, når brugerne ikke forpligtes for lang tid ad gangen til at sidde i et udvalg. De forskellige afdelinger af Vestsjællands Amts Misbrugscenter har brugerråd, hvor brugere vælges ind i en periode som repræsentanter for brugergruppen. I Sydvesten har man gjort den erfaring, at åbne månedlige møder fungerer bedre end

brugerråd baseret på enkelte valgte brugere, der repræsenterer hele gruppen (se også Pedersen 2002 for lignende erfaringer). To brugerrepræsentanter og en medarbejder har deltaget i en brugeruddannelse, der forestås af Vestsjællands Amts Misbrugscenter, der retter sig mod at opkvalificere brugerrepræsentanterne. Der er foreløbigt afholdt seks uddannelsesdage. Én af medarbejderne i Sydvesten deltager ligeledes i de fælles brugermøder, der afholdes i Slagelse hver anden måned.

En karakteristik af brugerne i Sydvesten ud fra de data, som Center for Rusmiddelforskning har indhentet, kan ses i DEL II: *Afhængigt misbrug af heroin – om metadon-modtagere i Metadonprojektet*.

Projektets lokaler

Projektet har til huse i en gammel to etagers villa på Halskovsiden af Korsør. "Projekt Sydvesten Vestsjællands Amt" står der på et lille ovalt skilt på hoveddøren. Huset ligger i et kvarter med både villaer og større boligblokke. En Netto butik og et busstoppested på den modsatte side af gaden er en praktisk gevinst for både brugere og ansatte ved projektet.

Begge etager er udnyttet, og projektet har dermed ca. 250 m² til rådighed. Fra hoveddøren træder man ind i gangen, hvor der er dame- og herretoilet til brugerne og en trappe, der fører ovenpå. På 1. salen er der tre kontorer til de ansatte, et stort lyst rum med bord og stole til møder, og personalettoilet. På toilettet er der vaskemaskine, tørretumbler og brusekabine, som brugerne kan benytte. I stueetagen er der køkken, et stort fællesrum og et rum, der bruges til metadonudlevering, og et andet rum, som er konsultationsværelse for projektets læge. I den ene ende af fællesrummet står en stor skænk og caféborde med stole. I den anden ende er der fire computere med opkobling til Internet. I midten af rummet er der et sofaarrangement med lænestole og et bord. Herudover er der fjernsyn, video, stereoanlæg, bogreol og en reol til opbevaring af forskellige ting til aktiviteter. Sedler på opslagstavlen fortæller om de kommende ugers tilbud. Blomster, planter og en frugtskål på bordet får rummet til at minde om en dagligstue. Metadonudleveringen ligger i umiddelbar tilknytning til fællesrummet, og de to rum er således ikke adskilt af en lukket dør. Her er sygeplejerskens skrivebord, et aflåst pengekab med medicin og to kabiner til de brugere, der får injicerbar metadon (se nedenfor). Kabinerne er hver udstyret med en lampe, en taburet, en skraldespand til brugte nåle og et forhæng, som kan trækkes for. I rummet ved siden af har lægen sit kontor, og her har brugerne mulighed for at få en samtale eller undersøgelse, når lægen kommer om tirsdagen.

Hverken hoveddør eller de forskellige rum i Sydvesten er aflåste i åbnings-tiden. Brugere er dog fortrinsvis i fællesrummet i stuen. Her sidder de og får deres morgenmad, læser dagens avis og snakker med hinanden og de ansatte. For at komme ind til metadonudleveringen skal man igennem fællesrummet. Mange af de brugere, der kun kommer for at hente metadon, stopper derfor også tit op og får en snak med de andre.

Metadonudlevering og -politik i projektet

Metadonudlevering foregår alle hverdage mellem kl. 8.30 og 11.00 på Sydvesten. Selvom Sydvesten enkelte dage har åbent til kl. 14.00, stopper metadonudleveringen kl. 11.00. Metadonen er ordineret enten i form af mikstur, som tablet eller som injicerbart metadon. Brugere, der får injicerbart metadon, kan injicere i en af de to kabiner, der er i metadonudleveringsrummet. Sydvesten stiller de nødvendige remedier til rådighed for, at brugere kan injicere. Sygeplejersken står til rådighed med vejledning om god injektionsteknik, men hun hjælper ikke brugere med at injicere. Brugere, der har valgt at få ordineret injicerbart metadon, kan godt vælge at få metadonen som injicerbart metadon én dag og i tabletform eller som mikstur den næste. Det skal dog understreges, at denne valgfrihed kun gælder for brugere, der får ordineret injicerbart metadon, og alternativet er ligeledes ordineret, dvs. enten tabletter eller mikstur.

Tabel 3. Metadonordinationer – april 2003

	Mikstur	Tablet	Iv-metadon	Mikstur/Iv.	Tablet/Iv.	I alt
Mand	4	2	6	2	4	18
Kvinde	1	5	0	0	0	6
I alt	5	7	6	2	4	24

(Kilde: Halvårsrapport Sydvesten april 2003)

”Vi har 12 brugere, der får iv-metadon. Ud af dem er der syv, der tager det fast, de resterende fem vælger så fra dag til dag eller fra gang til gang, om de har lyst til det ene eller det andet. Vi har fx én, der fast får metadon med hjem som tabletter. Han kan så komme i løbet af ugen og gerne vil have byttet et par tabletter til iv-metadon. Næste gang han får tabletter, får han sine egne tilbage, så hvis han giver os kalktabletter, får han dem selv igen ugen efter”. (Projektlederen).

Især injicerbart metadon, men også metadon i tabletform, er ekstraordinært i forhold til almindelig praksis i Vestsjællands Amts Misbrugscenter. Det har været et vigtigt fokusområde for forsøgsprojektet at kunne anvende al-

ternative udleveringsformer i forhold til metadon. På VAM tilbydes brugere udelukkende mikstur. Metadon i tabletform ordineres kun af helbredsmæssige årsager, det kan ikke vælges af brugerne. Injicerbart metadon findes ikke i ordinærbehandlingen. Sydvestens rationale bag deres metadonpolitik diskuteres nedenfor i afsnit 2.

Metadon udleveres på hverdage i Sydvesten. Om fredagen får alle brugere metadon med hjem til weekenden, med mindre de selv ønsker at få etableret en alternativ udleveringsordning, fx på et apotek. P.t. (maj 2003) får alle med hjem til weekenden. Om brugerne derudover har en tag-hjem-ordning, afhænger af den enkelte brugers stabilitet. Tre til fire brugere får med hjem til en hel uge. Andre kommer mandag, onsdag og fredag for at hente metadon, mens andre igen henter metadon hver dag. Personalet i Sydvesten oplever ikke, at der er problemer omkring selve udleveringen af metadonen. Som nævnt foregår det i et rum specielt indrettet dertil. Nogle af Sydvestens brugere ankommer ved åbningstid, mens andre først dukker op i løbet af formiddagen, hvilket betyder, at der aldrig opstår kø og utilfredse miner. Personalet oplever ligeledes, at brugerne i udleveringen giver hinanden plads og er villige til at hjælpe med at få tingene til at glide.

På Sydvesten er man opmærksom på, at brugere kan have ønske om at indtage den daglige metadon i ulige doser, hvis det er muligt for dem. *”Vi må erkende på baggrund af samtaler med brugerne og på baggrund af at kende til deres virkelighed, at de ikke tager den samme dosis hver dag”* (Projektlederen). Brugere tager nogle gange mere, nogle gange mindre end den ordinerede dosis. En mindre dosis kan fx gøre, at brugeren ikke bliver sløv. En større dosis at brugeren får et sus eller blot har brug for mere den dag for at holde abstinenser væk. Som en del af metadonudleveringen har man på Sydvesten derfor lavet forsøg med en opsparingsordning, en ”kassakreditordning” kaldes den, der giver den enkelte bruger mulighed for at deponere op til 20% af sin dagsdosis og få opsparingen ”udbetalt” fx om fredagen. Får man fx ordineret 100 mg metadon, kan man én dag vælge kun at få udleveret 80 mg og deponere 20 mg. Der er dog visse rammer for ordningen. Fx at brugeren den første gang ”opsparingen” bliver ”udbetalt”, indtager den øgede metadondosis på Sydvesten, og at man højst kan få ”udbetalt” 50% mere end ens dagligt ordinerede metadondosis. Denne grænse er fastlagt af projektets læge. Ligger den på 100 mg, kan man således højst få udbetalt 150 mg af gangen. Inden ordningen træder i kraft for en bruger, skal den ligeledes godkendes af overlægen på VAM. Ordningen startede i december 2002, og i april 2003 var der fire brugere med i ordningen. Alle brugere, der er med i ordningen, får ordineret injicerbart metadon.

Personalet havde forestillet sig, at langt flere ville benytte sig af ordningen, end tilfældet er. Projektlederen fortæller, at det formodentlig har at gøre med, at der skal mindst dobbelt metadondosis til, før en bruger kan mærke en klar forskel. Og dette er ikke muligt i ordningen, idet det ikke anses for lægeligt forsvarligt.

Sydvesten har ligeledes etableret en politik omkring erstatning af mistet metadon. Hvis en bruger har tag-hjem-ordning og mister sin metadon, kan brugeren altid komme på Sydvesten og få en ny dosis. En bruger skal ikke gå med abstinenser, er holdningen i projektet. Den nye metadondosis er dog ikke en foræring. En lille del, fx 5 mg fratrækkes brugerens daglige dosis, indtil det svarer til den bortkomne dosis. Personalets rationale bag denne politik er at undgå, at metadon fra tag-hjem-ordninger bliver solgt, men også at gøre brugeren det klart at det er hans eller hendes ansvar at passe på den udleverede metadon. Erstatning af metadon kan ligeledes medføre, at brugeren over fx en fire ugers periode skal møde op på Sydvesten hver dag eller i alt fald tiere, end brugerens nuværende tag-hjem-ordning giver mulighed for. Hvis en bruger ikke møder op på Sydvesten for at hente sin metadon som aftalt, forsøger personalet at finde vedkommende ved enten at ringe, opsøge ham i hans hjem, eller checke hos politi eller på sygehuset.

2. Sydvestens idegrundlag for behandling

I dette afsnit beskrives, hvordan Sydvesten præsenterer sig selv og den måde, projektet driver behandling på. Vi fokuserer på, hvordan behandlingspraksis og indsatserne italesættes i projektet, da den måde, man omtaler, hvad der foregår i projektet og dermed de ideer, der ligger til grund for behandlingspraksis, er med til at afspejle og begrunde de valgte behandlingsindsatser. Dermed er dog ikke sagt, at idegrundlag er lig med den behandlingspraksis, der foregår i hverdagen. I det følgende vil vi fokusere på forskellige ord og vendinger, der betegner Sydvestens idegrundlag. ”Stabilitet” for brugerne og en ”virkelighedsnær” behandlingsindsats opfattes især som grundlæggende for behandlingen. Idegrundlaget både begrunder og bekræfter den tilgang, som personalet i Sydvesten har til behandlingspraksis.

”Stabilisering”

Formålet med behandlingen er, som det beskrives af projektlederen, at ”stabilisere tilværelsen” for de tungeste stofmisbrugere, ”mindske skade-

virksomheder” som et stofbrug medfører, og at ”skabe positive ændringer” for brugerne (Statusrapport april 2003). Kort sagt at ”øge livskvaliteten” for denne gruppe af ældre misbrugere. Der lægges ikke umiddelbart vægt på stoffrihed i Sydvesten. Behandlingen består således overordnet i, at personalet støtter den enkelte bruger i at opnå stabilitet i tilværelsen, bidrager med vejledning og tilbud, der kan mindske brugerens skader af et stofbrug, og skaber i projektet rammer, der giver mulighed for ændringer i brugerens tilværelse – ændringer der skal opleves som positive af brugeren. Behandlingen tilstræber både at støtte brugerne til et fysisk og et psykosocialt velbefindende. Det psykosociale defineres både som forandring, udvikling og normalisering af den tilstand, den enkelte bruger befinder sig i, og som tilførelse af nye og anderledes oplevelser.

Behandlingen i Sydvesten er tilrettelagt ud fra en grundlæggende ide om at stabilisere brugernes hverdag og få deres dagligdag til at fungere. Begrundelserne for at fokusere på stabilitet i brugerens tilværelse er flere. Stofbrugers hverdag anses generelt for at være præget af strukturløshed og ustabilitet, fx i forhold til få spist ordentligt, stå op om morgenen, opretholde personlig hygiejne osv. En anden begrundelse er, at en stofbrugers liv ofte er præget af det, der foregår her og nu, og at denne holdning ofte ikke fungerer i samfundet, hvor planlægning, tidsbestilling, åbningstider, etc. er et vilkår for, at samfundet fungerer.

”En stofbrugers liv er altid akut og alt skal ske her og nu – betaling af regninger, besøg hos mor, udbetaling af ydelser osv. Men sådan fungerer samfundet ikke. Tværtimod er systemet meget tungt. Så det er for at hjælpe brugerne til at finde ud af, at ting skal planlægges, at det er fornuftigt at tænke en tanke eller to og få taget noget af den der akuthed af dem” (Projektlederen).

Stabilitet i tilværelsen er således at få en hverdag til at fungere for brugerne, der ikke er i modsætning til det almindelige samfund. Stabilisering bliver dermed også normalisering. Stabiliseringen foregår bl.a. ved hjælp af social træning, der kan normalisere brugernes adfærd både i privatsfæren og i deres fremtræden i offentlige sammenhænge. Personalet opfatter sig selv som et spejl på samfundet. De anser det for deres opgave at reagere på den måde, brugerne fremtræder på (fx med sprogbrug, i udseende, overholdelse af aftaler og regler etc.) for dermed at give brugerne et spejl på, hvordan normalsamfundet fungerer. Personalet i Sydvesten definerer sig selv som behandlere og professionelle, som nogen der hjælper, støtter og vejleder. Den rolle, de påtager sig i socialtræningen, er et udtryk for denne op-

fattelse, ligesom den er et udtryk for ønsket om at ”skabe positive ændringer” i brugernes tilværelse.

For det første kommer socialtræningen til udtryk i de forskellige regler, der er i Sydvesten, som brugerne skal overholde. Reglerne er for eksempel, at Sydvesten åbner kl. 8.30. Så selvom personalet møder kl. 8.00 til morgenmøde, må de brugere, der er kommet i god tid, vente til kl. 8.30 med at komme ind. Metadon udleveres udelukkende mellem 8.30 og 11.00, også selvom Sydvesten visse dage har åbent til kl. 14.00. Kommer en bruger for sent, kan han risikere, at han må undvære sin metadon den dag. ”*De strukturer, de lærer hos os, kan de tage med sig ud i samfundet. Banken åbner jo heller ikke fem minutter før, fordi man står og banker på vinduet*” (Projektlederen). Ligeledes er der konsekvenser, hvis brugeren mister sin metadon. Som beskrevet ovenfor koster det en lille del af den daglige metadon, indtil den mistede dosis metadon er ”tilbagebetalt”. Reglerne og ikke mindst overholdelsen af reglerne opfattes som social træning for brugerne i at kunne begå sig i ”det almindelige samfund”. En anden del af stabiliseringen er et princip om, at man skal tale ordentligt til hinanden i Sydvesten.

”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” (Projektlederen)

På samme måde spejler personalet brugernes udseende. De roser det velvalgte og kommenterer det uacceptable. ”*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 da stinker du altså af ged*” (Projektlederen). Begrundelsen for både at spejle brugerne i deres måde at tale på og deres udseende er at gøre dem bevidste om, hvordan andre (kan) reagerer på dem, fx på socialkontoret, i supermarkedet, på biblioteket, osv. Ideen er, at et ordentligt sprogbrug og udseende gør tingene lettere for brugeren, det skaber flere succeser og dermed ”positive ændringer” for brugeren.

Socialtræningen er især foregået i forbindelse med projektets værestedsfunktion, koloniture og andre aktiviteter i og udenfor huset (se nedenfor).

Ejerskab og tillid til projektet

Især værestedsfunktionen (se nedenfor) har Sydvesten lagt meget vægt på at få til at køre og anser det for grundlæggende for hele projektets koncept. Begrundelsen har været dobbelt. For det første har personalet ønsket at skabe et rum, hvor brugerne fik tillid til dem såvel som de fik en følelse af ”ejerskab i forhold til huset”, dvs. en følelse af at Sydvesten også er brugernes sted. Personalets ide har været, at bliver brugerne mødt med tillid, vil de også få tillid til personalet og projektet. Det opfattes bl.a. som et signal på tillid til brugerne, at alle døre i huset i åbningstiderne er ulåste. Derimod er medicin- og journalskabet aflåst. Fri adgang til køleskab, kaffe og andet i køkkenet opfatter personalet som et tilbud til brugerne om at tage ”ejerskab” i projektet. Brugernes tillid til personalet og ”ejerskabsfølelse” i forhold til ”huset” opfattes som alfa omega for muligheden for at opfylde projektets formål, nemlig at skabe stabilitet og positive forandringer for brugeren. Det er personalets overbevisning, at det, at brugerne kommer i og bruger huset, gør, at der bliver skabt mulighed for forandring. For det andet har det været vigtigt, at ovennævnte socialtræning er foregået i et fællesskab, således at brugerne kunne få erfaring med, at ændringer i deres egne holdninger kan skabe forandringer i omgivelsernes syn på og holdninger til dem. Der bliver lagt stor vægt på, at Sydvesten er et ”rart sted at komme” for alle, og at der er ”en god stemning i huset”, især i fællesrummet. For at skabe og opretholde en positiv opfattelse af projektet blandt brugerne griber personalet ind, hvis der er skærmydsler eller mobning brugerne imellem.⁴ Personalet anser det for deres opgave at være med til at sikre, at Sydvesten er et rart sted at komme for alle. Hermed får de en regulerende funktion på samværet i Sydvesten.

Det, at brugerne har tillid til projektet og dets medarbejdere, anses af personalet for grundlaget for at kunne arbejde ”så individuelt som muligt” med den enkelte bruger. Også her er det projektets mål at skabe så meget stabilitet i en brugers tilværelse som muligt. Dette kan være at få orden på en rodet økonomi, få kontakt til evt. børn eller anden familie, få ryddet op i hjemmet, få kontaktet tandlægen, ansøge om pension, komme i arbejde, etc. Det individuelle ligger i, at det er den enkelte brugers ønsker og behov, personalet griber fat i. Også her støtter, hjælper og vejleder personalet bru-

⁴ Personalet accepterer heller ikke ”tørfixeri” – dvs. snak om stoffer – i Sydvesten. Deres begrundelse er, at det stimulerer stoftrang og dermed både kan være generende for andre brugere og fastholde den enkelte bruger i ustabilitet Dette er dog ikke ensbetydende med, at brugerne ikke kan eller må tale om deres sidemisbrug. Dog opfattes snak om sidemisbrug som noget andet og helst som noget, der foregår i et andet forum, som fx individuelle samtaler, end i fællesrummet.

geren. Fx ved at gå med til tandlægen, på pensionskontoret, eller tage med hjem og hjælpe med at rydde op i hjemmet.

Det at tage udgangspunkt i den enkelte bruger anses for at være en del af den brugerinddragelse, som projektet ønsker at fokusere på. Dokumentationen for brugernes indflydelse på egen behandling og strategier i behandlingen kommer til at ligge i handleplanerne. Udarbejdelsen af handleplaner blev påbegyndt i februar 2003 (se nedenfor afsnit 3.) Brugerinddragelse ligger derudover i det månedlige brugermøde og i aktivitetsudvalgene, som beskrevet ovenfor. Man kan sige, at brugerinddragelsen i projektet ligger i den daglige udfoldelse af projektets rammer, men at rammerne for projektet sættes af personalet og de strukturer, de må arbejde under.

Det virkelighedsnære

Der er en generel opfattelse blandt personalet, at projektet og indsatserne er og skal være "så virkelighedsnære som muligt". Der er tre overordnede aspekter af ideen om det virkelighedsnære. Det første aspekt er, at projektet er virkelighedsnært i forhold til brugernes hverdag; det andet aspekt er at få brugerne til at bruge de tilbud og faciliteter, der allerede er i det omgivende samfund; og det tredje er at kunne videreføre projektet efter endt forsøgsperiode. Det virkelighedsnære i forhold til brugernes hverdag kommer bl.a. til udtryk i metadonpolitikken. I erkendelse af at brugerne har forskellige behov i forhold til metadon, at de kan indtage metadon ustabil, at de kan have sidemisbrug, osv. har Sydvesten flere forskellige tilbud og muligheder end i standardbehandlingen, som brugerne kan benytte sig af. Denne politik omkring metadon anses ligeledes for at være med til at skabe stabilitet omkring den enkelte bruger. Personalet er fx klar over, at flere brugere i perioder har for vane af fixe deres miksturmetadon. Dette kan medføre flere forskellige helbredsmæssige skader som årebetændelse, fixeskader, etc. Muligheden for at få ordineret injicerbart metadon anses for at være mindre skadeligt helbredsmæssigt, ligesom det er en måde at komme brugerne i møde på med de ønsker, de måtte have omkring deres behandling. De udvidede muligheder, som Sydvesten har i metadonordinationer i forhold til ordinærbehandlingen, gør ligeledes, at personalet oplever meget lidt snak og diskussion om metadon og dermed har mere tid til at tale om andre emner og områder af brugerens tilværelse. "Så virkelighedsnært som muligt" i forhold til brugernes hverdag er ligeledes at sætte mål for behandlingen, ud fra hvor den enkelte bruger er, og ikke ud fra generelle ideer om forandring og udvikling i behandling.

Det ”virkelighedsnære” ligger for det andet i, at alt ikke skal foregå i Sydvesten, men at brugerne skal lære at benytte de tilbud, der allerede er: fx biblioteket, fitness-centeret, svømmehallen, biografen, aftenskoler, medborgerhus, etc. Sydvesten anser det for deres opgave at hjælpe brugerne med at benytte disse tilbud. En del af aktivitetstilbudene er således at introducere brugerne til disse faciliteter.

Det tredje og sidste aspekt af en virkelighedsnær behandling er, at projektet skal fremtidssikres. Projektlederen ser det som en vigtig opgave, at projektet er levedygtigt også efter endt projektperiode og har mulighed for at blive et tilbud i det etablerede behandlingssystem. Derfor opfattes det som vigtigt, at der i projektperioden selvfølgelig skal laves noget andet end i standardbehandlingen, men ikke på en måde så det allerede nu er sikkert, at det ikke kan videreføres. Et eksempel herpå er åbningstiderne. Der er flere gange i Sydvesten blevet diskuteret, om der skulle være søndagsåbent. Begrundelsen imod er især, at dette ikke vil kunne videreføres pga. dyre lønninger efter endt projektperiode. Et andet eksempel er, at Vestsjællands Amts Misbrugscenter har tradition for at uddanne sine medarbejdere i systemisk teori. Det anses derfor for uhensigtsmæssigt, at personalet i Sydvesten fx begyndte at bruge kursusbudgettet på at uddanne sig i fx en kognitiv retning. Det anses for hensigtsmæssigt, at selve tilgangen til behandling i Sydvesten trækker på de erfaringer og traditioner, der er i Vestsjællands Amts Misbrugscenter. Sydvesten er ikke noget helt andet, men ”mere af det samme”, dvs. udvidet men parallelt til det der findes i standardbehandlingen. Et eksempel på noget af det, som VAM har arbejdet med i flere år som et udviklingsområde, og som er et afsæt for indsatserne i Sydvesten, er brugerinddragelse (se Jöhncke 1999-2000). I VAM er der allerede foregået en proces fra kontrol til brugerorientering i behandlingen. Sydvesten er således, ifølge projektlederen, bygget op omkring de erfaringer, der allerede er gjort i VAM på flere områder. Et andet eksempel er, at dele af forsøgsprojektet er udsprunget af ideer, der allerede lå som mulige udviklingsområder i Vestsjællands Amts Misbrugscenter, herunder det fokus der er på koordinering mellem amt og kommuner i forhold til handleplaner, som diskuteres nedenfor i afsnit 3. Sydvesten forsøger således at forbinde sig med VAM på en måde, hvor den behandling, de laver, er ”mere af det samme”.

Sydvesten arbejder med at få udarbejdet et værdigrundlag for projektet.

3. Koordinering, samarbejde og monitorering

En væsentlig del af formålet med projekt Sydvesten er at få koordineret indsatsen overfor denne gruppe af ”ældre misbrugere”. Allerede i projektbeskrivelsen til Socialministeriet var brugernes handleplaner som redskab til forbedret koordinering af indsatsen udpeget som et vigtigt fokusområde. Vestsjællands Amts Misbrugscenter har som en del af forsøgsprojektet indledt et formelt samarbejde med hhv. Korsør og Skælskør Kommuner med dette for øje. Begge kommuner får tildelt det, der svarer til hhv. én og en halv sagsbehandlerstilling fra forsøgsprojektets budget. Hermed deltager begge kommuner formelt i forsøgsprojektet og har forpligtet sig på et samarbejde omkring § 111 handleplaner. Sydvesten, Vestsjællands Amts Misbrugscenter og de to kommuner har arbejdet intenst på at blive enige om samarbejdsbetingelserne på dette område. § 111 handleplanerne er med Serviceloven blevet lovpligtige at udarbejde, og Vestsjællands Amts Misbrugscenter havde som nævnt allerede fokus på dette som et nyt udviklingsområde.

Sydvesten har organiseret samarbejdet med kommunerne ved at nedsætte en arbejdsgruppe omkring handleplaner og ved at tilbyde sagsbehandlerne uddannelse omkring misbrugsadfærd og stofmisbrugsbehandling. Arbejdsgruppen består både af medarbejdere fra Sydvesten og sagsbehandlere fra de to kommuner, og dens opgave er at udarbejde skabeloner til § 111 handleplaner, som kan bruges af alle de parter, der involveres i en handleplan. Handleplanerne er stadig under udarbejdelse, og kun få brugere i Sydvesten har i maj 2003 fået udarbejdet en individuel handleplan.

Tilbud om uddannelse til sagsbehandlerne (både fra kontanthjælpsafdelingen og pensionsafdelingen) var et krav fra kommunerne, for at disse kunne få større indsigt i de problematikker, der specielt er omkring misbrug og især ”ældre misbrugere”. Uddannelsen er tilrettelagt således, at den både er for medarbejdere i Sydvesten, sagsbehandlerne fra de to kommuner, medarbejderne i Kirkens Korshærs Varmestue, og Rådgivningscenteret i Korsør. Uddannelsen foregår én eftermiddag om måneden i Sydvesten. Kommunerne har valgt, at alle sagsbehandlerne skal deltage, i stedet for at et par stykker blev uddannet til ”misbrugssagsbehandlere”. Den økonomiske kompensation, kommunerne får for at deltage i forsøgsprojektet, bruges til at frikøbe sagsbehandlerne til hhv. at deltage i arbejdsgruppen og i undervisningen. Undervisningen foregår både som oplæg fra Sydvestens medarbejdere, dialogmøder hvor bestemte emner diskuteres og erfaringer udveksles, foredrag ved gæsteforelæsere, etc. Begrundelsen for at lave undervisningen er at få intensiveret samarbejdet, få forbedret kommunikationen

mellem samarbejdspartnerne, opnå indsigt i hinandens hverdag, i de problematikker og dilemmaer hver især kan stå med i forhold til en bruger, etc., for på den måde at få det hele ”*til at glide lettere omkring brugerne*” (Projektlederen). En del af samarbejdet mellem kommunerne og forsøgsprojektet er ligeledes, at en enkelt sagsbehandler kan få supervision omkring håndteringen af en bestemt bruger eller situation af en supervisor fra misbrugscentret.

Projektlederen anser det – som sagt – for utrolig vigtigt, at de initiativer, som forsøgsprojektet sætter i værk, også er levedygtige efter forsøgsprojektets ophør i slutningen af 2004. Dette gælder ligeledes den udviklingsproces, der sker omkring udarbejdelsen af handleplaner samt koordinering og samarbejde mellem misbrugscentret og kommunerne. Samarbejdet med kommunerne forestilles at kunne videreføres efter endt projektperiode, og erfaringer videreføres til andre afdelinger af Vestsjællands Amts Misbrugscenter.

Udover samarbejde med kommunerne har Sydvesten et formelt samarbejde med Kirkens Korshær, der ligeledes på basis af økonomisk støtte fra forsøgsprojektets budget, forpligter sig til en bestemt indsats. Dette formelle samarbejde er i maj 2003 endnu ikke kommet i gang – ud over at de to ansatte medarbejdere i Kirkens Korshærs Varmestue i Korsør deltager i uddannelsen – primært pga. lederskifte, samt at ansættelsen af en ekstra medarbejder i forbindelse med forsøgsprojektet to gange gik i vasken.

Institutioner som psykiatrien, kriminalforsorgen, praktiserende læger, arbejdsformidling, a-kasse, etc. tager Sydvesten kontakt til og opretter et samarbejde med, hvis en enkelt bruger har behov for det.

Der foregår ikke nogen form for monitorering i projektet.

4. Indsatsområder

De kerneydelser, som Sydvesten tilbyder brugerne, er både forskellige former for psykosocial støtte og oplevelsesorienterede aktiviteter. Indsatsområderne er hhv. tilrettelagt som indsatser over for den enkelte bruger eller overfor gruppen af brugere.

Indsatser overfor gruppen af brugere

Indsatserne overfor gruppen af brugere er et værested, forskellige former for aktiviteter i og udenfor huset, Sydvestens koloniture og brugermøder-

ne. Den indsats overfor gruppen af brugere, som Sydvesten har brugt flest ressourcer på at få op at stå og til at fungere, er værestedsfunktionen. Det at etablere rammer, hvor brugerne kan opholde sig og kan lide at være, opfattes af personalet som springbrættet til forskellige former for behandlingsindsatser, som beskrevet ovenfor.

”Etableringen af værestedsdelen har været et ønske om at skabe kontakt og skabe et sted, hvor man kan opholde sig mere end fem minutter. Og det tror jeg har været en nødvendig del, for uden den var brugerne smuttet igen, så havde der ikke været noget tilbud, de kunne få øje på. Det har vi brugt det første år på”. (Projektlederen)

Det store lokale i stuen i Sydvesten er indrettet til, at brugerne hver dag i åbningstiden kan være i projektet. Der er altid to medarbejdere til stede i åbningstiden, og brugerne kan sidde og snakke, læse avis, bruge computere, se tv eller video, og om morgenen få deres morgenmad. Hver dag er der tilbud om morgenmad, der forberedes af medarbejderne og arrangeres som en buffet i fællesrummet med cornflakes, yoghurt, franskbrød, pålæg, ost, pålægschokolade, marmelade og te, kaffe og juice. Derudover kan brugerne selv forsyne sig i køleskabet i køkkenet, og hver dag står der frugt på bordet. Morgenbuffeten står fremme indtil kl. 11.00. Tirsdag – hvor der er åbent til kl. 14.00 – har brugerne mulighed for at købe ind og lave frokost – de ansatte hjælper gerne, men gør ikke arbejdet for dem. Når maden er lavet, dækkes bordet med servietter, og brugere og medarbejdere spiser sammen. Begrundelsen for at tilbyde morgenmad hver dag og frokost én gang om ugen er, at flere af brugerne er i en ernæringsmæssig dårlig tilstand. Enkelte brugere, der har særligt behov for det, får tilbudt proteindrik. En del af værestedet er også at fejre højtider som jul, påske, fødselsdage, etc. Tilbud om morgenmad har ligeledes været en måde at få brugerne til at bruge mere tid i projektet end blot at hente metadon.

Indsatsen overfor gruppen af brugere:

- Værested
- Frokosttilbud
- Koloni
- En-dags-ture
- Fitness
- Maleri
- Brugermøder

Andre gruppetilbud, som Sydvesten har etableret, er aktivitetsdagen om torsdagen, hvor projektet ofte rykker ud af huset, og lukketidspunktet derfor varierer alt efter behov. Eksempelvis tager man i biografen, på museum, på skovtur eller til fodboldkamp – afhængigt af hvad brugerne har af ønsker. Sydvesten har en bus til ni personer, som kan bruges bl.a. til at køre til bestemte aktiviteter. Ønskerne fremsættes i brugerrådet og forberedes i aktivitetsudvalget (se ovenfor). Fra april 2003 tilbydes brugerne også at komme i fitness-center i Skælskør hver torsdag formiddag. Om mandagen kan brugerne blive i Sydvesten til kl. 14.00, såfremt de sætter en aktivitet i gang, som fx maleri, bolche-lavning, læderarbejde, etc.

Derudover har Sydvesten i perioden indtil maj 2003 været på koloni tre gange med otte-ti brugere af gangen.

Både værestedsfunktionen, aktivitetstilbudene, brugermøderne og kolonierne er frivillige for brugerne at deltage i.

Individuelt rettede indsatser

Individuelt rettede indsatser er især udarbejdelse af § 111 handleplaner og Sydvestens fortolkning af en støttekontaktperson ordning.

I Sydvesten kan kontaktpersonen støtte, hjælpe og vejlede brugeren med det, som er vigtigt for brugeren. Det er ideen, at kontaktpersonen kan hjælpe og støtte med alt, hvad den enkelte bruger står med. Noget ordnes fra Sydvesten, fx telefonopringninger, lave ansøgninger om pension, få styr på økonomien, etc., men kræver en bruger støtte til fx at gå til læge, tandlæge, hjælp til at flytte, til at få ryddet op i hjemmet, møde på kontanthjælpskontoret, få købt en togbillet for at kunne besøge familien, osv. så deltager og hjælper kontaktpersonen med dette. Denne mulighed for at støtte brugeren udenfor behandlingsinstitutionens fire vægge er udvidet i forhold til standardbehandlingen. Kontaktpersonerne har besøgt alle brugerne i deres hjem, enkelte brugere har de kontinuerlige hjemmebesøg hos. Derudover holder Sydvestens medarbejdere en fortsat kontakt med de enkelte brugere, der enten er indlagt på hospital, i fængsel, på højskole eller i stoffri døgnbehandling.

”En kontaktperson er jo meget det at være den, der rent fysisk hjælper med at få tingene til at ske og støtter. Det er jo meget egenomsorgsprincipper og jeg-støttende foranstaltninger, som man også kender fra psykiatrien. At være den som bakker op og hjælper til, skubber lidt på, og nogen gange tager fat”. (Projektlederen)

Sydvestens bus bruges til al den udgående aktivitet, der er for kontaktpersonerne med brugerne. Meget af det, kontaktpersonerne støtter brugerne med, er ad hoc. Brugere dukker op med ønske om hjælp eller støtte, og så træder kontaktpersonerne til, så vidt muligt. Kontaktpersonerne tilbyder også brugerne individuelle samtaler. Disse samtaler har forskellig karakter. Dels er det en mulighed for ad hoc, at bruger og kontaktperson taler om behandling, handleplaner og brugerens daglige liv. Dels planlægges af og til deciderede behandlingssamtaler med aktuelle temaer, der mere får en terapeutisk karakter. Kontaktpersonen foreslår ofte disse samtaler, evt. med støtte fra supervisoren.

Individuelt rettede indsats:

- Kontaktpersonfunktion – i og udenfor Sydvesten
- Individuelle samtaler
- § 111 handleplaner

Udarbejdelse af § 111 handleplaner er kun sket for få brugere og er et område, som Sydvesten ønsker at fokusere på i den følgende projektperiode (se ovenfor 3)

5. Afrunding

Sydvesten har etableret en udvidet indsats i metadonbehandlingen på flere områder. Dels er der den lave personale/klient-ratio på 1:5½. Dels er der den metadonudlevering og -politik, der foregår i projektet. Mulighederne for intravenøs metadon og i det hele taget at kunne vælge, hvordan man som bruger gerne vil have sin metadon, er en udvidet indsats. Sydvesten har fokus på andre områder af brugernes liv frem for metadonordinationen. Sydvesten har ligeledes med lægekonsulenten et udvidet tilbud om lægelig bistand. Dels er samarbejdet med kommunerne omkring handleplanerne en udvidet indsats, især samarbejdet med koordineringen af forskellige indsats overfor den enkelte bruger. Alle indsatsene over for gruppen af brugere er en udvidet indsats, det gælder både værestedsfunktionen og de oplevelsesorienterede aktiviteter. Sidst er den generelle brugerfokusering, der ligger i Sydvestens behandlingsgrundlag, en udvidet indsats.

6. Forandringer fra maj – oktober 2003 i Sydvesten

Siden Center for Rusmiddelforskning i maj 2003 sluttede dataindsamlingen til nærværende rapport, er der i alle projekterne sket store som små forandringer. I dette sidste afsnit giver vi ordet til projektlederen. Understående ajourføring er således udelukkende vedkommendes betragtninger.

Perioden mellem maj 2003 og oktober 2003 i Sydvesten har båret præg af en mere individuel indsats. Hvor vi det første års tid havde meget fokus på brugerne som gruppe og lagde energi i at skabe et fælles rum med tryghed, respekt og ligeværdighed som grundelementer, har vi de sidste måneder haft individet i centrum.

Arbejdet i Projekt Sydvesten har været centreret omkring at udforme og implementere § 111 handleplaner med Korsør og Skælskør. Ideen har fra starten været at udarbejde et arbejdsredskab, der kan fungere både på kommunen, i Sydvesten og for brugerne. Målet var ”en bruger – en handleplan”. Det har fra starten været vigtigt for styregruppen, at handleplanerne blev et fælles produkt, som alle – sagsbehandlere, kontaktpersoner og brugere – kunne tage ejerskab og ansvar for. Sideløbende med, at behandlerne og brugerne gik i gang med at udforme de individuelle handleplaner, arbejdede behandlerne med en løbende evaluering af handleplanen som arbejdsredskab så vel som den faglige proces i arbejdet med dette.

Det har resulteret i en meget spændende og arbejdsom sommer. 19 ud af Sydvestens 27 brugere har fået udarbejdet en handleplan. Af de resterende otte brugere er der tre brugere, der bor i kommuner, der ikke deltager i handleplansprojektet, én bruger er i terminalpleje, og de sidste fire brugere mangler at få udarbejdet en handleplan. Vi har i handleplanerne forsøgt at lægge fokus på brugernes ressourcer samt egne ønsker for eget liv. Det har været helt utroligt så meget energi, der er kommet ud af arbejdet med disse handleplaner! Både hos brugerne og hos personalet.

Handleplanerne har resulteret i, at to brugere er kommet på højskole, to brugere er kommet i jobtræning, én bruger i fast lønarbejde, én bruger er blevet frivillig hjælper på et ældrecenter, to brugere har udført en gammel drøm om at flytte i et lille hus på landet, én bruger er startet på HF, to brugere har fået ny bolig. Det fokus, den enkelte bruger har fået på egne ønsker om forandring i udarbejdelsen af handleplanerne, og den proces, der sker, når ændringerne begynder at vise sig, har en helt utrolig ”sneboldseffekt”. Det er tydeligt, at de forskellige tiltag, der sker for den enkelte bruger, får andre brugere til at se nye muligheder, og dermed iværksættes

ønsker om forandring i eget liv. På den måde bliver brugerne rollemodeller og inspirationskilde for hinanden.

Vi har fra starten haft en forestilling om, at projektet skulle udvikle sig i tre overordnede faser. I første fase fokuserede vi på at bygge huset op, skabe fællesskab og bygge netværk. I anden fase – der hvor fundamentet er lagt, og tryghed og tillid etableret – sætter vi den enkelte bruger og dennes behandling i centrum. Tredje og sidste fase, forestiller vi os, skal handle om fremtiden. Hvordan får vi brugerne forankret i de eksisterende tilbud i nærmiljøet. Vi er derfor allerede nu begyndt at tænke på fremtiden: Hvordan lander vi dette projekt? Hvordan fremtidssikrer vi vores behandlingstilbud?

7. Kilder

Interview og deltagerobservationer:

Interview med projektlederen af Sydvesten d. 2. april 2003.

Interview med medarbejdere på Sydvesten i efteråret 2002.

Observationer foretaget i Sydvesten af medarbejdere ved Center for Rusmiddelforskning.

Skriftligt materiale:

Statusrapport for Projekt Sydvesten april 2003.

Statusrapport for Projekt Sydvesten november 2002.

Årsredegørelse fra Vestsjællands Amts Misbrugscenter, 2002.

Anden litteratur:

Jöhncke, Steffen (1999-2000). *Rapport for kvalitativ interviewundersøgelse med brugere i ambulans stofmisbrugsbehandling og med særligt henblik på brugerinddragelse*. Misbrugscenteret Vestsjællands Amt.

Pedersen, Rikke (2002). *Projekt brugerinddragelse og udvikling – en af-rapportering*. København: Dyveke Ambulatoriet.

**Silkeborg: Subprojektet
Søndergade 20B
8600 Silkeborg**

Projektet åbnede for brugere i februar 2002.

1. Projektets rammer

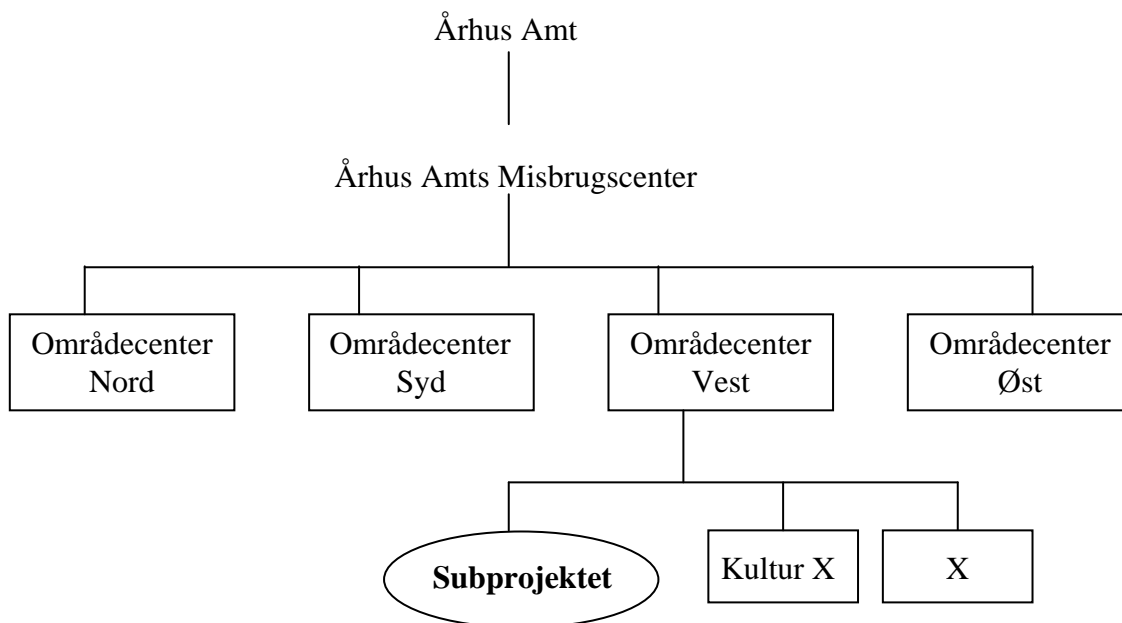
Substitutionsforsøgsprojektet i Århus Amt ligger i Silkeborg og kaldes til dagligt for Subprojektet. I det følgende beskrives projektets rammer. Dette indbefatter projektets organisering i forhold til amtets misbrugsbehandling, personalesammensætning og de ansattes arbejdsfunktioner, en beskrivelse af brugerne og en beskrivelse af metadonudleveringen og -politikken i projektet.

Projektets organisering i forhold til amtets misbrugsbehandling

Subprojektet er en del af Århus Amts Misbrugscenter (ÅAM). ÅAM er opdelt i fire afdelinger: Områdecenter Nord i Randers, Områdecenter Øst i Rønne, Områdecenter Syd i Århus, og Områdecenter Vest i Silkeborg (se Info om Århus Amts Misbrugscenter 2001). Hvert område har tilbud om metadonbehandling foruden forskellige andre tiltag overfor specifikke misbrugsgrupper. I Område Vest, hvor Subprojektet hører til, er der fx Projekt Kultur-X og Halvvejshuset. I Silkeborg ligger den psykosociale del af metadonbehandlingen i Områdecenter Vest. Metadonudleveringen foregår fra Metadonklinikken. Metadonudlevering og de psykosociale behandlingstilbud er således adskilte.

Projektlederen for Subprojektet refererer til afdelingslederen i Områdecenter Vest. Projektets medarbejdere holder ca. en gang hver anden uge møde med afdelingslederen. De ansatte i Subprojektet deltager i de månedlige personalemøder i Områdecenter Vest, hvor alle ansatte i de forskellige projekter, der ligger under Område Vest, også deltager. Hver tredje måned er der styregruppemøder med deltagelse af lederen af ÅAM, lederen af ÅAM områdecenter Vest, kommunen, samt en amtslig repræsentant.

Figur 2. Organisationsplan



Personale

Der er i maj 2003 tre medarbejdere ansat ved Subprojektet. Det er projektlederen, en pædagog og en sygeplejerske. Derudover kommer der en frivillig medarbejder i projektet ca. en gang om ugen.

Tabel 4. Personalesammensætning (maj 2003)

Ansatte	Ugentligt timetal
Projektleder (teolog)	37
Pædagog	37
Sygeplejerske	20

Siden projektets start har der været udskiftning i personalegruppen. En ny projektleder kom til i september 2002, hvor den tidligere projektleder valgte at skifte job. Den nye projektleder blev den daværende projektmedarbejder, og samtidig blev der således ansat en ny projektmedarbejder.

Den nuværende projektleder, der er uddannet teolog, har erfaring med marginaliserede grupper, herunder stofmisbrugere, fra tidligere ansættelser. Projektmedarbejderen, der er pædagog, har erfaring med alkoholmisbrugere fra tidligere ansættelser. Sygeplejersken har erfaring fra psykiatrien.

De ansattes arbejdsopgaver er delvist fagligt begrundede. Sygeplejersken varetager den medicinske og helbredsmæssige del af Subprojektets tilbud til brugerne. Hun udleverer metadon til brugerne, enten i Subprojektet eller på Metadonklinikken. Arbejdstiden bruges primært i åbningstiderne i Metadonklinikken foruden ca. tre timer om ugen, som hun bruger i Subprojektet. Projektlederen tager sig af administrative opgaver, møder med ÅAM og lignende. Derudover er han kontaktperson for fem brugere. Pædagogen er kontaktperson for seks brugere. Udover kontaktpersonopgaverne er projektlederen og pædagogen til stede enten alene eller sammen i Subprojektets åbningstider. Projektet er præget af, at der kun er to faste medarbejdere, eftersom sygeplejersken primært er i Metadonklinikken. Ofte er den ene alene på arbejde, idet afspadseringer, ferie, sygdom, samt aftaler med en bruger ud af huset ofte forhindrer, at de kan være to til stede.

Kontaktpersonens arbejdsopgaver består i at have individuelle samtaler med brugerne, gennemføre hjemmebesøg (se nedenfor om ”hjemme-hos”-modellen), hjælpe med praktiske gøremål ude af huset, samt støtte brugerne i alle typer af kontakt til offentlige instanser, familie, etc. Kontaktpersonen skriver ligeledes den socialfaglige journal på brugerne. Journaler på de indskrevne i Subprojektet ligger på ÅAM Områdecenter Vest. Journalskrivningen kan ikke foregå umiddelbart efter en samtale, idet det ikke er muligt for kontaktpersonerne at forlade Subprojektet efter hver klientkontakt for at ajourføre journaler andetsteds i byen. Journalskrivningen foregår ca. en gang om måneden, hvor de ansatte afsætter tid til dette i Områdecenter Vest. Denne ordning opleves af de ansatte som vanskelig.⁵

I foråret 2003 er en tidligere rengøringsvikar på Subprojektet startet som frivillig; hun skal lave mad samt hjælpe brugerne med praktiske ting.

Tabel 5. Subprojektets åbningstider for brugere (maj 2003)

Mandag	10.00 – 15.00
Tirsdag	Lukket
Onsdag	10.00 – 15.00
Torsdag	10.00 – 15.00
Fredag	10.00 – 13.00
Første søndag i måneden ⁶	10.00 – 15.00

⁵ Pr. 1. august er journalsystemet blevet lagt ind i Subprojektet.

⁶ Tidligere har der været åbent hver søndag, men det var for ressourcekrævende i forhold til fremmøde.

De to medarbejdere bruger tiden om morgenen fra kl. 8.00 til kl. 10.00 på en slags internt personalemøde. Her planlægger de dagen, taler om brugere, etc. Efter lukketid bruges ligeledes tid på at ”afslutte dagen”, som projektlederen kalder det.

En gang om måneden får de to medarbejdere supervision hos en fast ekstern psykolog. Herudover har projektlederen og projektmedarbejderen det sidste halve år haft yderligere supervision en gang om måneden hos en anden ekstern supervisor.

Projektlederen har deltaget i en etårig efteruddannelse i misbrugsbehandling.⁷ Projektlederen har endvidere ved projektstart deltaget i et to-dages kursus i empowerment på den Social Højskole i Århus. Begge ansatte har været på kurser i kognitiv terapi på Kognitiv Terapi Center i Århus.⁸ Der er hvert år afsat midler på Subprojektets budget til personaleuddannelse.

Brugerne

Subprojektet er normeret til 10-12 brugere. Der er i maj 2003 indskrevet 11 brugere mellem 38 og 54 år, ni mænd og to kvinder. Alle brugere er i dag på pension. Seks brugere kommer regelmæssigt i Subprojektets lokaler, mens de resterende fem er tilknyttet projektets ”hjemme-hos”-ordning (se nedenfor).

Målgruppen for projektet er ”de tungest belastede brugere”, der defineres som de brugere i ÅAM Vest, der scorede højest i problemomfang på parametrene i Århus Amts Misbrugscenters Oplysningsskema⁹. På baggrund heraf blev en gruppe udvalgt, som fik tilbud om at deltage i det nye substitutionsforsøgsprojekt.

I Subprojektet er der principielt et ugentligt brugermøde, hvor man kan diskutere dagligdagen i Subprojektet, forskellige aktiviteter, udflugtsmål, osv. Ambitionerne om brugerinddragelse har dog været svære at føre ud i livet. Brugermøderne om fredagen fungerer reelt ikke, og beslutninger og forslag foregår mere ad hoc. Som projektlederen udtrykker det:

⁷ Den Sociale Misbrugsuddannelse udbudt af Århus Amts Misbrugscenter. Undervisningsforløbet fordeles på 30 dage i løbet af et år, bygget op af moduler af tre-fem dages varighed, med efterfølgende supervision. Se endvidere www.aaam.dk

⁸ Uddannelsen hedder Kognitiv terapi ved Misbrug og er på 130 timer.

⁹ Parametrene er parallelle med EuropASI-skemaet og er: helbred, uddannelse, og beskæftigelse, misbrug, kriminalitet, familiehistorie og opvækstforhold, familiemæssige og sociale relationer samt psykiatrisk status.

”Ting opstår omkring bordet, og så griber vi fat i dem og får en diskussion om det. Hvis vi [de ansatte] kommer og har planlagt noget på forhånd, så stejler de. Men hvis det opstår, så er det okay”.
(Projektlederen).

Brugermøderne bliver i Subprojektet således i realiteten mere til diskussioner og samtaler i hverdagen ud fra – ofte spontane – initiativer og udspil fra brugerne.

En gang om måneden skriver de ansatte på Subprojektet et nyhedsbrev til deres brugere, hvor de på ca. én side informerer om praktiske ting.

En beskrivelse af brugerne ud fra de data, som Center for Rusmiddelforskning har indhentet om brugerne i Subprojektet, kan ses i DEL II: *Afhængigt misbrug af heroin – om metadon-modtagere i Metadonprojektet.*

Projektets lokaler

Projektet har til huse i Silkeborg centrum i et ældre byhus. Samme sted ligger også Kultur-X, et værested for stofmisbrugere. I stueetagen ligger projektets kontor, hvor der også opbevares metadon. Etagen rummer derudover et lokale med forskellige hobby-faciliteter: mørkekammer, høvlebænk, keramikovn, cykelværksted, malerværksted, samt bord og udstyr til læderarbejde. Faciliteterne deles med Kultur-X. På første sal er der et tv/video rum, et toilet med bad til brugerne, et computerrum med fire pc'er tilkoblet internettet og et køkken/alrum med et stort spisebord. Her tilbringer brugerne størstedelen af den tid, de er i projektet. Herudover råder Subprojektet over en bil.

Metadonudlevering og -politik i projektet

Brugerne i projektet vælger, om de vil have metadon udleveret på Metadonklinikken, i Subprojektet eller på apoteket. Fem brugere har valgt at få deres metadon udleveret i Subprojektet, mens metadonudleveringen for de resterende på alle måder er uændret i forhold til før, de blev indskrevet i projektet. Fire henter deres metadon i Metadonklinikken, og to på et apotek i byen.

”Vi var klar over, at folk var godt tilfredse med de ordninger, der var i forvejen, og så var der jo ingen grund til at gå ind og sige, at nu skal de komme i Subprojektet og få det udleveret. Man kan sige, at det kunne have haft den positive effekt, at så havde vi haft alle folk i løbet af ugen herovre. Men hvis det så opleves af brugerne

som ufrivilligt at komme her, så mente vi, at det var meningsløst”.
(Projektlederen).

Frivilligheden for brugerne i forhold til, hvor de gerne vil hente deres metadon vægtes således højt i projektet. Med de ordninger der er, opleves det af de ansatte i projektet, at metadonudleveringen spiller en forholdsvis lille rolle i Subprojektets hverdag.

Otte brugere får udleveret metadonmikstur, mens tre får metadon i tabletform. Metadonudleveringen følger de retningslinier, der ligger i Århus Amt på dette område. Det ligger således ikke i forsøgsprojektets koncept at afprøve forskellige alternative former for metadonudlevering.

2. Subprojektets idegrundlag for behandling

I dette afsnit beskrives, hvordan Subprojektet præsenterer sig selv, og den måde projektet driver behandling på. Vi fokuserer på, hvordan behandlingspraksis og indsatserne italesættes i projektet, da den måde, man omtaler, hvad der foregår i projektet og dermed de ideer, der ligger til grund for behandlingspraksis, er med til at afspejle og begrunde de valgte behandlingsindsatser. Dermed er dog ikke sagt, at idegrundlag er lig med den behandlingspraksis, der foregår i hverdagen.

I det følgende vil vi fokusere på forskellige temaer, der betegner Subprojektets idegrundlag. Tre delvist overlappende temaer er centrale: tillid, empowerment og skadesreduktion.

Tillid

På Subprojektet ses tillid som alfa og omega i forhold til at skabe en konstruktiv og brugbar relation mellem behandlere og brugere og dermed grundlag for, at behandlernes arbejde kan bære frugt. Ønsket om at opbygge tillidsrelationer til brugerne afspejles i flere af de ansattes handlinger og ideer. Tilgængelighed er en af dem. Projektlederen har fx valgt altid at have sin mobiltelefon tændt, så brugere kan få fat på ham døgnet rundt. Det at støtte brugerne med at få gennemført forskellige ting (tandlægebesøg, oprydning i hjemmet, etc.) er en anden. Også bevidst unndladelser af at kontrollere brugernes metadonindtag anses for tillidsskabende af personalet, ligesom fortolkningen af brugerinddragelse, nemlig at det, der sker i projektet, sker på brugernes egne opfordringer, anses som et udtryk for tillid. Brugere presses ikke til noget, de ikke har lyst. Sidst har personalet et ønske om at skrive journaler sammen med brugerne – om end det ikke kan lade sig

gøre praktisk p.t. – for at de ikke skal stå med oplevelsen af, at der foregår noget bag deres ryg. Projektets fokus på tillid er et bevidst forsøg på at etablere sig som anderledes end standardbehandlingen. De ansatte mener, at mange stofbrugere har dårlige erfaringer med ”systemet”, og at brugerne her ofte er blevet mødt med mistillid, krav brugerne ikke kunne honorere, samt manglende forståelse for den enkeltes behov og ønsker. Opbygning af tillidsrelationer til brugerne anses således i forsøgsprojektet for at være mere og anderledes, end det standardbehandlingen tilbyder. De ansatte på Subprojektet understreger, at det har taget lang tid at opbygge et tillidsforhold til deres brugere, meget længere tid end de havde forestillet sig. Derfor har det også været det primære område, som projektet i starten fokuserede på. Og de mener selv, at dette mål efterhånden er nået i de fleste tilfælde.

”Man må sige, at brugerne har stor tillid til os. Vi har fået så meget tillid, at de ikke ser os så meget som et system, men ser os som personer. Så de tør godt sige de ting, de egentlig ikke burde sige til et system.... Vi gør også alt for ikke at være systemet og være så lidt synlige som system som muligt”. (Projektlederen)

Projektlederen fortæller i forlængelse heraf, at de som ansatte ønsker at se sig selv som kammerater eller professionelle venner til de indskrevne, mere end behandlere. Ligesom den hjælp og støtte, de giver til brugerne som kontaktpersoner, gerne skulle minde om vennetjenester.

Forsøget på at opbygge tillidsrelationer og dermed adskille sig tydeligt fra ”systemet” sker endvidere ved, at de ansatte ”tager deres tavshedspligt meget alvorligt”, som projektlederen udtrykker det. Med mindre det drejer sig om alvorlige lovovertrædelser, kan brugerne fortælle behandlerne hvad som helst, uden at det får konsekvenser for deres indskrivning i metadonbehandling.

Udover at være et redskab til at kunne behandle, bliver oparbejdelsen af tillid undertiden et mål i selv, med indbyggede forventninger om følgende forbedringer af den enkelte brugers situation.

Empowerment

Empowerment er et andet centralt tema i Subprojektets selvforståelse. Opfattelsen i projektet er, at brugerne ikke skal mødes med en række forventninger eller krav, som de har svært ved at leve op til. Derimod er det vigtigt, at de i høj grad selv definerer behandlingsmål og inddrages i så mange

beslutningsprocesser som muligt. De ansatte arbejder ud fra idéen om, at hvis brugerne får tid og rum, vil der automatisk udspringe initiativer fra dem. Frivillighed spiller en central rolle i projektet; det er brugerne selv, der skal definere indsatsområder for egen behandling. Stedet og personalet kan sætte rammer, tilbyde hjælp og støtte, og de kan indirekte opfordre den enkelte bruger til at fokusere på visse aspekter af sit liv, men initiativet til forandring skal komme fra brugeren selv. For eksempel er de tiltag, der gøres for den enkelte bruger (oprydning i hjemmet, tandlægebesøg, etc.) baseret på et ønske fra brugeren, ikke et krav fra projektet. Derudover er alle udflugter foretaget i projektet noget, én eller flere brugere har foreslået. Projektlederen fremhæver ligeledes den fælles planlægning af udenlandsrejse i november 2002 med fem brugere som et eksempel på udførelse af empowerment tankegangen i praksis. Empowerment bliver således parallel med idéer om brugerinddragelse eller brugerorientering i behandlingen.

De ansatte i Subprojektet er samtidig klar over konsekvenserne af en sådan pædagogik. Fx kan man opleve, at lokalerne, som tilbyder hobbyaktiviteter – eller for den sags skyld tv-rummet –, står ubenyttede hen, fordi brugerne ikke tager initiativ til at benytte dem. Tager brugerne ikke initiativ, sker der ikke noget specielt i projektet. Dette er ligeledes en holdning, der er baseret på de ansattes erfaring med at tage initiativ, fx med at lave daghøjskolelige tiltag:

”Når man siger højskole, så hører brugerne kun skole. De kan ikke li’ skole. Så de gange, hvor jeg har sagt, at vi skal lave en højskole, så stejler de. Grundlæggende skulle højskolen være social færdighedstræning. I den ideelle udgave var det brugerne, der skulle komme med nogle forslag. Fx metadon, vi tager en uge, hvor vi henter nogle folk udefra, som ved en masse om metadon, som kommer ind og forklarer om det, og så kan brugerne stille spørgsmål. En anden uge kunne det være terrorisme, hvor vi så henter nogle folk ind, der kan undervise om det. Men det har ikke kunnet lade sig gøre endnu”. (Projektlederen)

De ansatte har fx også forsøgt at arrangere temadage, tilbud om lysbilledforedrag og opstarte edb-kurser, men opbakningen har været minimal. De ansatte vurderer selv, at de har været for ambitiøse. De oplever brugerne så ”svage”, at det primære behandlararbejde skal bestå i at snakke og hjælpe med praktiske ting, så mere strukturerede aktiviteter komme senere, dvs. når og hvis brugerne tager initiativ.

Ud fra samme tankegang er der ikke opsat nogen regler for samvær i projektet. Der er som grundregel, at man ”skal opføre sig ordentligt”, men ellers henviser projektlederen til, at brugerne selv har defineret og ophængt en regel om, at handel og brug af stoffer er forbudt i projektet. Dette opleves ligeledes af de ansatte som et eksempel på empowerment i praksis. Reglen kontrolleres ikke af de ansatte. De vil ikke, som de kalder det, ”lege politi og røvere” med brugerne. Men hvis de opdager fx blod på brugertoi-lettet, der indikerer, at en bruger har injiceret, tager de en snak med brugerne om den regel, de selv har opstillet.

Den uddannelse i kognitiv terapi, som to af de ansatte i Subprojektet har deltaget i, mener de harmonerer godt med empowerment tankegangen, fordi den har fokus på brugerens egen definition af problemfelter og dermed aktivt inddrager den enkelte bruger i behandlingen. De har dog fundet det problematisk at inddrage terapi-formen i den strukturerede form i behandlingsarbejdet, da de oplever, at brugerne ikke mestrer den skriftlige form som den kognitive terapi baseres på. Men grundtankerne i den kognitive terapi har de ansatte søgt at indarbejde i deres individuelle samtaler med brugerne og især i arbejdet med ”problemlister” (se nedenfor).

Skadesreduktion

Skadesreduktion er det tredje centrale tema, som de ansatte i Subprojektet arbejder ud fra i behandlingen. Projektet arbejder ikke ud fra en idé om stoffrihed for dets brugere, men ud fra idéen om at forskellige indsatser kan mindske skaderne af et stofbrug. De ansatte fokuserer først og fremmest på de aspekter ved en brugers liv, der ikke har direkte med misbruget at gøre.

”Harm reduction [skadesreduktion], ja, det er jo et dejligt begreb. Det er jo lige meget, hvad man gør, så er det harm reduction, stort set. Man kan sige, at det vi fokuserer på, det er tingene udenom misbruget. Selve misbruget har vi ikke nogen intentioner om, at vi kan stoppe, men vi har et håb om, at hvis vi får ryddet op i deres hjem, ryddet op i deres økonomi, ryddet op i deres helbredsmæssige problemer, at det så ad den vej virker ind i hvert fald på deres sidemisbrug, så det bliver mindre. Jamen det [skadesreduktion] er vel egentlig det, der er vores grundlæggende filosofi”. (Projektlederen)

Skadesreduktion er således grundtanken i alle de indsatser, som Subprojektet fokuserer på. Skadesreduktion har ikke været et eksplicit fokus i projektet fra starten, men er blevet det med projektlederskiftet i september 2002.

Det hænger ligeledes sammen med den misbrugsuddannelse som projektlederen har gennemgået, hvor et af temaerne har været skadesreduktion, og denne tilgang i misbrugsbehandling dermed er blevet mere klart formuleret for projektlederen. Uddannelsen har ikke direkte forandret stedets arbejds-måde, men givet et nyt fælles sprog, de ansatte kan begrebsliggøre deres arbejde med. Projektlederen mener derudover, at arbejdet med så ”tunge” brugere ikke kan have andre mål end at være skadesreducerende.

3. Koordinering, samarbejde, monitorering

Subprojektets nærmeste samarbejdspartner er Kultur-X, et aktivitetstilbud for stofmisbrugere. Kultur-X og Subprojektet har som nævnt til huse i samme ejendom. I løbet af oktober 2002 intensiverede de to projekter deres samarbejde. Det er primært værestedsfunktionen, som Kultur-X og Subprojektet samarbejder omkring (se nedenfor), men også aktiviteter ud af huset, som udflugter, foretages nu sammen med Kultur-X.

Det intensiverede samarbejde er ifølge de ansatte gavnligt for de to projekters brugere. Før det intensiverede samarbejde begyndte, kunne brugerne i Subprojektet benytte sig af alle faciliteter i huset, mens brugerne i Kultur-X ikke kunne komme i Subprojektets lokaler på første etage. Dette afstedkom ifølge projektlederen en del konflikter de to brugergrupper imellem, der med det intensiverede samarbejde er blevet løst. De to projekter er begge små projekter med få ansatte. De ansatte i Subprojektet oplever det således som fagligt inspirerende, at de både kan dele konkrete problemer i hverdagen, men også diskutere mere overordnede principper for behandling ved at samarbejde om bestemte funktioner, der ligger i begge projekter.

De ansatte i Subprojektet havde forventet, at det intensiverede samarbejde ville give et personalemæssigt løft, ved at de to projekter kunne dele opgaverne omkring værestedsfunktionen. Det modsatte har dog været tilfældet, idet kun én har været ansat i Kultur-X siden november 2002 (pr. 12/4 har der være to ansatte). De fælles opgaver, der ligger i det at dele værestedsfunktion i de to projekter, har gjort, at de ansatte i Subprojektet bl.a. ikke har været i stand til at rette aktiviteter ud af huset i samme omfang som før. De ansatte i Subprojektet oplever det endvidere som vanskeligt at skelne tydeligt mellem den tid, de bruger på de indskrevne i de to projekter.

Kirkens Korshær, som driver et værested i Silkeborg, har Subprojektet et sporadisk samarbejde med. Det består bl.a. i, at projektlederen har bedt medarbejderne på Kirkens Korshær formidle eventuel kritik, der skulle

komme fra Subprojektets brugere, for at de ansatte dermed kunne forbedre projektets tilbud. De to steder er endvidere i telefonisk kontakt, hvis Subprojektet fx har mistet kontakten til en bruger, eller de koordinerer deres indsats i forbindelse med højtider.

Institutioner som psykiatrien, kriminalforsorgen, praktiserende læger, kommunale sagsbehandlere, osv. tager Subprojektets ansatte kontakt til og opretter et samarbejde med, hvis indsatsen over for en enkelt bruger kræver det.

Der foregår ikke nogen form for monitorering i projektet.

4. Indsatsområder

De kerneydelser, som Subprojektet tilbyder brugerne, er både forskellige former for psykosocial støtte og oplevelsesorienterede aktiviteter. Indsatsområderne er hhv. tilrettelagt som indsatser over for den enkelte bruger eller overfor gruppen af brugere.

Indsatser over for gruppen af brugere

Subprojektets vigtigste indsatsområde overfor gruppen af brugere er tilbuddet om et værested. Dette skal ses i relation til projektets centrale vægtning af skadesreducerende tiltag. Projektlederen mener, at projektets brugere er så "tung belastede", at det er meget begrænset, hvilke tilbud de kan drage fordel af eller blot forholde sig til. Selvom projektet har forskellige lokalfaciliteter er det køkken-alrummet, der bliver brugt mest, og i perioder udelukkende. Her kommer brugerne forbi i åbningstiden og drikker kaffe og spiser brød, og de ansatte har hermed mulighed for at følge op på den enkelte brugers aktuelle situation og presserende problemer. Der er altid morgenmad – franskbrød og kaffe – og en til to gange om ugen bliver der arrangeret fællesspisning. Enten laver man mad eller også køber man færdigretter i byen til fællesspisningen i projektet. Madordningen begrundes med, at den mad, brugerne får i projektet, ofte kan være det eneste, de spiser.

De oplevelsesrelaterede tilbud for brugerne har spillet en varierende rolle. Der har i perioder været arrangeret ture rundt i Silkeborg og omegn med skiftende opbakning fra brugerne – mellem en og fire brugere har deltaget. Aktiviteter er dog blevet gennemført uanset deltagerantal. Søndagen har fortrinsvis været brugt til sådanne udflugter, og man har fx besøgt museer, Kattegat Centeret, og Randers Regnskov. I efteråret 2002 var der ture ca.

hver 14. dag, men ved vintertid gik det nærmest i stå. I dag afholdes sådanne aktiviteter i samarbejde med Kultur-X. I november 2002 var de to ansatte med fem af projektets brugere en uge på Gran Canaria.

Indsatsen overfor gruppen af brugere:

- Værested
- Madtilbud
- Udflugter

Temauger, højskoledage, lysbilledforedrag, etc. har været forsøgt, men opbakningen fra brugerne har været meget lille eller ikke eksisterende.

Individuelt rettede indsats

Subprojektets primære individuelle indsats overfor projektets brugere er en støttekontaktperson-ordning samt tilbud om individuelle samtaler.

De individuelle samtaler bruges til sammen med brugerne at få afklaret den enkelte brugers vurdering af egen situation og ønsker for egen behandling. I fællesskab udarbejdes ikke handleplaner, men det, man på projektet kalder ”problemlister”, der tager udgangspunkt i den enkelte brugers selvdefinerede behov og problemer. Begrundelsen for ikke at lave handleplaner er, dels at brugerne alle er på pension, og det derfor ikke er relevant med tiltag i forhold til arbejdsmarkedet, dels at projektlederen mener, at handleplaner traditionelt fokuserer på stoffrihed, hvilket ikke harmonerer med forsøgsprojektets fokus på skadesreduktion. Udarbejdelsen af problemlisterne er delvist inspireret ud fra værktøjer erhvervet gennem deltagelse i uddannelsen i kognitiv terapi.

Støttekontaktperson-ordningen er i Subprojektet opdelt i hhv. en ”ude-hos” og en ”hjemme-hos”-model. Forskellen er, om brugerne benytter projektets lokaler, eller om de ansatte kommer til brugerne i deres eget hjem. Brugere i Subprojektet, der er i ”hjemme-hos”-modellen, kommer ikke i projektets lokaler, men får besøg af deres kontaktperson ca. hver 14. dag, skønner projektlederen. Derudover er kontaktpersonen i telefonisk kontakt med brugerne i ”hjemme-hos”-modellen mindst en gang om ugen. De individuelle samtaler foregår oftest med brugere i ”hjemme-hos”-modellen, da de ansatte oplever, at der er fred og ro og tid til det her. Der er fem brugere i ”hjemme-hos”-modellen. ”Ude-hos”-modellen benyttes af seks brugere og består primært i, at disse brugere benytter Subprojektets tilbud om værested og udflugter. I starten af projektperioden brugte de ansatte en del tid på at

besøge folk i deres hjem, for at få dem til at komme i projektet. Efter ca. et halvt års tid var seks-syv brugere begyndt at komme regelmæssigt i projektet, og mere af de ansattes arbejdstid blev således lagt her. Efter det intensiverede samarbejde med Kultur-X, stoppede en bruger med at komme i projektet og overgik til "hjemme-hos"-modellen. Nogle brugere har udelukkende benyttet sig af "hjemme-hos"-modellen.

Individuelt rettede indsats

- To modeller for brugernes deltagelse i projektet: "ude-hos" og "hjemme-hos"
- Kontaktpersonfunktion
- Individuelle samtaler

For alle brugere gælder det, hvad enten de er i den ene eller den anden ordning, at de kan få besøg i hjemmet, få hjælp til oprydning i hjemmet, og at kontaktpersonen ledsager brugeren, når det er nødvendigt. Det kan være med alt fra at købe ind til at gå med til tandlæge, gå med i banken, tage med på Århus Amts Misbrugscenter for at konsultere lægen, hjælpe med at flytte, osv.

5. Afrunding

Subprojektets udvidede indsats er primært tilbudet om det udvidede værested, med stor grad af brugerindflydelse samt muligheder for løbende uformelle samtaler med projektets ansatte. Udvidet er også behandler/klient- ratioen på 1: 5½. Kontaktpersonordningen samt "hjemme-hos"-modellen er ligeledes udvidede indsats. Projektets satsning på uddannelse af personale er også en udvidet indsats. Etablering af valgmulighed i forhold til metadon-udleveringssted, samt udflugterne ud af huset kan til dels ses som en udvidet satsning. Sidst er den generelle brugerfokusering, der ligger i *Subprojektets* behandlingsgrundlag, en udvidet indsats.

6. Forandringer i projektet siden maj 2003

Siden Center for Rusmiddelforskning i maj 2003 sluttede dataindsamlingen til nærværende rapport, er der i alle projekterne sket store som små forandringer. I dette sidste afsnit giver vi ordet til projektlederen. Understøede ajourføring er således udelukkende vedkommendes betragtninger.

I en "lille" by som Silkeborg har det været uhensigtsmæssigt at opdele stofmisbrugerne i to forskellige projekter – hhv. Subprojektet og Kultur-X. Det har givet for meget indbyrdes kiv og ballade. Vi har derfor gradvist det sidste års tid intensiveret samarbejdet med aktivitetsprojektet Kultur-X, og er i dag i det daglige lagt sammen. Vi laver fælles aktiviteter både i og udenfor huset. Forskellen mellem Subprojektet og Kultur-X er, at vi i Subprojektet har primære behandlerfunktioner. Siden maj måned er der sket en utrolig positiv udvikling i projektet. I maj fik vi en ekstra pædagog i huset, og i sommer fik vi derudover en arbejdsprøvning til at tage sig af praktiske ting samt til at lave mad. Det har betydet, at vi har mere tid til at tage os af den enkelte samt sørge for god ro og orden i huset som sådan.

Vi laver nu mad tre gange om ugen, og det er et tilløbsstykke. Generelt er huset blevet et tilløbsstykke. Vi har nu mellem 15 og 25 brugere om dagen, heraf fem fra Subprojektet.

Stemningen i brugergruppen er vendt i sommerens løb. De har fået ejerfølelse overfor projektet, og er i stigende grad indstillet på at håndhæve stedets uskrevne regler. Det har betydet, at stjalne ting er begyndt at dukke op igen, og at indirekte handel med stoffer nu slet ikke foregår her. Siden august har vi holdt faste brugermøder hver 14. dag, hvilket har været vellykket. Indtil videre er det, efter brugernes ønske, os der styrer møderne, da vores brugere ikke har erfaringer med at holde strukturerede møder. Det har i den forbindelse været nødvendigt at begynde med et grundlæggende "kursus" i demokratiske spilleregler, da de var ukendte for vores brugere.

I september tog vi med 13 brugere (fire fra Subprojektet) til Jesperhus Blomsterpark i tre dage. Det gik uden de store problemer. I uge 43-46 får vi en keramikformidler i huset til at lave et rakubrændingsprojekt med brugerne. Hvis det viser sig at blive en succes, vil vi begynde at tilbyde forskellige former for undervisning for de interesserede.

I styregruppen er vi begyndt at se fremad til tiden efter projektet. Kommunen er begyndt at afsøge mulighederne for at afsætte §73 støtte/kontaktpersoner til vores brugere, og vi arbejder ligeledes på at få psykiatrien inddraget. Samtidig arbejder vi i ÅAM med implementeringen af en ny ydelsesstruktur, hvor brugerne inddeles i længerevarende og korterevarende behandling. Den længerevarende behandling vil så kunne laves i vores projekter. Drømmen er et dynamisk sted med faste medarbejdere til at tage

sig af huset samt personale med udadgående funktioner, så det nuværende koncept fastholdes.

Der er kommet en gadesygeplejerske i Silkeborg i et 3-årigt projekt i et samarbejde mellem ÅAM og Kirkens Korshær. Hun vil fremover komme hver torsdag i vores projekter for at tage sig af den somatiske del.

7. Kilder

Interview og deltagerobservationer:

Interview med medarbejdere efteråret 2002.

Interview med projektlederen marts 2003.

Observationer foretaget i Subprojektet af medarbejdere ved Center for Rusmiddelforskning.

Skriftligt materiale:

Projektbeskrivelse: Substitutionsprojektet – et 3-årigt forsøgsprojekt med en udvidet psykosocial indsats for en udvalgt gruppe af svært belastede misbrugere i substitutionsbehandling. Århus Amts Misbrugscenter, områdecener Vest.

Info om Århus Amts Misbrugscenter (2001). Århus Amt.

Nyhedsbreve til brugerne fra februar 2002 til marts 2003.

Århus: Substitutionsprojektet
Jægergårdsgade 103
8000 Århus C

Projektet åbnede for brugere maj 2002.

1. Projektets rammer

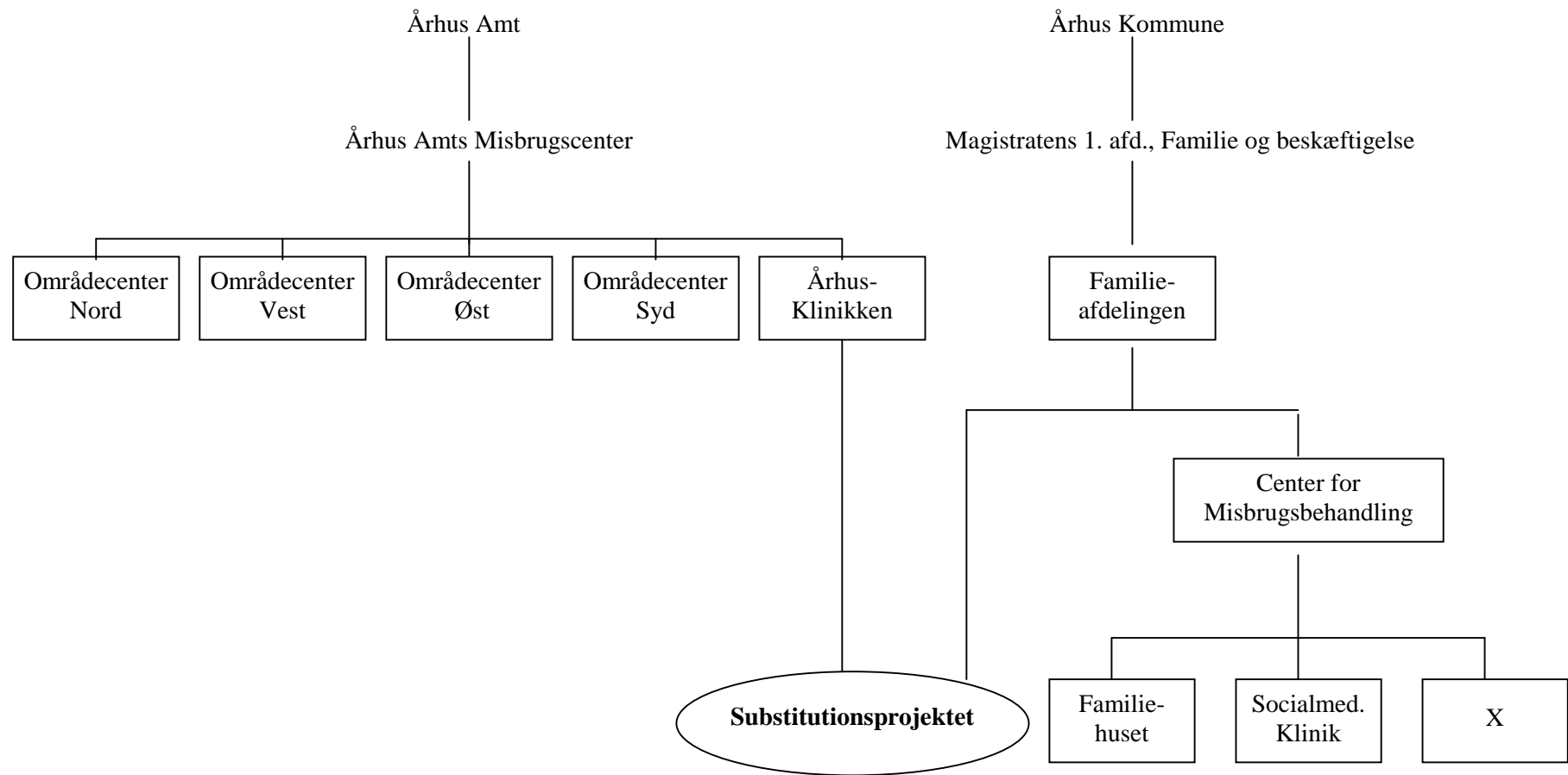
I det følgende beskrives Substitutionsprojektets rammer. Dette indbefatter projektets organisering i forhold til amtet og kommunens misbrugsbehandling, personalesammensætning og de ansattes arbejdsfunktioner, en beskrivelse af brugerne og en beskrivelse af metadonudleveringen og -politikken i projektet.

Projektets organisering i forhold til amtets og kommunens misbrugsbehandling

Substitutionsbehandlingen i Århus er delt mellem Århus Amt og Århus Kommune. Århus Amt står for metadonordination og -udlevering. Dette foregår på Århus Klinikken. Den psykosociale del af substitutionsbehandlingen er udliciteret til Århus Kommune og foregår på Socialmedicinsk Klinik.

Århus Amt stod for den formelle ansøgning til Socialministeriet om projektmidlerne til forsøg med udvidet psykosocial støtte i substitutionsbehandlingen. Men det er Århus Kommune, der administrerer projektmidlerne til Substitutionsprojektet samt har det daglige tilsyn med og ansvar for projektet. Dette varetages af en driftsgruppe, der mødes en gang om måneden, hvor også projektlederen for Substitutionsprojektet sidder. Substitutionsprojektet er som en følge heraf organisatorisk forankret i Århus Kommune, hvor det som en selvstændig enhed hører under Familieafdelingen – på lige fod med fx Familiehuset, Erhvervstræningsskolen og Socialmedicinsk Klinik. Som følge af at Århus Amt har ansvaret for metadonordination og -udlevering, er Substitutionsprojektet samtidigt organisatorisk forankret som en del af Århus Amts Misbrugscenter Områdecenter Syd. Én gang om ugen mødes sygeplejerskerne med læger fra Århus Klinikken, hvor de gennemgår brugernes situation. En gang i kvartalet holdes samarbejds møder mellem Århus Klinikken og Substitutionsprojektet.

Figur 3. Organisationsplan



Personale

Substitutionsprojektet har seks ansatte, der alle har været med fra projektets start. Det er projektlederen, en pædagog, to projektmedarbejdere og to sygeplejersker (hvoraf den ene er ansat på Århus Klinikken, men fungerer på Substitutionsprojektet). Den ene projektmedarbejder har flere forskellige uddannelser: social- og sundhedsassistent, psykoterapeut og massør. Den anden projektmedarbejder er autodidakt, han har bl.a. arbejdet som daghøjskolelærer i mange år, endvidere har han en pædagogisk diplomuddannelse fra DPU¹⁰ som IT-vejleder.

Tabel 6. Personalesammensætning (maj 2003)

Ansatte	Ugentlig timetal
Projektleder (etnograf)	37
Pædagog	37
Sygeplejerske	35,3
Sygeplejerske	35,3
Projektmedarbejder	37
Projektmedarbejder (autodidakt)	37

De fleste medarbejdere har kendskab til misbrugsbehandling. Sygeplejerskerne har begge erfaring med metadonbehandling fra Århus Klinikken. Den ene projektmedarbejder har for år tilbage (i 1988) arbejdet på et projekt for stofmisbrugere i Århus Kommune. Den anden projektmedarbejder har bl.a. erfaring fra psykiatrien. Projektlederen har ikke tidligere erfaringer med misbrugsbehandling. Pædagogen har derimod meget lang erfaring fra arbejde med stofmisbrugere.

Tabel 7. Substitutionsprojektets åbningstider for brugerne (maj 2003)

Mandag	8.00 – 14.00
Tirsdag	8.00 – 12.00
Onsdag	8.00 – 14.00
Torsdag	8.00 – 14.00
Fredag	8.00 – 14.00

Der har ikke været nogen personalemæssig udskiftning. Medarbejderne deles stort set om alle projektets ansvarsområder. De er der i projektets åb-

¹⁰ Danmarks Pædagogiske Universitet.

ningstid, deltager i aktiviteter, og er kontaktpersoner for brugergruppen. Der er dog en delvis fagligt begrundet arbejdsdeling, idet fortrinsvis sygeplejerskerne udleverer metadon, samt står for den medicinske og helbredsmæssige del af Substitutionsprojektets tilbud til brugerne, herunder sårpleje, råd om ernæring, samt samtaler med brugerne om deres fysiske tilstand. Det sundhedsfaglige område er et af Substitutionsprojektet fokusområder (se nedenfor). Også projektmedarbejderen med den psykoterapeutiske uddannelse har varetaget den specialopgave at lave billedværksted for brugerne.

Indtil starten af 2002 har personalet været opdelt i to kontaktpersonteams og deltes om at være kontaktpersoner for brugerne. Herefter overgik man til at arbejde sammen to og to, hvor hver bruger har henholdsvis en primær og en sekundær kontakt person. Kontaktpersonen står for de individuelle samtaler med brugerne, udarbejder behandlingsplaner for den enkelte brugers deltagelse i projektet, hjælper brugerne med forskellige praktiske gøremål ud af huset, gennemfører hjemmebesøg, samt støtter den enkelte bruger med alle typer af kontakt til offentlige instanser. Kontaktpersonen skriver den socialfaglige journal på brugerne.

Efter revideringen af kontaktpersonordningen i projektet er projektlederen ikke længere kontaktperson for nogen brugere. Hendes arbejdsområder ligger i diverse administrative opgaver, daglig ledelse, mødevirksomhed, kontakt til samarbejdspartnere, regnskabsføring, og dokumentation af projektet.

Til projektet er der tilknyttet lægefaglig assistance fra Sociallægeinstitutionen i Århus Kommune. Lægerne laver tre sundhedsundersøgelser af brugerne. Én i forbindelse med opstart i Substitutionsprojektet, én midtvejs i forløbet, og én ved projektets afslutning. Lægeundersøgelserne bliver ligeledes brugt som monitorering af projektet (se nedenfor).

På projektet afholder man endvidere ugentligt henholdsvis et personale- og et behandlermøde. På personalemødet diskuteres spørgsmål vedrørende projektets organisering, samarbejde, dokumentation osv., og på behandlermødet diskuterer man stedets brugere. Derudover mødes de ansatte hver morgen for at koordinere deres arbejde. Siden efteråret 2002 har der ca. hver anden måned været én dag med supervision af hele personalegruppen af en udefrakommende psykolog. Der er i disse supervisionssessioner både fokus på faglige og samarbejds-mæssige aspekter af dagligdagen. Projektlederen har ca. hver sjette uge modtaget individuel supervision i forhold til

ledelsesfunktionen af en psykolog ansat i Familieafdelingen (Århus Kommune), og såvel det pædagogiske som det sygeplejefaglige personale deltager i kvartalsvise/halvårlige møder i sygeplejefaglige samarbejdsfora og netværk relateret til arbejdet med misbrugere.

Projektlederen har deltaget i et ledelseskursus på Center for Kompetenceudvikling. Tre af projektets medarbejdere deltager i en etårig efteruddannelse i misbrugsbehandling, de to øvrige medarbejdere påbegynder efteruddannelsen i november 2003.¹¹

Brugerne

Siden projektets start har i alt 23 personer været indskrevet. Tre af disse er blevet udskrevet. I april 2003 var der således 20 brugere i projektet: fem kvinder og 15 mænd. Gennemsnitsalderen er 42 år. Den yngste er 26 år, og den ældste er 59 år gammel. 19 af brugerne modtager pension, mens én modtager kontanthjælp. Projektet flytter i juni 2003 til nye og større lokaler, og i den forbindelse bliver yderligere 10 personer visiteret til projektet.

Visiteringen af brugere til Substitutionsprojektet tog udgangspunkt i en forundersøgelse af i alt 49 personer – alle i metadonunderstøttet social behandling – foretaget af Socialmedicinsk Klinik i Århus Kommune (Simonsen 2001). Forundersøgelsen kategoriserede ud fra brugen af ASI-skemaer, fokusgruppeinterview, samt journallæsning de deltagende misbrugere i tre grupper: en velfungerende gruppe, en periodevis velfungerende gruppe, og en meget belastet gruppe. Substitutionsprojektets målgruppe er den sidstnævnte, der bestod af 33 personer. Denne kategori var kendetegnet ved, at brugerne havde et højt og kontinuerligt sidemisbrug, et svagt netværk der var præget af misbrugsmiljøet, og en del var derudover hjemløse eller sindslidende. Det, der ligeledes kendetegnede denne kategori, var, at de hidtil ikke havde profiteret af de eksisterende tilbud de indgik i. Visiteringen af nye brugere til projektet sker med udgangspunkt i denne kategori af stofmisbrugere, listen ajourføres til stadighed.

Brugerne inddrages i Substitutionsprojektets aktiviteter gennem ugentlige brugermøder. Interessen i disse har varieret en del, men ved at lægge møderne i forlængelse af den ugentlige fællesspisning har man på projektet kunnet spore en større deltagelse. Det er således lykkedes til en vis grad at etablere disse brugermøder som det forum, hvori ugens aktiviteter planlæg-

¹¹ Den Sociale Misbrugsuddannelse udbudt af Århus Amts Misbrugscenter. Undervisningsforløbet fordeles på 30 dage i løbet af et år, bygget op af moduler på tre-fem dages varighed, med efterfølgende supervision. Se endvidere www.aaam.dk

ges, og emner af fælles interesse diskuteres (fx indretning af lokaler, forholdet til besøgende, samværsregler). Møderne er endvidere forum for udveksling af generelle informationer.

En beskrivelse af brugerne ud fra de data, som Center for Rusmiddelforskning har indhentet om brugerne i Substitutionsprojektet, kan ses i DEL II: *Afhængigt misbrug af heroin – om metadon-modtagere i Metadonprojektet.*

Lokaler

Substitutionsprojektet er medio juni 2003 flyttet til nye og større lokaler beliggende på Jægergårdsgade 103. Denne rapport beskriver imidlertid de lokaler – fordelt på to adresser – som projektet havde til rådighed fra start til maj 2003.

På den ene adresse havde projektet til huse i et ældre, lidt slidt hus tæt på Århus centrum beliggende på hjørnet af et stort befærdet vejkryds med udsigt til en benzintank, et værtshus, nogle lager- eller kontorbygninger samt et stort værksted og vaskehal for busser og tog. Der er imidlertid ikke langt (300 m) til rutebilstationen og banegården, således at brugere fra byens yderkanter forholdsvis nemt kan komme til projektet. I dette hus rådede projektet over stueetage og kælder, der blev brugt til cykelkælder, vaske- rum, og opbevaring (af fx boligløse brugeres ting). I stueetagen var et fælleslokale, med to store borde, en computer med Internet-tilgang, et fjernsyn med tilhørende video, og en stor opslagstavle, samt en hylde med et par spil og diverse relevante pjecer. Her tilbragte brugere og medarbejdere på skift meget af dagen med at samtale, spise morgenmad og drikke kaffe. Etagen rummede også et badeværelse til brugerne, et køkken med bord og stole, et aflåst personaletoilet, som ligeledes fungerede som garderobe, et lille personalekontor med to computere, samt et endnu mindre kontor, hvor metadon blev udleveret, og hvor projektets sygeplejersker havde deres remedier. Eftersom der i projektet ikke var et særskilt kontor til individuelle samtaler, foregik disse ofte i køkkenet.

På den anden adresse var der værkstedslokaler, der fortrinsvis blev brugt til malerværksted og afholdelse af diverse kurser. Men da personaleressourcerne dermed blev skilt ad og pga. beliggenheden – 20 minutters gang fra den anden adresse, der blev opfattet som den centrale adresse, da det var dér metadonudleveringen foregik – var det vanskeligt at få projektet integreret på begge steder. Disse lokaler blev derfor afviklet i januar 2003, hvor projektet allerede vidste, at de skulle flytte til større og sammenhængende lokaler andetsteds i byen.

I juni måned 2003 flytter Substitutionsprojektet lokaler. Flytningen blev planlagt allerede i august måned 2002, men er af forskellige årsager trukket ud. De ovenfor beskrevne lokaler har på mange måder ikke været ideelle, bl.a. fordi de lå to forskellige steder i byen, der ikke var plads nok til at indrette et rum til individuelle samtaler, beliggenheden var meget støjfyldt, etc. Ansatte såvel som brugere har således længe glædet sig til at flytte til nye og større lokaler. Men den forestående flytning har også været en stadig kilde til frustration i projektet, fordi den af flere forskellige årsager har trukket ud så længe. Projektlederen har været opmærksom på, at brugere såvel som ansatte ikke udsætter diverse tiltag med henvisning til flytningen eller indirekte regner med, at når blot man er flyttet, vil alting blive godt, men hun fortæller samtidig, at en vis passivitet ikke har kunnet undgås:

”Vi har forsøgt ikke at lade en passiv venten sprede sig. Men den sidste måned synes jeg, det har været svært, fordi jeg kan mærke, at det også forplanter sig til brugerne, der er begyndt at sige: ”Når vi flytter, så skal vi det, og når vi flytter, så møder jeg i hvert fald kl. ” osv. Og det må vi så se, om vi kan holde dem fast på om ikke andet”. (Projektlederen)

Metadonudlevering og -politik i projektet

Metadonudlevering for projektets brugere finder sted alle hverdage i Substitutionsprojektets åbningstid. Af sikkerhedsmæssige årsager er der altid mindst to medarbejdere til stede i åbningstiden. Man forsøger at få brugerne til at komme om morgenen mellem kl. 8.00 – 9.30 for at hente metadon, men reelt er der mulighed for metadonudlevering i hele åbningstiden. I weekenden får de brugere, der ikke har hjemtagningsordning, udleveret metadon på Århus Klinikken.

Metadonudleveringen i projektet er uddelegeret fra Århus Klinikken, men selve ordinationen foretages af lægerne i Århus Klinikken. Forudsætningen for at Substitutionsprojektet kan udlevere metadon er, at de nøje følger de angivne retningslinier og anvisninger fra Århus Klinikken. Dette gælder fx hjemtagningsordninger, krav om overvåget indtagelse og urinprøvekontrol (sygeplejerskerne fortager eventuel urinprøvekontrol). Der udleveres udelukkende metadonmikstur i projektet. Det ligger således ikke i Substitutionsprojektets koncept, at der skal forsøges med alternative former for metadon. Der er med indskrivning i Substitutionsprojektet ikke foretaget specielle dosisændringer for brugerne.

Som projektet er skredet frem, er der dog et stigende ønske i projektet om at kunne få større indflydelse på metadonudleveringen. Fx i forhold til individuelle aftaler om hjemtagning for hermed at kunne integrere metadonudleveringen med overordnede pædagogiske mål som tillid og ansvar. I projektet ønsker man så lidt kontrol som muligt knyttet til metadonudleveringen. Selve metadonudleveringen foregår i dag forholdsvis gnidningsløst. Projektlederen beskriver udviklingen således:

”Brugernes holdninger ændrer sig jo også. Metadon blev i starten brugt som omdrejningspunkt i diskussionerne, og for om man syntes, det var godt eller skidt at komme hos os. Det oplever jeg ikke mere på samme måde. I dag er metadonudlevering bare noget der foregår, det er der bare. Også den snak, der er om metadonen, den foregår i dag meget, meget sjældent i det store rum. Det er mere i forhold til sygeplejersken eller i forhold til kontaktpersonen, at man så har en snak, hvor man kan prøve at gøre noget ved det”.
(Projektlederen)

Projektlederen ser det som en klar fordel, at metadonudleveringen foregår i Substitutionsprojektet, da behandlere samt det sygeplejefaglige personale hermed har en daglig kontakt til brugerne og mulighed for at følge op på aftaler og tiltag.

2. Substitutionsprojektets idegrundlag for behandling

I dette afsnit beskrives, hvordan Substitutionsprojektet præsenterer sig selv og den måde, projektet driver behandling på. Vi fokuserer på, hvordan behandlingspraksis og indsatserne italesættes i projektet, da den måde man omtaler, hvad der foregår i projektet og dermed de ideer, der ligger til grund for behandlingspraksis, er med til at afspejle og begrunde de valgte behandlingsindsatser. Dermed er dog ikke sagt, at idegrundlag er lig med den behandlingspraksis, der foregår i hverdagen.

Der arbejdes ifølge projektlederen ikke med nogen fast defineret pædagogisk linje på Substitutionsprojektet, men visse temaer går dog igen i projektets overvejelser om stedets behandlingsmæssige indsats, som fx selvforvaltning, brugerinddragelse, tillid og som noget helt centralt, at projektet skal tilbyde ”noget nyt”.

Selvforvaltning, brugerinddragelse og tillid

Selvforvaltning i Substitutionsprojektet kommer til udtryk ved, at man gennem støtte og vejledning muliggør, at den enkelte bruger kan tage større ansvar for sit eget liv. Idéen er, at man som behandler kan komme til at gøre brugerne en bjørnetjeneste, hvis man i for stort omfang løser deres problemer for dem. Også selvom dette ofte kan virke som den nemmeste løsning, da behandlere ofte hurtigere kan opstille mål og forfølge dem, end brugerne kan. Men som behandlingsgrundlag er det vigtigt, at brugeren hele tiden selv deltager med løsningsforslag og er med til at føre dem ud i livet.

For at ruste brugerne til i højere grad at tage vare på deres liv, arbejder man derfor på Substitutionsprojektet med at øge den enkelte brugers livskvalitet. Man søger at skabe en positiv hverdag, der kan give den enkelte et overskud til at gøre noget ved sin egen situation. Projektlederen fremhæver aspekter som at: ”*få skabt mere orden i kaos*”, ”*evne at bevæge sig rundt i systemet*”, ”*have en ordentlig fremtræden*” og ”*fastholde kontakt til bestemte personer og netværk*”.

Dette fokus på brugerens ønsker og behov og på den enkeltes evne til at styre sit eget liv kommer til udtryk i et dilemma, der eksisterer på Substitutionsprojektet. Der skal ikke gøres mere, end brugerne selv ønsker, men der skulle også gerne være en struktur i projektet, som brugerne kan indgå i.

”Vi søger at lade initiativet komme fra brugerne i en eller anden grad. Vi planlægger fx ikke bare en tur. Der skal være et udtrykt ønske fra brugernes side og en vis grad af deltagelse i forhold til at få arrangeret det her. Derfor holder vi heller ikke så fast på, at om torsdagen der gør man sådan, og om fredagen gør man sådan, osv. Men der er fx mad om onsdagen, og det kører sådan nogenlunde. Og vi skulle gerne derhen, hvor vi kunne strukturere en uge, sådan at dem der har brug for nogle faste rammer i deres liv, og dem der kan arbejde inden for rammerne af en uge, at de fx ved, hvad de skal lave i morgen. Og vi skulle gerne derhen, hvor der kommer nogle ønsker i forhold til noget mere etableret, noget mere struktur. Men det er jo så det med de små og store skridt”. (Projektlederen)

Selvforvaltningen er tæt forbundet med brugerinddragelse, der på foregår gennem de ovennævnte ugentlige brugermøder. Men det foregår fx også ved, at enkelte brugere inddrages i dagligdagen, fx i indretningen af loka-

lerne, i madlavningen om onsdagen, i praktiske opgaver i forbindelse med arrangementer.

Det, at tage udgangspunkt i den enkelte brugers egen oplevelse i forhold til at afdække ressourcer og problemer, anses også for et udtryk for brugerinddragelse. Behandlingsindsatsen er således ikke et fælles koncept for alle brugere, men tager udgangspunkt i den enkeltes behov og situation.

Tillid indgår som et tredje væsentligt element i Substitutionsprojektet idegrundlag. Ifølge forundersøgelsen (Simonsen 2001), der blev lavet i forbindelse med visiteringen til projektet, fremgik det tydeligt, at mange brugeres forhold til det offentlige behandlingsapparat var præget af mistillid. Substitutionsprojektet har derfor set det som en vigtig opgave at søge at etablere tillidsrelationer til brugerne. Dette er sket ved at lytte til brugerne, ikke afvise dem og – som en særdeles vigtig ting – at personalet deltager som støttempersoner for brugerne i forskellige, for brugerne, vanskelige situationer. Projektlederen understreger, at oparbejdelsen af tillid er en vigtig del af behandlingsarbejdet på Substitutionsprojektet. Dels ved at man hermed bedre kan fastholde brugerne i projektet, samt motivere dem til konstruktivt at forandre deres liv. Dels for at medarbejderne hermed kan føle at de ”*gør en forskel*”.

Projektets fokus på etablering af tillidsrelationer til brugerne afspejles også i deres ønske om at udøve så lidt kontrol som muligt. Fx kan brugerne frit tale om sidemisbrug, uden at de skal være nervøse for, at det kommer videre i systemet og eventuelt kunne få indflydelse på deres metadonordning.

Stoffrihed er ikke målet for behandlingen på Substitutionsprojektet, i stedet ønsker man gennem fx oparbejdelse af tillidsrelationer samt udvikling af den enkeltes personlige overskud at kunne være med til at reducere brugerens sidemisbrug.

”Noget nyt”

En central del af Substitutionsprojektets selvforståelse ligger i det, at projektet skal tilbyde ”*noget nyt*”. Projektlederen understreger, at Substitutionsprojektet er et forsøgsprojekt, og at det er vigtigt, at projektet markerer sig som et alternativ til allerede eksisterende metadonunderstøttende behandling. En holdning, der kraftigt støttes af Substitutionsprojektets følgegruppe. Det anses i denne sammenhæng for vigtigt, at projektet ikke falder tilbage på eksisterende rutiner og behandlingsformer, og at brugerne dermed også falder ind i kendte misbrugsroller. I projektet arbejdes der således

ud fra hele tiden at være åben overfor nye ideer og tanker, da en sådan orientering mod nye mål i sig selv kan fordre selvrefleksion både for brugere og personale. Man ønsker følgelig i Substitutionsprojektet kontinuerligt at afprøve nye behandlingsteknikker, hvor det væsentlige ikke bliver, hvorfor tiltag virker, men om de virker. Virker betyder her, at den enkelte bruger får det bedre og måske kan nedsætte sit sidemisbrug. Forskellige konkrete behandlingsmetoder som tilbud om massage og tilbud om akupunktur (dette tilbud er kommet i gang efter sommerferien 2003) er et udtryk for dette (se også *Indsats* nedenfor). På det mere generelle plan består denne orientering mod nye behandlingsformer i, at projektet skal skabe et hele for brugeren i forhold til den medicinske og den psykosociale del af behandlingen. Det vil sige, at man i behandlingen ønsker at inddrage så mange aspekter af den enkeltes brugers liv som muligt, fx boligsituationen, helbredstilstanden, netværksrelationer og andet, målrettet mod den enkelte brugers ønsker og behov.

Orienteringen mod nye former for behandling afspejles også i Substitutionsprojektet mål om ikke blot at være endnu et værested eller endnu et sted, hvor man modtager samtaleterapi. Man ønsker på projektet at vise, at man kan noget andet med brugerne. Substitutionsprojektet skal ifølge en af de ansatte: *"ikke være et stoppested, men en trappe"*, dvs. en mulighed for at komme et andet sted hen.

"I praksis har vi en værestedsfunktion, men i konceptet har vi ikke en værestedsfunktion. Det skal fylde så lidt som muligt. Det skal selvfølgelig ikke være sådan, at folk ikke må tale sammen og ikke må sidde og drikke kaffe, sådan skal det ikke være. Men det skal heller ikke være det, brugerne er her primært for. Så vi forsøger at få værestedet til at fylde så lidt som muligt" (Projektlederen)

På et generelt plan har man derfor ønsket, at så mange af projektets tilbud som muligt skulle foregå ud af huset, dvs. knyttet an til allerede eksisterende tilbud i Århus og omegn og ved brug af eksisterende faciliteter. Man har fx tilbudt edb-kursus på Erhvervstræningsskolen¹² og et psykologikursus på Århus Daghøjskole. På et mere konkret plan har man bevidst søgt ikke at gøre Substitutionsprojektet *"for hyggeligt"*. Møblementet er fx sparsomt i projektets lokaler og opfordrer ikke til, at brugerne skal sidde og forholde sig passive til deres situation.

¹² Århus Kommunes Erhvervstræningsskole er et tilbud under Center for Misbrugsbehandling for personer med misbrug og personer med behov for større grad af støtte og omsorg, end gængse aktiveringstilbud kan tilbyde.

Man er dog i projektet klar over, at det er vanskeligt at fjerne værestedsfunktionen. Dels ser man det som et vigtigt tilbud i forhold til at opretholde en kontinuerlig kontakt til brugerne, på samme måde som metadonudleveringen er det. Dels at der ligger en motivationsfaktor i, at brugerne kan genoptage eventuelle aktiviteter fra dagen før, hvilket værestedstedsfunktionen kan bære. Og dette hænger sammen med et af Substitutionsprojektets centrale mål: fastholdelse af brugerne i projektet.

Tilbuddet om værested i Substitutionsprojektet eksisterer således i et spændingsforhold. På den ene side ønsker man, at brugerne skal motiveres til at rette deres aktiviteter og fokusering væk fra projektet, på den anden side ønsker man, at de indskrevne skal bruge værestedet både i forhold til de aktiviteter, der tilbydes her, samt som base for kontakt til de ansatte.

3. Koordination, samarbejde og monitorering

Substitutionsprojektet har et tæt samarbejde med Århus Klinikken og med Socialmedicinsk Klinik som følge af den organisatoriske struktur for misbrugsbehandlingen i Århus.

Samarbejdet med Århus Klinikken handler om at få metadonordinationen og -udleveringen til at fungere. Der holdes samarbejds møde én gang i kvartalet, hvor projektlederen, projektets sygeplejersker, afdelingslederen fra Århus Klinikken, lægerne tilknyttet Århus Klinikken og lederen af Århus Amts Misbrugscenter deltager. Herudover mødes Substitutionsprojektets sygeplejersker som nævnt én gang om ugen med Århus Klinikken's læger for at opdatere på projektets brugere i forhold til metadondosis, hjemtagningsordninger, etc. Har brugere i projektet ønsker om at få ændret deres metadondosis eller -ordning, arrangerer projektets sygeplejersker et møde med lægerne på Århus Klinikken, hvor brugeren samt en medarbejder fra Substitutionsprojektet deltager.

Samarbejdet med Socialmedicinsk Klinik foregår primært i forhold til visitering. Nye brugere til Substitutionsprojektet visiteres gennem Socialmedicinsk Klinik, der vurderer om han eller hun kan betragtes som en del af Substitutionsprojektets målgruppe. Der tages udgangspunkt i den førnævnte bruttoliste, som kontinuerligt ajourføres. Behandlerne på Socialmedicinsk Klinik henviser potentielle klienter til optagelse på listen via den ugentlige behandlingskonference på Socialmedicinsk Klinik. En gang om måneden mødes gruppelederne fra Socialmedicinsk Klinik med projektlederen og en projektmedarbejder fra Substitutionsprojektet, og listen gen-

nemgås med henblik på optag af nye brugere. Hvis det er tilfældet, visiteres vedkommende til Substitutionsprojektet. Herefter er det op til de ansatte på Substitutionsprojektet gennem møde med brugeren at vurdere, om han eller hun passer ind i den eksisterende brugergruppe og dermed i projektet. Substitutionsprojektet bruger også Socialmedicinsk Klinik som sparringspartner, fx i forbindelse med spørgsmål, der kommer af at være en nyetableret personalegruppe (spørgsmål i forhold til brugerne, behandlingen og den generelle indsats).

Substitutionsprojektet deltager en gang i kvartalet i et netværksmøde arrangeret af Århus Kommune med ansatte fra relevante institutioner og projekter i kommunen, fra væresteder til Århus Politi, hvor man på et generelt plan udveksler erfaringer i forhold til marginaliserede grupper i Århus og indsatser i forhold til disse.

Institutioner som psykiatrien, kriminalforsorgen, praktiserende læger, kommunale sagsbehandlere, osv. tager Substitutionsprojektet kontakt til og opretter et samarbejde med, når man skønner, at indsatsen overfor den enkelte bruger kræver det. Projektlederen sendte ved projektets start brev ud til alle praktiserende læger og til sagsbehandlere på socialcentrene i kommunen med orientering om projektet og et tilbud om at komme og fortælle om Substitutionsprojektet og afklare ansvarsområder. Der er dog ingen, der har taget imod tilbudet. Derudover blev der sendt brev til Århus Politi og afholdt møder, hvori der blev orienteret om projektet.

Der er i Substitutionsprojektet blevet arbejdet på at skabe dokumentation af succesmål, som iværksættes i efteråret 2003 (se nedenfor). Der lægges endvidere store vægt på at udarbejde muligheder for at dokumentere relevante aspekter af Substitutionsprojektets indsatser samt udvikle kriterier for at evaluere disse indsatser for derved at inddrage det i behandlingsarbejdet. Den monitorering, der har været i projektet, har relateret sig til brugernes almene sundhedstilstand. Monitoreringen er blevet foretaget af Sociallægeinstitutionen¹³ i samarbejde med projektets sygeplejersker. De forestår tre lægeundersøgelser af alle brugere i projektet og bruger til dette et ”Sundhedsskema”¹⁴.

¹³ Sociallægeinstitutionen hører under Århus Kommune, monitoreringen i Substitutionsprojektet af sociallægerne betales af projektets midler.

¹⁴ Skemaet bygger på et sundhedsskema udarbejdet af ’Støren’ (Københavns Kommune). Undersøgelserne indeholder bl.a.: almen samtale om helbredsmæssig situation, registrering af ordineret medicin og metadon, registrering af skader, måling af blodtryk, puls og vægt, samt blodprøver (hiv, hepatitis, levertal, hæmoglobin, leucocytter (infektioner)), blodprøverne foretages af egen læge.

Brugerne undersøges i forbindelse med indskrivning, midtvejs i forløbet og ved projektets afslutning. Formålet med at foretage disse lægeundersøgelser er dels at give Substitutionsprojektet et evalueringsredskab i forhold til projektets sundhedsfaglige indsats, og dels at afklare den enkelte brugers helbredsmæssige situation, og hermed give brugerne mulighed for i stadig samråd med projektets sygeplejersker at forbedre deres fysiske helbred (se også nedenfor).

4. Indsatsområder

De kerneydelser, som Substitutionsprojektet tilbyder brugerne, er både forskellige former for psykosocial støtte, sundhedsfaglige tiltag og oplevelsesorienterede aktiviteter. Indsatsområderne kan hhv. opdeles i indsatser over for den enkelte bruger eller overfor gruppen af brugere.

Indsatser overfor gruppen af brugere

Den væsentligste indsats overfor gruppen af brugere i Substitutionsprojektet er værestedsfunktionen. Hver morgen tilbydes morgenmad med kaffe, franskbrød, og yoghurt, der er altid frisk frugt, og folk får en daglig vitaminpille. Der er fast fællesspisning om onsdagen, hvor brugere laver mad sammen med en ansat, og hvis der andre dage er mange brugere på projektet omkring middagstid, arrangerer de ansatte undertiden fælles frokost. Man søger på Substitutionsprojektet at få brugerne til at fokusere på ernæringsmæssige aspekter, hvilket er en del af projektets bredere sundhedsfaglige satsning. Brugere kan altid komme og få kaffe og en snak med hinanden eller med en behandler, og de kan gøre brug af telefonen, pc'eren, eller spille spil. Ca. 2/3 af brugerne benytter værestedstilbuddet en del, mens ca. 1/3 udelukkende kommer for at få metadon eller for at tale med deres kontaktperson.

Som nævnt ovenfor er Substitutionsprojektet ambivalent i forhold til værestedstilbuddet. På den ene side mener man, det kan passivisere brugerne og fjerne opmærksomheden overfor allerede eksisterende tilbud i kommunen. På den anden side er man klar over, at en værestedsfunktion er med til at fastholde brugere i projektet og motivere dem til behandlingstiltag via den daglige kontakt.

Substitutionsprojektet satser også på tilbud om undervisning og foredrag, der enten kan foregå i projektets egne lokaler eller ude i byen. Som en del af projektets sundhedsfaglige satsning har man valgt at fokusere på sundhed. Bl.a. har en sygeplejerske fra Q-ambulatoriet på Skejby Sygehus holdt foredrag om hepatitis og hiv. I sammenhæng hermed har et medlem af He-

patitisforeningen holdt foredrag om egne erfaringer med sygdommen. Projektets egne sygeplejersker har undervist i anatomi, og sammen med en diætist er der blevet undervist i ernæring. Der har været undervisning i psykologi på Århus Daghøjskole, edb-kursus på Erhvervstræningsskolen, førstehjælpkursus, samt et malerværksted, mens projektet stadig havde lokaler to steder i byen. Men det har været svært at fastholde brugerne i egentlige undervisningsforløb, hvorimod enkeltstående arrangementer nemmere har kunnet tiltrække brugerne. Interessen overfor de forskellige tiltag har – fortæller projektlederen – ofte været stor i starten for derefter hurtigt at forsvinde.

Indsatsen overfor gruppen af brugere:

- Værested
- Undervisning
- Foredrag
- Ugentlig fællesspisning
- Udflugter
- Fitness, svømmehal
- Brugermøder

De oplevelsesorienterede aktiviteter er især udflugter for brugerne. Ideerne til udflugter og planlægningen af dem skulle gerne foregå på det ugentlige brugermøde, der ligeledes skal ses som en indsats overfor gruppen af brugere. Dette lykkedes til dels, men ikke uden støtte fra personalet. Der har fx været udflugter til Odder Museum, Nordsømuseum, Moesgård Museum, ture i biografen, i cirkus, til bowlingcentre og på cykeltur. Der har også i perioder været tilbud, om end med begrænset opbakning, om at komme i fitnesscenter og i svømmehallen.

Individuelt rettede indsats

Individuelt rettede indsats er Substitutionsprojektets fortolkning af en støttekontaktperson ordning og deres sundhedsfaglige indsats.

Kontaktpersonen støtter og vejleder brugeren med at løse de problemer, brugeren står med, og som han eller hun selv definerer som relevante. En stor del af dette arbejde består i at hjælpe og støtte den enkelte bruger med hans eller hendes daglige gøremål. Kontaktpersonen går med til tandlæge, til læge, på hospitalet, til møder med kriminalforsorgen, osv., hvis brugerne har behov for det.

*”Det har vist sig, at det ikke er nok at være med til at pege og anvi-
se brugerne rundt i systemet. Vi skal mange gange tage dem i hån-
den og gå med. På et eller andet tidspunkt så håber vi og satser på,
at de er i stand til at gøre det selv. Og det tror jeg også. Hvis man
ikke ved, hvordan man gennemfører en samtale med en sagsbe-
handler, jamen så kan det godt være, at den første gang så er det
medarbejderen, der gennemfører samtalen [med brugeren ved si-
den af], efter samtale med brugeren. Men næste gang er det måske
brugeren, der gør det, hvor medarbejderen sidder ved siden af, og
tredje gang er hun måske i stand til at klare det selv”. (Projektlede-
ren)*

Denne ledsageordning som en del af kontaktpersonfunktionen prioriteres højt i projektet. Et andet element i kontaktpersonsordningen er tilbud om individuelle samtaler. Der er faste samtaler mindst en gang hver tredje måned, hvor der arbejdes med det, man på Substitutionsprojektet kalder en ”*plan for din deltagelse i projektet*”. Planerne bruges til at følge op på den enkelte bruger og er inspireret af §111 handleplaner. Ifølge projektlederen foregår meget af kontakten mellem bruger og kontaktperson på daglig basis og ad hoc.

*”Det med handleplaner kører godt i nogle tilfælde, og i andre til-
fælde kører det ikke så godt. Det er jo en brugergruppe, som er
enormt ustruktureret, så det kan være svært at fastholde dem i en
struktureret samtale. Man kan godt sige, at vi ideelt set har opføl-
gning, hvor vi får gennemgået alle de her punkter en gang hver tred-
je måned. Men i praksis kan det også hænge sådan sammen, at
man gennemgår et punkt eller en del, og så får man lavet en ny im-
plementeringsplan for det, som går i den retning, og så 14 dage se-
nere jamen så behandler man måske et andet område, ikk’ og så
får man sådan samlet op hen ad vejen på den måde”. (Projektlede-
ren)*

Sidst er hjemmebesøg en del af kontaktpersonfunktionen. Hjemmebesøge-
ne foregår efter behov og kan have forskellig karakter. Det kan være hjælp
til at flytte eller rydde op, udbringning af metadon hvis en bruger er syg,
eller blot et besøg, idet erfaringen er – ifølge projektlederen – ”at mange
gode samtaler ofte opstår med brugerne under hjemmebesøg”.

Individuelt rettede indsatsler:

- Kontaktpersonsordning – i og udenfor Substitutionsprojektet
- Individuelle samtaler
- ”Planer for deltagelse i projektet”
- Sundhedsundersøgelse
- Massage
- Akupunktur (pr. august 2003)

Den anden vigtige del af projektet er den sundhedsfaglige indsats. Denne del er vokset i projektets levetid. Efterhånden er man blevet opmærksom på, at det sundhedsfaglige er et godt sted at tage fat, da brugerne ofte kan mærke umiddelbare forandringer som følge af en behandling. Samtidig har omsorgen i sygeplejen og den tætte kontakt ofte en tillidsvækkende effekt. Udover at udlevere metadon står sygeplejerskerne også for sårpleje, hjælp til fixeskader, hjælp til administration af medicin, kontakt til læger/hospital/apotek, vejledning og støtte i forhold til sundhed, sygdom og ernæring, etc. Derudover er der tilbud om massage, som den ene projektmedarbejder står for. Mange af brugerne har, ifølge projektlederen, været glade for dette tilbud, men nogle har også været lidt utrygge på grund af den kropskontakt og –oplevelse, som massage indebærer. Massagen kan ofte danne baggrund for gode samtaleforløb efterfølgende. I maj måned 2003 deltog begge Substitutionsprojektets sygeplejersker i et øre-akupunkturkursus, med tanke på at Substitutionsprojektet skulle tilbyde øre-akupunktur til sine brugere. Øre-akupunktur vil blive tilbudt efter indflytning i de nye lokaler under supervision af Sociallægeinstitutionen. Den sundhedsfaglige indsats sker også ved helbredsundersøgelserne foretaget af Sociallægeinstitutionen. På baggrund af helbredsundersøgelserne sætter sygeplejerskerne i samarbejde med brugerne de undersøgelser og tiltag i gang, som sociallægen anbefaler. Der følges løbende op på det, der sættes i værk, og sygeplejerskerne følger brugernes helbredsmæssige tilstand og diskuterer den med brugeren. Nye tiltag og ændringer i brugerens tilstand journaliseres.

5. Afrunding

Substitutionsprojektet har etableret en udvidet indsats i metadonbehandlingen på flere områder. Det grupperettede værestedstilbud med mulighed for uformelle samtaler med ansatte er en udvidet indsats, det samme er de individuelle indsatsler som støttekontaktperson-ordningen, samt en øget sundhedsmæssig indsats plus monitorering af dele af denne. Udvidet er også

personale/klient-ratioen på 1:4. Endvidere må projektets vægtning af udflugter, undervisning og foredrag for brugerne samt efteruddannelsen af personale anses som en udvidet indsats. Udarbejdelsen af muligheder for at dokumentere samt evaluere projektets indsatser for derved at inddrage det i behandlingsarbejdet kan vise sig at være en udvidet indsats. Sidst er den generelle brugerfokusering, der ligger i Substitutionsprojektets behandlingsgrundlag, en udvidet indsats.

6. Forandringer i projektet siden maj 2003

Siden Center for Rusmiddelforskning i maj 2003 sluttede dataindsamlingen til nærværende rapport, er der i alle projekterne sket store som små forandringer. I dette sidste afsnit giver vi ordet til projektlederen. Underståen- de ajourføring er således udelukkende vedkommendes betragtninger.

Substitutionsprojektet flyttede ind i nye og større lokaler lige før sommerferien. Flytningen har givet os større udfoldelsesmuligheder i forhold til indsatsen overfor brugerne. De bedre lokaleforhold giver mere ro og virker mindre stressfremkaldende for såvel brugere som medarbejdere.

Der er indrettet et separat rum til såvel metadonudleveringen som sygepleje samt til massage og øre-akupunktur. Der er separate rum til samtaler, og medarbejderne har hver sin arbejdsplads med adgang til computer.

Projektets indsats er udvidet med øre-akupunktur. Brugere har udvist stor og vedvarende interesse for tiltaget. Flere brugere modtager øre-akupunktur jævnligt. Tilbuddet om massage er også blevet mere søgt efter flytningen. Der evalueres løbende på såvel øre-akupunktur som massage, hvor brugernes oplevelser indgår sammen med medarbejderens vurdering.

I projektet arbejder vi med en dokumentationsplan, som omfatter såvel projektprocessen, indsatsen, samt brugernes udvikling i forhold til både deres helbredsmæssige og psykosociale situation. Vi arbejder i øjeblikket med at opstille delmål og succeskriterier for projektet. Projektet har tilknyttet en etnograf, som forestår en intern evaluering af projektets indsats. Formålet er at samle op på de erfaringer, som brugerne og medarbejderne gør i dagligdagen, så disse kan indgå i en lærings- og udviklingsproces til kvalificering af indsatsen. Processen foregår i runder, som består af gruppeinterviews og dialogmøder med brugere og medarbejdere. Processen afrapporteres løbende efter hver runde til brugere og medarbejdere, og ved projek-

tets afslutning sammenskrives resultaterne i en mindre rapport. Den første runde er afsluttet, og den næste er påbegyndt.

Som resultat af den første runde afholdes der som noget nyt hver dag et brugermorgenmøde. Her informeres om personalets planer for dagen, og dagens aktiviteter planlægges. Der afholdes stadig et ugentligt brugermøde i forbindelse med fællesspisningen om onsdagen. Her planlægges den kommende uge, og relevante emner diskuteres.

Projektets kontaktpersonordning er forandret. Der arbejdes med to kontaktpersoner pr. bruger: en sygeplejersker samt en af de øvrige medarbejdere. Det overordnede arbejde i forhold til hver enkelt bruger koordineres på et månedligt møde mellem kontaktpersonerne.

Projektet har endvidere arrangeret en temadag om brug og misbrug af benzodiazepin og en temauge om alkoholmisbrug, hvor foredragsholdere udefra kommer og underviser brugerne. Der er tillige nedsat en arbejdsgruppe, som skal arbejde sammen med brugerne om den endelige indretning af vores hus som skal kunne rumme vores mange forskellige aktiviteter.

7. Kilder

Interview og deltagerobservationer:

Interview med medarbejdere efteråret 2002.

Interview med projektlederen april 2003.

Observationer foretaget i Substitutionsprojektet af medarbejdere ved Center for Rusmiddelforskning.

Litteratur:

Simonsen, Christina Kaae (2001): *Substitution og social behandling – en forundersøgelse vedrørende en udvalgt gruppe af brugere i substitutionsbehandling*. Socialmedicinsk Klinik, Center for Misbrugsbehandling, Århus Kommune.

Sundhedsundersøgelse i forbindelse med Substitutionsprojektet Jægergårdsgade 103.

Den Sociale Misbrugsuddannelse, se www.aaam.dk

**København: X-Felt
Købmagergade 26E
1150 København K**

Projektet åbnede for brugere i august 2002.

1. Projektets rammer

I det følgende beskrives projekt X-Felts rammer. Dette indbefatter projektets organisering i forhold til Københavns Kommunes misbrugsbehandling, personalesammensætning og de ansattes arbejdsfunktioner, en beskrivelse af brugerne og en beskrivelse af metadonudleveringen og -politikken i projektet.

Projektets organisering i forhold til Københavns Kommunes misbrugsbehandling

Projekt X-Felt ligger under Københavns Kommunes Familie- og arbejds-markedsforvaltning. Det er den af de 7 forvaltninger i Københavns Kommune, der står for indsatsen overfor stofafhængige. Projekt X-Felt refererer direkte til Kontoret for voksne med særlige behov (7. kontor).

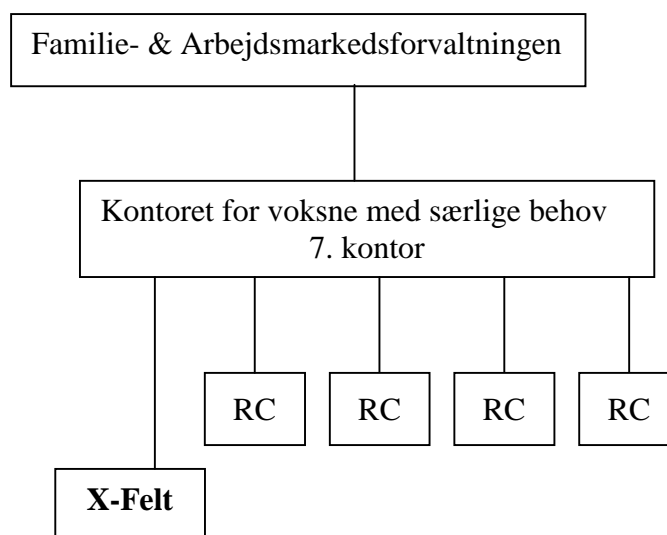
Al henvendelse om behandling af stofmisbrug i Københavns Kommune skal dog ske gennem ét af de fire rådgivningscentre (Rådgivningscenter Indre, Rådgivningscenter Nord, Rådgivningscenter Vest, Rådgivningscenter Amager). Rådgivningscentrene har det overordnede ansvar for visitation og behandlingsplanlægning af stofafhængige i Københavns Kommune. Rådgivningscentrene henviser videre til andre behandlingsinstitutioner, hvis dette er ønsket og anses for nødvendigt, fx stoffri døgnbehandling, et af de fem ambulatorier i Københavns Kommune og lignende. Hvilket rådgivningscenter, man skal henvende sig til, er afhængig af ens bopæl. Rådgivningscentrene har centraliseret indsatsen over for stofafhængige, således at både stofmisbrug og økonomiske og sociale forhold behandles via rådgivningscenteret. Alle X-Felts brugere visiteres således til projektet via et af de fire rådgivningscentre i Københavns Kommune.

X-Felts kompetenceområde vedrører udelukkende den behandlingsmæssige indsats. Brugernes økonomiske sagsbehandler (i pensions- eller kontanthjælpssystemet) samt sociale sagsbehandler, (der bl.a. har ansvaret for brugernes § 111 handleplaner) er fortsat på et af de fire rådgivningscentre. Derfor må X-Felts medarbejdere kontakte brugerens egen sociale sagsbehandler på rådgivningscenteret i forhold til samarbejde om § 111 handle-

planer og brugerens økonomiske situation. I det daglige foregår det ved, at X-Felts socialrådgivere udfærdiger sociale handleplaner, som godkendes af sagsbehandlerne på de regionale rådgivningscentre. Når X-Felt indstiller en bruger til (stoffri)døgnbehandling, er det visitationsudvalgene på rådgivningscentrene, der beslutter om denne indstilling skal gå igennem eller ej.

Ca. en gang om måneden afholdes der forstandermøde med deltagelse af omkring 25 repræsentanter fra rådgivningscentre, døgninstitutioner og ambulatorier. Dette forum deltager X-Felts projektleder i. X-Felts læge deltager i lægemøder én gang ugentligt ved socialoverlæge Peter Ege samt læger fra rådgivningscentre og ambulatorier.

Figur 4. Organisationsplan



Personale

Der er otte fuldtidsansatte medarbejdere på X-Felt. Foruden projektlederen er der ansat en læge, en psykolog, to socialrådgivere, en pædagog, en receptionist/lægeseekretær, en social- og sundhedsassistent og en projektmedarbejder.

Tabel 8. Personalesammensætning (maj 2003)

Ansatte	Ugentligt timetal
Projektleder (pædagog)	37
Læge	37
Psykolog	37
Pædagog	37
Social- og sundhedsassistent	37
Socialrådgiver	37
Projektmedarbejder (autodidakt)	37
Receptionist/lægeseekretær	37

Siden projektets start og til maj 2003 har der været en enkelt udskiftning og en enkelt nyansættelse i personalegruppen. Den tidligere projektleder blev i januar 2003 fyret, og efter en kort overgangsperiode, hvor lederen af Specialinstitutionen på Forchhammersvej fungerende som leder af X-Felt, blev en ny projektleder ansat i april 2003. Der er med projektlederskiftet ikke ændret i X-Felts behandlingskoncept, bl.a. fordi behandlingskonceptet blev udviklet af både den tidligere projektleder og den nuværende læge i samarbejde, og fordi den nye projektleder kom fra en stilling som pædagog på X-Felt. Perioden omkring projektlederskiftet har dog været turbulent og konfliktfyldt og rykket flere af projektets delmål i forhold til bl.a. kvalitetsudvikling og igangsættelse af planlagte indsatser (Statusrapport for Projekt X-Felt maj 2003). Projektlederskiftet har ikke været fulgt af andre udskiftninger i personalegruppen, udover nyansættelse af en pædagog, der tiltrådte i april 2003 i den nye projektleders tidligere ansættelse.

Personalet har været på to team-buildingsweekender med fokus på coaching og supervision i forhold til behandlings- og organisationsdelen i projektet. Den ene weekend lå før og den anden efter projektlederskiftet.

Hovedparten af de ansatte i projekt X-Felt har lang erfaring med misbrugsbehandling fra tidligere ansættelser. Den nuværende projektleder kom fra en stilling på en døgninstitution i Københavns Amt, men har også erfaring fra ambulans stofmisbrugsbehandling. Lægen har været ansat i en af Københavns Kommunes specialinstitutioner for stofafhængige og har endvidere mangeårig erfaring fra ambulans stofmisbrugsbehandling, samt stoffri miljøterapeutisk behandling. Psykologen har været leder af en kommunal stoffri døgnbehandlingsinstitution og har tidligere arbejdet på en af Køben-

havns Kommunes specialinstitutioner for misbrugere og hjemløse. Socialrådgiveren kom fra en stilling i Københavns Amts misbrugsbehandling, og social- og sundhedsassistenten fra en stilling på en af Københavns Kommunes specialinstitutioner for stofafhængige. Projektmedarbejderen har været ansat i en af Københavns Kommunes institutioner for misbrugere og hjemløse. Receptionisten/lægeseekretæren kommer ligeledes fra en stilling i en af Københavns Kommunes specialinstitutioner for stofafhængige. Den nyansatte pædagog er den eneste, der ikke tidligere har erfaringer med misbrugsbehandling.

I udvælgelsen af ansatte til projekt X-Felt blev det anset for et væsentligt grundlag for at kunne starte et nyt forsøgsprojekt, at ansøgerne havde erfaring med misbrugsbehandling. I forlængelse heraf fortæller den nye projektleder, at netop erfaringen har været vigtig at kunne trække på for den enkelte medarbejder i den turbulente periode omkring projektlederskiftet. Ifølge projektlederen er de enkelte medarbejders erfaringer dog meget forskellige og bundet til forskellige behandlerkulturer og dermed forskellige ideer om, hvad der er god behandling. De problemer, medarbejderne identificerer hos brugerne, har de ikke nødvendigvis samme løsningsforslag til. Medarbejdernes erfaringer har derfor ikke umiddelbart givet grundlag for at etablere en fælles behandlingspraksis. Det arbejder projektet på, bl.a. via en fælles efteruddannelse, som hele personalegruppen går i gang med i løbet af 2003. Det bliver en løsningsfokuseret, systemisk terapiuddannelse – diplomuddannelse – der er tilrettelagt af firmaet Solution (for detaljer se nedenfor afsnit 2). Løsningsfokuseret, systemisk metode er valgt, idet den tidligere projektleder og projektets læge udviklede projektets koncept ud fra denne tilgang.

Flere medarbejdere har deltaget i seminarer og/eller konferencer omhandlende bl.a. dobbeltdiagnoseproblematikken, hepatitis og øre-akupunktur.

Lægen i projektet står for udredningen af brugernes fysiske og psykiske tilstand, substitutionsbehandling samt anden medicinsk behandling, forebyggelse i forhold til hiv og hepatitis samt graviditet (prævention), samarbejde med sundhedsvæsenet, samt er ansvarlig for forsknings- og dokumentationsarbejdet og implementering af monitoreringsdelen i behandlingspraksis. Receptionisten/lægeseekretærens daglige arbejdsopgaver består i vanlige sekretæropgaver samt modtagelse af gæster. Social- og sundhedsassistentens daglige arbejde er at være brugernes første kontakt vedrørende sundhedsproblemer, give sygeplejefaglige ydelser, styre receptfornyelser samt medvirke til gennemførelse af hepatitisudredning og vaccination. Alle

andre medarbejdere end lægen og receptionisten fungerede i begyndelsen af projektet som primær kontaktpersoner for 10 – 15 brugere og sekundær kontaktperson ligeledes for 10-15 brugere. Uanset faglig baggrund har medarbejderne således fungeret som kontaktpersoner for brugerne. Kontaktpersonfunktionen var primært at have individuelle samtaler med brugere, udarbejde § 111 handleplaner, samt varetage den sagsbehandling, som behandlingsplanen indebærer. Det viste sig dog u hensigtsmæssigt, at alle var kontaktpersoner. Fx havde psykologen og social- og sundhedsassistenten svært ved at varetage deres specielle, faglige arbejdsområder, som indebærer opgaver, der ikke kan varetages af andre faggrupper. Og den medarbejder, der var ansat til at igangsætte aktiverings- og arbejdsmarkedsrettede tilbud, havde svært ved at finde tid til dette, osv. Kontaktpersonfunktionen er derfor fra april 2003 blevet lagt ud til to teams, der hver især består af hhv. en pædagog og en socialrådgiver.¹⁵ I april 2003 blev der ligeledes etableret et ledelsesteam bestående af projektlederen, projektets læge og projektets psykolog, der hhv. er ansvarlig for de administrative opgaver, forsknings- og dokumentationsdelen af projektet, og for udviklings- og behandlingsdelen i projektet.

Tabel 9. Projekt X-Felts åbningstider for brugerne (maj 2003)

Mandag	9.00 – 16.00
Tirsdag	9.00 – 16.00
Onsdag	9.00 – 16.00
Torsdag	9.00 – 16.00
Fredag	9.00 – 14.00

Hver morgen holder personalet en halv times morgenmøde, hvor stort og småt omkring brugerne kan vendes. I starten var morgenmøderne tænkt som en mulighed for, at medarbejderne kunne lære hinanden at kende. Men – som projektlederen formulerer det – der er blevet holdt fast i disse morgenmøder, de fungerer godt, og der er ikke planer om at ændre praksis. Der er personalemøde én gang om måneden, her er der nyt fra lederen samt fra de forskellige teams og medarbejdere. På møderne diskuterer man ikke brugerne, men mere praktiske samt 'klimatiske' forhold i projektet. Man har således en 'vejrmedling', der er et frirum for de ansatte til at komme med ris og ros til hinanden. Behandlermøde holdes én gang om ugen, hvor

¹⁵ Det skal nævnes, at der fra 1. juni 2003 er ansat endnu en socialrådgiver på X-Felt. Personalegruppen består således nu af ni medarbejdere.

brugernes behandlingsforløb diskuteres, og nye brugere uddelegeres til et kontaktpersonsteam.¹⁶

Brugerne

X-Felt har plads til 60 brugere, og i maj 2003 var der 57 indskrevne. Brugere er blevet visiteret til X-Felt gennem de fire rådgivningscentre i Københavns Kommune ud fra et randomiseringsprincip. Fra 1. august 2002 blev de første 15 behandlingssøgende, der kom til hvert af de fire rådgivningscentre, visiteret til X-Felt. De næste 15 indskrevne i hvert af rådgivningscentrene skulle udgøre en kontrolgruppe både i forhold til X-Felts interne undersøgelsesdesign og for den eksterne evaluering foretaget af Center for Rusmiddelforskning (CRF). CRF interviewer kontrolgruppen med de samme instrumenter som de indskrevne i forsøgsprojekterne. Der er i begge grupper udelukkende tale om nyindskrevne, dvs. førstegangsendskrevne, og indskrevne som tidligere har været i substitutionsbehandling, men som op til indskrivningen har været ude af misbrugsbehandlings-systemet. Hver gang indskrevne på X-Felt af den ene eller den anden grund forlader behandlingen, indskrives nye fra et af de fire rådgivningscentre. Ved hver ny indskrivning i X-Felt interviewes ligeledes en nyindskreven i rådgivningscentret til kontrolgruppen. Brugere, der skal afsone en straf eller kommer i stoffri behandling, udskrives ikke fra X-Felt, men følges stadig af behandlingsteamet. Randomiseringsprincippet betyder, at X-Felts brugere er en blandet gruppe, der indeholder alt fra de mest svært belastede misbrugere til de mere velfungerende, der er i arbejde, har familie, etc. For en diskussion og uddybning af, hvordan randomiseringen er foregået i praksis se DEL II: *Afhængigt misbrug af heroin – om metadonmodtagere i Metadonprojektet*.

På hvert af de fire rådgivningscentre er der en kontaktperson, som X-Felt kan koordinere visiteringen med. Dette samarbejde forsøges opretholdt via møder og løbende dialog. Når brugerne er visiteret til X-Felt, informeres de om, at det er et kriterium for at være indskrevet i projektet, at man deltager i de undersøgelser og interviews, som forsknings- og evalueringsdesignet foreskriver.

Brugerne i X-Felt har med projektets hjælp etableret en brugerforening. Brugerforeningen er et forum, hvor brugerne kan skabe deres egne aktiviteter. Ideen med denne forening har været, at brugerne selv skal tage initiativ

¹⁶ Det nydannede ledelsesteam – bestående af psykologen, lægen og projektlederen – er pr. oktober 2003 begyndt at mødes én gang om ugen for at diskutere og registrere projektets resultater.

til og arrangere de aktiviteter, som mange ellers har erfaring med, at behandlingsinstitutionen arrangerer. Men det er klart formuleret ikke en del af X-Felts indsatser at arrangere aktiviteter for brugerne (se nedenfor). Derimod er det en del af indsatsen at skabe brugerinvolvering i behandlingen. Initiativer i brugerforeningen skal således komme fra brugerne selv, ikke fra personalet, og der er afsat 30.000 kr. om året, som brugerne selv kan arrangere forskellige aktiviteter for. Brugerforeningen har bl.a. arrangeret en tre-dages tur til Lalandia, hvor to ansatte og seks brugere var af sted. Derudover har brugerforeningen arrangeret fx filmaftener og biografture, men uden den store tilslutning fra gruppen af brugere. Projektlederen er i dialog med brugerforeningen, men det er i princippet et selvstyrende organ. Erfaringen har dog været, at foreningen har kørt meget ustabil. Den fungerede i efteråret 2002, men var ikke-fungerende de første par måneder af 2003. I april måned 2003 blev foreningen genetableret på en ny stiftende generalforsamling. I foråret 2003 var der ca. 10 af X-Felts brugere, der var mere eller mindre aktive i brugerforeningen.

Derudover har X-Felt etableret det, de kalder bruger/behandler-aftener, hvor brugere og behandlere mødes og spiser sammen. Tanken med disse aftener er at skabe et rum, hvor brugerne kan komme med kritik og forslag til ændringer af behandlingspraksis i X-Felt. Bruger/behandler-aftener er kun løbet af stablen én enkelt gang, men er planlagt til at foregå løbende.

En karakteristik af brugerne i X-Felt ud fra de data, som Center for Rusmiddelforskning har indhentet, kan ses i DEL II: *Afhængigt misbrug af heroin – om metadonmodtagere i Metadonprojektet*.

Projektets lokaler

X-Felt ligger i Købmagergade, der er en af de centrale forretningsgader i København. Lokalerne ligger tilbagetrukket i en baggård, hvor også forskellige daghøjskoletilbud holder til. Lokalerne består af en stueetage og en første sal på i alt 400 m². Både stueetagen og første sal er kendetegnet ved at være store, åbne rum. I stueetagen kommer man ind i en hall, hvor der står et fodboldspil, en kildevandsbeholder, en computer, et højt, rundt cafebord i metal og et lavere cafebord med et par stole omkring. Herfra går man ind i receptionen, hvor sekretæren og social- og sundhedsassistenten sidder ved hver deres bord. I stueetagen står også personalets frokostbord. Derudover er der på denne etage et stort mødelokale, lægekonsultation, et køkken, et toilet og et rum med vaskemaskine og tørretumbler. På første sal er der et stort rum med et åbent kontorlandskab. Her har hver medarbejder et skrivebord, og samtaler med brugerne foregår for det meste i dette åbne

lokale. Der er kelimtæpper på gulvene, kunst på væggene og store grønne planter rundt omkring i lokalet. Også projektlederen og lægen har deres skrivebord i dette åbne landskab. Derudover er der et mindre samtale- og terapirum, samt et brugerrum med computer og telefon, som brugerne frit kan benytte. Det eneste aflåste lokale i X-Felt er personaletoiletet og medicinopbevaringen, der ligeledes er på første sal. Ellers er alle rum tilgængelige for både personale og brugere.

Før projektet gik i gang, brugte de to udviklere (den tidligere projektleder og projektets læge) meget tid på at finde lokaler, der var centralt beliggende, i god stand, og som havde et neutralt udseende i forhold til at være en institution for stofbrugere i substitutionsbehandling. Lokalerne skulle være indrettede som åbne og imødekommende, og ideen var, at stedets indretning og placering skulle være med til at afstigmatisere stofmisbrugsbehandlingen.

”Tankerne bag indretningen var, at de skulle bære præg af at være et servicetilbud, dvs. et sted man kom ind for at få en ydelse, en service, og her skulle være venligt, imødekommende og respektfuldt. Det skulle have en standard, der svarer til steder andre mennesker går hen, når de skal have en ydelse hos en speciallæge, en tandlæge eller går ned for at købe en rejse. Vi havde overordnet to tanker med stedet: den ene var, at det skulle signalere kvalitet, og den anden var, at vi ville undgå skrankesystemet i forhold til udlevering af medicin”. (Projektets læge)

Til sammenligning ligger kommunens rådgivningscentre i randområder af byen i mere nedslidte bygninger og mere socialt belastede områder. Flere af stederne skal man henvende sig ved en skranke for at få kontakt med personalet, trække et nummer for at få udleveret metadon, og to af stederne skal man ringe på en dørtelefon for at komme ind. Ideen bag X-Felts beliggenhed og indretning af lokalerne som ”neutrale” og åbne står således i kontrast til det, der i Københavns Kommune er standard behandling.

I udviklingsfasen af projekt X-Felt var en arkitekt tilknyttet, som indrettede lokalerne sammen med de to udviklere. Tanken bag det åbne kontorlandskab var, at behandlingen skulle være gennemskelig. Ideen var, at det åbne kontorlandskab netop ikke var stationært – som hvis de enkelte behandlere sad i hver deres lille lokale – men flytbart og omstilleligt, hvilket kunne give rum for bedre kommunikation og refleksion. Forestillingen var, at

man hermed kunne undgå for fastgroede roller blandt personalet såvel som brugerne.

Projektlederen og projektets læge fortæller dog, at erfaringen med indretningen har været, at det, som opleves som respektfuldt af personalet, ikke altid opleves ligeså af brugerne. Fx er det ikke blevet oplevet af alle brugere som respektfuldt, at der i det åbne kontorlandskab kunne være ”medhør” på samtalen med deres behandler. Der er ligeledes et ret højt støjniveau i det åbne kontorlandskab. Af flere grunde er personalet derfor begyndt at bruge de mindre lokaler til længere samtaler med brugerne og kun have korte samtaler i det åbne kontorlandskab. Personalet oplever ligeledes, at de har brug for at kunne lukke af og få ro på en måde, som ikke altid er muligt i det åbne kontorlandskab.

Alle lokaler i X-Felt er røgfrie, undtagen forhallen og brugerrummet. Projektets læge fortæller, at ideen bag denne politik afspejler den generelle trend i samfundet, hvor man etablerer rygerområder og ikke-rygerområder. Rygepolitikken er således et eksempel på det normaliserings- eller afstigmatiseringsperspektiv, som ligger i X-Felts idegrundlag for behandling (for detaljer se nedenfor).

Metadonudlevering og -politik i projektet

I X-Felt siger medarbejderne konsekvent ”medicin” om metadon eller anden form for substitutionsmedicin, der ordineres til brugerne. Dette skyldes for det første, at ca. 85 % af brugerne får ordineret metadon, resten får ordineret buprenorphin.¹⁷ For det andet er det et led i normaliseringstanken. Medicin opleves som et mere neutralt udtryk end metadon.

Projektets læge fortæller, at både metadonudleveringen og -politikken i projektet netop er etableret ud fra en ide om at normalisere medicinudleveringen. På denne baggrund tilstræbes det, at metadonudleveringen i videst mulig omfang henlægges til apoteker, ligesom andre former for medicin hentes på apotek, således at metadonudlevering fra X-Felt kun foregår i ’medicinindstillingsfasen’ de første to-fire uger af behandlingsforløbene. Begrundelsen for at udlevere substitutionsmedicin på apotek er ligeledes del af en ide om ”*helhedsbehandling*”, herunder at flytte fokus fra kontrol og ”*den der magtkamp om metadonen*” til behandlingsalliancen (Projektets læge).

¹⁷ I Københavns Kommune er buprenorphin det præparat, der primært vælges til stofmisbrugere, der ikke har været i behandling før, hvilket ofte er de unge stofmisbrugere.

”Jeg er meget fedtet i starten, hvor brugerne får meget lave doser. Til gengæld får de sikkerhed for, at de nok skal få den dosis, de føler sig godt tilpas på. Men det tager den tid, som jeg nu synes, der skal til for at gøre det forsvarligt. Det betyder, at man skal komme hver dag for at blive justeret ind i dosis lige så stille. Det går faktisk ret langsomt. Når jeg har valgt at gøre det på den måde, er det for at have en vis kontrol over det, vi gør. Og man får etableret en behandlingskontakt i starten, hvilket også er meget vigtigt” (Projektets læge)

I indskrivningsfasen justeres dosis individuelt til den enkelte bruger af projektets læge, hvorefter brugeren får ordineret til bopælens nærmeste apotek. Begrundelsen herfor er, som Petersen (2002) skriver, at opnåelse af farmakologisk stabilitet tager minimum to uger, og i den periode er det nødvendigt med tæt opfølgning på, om behandlingen virker eller ej (Petersen 2002:32). Udleveringen på apotek indebærer ligeledes forskellige former for tag-hjem-ordninger. Det afhænger af den enkelte bruger, om vedkommende skal hente dagligt på apotek, hver anden dag, en gang om ugen, eller hvordan tag-hjem-ordningen nu fungerer for den enkelte. Enkelte velfungerende brugere er ikke interesseret i at hente medicinen på apotek og henter derfor én gang om ugen på X-Felt.

Projektlederen og projektets læge understreger, at det formodentlig for behandlerne ville være nemmere, hvis brugerne kom hver dag for at hente deres metadon på X-Felt. Så ville de med sikkerhed være i regelmæssig kontakt med brugerne. De mener dog, at det er mere respektfuldt, at medicinen hentes på apotek. Der kan brugerne hente medicinen, når de vil, de er ikke tvunget til at komme indenfor et bestemt af behandlingsinstitutionen afsat tidsrum til udlevering af metadon, de undgår køer i metadonudleveringen, og brugerne undgår at skulle konfronteres med andre brugere og behandlingsinstitutionen i forhold til medicinudlevering. Ligeledes understreges det, at det i det lange løb fokuserer behandlingen væk fra metadonen. *”Til dagligt taler vi ikke ret meget medicin med brugerne længere, fordi det bare kører et andet sted. Jeg har brugt mange år på at diskutere metadon!”* (Projektlederen). Er der brugere, der ikke afhenter deres medicin på apoteket, opdager X-Felt det enten ved at blive kontaktet af apoteket eller ved, at brugeren ikke møder op til de aftalte behandlingsaftaler. I sådanne tilfælde følger personalet op på den enkelte bruger. En gang om måneden bliver alle brugere tjekket op på, og er der en bruger, X-Felt ikke har set i den forløbne måned, bliver medicinordinationen stoppet, og brugeren må henvende sig på X-Felt for at få den reetableret. *”Kontrollen ligger i*

behandlingsalliancen. Brugere skal opfylde deres forpligtelse, og det er der kontrolniveauet faktisk er lagt” (Projektets læge).

2. X-Felts idegrundlag for behandling

I dette afsnit beskrives, hvordan X-Felt præsenterer sig selv og den måde, projektet driver behandling på. Vi fokuserer på, hvordan behandlingspraksis og indsatserne italesættes i projektet, da den måde, man omtaler hvad der foregår i projektet og dermed de ideer, der ligger til grund for behandlingspraksis, er med til at afspejle og begrunde de valgte behandlingsindsatser. Dermed er dog ikke sagt, at idegrundlag er lig med den behandlingspraksis, der foregår i hverdagen. Men alligevel både begrunder og bekræfter idegrundlaget den tilgang, som personalet har til behandlingspraksis i X-Felt.

I det følgende vil vi fokusere på forskellige ord og vendinger, der betegner X-Felts idegrundlag for behandling, hvoraf de væsentligste er service, normalisering, integration, individuelt tilrettelagt behandling og behandlingsalliance.

Indledningsvis skal det dog nævnes, at formålet med behandlingen ikke (nødvendigvis) er stoffrihed, men, som det beskrives i X-Felts projektbeskrivelse (Petersen 2002), i større grad at kunne fastholde stofbrugere i behandling samt i højere grad forbedre den enkeltes situation på individuelt udvalgte områder i forhold til standard substitutionsbehandlingen. Monitorering af projektet har fra starten været tænkt ind som en integreret del af X-felts arbejde for at kunne dokumentere behandlingens effekt.

Integration, normalisering og service

”De overordnede mål for behandling? Jamen, det er integration og normalisering, om ikke andet så i alt fald på den medicinske behandling. Og så er vores mål at skabe størst mulig tilfredshed hos vores brugere på det niveau, de nu er interesseret i”. (Projektets læge)

Grundlaget for behandling i X-Felt er ønsket om at integrere brugerne i ”normalsamfundet”. X-felts indsatser skal således i videst muligt omfang tilbydes og tilrettelægges, som det ellers ville være tilfældet i ”normalsamfundet”. Dette opleves af personalet på X-Felt som den mest respektfulde måde at interagere med brugerne på. Der er flere eksempler på, hvad dette

betyder i praksis. Fx anses rygepolitikken på X-Felt som en måde at normalisere X-Felt på. Som i de fleste andre offentlige institutioner er der i X-Felt kun bestemte områder, hvor der kan ryges. Rygepolitikken gælder både for personale og brugere, og der kan fx hverken ryges under de individuelle samtaler eller rundt om frokostbordet. Et andet eksempel på normalisering eller integration i "normalsamfundet" er metadonudlevering, der foregår på apotek og i tabletform. Som nævnt kalder personalet i X-Felt konsekvent metadon for medicin, og ligesom al anden medicin hentes på apotek, skal også brugerne i X-Felt hente deres substitutionsmedicin (metadon eller buprenorphin) på apotek. Personalet på X-Felt anser det for stigmatiserende, hvis brugerne skulle hente deres substitutionsmedicin indenfor et bestemt tidsrum på behandlingsinstitutionen, især når de sammenligner med de institutioner, hvor metadonen udleveres fra en skranke, og hvor brugerne må stå i kø eller trække et nummer for at få deres metadon. Metadon i tabletform anses ligeledes for at være en mere respektfuld udlevering af metadon end metadonmikstur. Piller anses for mere handy, de ligner anden form for medicin, og de opfattes som nemmere at indtage end mikstur.

Normalisering og integration ligger ligeledes i intentionen med de valgte indsatsområder i forhold til brugerne.

"Projektets prioritering af, at der sammen med brugerne etableres forbindelseslinier til omverdenen, betyder, at de samlede ydelser skal afspejle en orientering mod uddannelse og arbejdsmarked. Alle former for aktivering, jobpraktik, uddannelsesforløb, projektføløb, foreninger, fysiske aktiviteter, samværsmuligheder, osv. skal kunne iværksættes på opfordring af brugerne og med så små ventetider som muligt" (Petersen 2002:10)

Det at hjælpe brugerne – på deres egen opfordring – med at indgå i allerede etablerede netværk og dermed blive integreret i "normalsamfundet" anses for en væsentlig tilgang til behandlingspraksis på X-Felt. Der har dog det første år været sparsomt med etablering netop af de job- og uddannelsesrettede indsætter på X-Felt, pga. projektlederskiftet og pga. den første kontaktpersonordning, der gav mindre tid og mulighed for udvikling af specielle tiltag i projektet.¹⁸

¹⁸ Der har i Københavns Kommune været flere forsøgsprojekter i gang for at få stofmisbrugere i substitutionsbehandling i enten arbejde eller uddannelsesforløb. Se fx Fisker (2002) og Jöhncke (2001).

X-Felt har således ønsket at tilrettelægge indsatser og tilbud, så de svarer til normer og standarder, som findes i "normalsamfundet". Derfor har man også lagt stor vægt på, at service skulle være fremtrædende i projektet. Et eksempel herpå er, at brugerne altid kan komme i X-Felt også uanmeldt og bede om en samtale eller hjælp. Er primærbehandleren optaget, vil brugeren blive tilbudt kontakt med sekundærbehandleren eller en af de andre medarbejdere i X-Felt. Det anses for service-orienteret, at stedet er åbent for brugerne, og at behandlerne altid er til stede og har tid til at tage sig af en brugers mere akutte behov. *"Ønsket er, at møde brugeren så hurtigt og uformelt som muligt i en serviceorienteret "kunderelation", der kan omdefinere den sædvanlige "klientstatus"* (Petersen 2002:11). Projektlederen fortæller, at de har mulighed for at yde denne service, bl.a. på grund af den gode behandler/klient-ratio. Et andet eksempel på normaliseringen af indsatserne er, som beskrevet ovenfor, indretningen af lokalerne. X-Felt skal ikke associeres med nedslidte lokaler og gamle møbler, men ligge centralt, have en høj standard og kunne ligestilles med andre institutioner, der yder god service til borgerne. Især det at X-Felt kan fungere midt i København – endda midt i et dyrt shoppingområde – anses af personalet for afstigmatiserende for brugerne. Myter om, at misbrugsbehandlingsinstitutioner er til gene for offentligheden, eller at stofmisbrugere stjæler med arme og ben, kan med X-Felts beliggenhed manes til jorden. Institutionen opfattes ikke af naboerne som en gene – projektlederen fortæller, at mange naboer slet ikke ved, hvad X-Felt er – og der har kun en enkelt gang været rapporteret indbrud i nærtliggende lokaler, hvoraf det langt fra er sikkert, at dette skulle være begået af en af X-Felts brugere. Ideen om, at X-Felt skal være en serviceinstitution, er således forbundet med ideer om at afstigmatisere det at være stofbruger i behandling.

Den individuelt tilrettelagte behandling

Grundlaget for social integration og normalisering bygger i X-Felt på en ide om den individuelt tilrettelagte behandling. Dette opfattes som særlig vigtigt, idet årsagerne til stofmisbrug anses for multifaktorielle, og gruppen af stofbrugere anses for at være lige så differentieret som enhver anden gruppe i et behandlingssystem. Derfor anser X-Felt det ikke for deres opgave at tilbyde indsatser, der tager udgangspunkt i generelle problemstillinger og retter sig mod en bestemt gruppe af misbrugere, fx bestemte grupperes behov for et værested. Især ideen om, at substitutionsbehandlingsinstitutioner skal tilbyde brugerne et værested, ligger langt fra X-Felts ideer om behandling. *"Der findes masser af væresteder her i København. Det skal vi ikke være"*, siger projektets læge, og projektlederen fortsætter: *"Der er folk, der bliver bedt om at gå, hvis de sidder og kokser. Det er ikke den*

stemning, der er her i huset. Men der er ikke nogen, der ryger ud, fordi de har været her en hel dag eller tre dage i træk. Brugerne kan godt gå og dalre lidt rundt et par timer, kede sig lidt ved computeren i brugerrummet eller gå ned og drikke en kop kaffe. Men de fleste kommer her på en anden måde. De kommer, fordi de vil os noget". Grundlaget for behandlingspraksis i X-Felt er således at tage udgangspunkt i den enkelte bruger og dennes behandlingsbehov og/eller -ønsker, ikke i bestemte grupper af brugere, der kunne have fælles problemstillinger, der kunne løses med grupperettede indsats. *"En af tingene i en øget psykosocial støtte er jo at kunne tilpasse indsatsen til behovene og situationen og ikke bare trække det samme ned fra en bestemt hylde til alle"* (Projektets læge). Tyngden i den psykosociale indsats, som beskrives nedenfor, ligger da også i de individuelle samtaler, den individuelle sagsbehandling og udarbejdelsen af § 111 handleplaner, ikke i indsats rettet mod gruppen af brugere. Udgangspunktet for den individuelt tilrettelagte behandling er ligeledes ideen om at integrere brugerne i normalsamfundet.

Set i lyset af den visitationsprocedure, der har været til X-Felt, er brugergruppen mere differentieret, end brugergruppen i de tre andre forsøgsprojekter. Det at brugergruppen i princippet repræsenterer hele spektret af stofmisbrugere – dvs. både nogle af de sværest belastede, ældre misbrugere, de velfungerende med arbejde og familie og de yngre, storforbrugende, men mere ressourcestærke misbrugere – er begrundelsen for at fokusere næsten udelukkende på den individuelt tilrettelagte behandling. Når brugergruppen er så differentieret, må indsatserne også rette sig mod den enkelte bruger. Der ligger ikke nødvendigvis fælles problemstillinger hos brugerne, blot fordi de alle har et stofmisbrug. Erfaringen er dog, at det kan være svært at rumme så varieret en brugergruppe. De indsats, som X-Felt tilbyder, er fx ikke altid det, de mest svært belastede brugere har brug for. *"Det er ikke så enkelt, at vi ikke kan rumme de tunge brugere. Det er vi faktisk ret gode til, mere end almindeligt gode, hvis du tager behandlingssystemet som helhed. Men der er nogle brugere, der kræver ressourcer teammæssigt, som vi egentlig ikke har"* (Projektets læge). Der rettes her opmærksomhed på, at nogle brugere har langt større behov for omsorgstilbud end et egentligt behandlingstilbud. Inddragelse af omsorgstilbud som fx værested, madordninger, etc. som en del af behandlingen, står, som diskutert ovenfor, i modsætning til X-Felts idegrundlag for behandlingspraksis. Opgaven med de sværest belastede misbrugere er således at hjælpe dem til at benytte sig af de tilbud, som allerede er i Københavns Kommune for denne gruppe (værested, herberg, gadesygepleje, etc.). Både projektlederen og projektets læge understreger, at personalegruppen supplerer hinanden,

idet nogle er gode til at takle de helt unge, og andre er bedre til de ældre, mere svært belastede brugere. At det især er de sværest belastede misbrugere, der har sværest ved at passe ind i X-Felts behandlingskoncept, har også at gøre med valg af fælles behandlingsgrundlag og forståelse af behandlingsalliance, som uddybes i det næste afsnit.

Fælles behandlingsgrundlag og etablering af behandlingsalliancen

Fra projektets start er behandlingskonceptet i X-Felt for den psykosociale dels vedkommende tænkt baseret i en systemisk og løsningsorienteret metode. Det systemiske i denne metode danner udgangspunkt for det "helhedssyn", som X-Felt ligger i behandlingen af brugerne. Forudsætningen for at blive ansat som medarbejder i X-Felt har været, at man ville arbejde ud fra denne metode samt deltage i en efteruddannelse i denne metode, for at stedet dermed kan fremstå med et fælles behandlingsgrundlag. Selvom behandlingen i X-Felt i en lang periode har været båret af de behandlingspraksisser den enkelte medarbejder har haft med fra tidligere ansættelser i feltet, og selvom medarbejderne først i efteråret 2003 påbegynder den fælles uddannelse i løsningsorienteret, systemisk terapi, finder vi det alligevel vigtigt at understrege, at metoden bevidst er valgt fra projektstart til at styre både valg af indsatser og måder overordnet at drive behandlingspraksis på. Metoden lader sig ikke gengive med få ord, men det indebærer bl.a. ifølge projektbeskrivelsen at: *"En løsningsorienteret arbejdsmåde vægter den stofafhængiges ressourcer og evner til at handle ansvarligt i forhold til nye muligheder. .. I en løsningsfokuseret strategi vil den fremtidige historie, som skal skabes sammen med behandlere og andre, blive omdrejningspunkt"* (Petersen 2002:10). Ligesom *"En løsningsfokuseret rådgivning/terapi vil lægge vægt på eget ansvar, ressourcer og handlinger. Igenem en sådan ... er målet, at den enkelte udvikler sig og tager nye initiativer i forhold til sin afhængighedssituation"* (Ibid:31). Som behandlingsmetoden fremstilles, lægges der stor vægt på brugerens deltagelse, ansvarlighed og udvikling.

Den forandring, der som sagt lægges vægt på i X-Felt, er en generel integration og normalisering for brugerne og en service-orienteret tilgang fra personalets side. Denne tilgang indebærer bestemte forestillinger om relationen mellem bruger og medarbejder. En bestemt forståelse af behandlingsalliancen opfattes da også i X-Felt som et centralt element til at kunne opnå gode behandlingsresultater. Det fremhæves af projektlederen og projektets læge, at tillid er fundamentet i denne behandlingsalliance, men at tillid samtidig også er "en svær størrelse". På den ene side er man som behandler oppe imod brugernes generelle mistillid til behandlingssystemet. *"Mange*

stofbrugere er flasket op med en grundlæggende angst for at miste deres medicin. Man kan mærke, at det ligger lige under overfladen” (Projektlederen). Projektlederen henviser til, at der i substitutionsbehandlingen i Danmark indtil for nyligt har været en generel tendens til høj grad af kontrol med indtag af metadon, kontrol af sidemisbrug for stofbrugere i behandling (urinprøvekontrol, stikmærke-kontrol, etc.), kontrol med overholdelse af aftaler, osv. med mulighed for udskrivning af behandling, såfremt disse ”kontrollforanstaltninger” ikke blev overholdt. På den anden side: *”sidder vi med receptblokken. Det er en del af den indbyggede betingelse for behandling, men det er lige nøjagtig det, der gør, at vi [behandler og bruger] aldrig bliver 100% i øjenhøjde*” (Projektets læge). Projektets læge understreger hermed, at der ligger en indbygget ulighed i behandlingsalliancen. *”Behandlingsalliancen vil altid være et fundament for behandlingen, men det er også her kontrollen ligger. Brugerne kommer jo ikke 100% frivilligt, og det er os, der dirigerer behandlingen*” (Projektets læge). Behandlingsalliancen og hermed opbygning af tillid mellem bruger og behandler fremstår på X-Felt som ekstra vigtig, idet hovedvægten i indsatsen netop ligger i behandlerens relation til den enkelte bruger i de individuelle samtaler, i sagsbehandlingen og i udarbejdelsen af § 111 handleplaner, samt at medarbejderne opfatter sig selv og hinanden som servicemedarbejdere, der i så høj grad som muligt skal opfylde ”kundens” behov.

3. Koordinering, samarbejde og monitorering

X-Felt har formelt koordinerings- og samarbejde med de fire rådgivningscentre i Københavns Kommune. Monitorering foregår som grundlag for dokumentation og kvalitetsudvikling af projektet.

X-Felts samarbejde med de fire rådgivningscentre er især baseret på det grundlag at: visitation til X-Felt går gennem rådgivningscentrene, brugeren stadig har sin sociale sagsbehandler på rådgivningscentret, pension og kontanthjælp foregår gennem rådgivningscentrene, og al visitation til døgnbehandling ligger i rådgivningscentrenes regi. Dette betyder, at § 111 handleplaner på brugerne udarbejdes af X-Felt, men at disse skal godkendes af de enkelte rådgivningscentre. X-Felts medarbejdere er således i kontakt med brugernes sociale sagsbehandlere på rådgivningscentrene omkring dette. Er en bruger på pension eller kontanthjælp forvaltes dette ligeledes af rådgivningscentret. Ligesom visiteringen til døgnbehandling afgøres af rådgivningscentrenes visitationsudvalg, idet økonomien til dette ligger i rådgivningscentrene, ikke hos X-Felt. (Visitationsprocedurene og koordineringen heraf er beskrevet ovenfor i afsnit 1).

X-Felt samarbejder og koordinerer indsatsen med distriktpsychiatrien, herberg, Specialinstitutionen på Forchhammersvej, væresteder, sygehusværnet, praktiserende læger, kriminalforsorgen, etc. i forhold til den enkelte brugers behov. Flere af medarbejderne på X-Felt har kontakter til fx væresteder, herberg, eller forskellige specialinstitutioner fra tidligere ansættelser og har i det hele taget et godt kendskab til indsatserne over for stofmisbrugere i Københavns Kommune. Samarbejde med arbejdsmarkedet og forskellige aktiveringstilbud etableres ligeledes, hvis den enkelte bruger har behov for det.

Dokumentation og monitorering i X-Felt danner grundlag for kvalitetsudvikling i projektet, hvor bl.a. øget livskvalitet, øget social integration, reduktion af misbrug, reduktion af kriminalitet og fastholdelse i behandling ønskes dokumenteret og målt (for detaljer se Petersen 2002:19-24). Monitoreringen er baseret på forskellige redskaber: EuropASI, SF-36 og Den Elektroniske Brugerjournal, som er en del af Københavns Kommunes elektroniske journalsystem i misbrugsbehandlingen. Alle X-Felts brugere er af en af projektets medarbejdere ved indskrivningen blevet interviewet med EuropASI, et selvrapporteringsskema, hvor stofbrugeren svarer på en lang række spørgsmål relateret til områder som rusmidler, kriminalitet, familie/netværk, sociale forhold, økonomi, arbejde og fysisk/psykisk belastning. Indskrivningsinterviewet, der ca. varer 45 minutter, efterfølges hver tredje måned af et opfølgingsinterview, der varer ca. 5-10 minutter. SF-36 (Short-Form 36 Spørgeskema) måler sundhedsrelateret livskvalitet ved måling af helbredsstatus på otte specifikke delområder. Dette skema besvares ligeledes ved indskrivning og igen hver tredje måned af brugerne. Besvarelsen tager ca. 5-10 minutter (Petersen 2002:16-19). I Den Elektroniske Brugerjournal registrerer den enkelte behandler vha. et standardiseret system hver kontakt, han måtte have til en bruger. Der adskilles mellem otte forskellige kontaktformer, spændende fra de faste samtaler hver 14. dag til fx tilfældige korte uformelle møder i projektet. Udover dokumentationsdelen indgår de forskellige monitoreringsredskaber aktivt i den *case management*¹⁹ model, den enkelte behandler arbejder ud fra. Den enkelte behandler – eller *case manager* – har således ansvaret for at koordinere de

¹⁹ *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. Alligevel er det muligt at afgrænse en kerne i *case management* metoden og dermed adskille den fra det, vi i rapportens konklusion kalder *ad hoc* koordinering på individuelt plan. Således afgrænset består *case management* og dets fokus på at skabe og vedligeholde et klientstøttende netværk af fem grundelementer: vurdering, planlægning, intervention, støtte, monitorering og evaluering (se fx: Moxley 1989, Ridgely & Willenbring 1992).

behandlingsmæssige indsatser overfor brugeren. Udover de mere traditionelle aspekter af støttekontaktpersonordningen (se nedenfor) indebærer det et kontinuerligt fokus på, sammen med brugeren, at implementere og justere den sociale handleplan, samt en monitorering af behandlingsforløb gennem brug af oplysninger fra de udfyldte ASI-skemaer og SF-36 skemaer. Dette sker fx ved at lade disse skemaer være et samtaleredskab, således at mål og løsninger stadigt udvikles.

”Hvor gode vi bliver til at bruge de forskningsredskaber, der er lagt ned, som jo også er et kvalitetsudviklingsredskab, og som også gerne skulle være et dialogværktøj for os, det er endnu usikkert. Men jeg er positivt overrasket over, at det har kunnet lade sig gøre i første omgang”. (Projektets læge)

I X-Felt er monitoreringen tænkt som både et dokumentationsværktøj, et kvalitetsudviklingsredskab, og et dialogværktøj i behandlingen. Indtil maj 2003 er det dog udelukkende selve det at få gennemført EuropASI- og SF-36-interview med brugerne, samt få ført journal over de indsatser, der etableres med den enkelte brugere, der er sket. Det at bruge data til effektmålinger, til kvalitetsudvikling og til dialogredskab med brugerne er ikke kommet i gang endnu i maj 2003. De forskellige redskaber, der anvendes i monitoreringen, er således tænkt til både at blive brugt i den daglige behandling såvel som til at dokumentere og kvalitetssikre projektet.

4. Indsatsområder

De kerneydelser, som X-Felt tilbyder brugerne, er forskellige former for psykosocial støtte samt en grundig udredning af brugernes fysiske, psykiske samt sociale problemstillinger. Indsatserne er primært tilrettelagt som indsatser over for den enkelte bruger.

Individuelt rettede indsatser

X-Felt tilbyder både helbredsmæssige indsatser rettet mod den enkelte bruger og psykosociale indsatser som individuel rådgivning, *case management*, tilrettelæggelse af handleplaner og terapeutiske samtaleforløb hos X-Felts psykolog.

En væsentlig del af forsøgsprojektets indsats går på at udrede brugernes fysiske tilstand. Ved indskrivning tilbydes alle at blive undersøgt for hiv og hepatitis A, B og C, og alle får tilbud om at blive vaccineret mod hepatitis B. Blodprøverne tages på Københavns Praktiserende Lægers laboratorium,

og ca. 80% af brugerne har taget imod dette tilbud, hvilket ifølge projektets læge er et meget højt tal. I den ordinære stofmisbrugsbehandling når man kun ca. 10% af brugerne. Vaccinationen, der betales dels af Projektets midler, dels af embedslægeinstitutionen i København, foregår på X-Felt. Vaccinationen foregår over flere gange, og det kræver et tæt opfølgingsarbejde på hver enkelt bruger, før brugeren er fuldt vaccineret. Dette opfølgingsarbejde foretages primært af projektets social- og sundhedsassistent. Projektets læge fortæller, at kun én er konstateret hiv-smittet, hvorimod stort set alle brugere er smittet med hepatitis C. Ved indskrivningen bliver alle kvinder tilbudt en gynækologisk undersøgelse og gratis prævention, som fx depot-prævention, spiral eller lignende. Den gynækologiske undersøgelse foretages for at konstatere eventuelle underlivssygdomme eller forstadier til livmoderhalskræft. X-Felt har en aftale med Veneriaklinikken på Bispebjerg Hospital, der med kort varsel kan foretage denne gynækologiske undersøgelse af X-Felts brugere. Ellers foretages undersøgelsen hos speciallæge. Derudover kan man i X-Felt hente kondomer, og kvinder kan få udleveret gratis graviditetstests og fortrydelsespiller, hvis det er nødvendigt.

Denne fysiske udredning af brugerne i X-Felt har været mulig at inddrage i forsøgsprojektet, idet lægerne i misbrugsbehandlingen i Københavns Kommune har udvidet ydernummer, der bl.a. giver øget mulighed for at henvise til blodprøver, røntgenundersøgelser, samt til speciallæger generelt.

Den psykosociale del af X-Felts indsats er især fokuseret omkring individuelle samtaler, sagsbehandling baseret på *case management* metoden, samt terapeutiske samtaler med psykolog.

Kontaktpersonerne på X-Felt har individuelle samtaler med brugerne, hvor der lægges strategier for behandlingen. Derudover hjælper kontaktpersonerne brugeren udenfor X-Felt, hvor det er nødvendigt, fx ved at gå med på hospitalet, hjælpe med kontakt til familien, eller deltage i en retssag og evt. hjælpe brugeren med at få en behandlingsdom i stedet for en afsoningsdom.

”Når en bruger går i behandling, så er der en masse oprydning i hans liv. Det gælder både politi, bolig, økonomi og familie. Så det bruger vi meget krudt på. Vi er meget ude af huset”. (Projektlederen)

Medarbejderne i X-Felt kombinerer af og til den støtte, de giver en bruger ud af huset med et café-besøg, en tur på burgerbar eller lignende for at op-

leve brugeren i en mere afslappet og hverdagsagtig situation, for dermed forhåbentlig at kunne etablere en mere nuanceret og tillidsfuld relation til brugeren.

De individuelle samtaler er baseret på, at brugerne kommer til et aftalt møde med deres kontaktperson minimum én gang hver 14. dag. Her har brugeren og behandleren en mere struktureret samtale, hvor der følges op på den forrige samtale og lægges strategier for den kommende tid. De individuelle samtaler bruges også til at udarbejde § 111 handleplaner. Derudover kan brugerne komme forbi, hvornår de vil, og når der er behov. Kontaktpersonerne kan som regel finde tid til kort at snakke med brugere, der kommer uanmeldt eller aftale en tid den næste dag. Er dette ikke muligt, overtager brugerens sekundære kontaktperson eller en anden, der er ledig til det. ”*Man bliver aldrig afvist på X-Felt. Vi er her, og de møder aldrig en lukket dør*” (Projektlederen).

(En anden individuel indsats er tilbudet om at gå i terapi hos projektets psykolog. Dette er dog først kommet i stand i løbet af sommeren 2003)

Individuelt rettede indsatses:

- Case management
- Individuelle samtaler
- § 111 handleplaner
- (Terapeutiske forløb med psykolog)
- Somatisk og psykisk udredning
- Hepatitis B vaccination
- Gratis prævention

Indsatses overfor gruppen af brugere

Projekt X-Felt satser på de individuelt tilrettelagt indsatses, og de fleste grupperelaterede indsatses, som fx værested og aktiviteter, anses for at være i modstrid med projektets idegrundlag om at normalisere og afstigmatisere. Der er dog to områder, hvor X-Felt har indsatses rettet mod gruppen af brugere. Den ene er etableringen af brugerforeningen og projektlederens hjælp i forhold til at få den til at fungere. Den anden er etableringen af brugerrummet i X-Felts lokaler, hvor der står computere og en telefon til fri afbenyttelse. Både projektlederen og projektets læge understreger dog, at brugerrummet ikke er et værested. X-Felt organiserer bevidst ikke aktiviteter for brugerne, de ønsker kun at være ”katalysator” for at sætte ønskede aktiviteter i gang for én eller flere brugere.

”I stedet for at vi laver maleriværksted i X-Felt, vil vi ti gange hellere finde fx en HF-malerklasse eller en lokal kunstner, hvor en eller flere brugere kan stå og male. Brugerne skal sluses ud i samfundet, ikke væk fra samfundet”. (Projektets læge)

Skal aktiviteter for en eller flere brugere sættes i værk skal det således være udenfor X-Felts fire vægge, og det generelle formål skal være at skabe forbindelseslinier til omverdenen for brugeren.

Indsatser rettet mod gruppen af brugere:

- Brugerforening
- Brugerrum

5. Afrunding

X-Felt har etableret en udvidet indsats i metadonbehandlingen på flere områder. Først og fremmest er der personale/klient-ratioen på 1:7½. Metadonudlevering på apotek og den lave kontrol omkring metadon må ligeledes anses for en udvidet indsats. X-Felt har flyttet fokus i behandlingen fra metadonordinationen til andre områder af brugernes liv ved at neddrog de negative sider af metadonbehandlingen. X-Felt har ligeledes en udvidet indsats omkring udredningen af brugernes fysiske tilstand, tilbud om vaccination og antikonception. Den specifikke brugerfokusering, der ligger i X-Felts behandlingsgrundlag, er en udvidet indsats. Ligesom hele monitoringsdelen er en udvidet indsats.

6. Forandringer fra maj – oktober 2003 i X-Felt

Siden Center for Rusmiddelforskning i maj 2003 sluttede dataindsamlingen til nærværende rapport, er der i alle projekterne sket store som små forandringer. I dette sidste afsnit giver vi ordet til projektlederen. Understående ajourføring er således udelukkende vedkommendes betragtninger.

X-felt har fuld belægning svarende til 60 klienter. Behandlingsmæssigt er alle udredt, der er lagt behandlingsplaner, og der er gjort en stor ekstrainsats for at udfærdige sociale handleplaner. Der planlægges i øjeblikket fokusering på gruppeterapeutiske behandlingsforløb til erstatning for de mange individuelle forløb, hvilket også er den oprindelige hensigt.

Hele Projekt X-Felt minus læge og sekretær er påbegyndt 1-årig diplomuddannelse i løsningsorienteret korttidsterapi ved Solution.

Brugerforeningen har nedlagt sig selv pr. september 2003. Der arbejdes med at få den genetableret. Der afholdes bruger/behandlertaften en gang om måneden med fællesspisning, en-to uger før udarbejdes en dagsorden, hvor alle brugere såvel som personalet kommer med forslag til debatemner. Endvidere har der været afholdt diverse aktiviteter, herunder med eksperterne undervisere.

X-Felt har etableret et bofællesskab i Hjulmagerstien (primo maj 2003), som er i fortsat metodeudvikling. Der er aktuelt fuldt hus, det vil sige tre beboere. Heraf en stoffri, en stabil i Subutexbehandling og en p.t. fængslet.

Dokumentationsstrategien vedrørende strukturerede interview og omfattende dokumentation af behandlingsarbejdet inklusiv registrering af ydelser er efterhånden indarbejdet som fast rutine i medarbejderstaben. Aktuelt pågår status på datakvaliteten i de dertil indrettede databaser, og efterfølgende pr. november 2003 vil de første data vedrørende 12-måneders follow up blive udarbejdet. På baggrund af de fastsatte kvalitetsmål har medarbejderstaben været i gang med at udvikle standarder på henholdsvis individuel rådgivning og case management, og pr. 1-12-03 vil kvalitetsudviklingsprocessen påbegynde implementering i daglig praksis.

De åbne kontorlandskaber har vist sig ikke at være uden problemer. I supervisionen arbejder behandlerne med personlig grænsesætning i det åbne kontorlandskab, dette for at opnå fornødent arbejdsro. Generelt er opfattelsen dog, at den fysiske indretning er fordelagtig i forhold til kontakten med brugerne, og huset har generelt en åben og imødekommende atmosfære. Dette er dog ikke uden omkostninger, idet det er ganske krævende for den samlede medarbejderstab. Lukketiderne har derfor ændret sig (nu: 9-14), så medarbejderstaben kan få arbejdsro fra kl. 14.00 – 16.00. Huset er dog åbent for telefonkontakt fra kl. 9.00 – 16.00, hvor der også kan planlægges aftaler med brugerne.

Vi har haft to episoder med verbal aggressivitet fra brugernes side, som har resulteret i midlertidig karantæne og medicinering fra Medicinkontakten i Københavns Kommune. I karantæneforløbet havde vi fortløbende kontakt til brugerne, og begge er tilbage i behandling på X-Felt. Herudover har vi haft en særdeles ubehagelig episode, hvor en bruger dels truede og dels angreb projektet ved at kaste brosten gennem vinduerne i stueetagen,

hvor en stor del af personalet og brugerne befandt sig. Dette har bevirket, at sikkerhedsproceduren i projektet revideres, og rådgivning indhentes aktuelt.

7. Kilder

Interview og deltagerobservationer:

Interview med projektleder og projektlæge i X-Felt april 2003.

Interview med medarbejdere på i X-Felt efteråret 2002.

Observationer foretaget i X-Felt af medarbejdere ved Center for Rusmid-delforskning.

Skriftligt materiale:

Petersen, Helle (2002). *Projekt X-Felt – Projekt til belysning af effekten af en udvidet psykosocial behandlingsindsats i substitutionsbehandlingen af stofafhængige.*

Statusrapport for Projekt X-Felt maj 2003

Anden litteratur:

Fisker, Charlotte (2002). *Beskæftigelsesindsatsen for stofbrugere i Rådgivningscenter Indre.* Familie- og arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune.

Jöhncke, Steffen (2001). *Evaluering af Projekt Fram.* Familie- og arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune.

Moxley, D. P. (1989). *The Practice of Case Management.* London: SAGE Publications.

Willenbring, M. L. (1992). Integrating Qualitative and Quantitative Components in Evaluation of Case Management. I: Ashery (red.) *Progress and Issues in Case Management.* Rockville, NIDA Research Monograph 127: 223-251.

Perspektivering

Beskrivelserne af de fire delprojekter belyser hhv. projekternes rammer, idegrundlag for behandling, indsatserne i projekterne, samt koordinering, samarbejde og monitorering. I det følgende vil vi konkludere på disse beskrivelser på forskellige måder. Vi vil overordnet sammenligne, hvor den udvidede indsats ligger i forhold til standardbehandlingen, trække både forskelle og ligheder frem mellem de enkelte projekter, og vi vil diskutere, hvori den udvidede indsats består i de enkelte projekter. Vi vil desuden fremhæve, hvilke fælles erfaringer der er gjort i projekterne, og vi vil diskutere specifikke områder på et mere analytisk plan. Dette sker gennem fokus på bestemte områder af de fire temaer, som beskrivelserne af projekterne er delt op i. Perspektiveringen skal således ikke betragtes som en samlet konklusion for projekterne, men derimod som delkonklusioner, der peger i bestemte retninger, og som vil blive uddybet i senere rapport og artikler.

Fra standard til udvidet psykosocial indsats

Vurderingerne i konklusionen af, hvad der i de enkelte projekter kan betegnes som en udvidet indsats, er baseret på definitionerne af standard versus udvidet substitutionsbehandling i Pedersen & Asmussen (2002). Her fremhæves forskellige indsatser, som fx støttefunktioner, grupperådgivning/-behandling, monitorering og muligheder for fællesskab (dvs. værested), som udvidede indsatser, idet de generelt ikke er at finde i standardbehandlingen. Derudover fremhæves, at indsatser, der allerede findes som en del af standardbehandlingen, som fx individuel rådgivning, personale/klient-ratio og brugerinddragelse, må intensiveres for at kunne betragtes som en udvidet indsats (for detaljer se Pedersen & Asmussen 2002:25-33). I det følgende skal opstilles, hvad der adskiller de fire forsøgsprojekter fra den behandling, der generelt praktiseres i dag – eller med andre ord: hvad består den udvidede indsats egentlig i.

Personale/klient-ratio: I alle fire delprojekter er der en lav personale/klient-ratio. I de følgende beregninger er alle medarbejdere indregnet i personale/klient-ratioen, eftersom alle ansatte på hver deres måde bidrager til den udvidede indsats overfor brugerne i forsøgsprojekterne. I Silkeborg er forholdet 1:5½, i Århus er forholdet 1:4, i Korsør er forholdet 1:5½ og i København er forholdet mellem personale og klient 1:7½. Set i lyset af at forholdet mellem personale og klient er 1:25-40 i standardbehandlingen, er personale/klient-ratioen lav i de fire forsøgsprojekter og må anses for en

udvidet indsats, på trods af at brugergruppen i flere af projekterne er meget belastet (se DEL II nedenfor).

Mere direkte kontakt: Af gode grunde bør den højere personale/klient-ratio afspejle sig i mere direkte kontakt. Dette sker i projekterne først og fremmest med støttekontaktpersonordningerne, værestedsfunktioner og den øgede tilgængelighed, der ligger i projekterne. Men det kan også være i form af flere systematiske individuelle samtaler (hvilket vi bl.a. fokuserer på gennem en senere journallæsning), i form af gruppesamtaler (hvilket ser ud til kun at blive anvendt i begrænset omfang). En del af opfølgingsundersøgelsen vil komme til at indeholde en opgørelse over, hvor ofte brugeren er kommet i projektet. Dette mål kan af gode grunde først afgøres efter journallæsning og opfølgingsundersøgelsen.

Rammer, faciliteter, tilgængelighed: Den udvidede indsats adskiller sig generelt fra den meste metadonbehandling ved, at behandlingen/selve indsatsen foregår i fysiske rammer, hvor brugeren kan komme hver dag (i længere tid), og hvor der er en række faciliteter til rådighed, som man ellers ikke finder i standardbehandlingen. Ganske vist er der eksempler på behandlingscentre, som har kombineret selve behandlingen med værestedslignende rammer, men generelt ikke nær i den udstrækning som vi finder det i forsøgsprojekterne. De fire projekter adskiller sig ganske vist fra hinanden – nogle har mere fokus på, at der skal være tale om et slags værested end andre – men alle fire adskiller sig alligevel fra langt de fleste andre behandlingsenheder, hvad angår rammer, åbningstider og faciliteter i projekterne.

Metadonudlevering: Projekterne har generelt lagt stor vægt på, at substitutionsmedicinen skulle fylde så lidt som muligt i relationen mellem bruger og behandler. Dette kan ses i sammenhæng med det overordnede formål med projekterne, nemlig en øget psykosocial støtte. Der er større mulighed for at vælge, i hvilken form metadonen skal udleveres, hvor den udleveres, og hvordan den udleveres. Forskellen projekterne imellem diskuteres nærmere nedenfor.

Indsatser: Netop de anderledes rammer, den højere klient/behandler-ratio og de bedre ressourcer generelt muliggør en bred vifte af tilbud til brugerne, som spænder fra morgenmad/frokost og udflugter, over fitness, svømmehal, foredrag og undervisning til en mere systematisk somatisk udredning, akupunktur og massage, hepatitis B vaccination, psykoterapeutiske samtaler m.m.. Ganske vist har også flere andre behandlingscentre forskellige typer tilbud, og enkelte endog ret mange tilbud, men generelt set ikke

bare tilnærmelsesvis i den udstrækning vi ser hos disse fire udvidede projekter.

Støtte-kontakt-person (SKP) og case management: SKP-strategien er udpræget i fokus i alle fire projekter. På X-felt hedder det case management, hvilket synes mere teoretisk og empirisk begrundet (case management hører til kategorien ”evidensbaserede behandlingsmetoder”). Om case management vil adskille sig fra de andre SKP-strategier, vil vise sig i opfølgingsundersøgelsen. SKP-ordninger/case management er ikke generelt en formaliseret del af standardbehandlingen.

Handleplaner: Alle fire projekter har haft øget fokus på skriftlighed, men som det fremgår af gennemgangene, har det været vanskeligere for nogle end for andre. Handleplaner anvendes ikke systematisk i den form for standardbehandling, som ses i Danmark i dag. Enten er de der slet ikke, eller også er de meget overordnede udsagn, som der ikke følges op på. Vi har endnu ikke læst handleplanerne i forsøgsprojekterne og kan derfor ikke på nuværende tidspunkt sige, om de kan defineres som ”udvidede”, men vi kan sige, at det fokus, der indtil nu har været, og de aktiviteter, der indtil videre har været omkring skrivning af handleplaner, har været langt ud over, hvad vi har set tidligere. De fire projekter synes altså at adskille sig fra standardbehandlingen gennem en intention om systematisk anvendelse af handleplaner og anden skriftlig dokumentation. Om dette også vitterlig er tilfældet, skal afgøres ved senere gennemlæsning af den skriftlige dokumentation.

Beskæftigelsesmæssige tiltag: Specielt på X-felt og Sydvesten har der været fokus på beskæftigelse i en grad, som ikke almindeligvis ses. Der kan være gode grunde til at beskæftigelse ikke er i fokus – dette vil ikke mindst fremgå af DEL II, hvor der differentieres mellem tre typer metadonbrugere, og hvor de sværest belastede næppe er i stand til at profitere af beskæftigelsesmæssige tilbud. Ikke desto mindre er der grund til at forvente, at outcome i særlig grad vil være positiv, hvis det vitterligt lykkes at få metadonbrugerne i en eller anden form for meningsfuld beskæftigelse.

Monitorering: Et kvantitativt overblik over hvem der er og har været indskrevet i projektet, deres belastning, hvad de har modtaget af tilbud/behandling m.m. kan på længere sigt medvirke til, at uheldige gentagelser undgås, og at forskellige indsatser kan tilbydes forskellige grupper af klienter, som man ved behøver særlige tiltag for at kunne fastholdes. Samtidig kan den systematiske gentagne monitorering i sig selv betragtes som

behandling, idet det fordrer strukturerede samtaler med jævne mellemrum, som kommer rundt om alle – eller de fleste – relevante problemområder. Man kan sige, at systematisk monitorering kan fungere som indsatsens hukkommelse og overblik – ikke mindst langtidshukkommelse og tidsmæssige overblik. Kun X-felt gennemfører en egentlig systematisk monitorering. Systematisk monitorering er generelt ikke en del af standard behandlingen. Ét er dog at monitorere, noget andet at bruge det. Hvordan det er blevet anvendt, vil fremgå i senere rapport.

Brugerinvolvering: Intentionerne om brugerinvolvering har været fremtrædende i alle fire projekter, og det har samtidig været ligeså fremtrædende, hvor svær en øvelse dette har været. Brugerinvolvering er først og fremmest kommet til udtryk gennem etablering af brugerforening og gennemførelse af brugermøder. Inddragelse af metadon-brugerne i udarbejdelsen af handleplaner er også former for brugerinvolvering. Almindeligvis er der ingen fokus på brugerinvolvering i den standardbehandling, der i dag tilbydes metadon-brugere. Det fokus, der har været på brugerinvolvering i de fire projekter, er allerede i sig selv en udvidet opmærksomhed.

Opmærksomhed: Endelig har der af mange naturlige grunde været mere opmærksomhed og derfor også mere fokus på, at ”det skal lykkes” i disse fire projekter, end man almindeligvis ser. Bl.a. har der været forskellige typer følge- eller styregrupper tilknyttet, der har været flere møder – også på tværs af projekterne – og hvis der har været problemer (fx i forhold til projektlederskifte) er alt blevet sat ind på, at de skal løses. Der synes ligeledes, specielt i starten af projektperioden, at være noget, man vel kunne kalde for konkurrence mellem de forskellige projekter, hvor ligheder og forskelle de enkelte projekter imellem er blevet fremhævet. Det behøver bestemt ikke at være negativt – det kan have medvirket til den ”det skal lykkes” holdning, der har været i alle projekterne.

Generelt adskiller de fire projekter sig altså målbart på en række parametre fra det, der er almindelig standard indsats overfor metadon-brugere i dagens Danmark. I det følgende vil vi fortsætte diskussionen af, hvor det udvidede i forsøgsprojekterne placerer sig. Diskussionen vil tage udgangspunkt i de forskelle og ligheder, der er de enkelte projekter imellem, og på de fælles erfaringer, der er gjort på tværs af projekterne

Personale og brugere

I de fire projekter er der lagt vægt på uddannelse af medarbejderne. Der er afsat midler til både længerevarende efteruddannelse og til deltagelse i en-

kelte kurser, konferencer eller seminarer. I Århus og Silkeborg deltager flere af medarbejderne i den 1-årige efteruddannelse udbudt af Århus Amts Misbrugscenter, Den Sociale Misbrugsuddannelse. I København påbegynder alle medarbejderne – undtagen læge og sekretær – i efteråret 2003 en 1-årig efteruddannelse i systemisk, løsningsorienteret terapi. Og i Korsør har forsøgsprojektet etableret en uddannelse for både deres egne medarbejdere og deres samarbejdspartnere (to kommuner og Kirkens Korshærs varme-stue). Der er således i alle fire forsøgsprojekter stort fokus på videreuddannelse af medarbejderne i projekterne. De muligheder, medarbejderne i forsøgsprojekterne har for deltagelse i kurser og efteruddannelse, vil der blive fulgt op på og kan formodentlig ses som et udtryk for en udvidet indsats. Efteruddannelse har generelt til formål at give medarbejdere ny viden og skabe øget refleksion fx over behandlingspraksis og –metode og må derfor også generelt anses for en udvidet indsats.

Det at sammensætte en tværfaglig personalegruppe har været prioriteret i alle fire projekter. Dette er især tydeligt i projekterne i Korsør, Århus og København, idet personalegrupperne her består af fem til otte personer. Udgangspunktet for det tværfaglige samarbejde i de tre projekter var, at alle (undtagen læge) skulle være kontaktpersoner for brugerne, samt at personalet alle deltog i de fælles opgaver, der måtte være i det enkelte projekt (fx værestedfunktionen). Som kontaktperson fik alle dermed en tæt kontakt til en mindre gruppe af brugerne i projektet. Forsøgsprojekterne ønskede at organisere det tværfaglige arbejde på en anden måde end den velkendte i standardbehandlingen, hvor hver faggruppe arbejder ud fra sit eget kompetenceområde. Målet var at bløde faggrænserne op til fordel for brugerne. Erfaringerne viste dog alle tre steder, at dette ikke fungerede, især fordi det ikke gav tid og rum til flere af de faglige kompetencer, der ikke havde med sagsbehandling og kontakt til brugerne at gøre (fx sygepleje, psykologisk bistand, projektlederopgaver, etc.), samt at flere medarbejdere ikke følte sig fagligt rustede til at udføre fx sagsbehandling for brugerne, hvis de var uddannede sygeplejersker eller pædagoger. De tre projekter gik således alle efter en kort periode over til at danne kontaktpersonteams med udelukkende pædagogisk uddannet personale, socialrådgivere, og autodidakte medarbejdere, og har ladet fx sygeplejerske, projektleder og psykolog arbejde med de specifikke områder, der ligger i deres faglighed. Hermed er organiseringen af de enkelte arbejdsopgaver blevet fagligt begrundede. I de projekter, hvor der er flere forskellige fællesopgaver, som fx at drive værested eller tage på koloni, er disse arbejdsopgaver stadig fordelt på hele personalegruppen.

Udvælgelsen og visiteringen af brugere til de fire delprojekter er foregået på forskellig vis. I Århus er det de "sværest belastede" brugere, der blev tilbudt deltagelse i projektet. Brugere blev valgt ud fra deres misbrugskarriere og -belastning og på baggrund af en forundersøgelse foretaget af Socialmedicinsk Klinik (Simonsen 2001). I Silkeborg er målgruppen for projektet ligeledes "de tungest belastede brugere". Denne gruppe blev valgt ud fra højeste score i problemomfang på parametrene i Århus Amts Misbrugsceners Oplysnings-skema. I Korsør er målgruppen "de ældste stofbrugere". Kriterierne for at tilhøre denne gruppe er bl.a.: mere end 10 års misbrug, over 30 år, socialt belastede, og mange behandlingstilbud bag sig. Projektet i København er det eneste, der ikke har valgt brugergruppen ud fra bestemte parametre, men derimod ud fra et randomiseringsprincip af nyindskrevne i de fire rådgivningscentre. Hvordan brugergruppen i de enkelte projekter ser ud, ud fra Center for Rusmiddelforskning's foreløbige evaluering af projekterne, kan ses i DEL II af denne rapport. Her opereres med kategorierne: "de sværest belastede", "brugere i metadon-vedligeholdelse" og "de 'yngre' metadon-modtagere". Brugere i Silkeborg tilhører primært første kategori, brugere i Århus og Korsør tilhører primært den anden kategori, og brugere i København tilhører primært den tredje kategori (se DEL II).

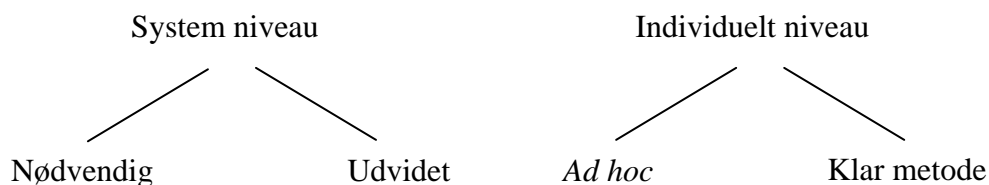
Organisering, koordinering, samarbejde og monitorering

De fire forsøgsprojekters organisatoriske forankring indeholder præmisser, der er af betydning for, hvorledes indsatsen overfor brugere tilrettelægges, og under hvilke vilkår koordinering og samarbejde i de enkelte projekter fungerer. Vi skelner i rapporten mellem koordinering og samarbejde på hhv. et system niveau og på et individuelt niveau, der hver især kan opdeles i to forskellige tilgange (se figur 5 næste side). System niveauet retter sig mod den organisatoriske forankring, de enkelte projekter er underordnet. Det individuelle niveau retter sig mod det, der kaldes støttekontaktpersonordninger og case management.

På systemniveau kan man skelne mellem på den ene side den koordinering og det samarbejde, der nødvendigvis må være indbygget i projekterne pga. den organisatoriske forankring, og på den anden side det, der går herudover, dvs. hvor de enkelte projekter afsætter ressourcer og tager initiativ til at opbygge relationer til ikke allerede eksisterende koordinerings- og samarbejdspartnere. På individuelt niveau skelnes der mellem på den ene side implementering af klare og målrettede metoder til at koordinere og styre den enkelte brugers kontakt til relevante offentlige og private instanser (Fx brug af handleplaner, case management), og på den anden side en ikke klart formuleret pædagogisk praksis, der foregår mere *ad hoc*, og er baseret på

personlige relationer, etc. men som er inspireret af støttekontaktpersonordninger.

Figur 5. Niveauer af koordinering



Der har i de senere år været en generel opmærksomhed overfor vigtigheden af at koordinere tiltagene overfor udsatte grupper i samfundet, herunder stofmisbrugere (se fx Ebsen 2003, Mahs 2002, Pedersen 2001b, Vanderplasschen 2002). Årsagen hertil er, at stofmisbrugeres problemer sjældent er begrænset til ét område, og derfor er indsatsen overfor den enkelte bruger ofte placeret hos flere forskellige institutioner, der med hver deres kompetencer skal hjælpe, støtte eller behandle den enkelte bruger. Disse forskellige institutioner har ofte modstridende interesser og arbejdsmetoder, og har ikke tradition for at inddrage hinanden i arbejdet med den enkelte bruger. Dette er en vægtig baggrund for, at alle fire delprojekter i projektbeskrivelserne fokuserede på koordinering af indsatsen overfor den enkelte bruger. Det ligger i tiden, at dette er en vigtig del af det sociale og behandlingsmæssige arbejde.

I praksis har koordinering fået forskellig betydning i de enkelte delprojekter. Hvorvidt vægten både ligger i at udvikle mere formelt, organisatoriske former for samarbejde, og i at medarbejderne som støttekontaktperson (eller case manager) er med til at sørge for, at ting kan ske for den enkelte bruger, varierer i de enkelte delprojekter. I alle fire projekter lægges der stor vægt på, at medarbejderne fungerer som støttekontaktpersoner for brugerne. De ”går ud af huset” og er tilstede i de forskellige institutioner, hvor brugeren har brug for støtte og hjælp. Dette er en udvidet indsats i forhold til standardbehandlingen. I tre af projekterne (Korsør, Silkeborg, Århus) foregår støttekontaktpersonfunktionen *ad hoc*. I delprojektet i København foregår den individuelle koordinering ud fra ideen om case management, dvs. en klart defineret metode. Det skal understreges, at vi her ikke vurderer, hvordan de forskellige metoder (ad hoc versus klart defineret metode) fungerer. Dette er i første omgang en beskrivelse af, hvordan koordineringsindsatserne i de enkelte delprojekter er organiseret. Det er kun i Korsør, at der i selve forsøgsprojektet ligger en udvikling af et mere formelt, organisatorisk samarbejde mellem misbrugsbehandlingen og de kommunale

le socialforvaltninger i udviklingen af handleplaner, hvilket må anses for en udvidet indsats. I København bruger projektet handleplaner, der er udviklet af Københavns Kommune til misbrugsbehandlingen. I Århus og Silkeborg er der ikke udviklet handleplaner, som projekterne kan benytte sig af. Det samarbejde, Århus projektet har fx. med Århus Klinikken, ligesom det samarbejde projektet i København har med rådgivningscentre, er et nødvendigt samarbejde, der udspringer af projekternes organisatoriske placering.

I forsøgsprojekterne i Silkeborg og Korsør foregår der ingen intern monitorering af behandlingsindsatsen. I projektet i Århus foregår der en delvis monitorering, idet brugernes sundhedsmæssige tilstand dokumenteres af Sociallægeinstitutionen. I København foregår der en monitorering af både den psykosociale og den sundhedsfaglige indsats. Enhver form for monitorering anses som tidligere nævnt for en udvidet indsats.

I alle fire delprojekter er der nedsat styre- eller følgegrupper. Vi har ikke i rapporten omtalt disse styregruppemøder, men betydningen af styre- og følgegrupper i forhold til koordinering af indsatsen og samarbejde med amtets og/eller kommunes misbrugsbehandling vil blive taget op i en senere afrapportering.

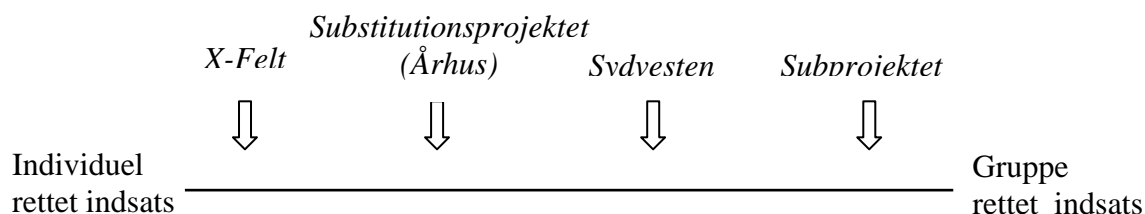
Indsatsområderne

Vi har i beskrivelserne af de enkelte delprojekter opdelt indsatsområderne i hhv. indsatser rettet mod gruppen af brugere og individuelt rettede indsatser. Indsatser rettet mod gruppen af brugere er fx væresteder, udflugter, fællesspisning, brugermøder, og undervisning. Mens de individuelt rettede tilbud primært er: støttekontaktpersonfunktion, individuelle samtaler, terapeutiske forløb, udarbejdelse af handleplaner, sygeplejefaglige indsatser og sundhedsmæssige udredninger. Baggrunden for denne opdeling har været, at der generelt i standardsubstitutionsbehandlingen er et fravær af indsatser rettet mod gruppen af brugere, og at de individuelt rettede indsatser primært er uspecifikke individuelle samtaler og i begrænset omfang udarbejdelse af handleplaner (Pedersen 2001, Pedersen & Asmussen 2002).

De enkelte delprojekter vægter hhv. indsatser rettet mod gruppen af brugere og individuelt rettede indsatser forskelligt. På baggrund af dataene i denne rapport kan de enkelte delprojekter placeres forskelligt i et kontinuum, som vist i figur 6. Århus og Korsør ligger midt i dette kontinuum, idet de har satset på både indsatser rettet mod gruppen af brugere (værested, brugermøder, koloni, aktiviteter, etc.) og individuelt rettede indsatser (støttekon-

taktpersonfunktion, individuelle samtaler, handleplaner, etc.). Projektet i Silkeborg har vægten i retningen mod indsatser rettet mod gruppen af brugere, idet værestedsfunktionen er helt central, dog ikke uden også at fokusere på individuelt rettede indsatser, som støttekontaktpersonfunktion og deres ”hjemme-hos”-model. Projektet i København er placeret meget tæt på den ende af kontinuumet med de individuelt rettede indsatser, idet de her faktisk udelukkende fokuserer på denne type indsatser. I dette projekt er den mindre grad af fokus rettet mod indsatser for gruppen af brugere, som beskrevet i afsnittet, til dels et resultat af en bevidst behandlingsmæssig satsning. Fokus på værestedsfunktion i Århus, Korsør og Silkeborg er ligeledes en bevidst behandlingsmæssig satsning for at nå den målgruppe, projekterne retter sig imod, og for at fastholde brugerne i behandling. Det skal understreges, at figur 6 ikke er en vurdering af, hvorvidt indsatser rettet mod gruppen af brugere er mere væsentlige end individuelt rettede indsatser eller vice versa. Det er derimod et billede af, hvordan de enkelte projekter prioriterer deres indsatser, både i forhold til hinanden og i forhold til standard substitutionsbehandlingen. Billedet siger dog ikke noget entydigt om intensiteten af disse indsatser (fx hvor ofte der laves individuelle samtaler med brugerne, eller hvor mange der benytter sig af projekternes værestedsfunktion). Dette tages op i senere rapport bl.a. via journallæsning og interview med brugerne.

Figur 6. Forholdet mellem individuelt og gruppe rettet indsats



Det er også muligt at betragte indsatserne i de fire forsøgsprojekter ud fra et andet sæt parametre, nemlig hvor fokus i de enkelte indsatsområder ligger. Vi har her valgt at skelne mellem hhv. psykosociale indsatser, sundhedsfaglige indsatser, og aktiviteter som et indsatsområde.

- **Psykosociale indsatser:** støttekontaktperson, individuelle samtaler, værested, terapeutiske forløb, handleplaner /behandlingsplaner, brugermøder.
- **Sundhedsfaglige indsatser:** fysisk udredning, sygepleje, massage, akupunktur, svømning, mad/fællesspisning.

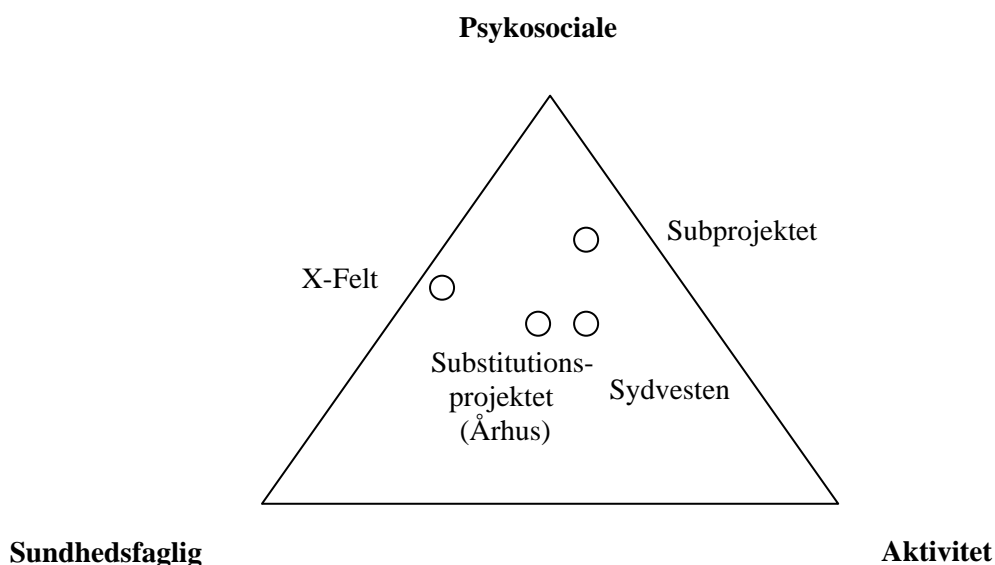
- **Aktiviteter som indsatser:** ture, koloni, foredrag, korte uddannelsesforløb, kreative værksteder.

Figur 7 tegner et billede af, hvor de enkelte delprojekters samlede indsats ligger (jf. Pedersen & Asmussen 2002:74), samt hvordan delprojekternes samlede fokus ligger i forhold til hinanden. Kombineres opdelingen i gruppe rettede indsatser og individuelt rettede indsatser med opdelingen i hhv. psykosociale indsatser, sundhedsfaglige indsatser og aktiviteter som indsatser, kan man ligeledes sammenligne de enkelte projekters samlede indsatser med de indsatser, der er kendetegnende for standard substitutionsbehandlingen.

Én af de indsatser, som fylder meget i alle fire projekter, er støttekontakt-personfunktionen eller case management. Alle delprojekter anser denne del for meget væsentlig i forhold til at koordinere indsatsen overfor den enkelte bruger og støtter og ledsager således brugeren i hans eller hendes kontakt til offentlige og private organisationer samt i et vist omfang i forhold til nære sociale relationer. Alle steder ses denne indsats som en af de vigtigste, hvis ikke *det* vigtigste indsatsområde. Det er en udvidet indsats, idet dette generelt ikke finder sted i standardsubstitutionsbehandlingen.

Fælles for projekterne er også individuelle samtaler, som del af behandlingspraksis. I modsætning til støttekontaktpersonfunktionen ser det dog ud til, at hyppigheden i disse samtaler er meget forskellig fra projekt til projekt. Hvorvidt de individuelle samtaler kan betegnes som en udvidet indsats afhænger af, om 60 – 70 % eller mere af brugerne modtager individuelle samtaler hver 14. dag. Dette vil blive vurderet i senere rapport. Udarbejdelse af handleplaner er ligeledes et indsatsområde, som alle fire delprojekter fokuserer eller har planer om at fokusere på (jf. ovenfor).

Figur 7. Fokus på indsatsområderne



Det skal nævnes her, at de tiltag der har været i projekterne for at etablere en mere formel form for brugerinddragelse, har været særdeles ustabile. Etablering af brugerråd, brugermøder, brugerforeninger, etc. ser ud til at volde en lang række vanskeligheder i alle fire projekter.

Der er sundhedsfaglige indsatser i alle fire projekter, men de har meget forskellig udformning. I København er det sundhedsmæssige vægtet på lige fod med den psykosociale indsats. Også i Århus og Korsør er det sundhedsfaglige prioriteret. I Århus er det prioriteret med to ansatte sygeplejersker og inddragelse af Sociallægeinstitutionen i en fysisk udredning af projektets brugere. I Korsør er det sundhedsfaglige prioriteret med ansættelsen af en læge på konsulentbasis samt fokus på det ernæringsmæssige.

De to forskellige parametre – gruppe/individuel rettede indsatser og opdelingen i hhv. psykosociale, sundhedsfaglige indsatser, og aktiviteter som indsatser – siger således både noget om, hvor forskelle og ligheder ligger indbyrdes mellem de fire forsøgsprojekter, men også om hvordan indsatserne adskiller sig fra den generelle indsats i standardsubstitutionsbehandlingen.

Metadonudlevering og -politik

Metadon eller anden form for substitutionsmedicin udgør en vigtig del af behandlingsindsatsen i de fire forsøgsprojekter. Ordinerings og udlevering af metadon har generelt i substitutionsbehandlingen været omgærdet af for-

skellige former for kontrol (urinprøver, stikmærkekontrol, etc.) med sanktioner som fx udskrivning af behandling til følge, hvis ikke disse blev overholdt. De regler, der ligger eller lå til grund for disse kontrolformer, har ofte kollideret med brugernes faktiske liv som stofbrugere i behandling. Fx er et krav om nedsat eller ingen sidemisbrug, når man som stofbruger er i behandling, langt fra virkeligheden. Ca. 70% af alle stofbrugere har samtidig med, de er i metadonbehandling et større eller mindre sidemisbrug af heroin, kokain eller andre stoffer (Pedersen 2001). Forskellen mellem brugernes faktiske forbrug af stoffer og behandlingsinstitutioners kontrol og sanktioner med substitutionsmedicin har ofte ført til, at snakken om metadon og sidemisbrug har været det primære i behandlingsindsatsen. Alle fire delprojekter har ønsket at undgå dette fokus på metadon og substitutionsmedicin. Tanken har været, at jo mindre fokus der er på metadon, desto mere fokus kan der komme på andre aspekter af behandlingsindsatsen. Alle projekter fortæller om et gradvist skifte, hvor snak om metadon er kommet til at fylde mindre og mindre i behandlingskontakten. Det interessante er, at alle projekter har forskellige tilgange til, hvordan en nedtoning af metadonen i behandlingen er mulig. 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 X-Felts brugere ikke skal komme i projektet for at få medicin, men for at gøre brug af den psykosociale og sundhedsfaglige ydelse, projektet tilbyder. Dette er markant forskellig fra rådgivningscentre i København, hvor både metadonudlevering, den psykosociale behandling, og den kommunale socialrådgivning er samlet. I Århus har man i forhandling med Århus Klinikken arrangeret, at brugerne kan få udleveret metadon i Substitutionsprojektet. Her anses det for en fordel, at brugerne kommer i projektet efter metadon, da man hermed kan skabe en hyppig kontakt brugere og personale imellem, fastholde brugerne i projektet, samt motivere brugerne til deltagelse i de andre indsatser, projektet tilbyder. Metadonudlevering og den psykosociale behandling er i Århus Kommune adskilt i hhv. Århus Klinikken og Socialmedicinsk Klinik. Substitutionsprojektet samler således dele af behandlingen, som ellers er adskilt i standardbehandlingen. I Korsør er metadonudleveringen en væsentlig del af behandlingsindsatsen i forsøgsprojektet. Brugere henter og indtager også her deres metadon i projektet, men tilbydes muligheden for at vælge mellem intravenøs metadon, metadon i tabletform eller metadon som mikstur. Også her anses brugernes (næsten) daglige gang i projektet som et plus i forhold til at holde dem i behandling og skabe mulighed for udvikling i andre områder af deres liv. I standardbehandlingen i Vestsjællands Amt henter brugerne også metadon i de respektive misbrugscentre, men muligheden for at vælge mellem forskellige former

for metadon er ikke tilstede. I Silkeborg er metadonudleveringen som i standard behandlingen, bortset fra at brugerne – som enkelte har gjort – kan vælge, om de vil hente deres metadon i projektet i stedet for på misbrugscentret.

Forestillingerne om, hvordan man som behandlingsinstitution kan undgå, at metadon kommer til at fylde for meget i behandlingen, hænger således sammen med de muligheder for udlevering, der findes i det enkelte amt og/eller kommune, og hvad man har været villig til at ændre i det enkelte amt og/eller kommune i forhold til et forsøgsprojekt. Det tyder på, at det ikke så meget er, hvor man udleverer metadon, der kan tilskrives det lave fokus på metadon, der er kommet i projekterne, men mere hvordan man gør det. Alle forsøgsprojekter har tydeligt overvejet, hvordan metadonudleveringen bedst kunne foregå. At det fx enten foregår så diskret som muligt eller udenfor projektet. Ligeledes er der i alle projekter et meget lille fokus på brugernes forbrug af forskellige andre stoffer, samtidig med de er i substitutionsbehandling. Og i ingen af projekterne er der sanktioner i forhold til et forbrug af andre stoffer. Det dalende fokus på metadon i forsøgsprojekterne kan formodentlig forklares ved: den generelle accept projekterne udviser overfor brugernes forbrug af stoffer, samtidig med de er i behandling; at metadon gives, fordi der er et medicinsk behov herfor; at metadon ikke bruges som et pædagogisk redskab; samt at fastholdelse i behandling er et vigtigere mål for behandlingen i forsøgsprojekterne end stoffrihed. Metadonudlevering og -politik i de fire forsøgsprojekter hænger i en vis grad sammen med det idegrundlag for behandling, som projekterne bygger på, som diskuteres i næste afsnit.

Idegrundlag for behandling

Beskrivelsen af idegrundlaget kan sige noget om den tilgang til både behandlingsarbejdet, der ligger i de fire projekter, og den gruppe af brugere, der er indskrevet i projekterne. Der skal ikke her trækkes forskelle og ligheder op mellem de fire projekter, men derimod gives bud på, hvad det betyder mere generelt, at et fælles grundlag for behandling prioriteres højt i alle projekter.

Først og fremmest betyder satsning på at etablere fælles grundlag for behandling en høj grad af refleksion omkring behandlingspraksis i projekterne, uanset om der i projektet diskuteres fx ”skadesreduktion” eller ”normalisering” som grundlag for behandling. Den høje grad af refleksion hænger også sammen med en generel indstilling i projekterne til at være åbne over for nye måder at drive behandling på. Men projekterne taler ikke blot om at

tilbyde nye indsatser, der er udvidet i forhold til standard behandlingen, de ønsker også at gøre tingene på en "anden måde" end det, der opleves som standard i "det etablerede system". I alle projekter ligger der således en ide om, at driver man behandling på en anden måde en "den gængse", vil resultaterne af behandlingen blive bedre. Som eksempel herpå, har alle projekterne en ide om at etablere en høj grad af brugerorientering. Projekternes indsatser skal tage udgangspunkt i brugerne, være brugerrettede, brugervenlige, osv. Samtidig fokuseres der på, at medarbejdernes implementering af indsatserne tager udgangspunkt i brugerne. Netop brugerinddragelse har fra start været et fokusområde for alle projekter. Hvordan brugerinddragelse praktiseres i projekterne, og hvordan man mere generelt kan forstå de vilkår, brugerinddragelse nødvendigvis implementeres under i behandlingsinstitutioner, uddybes i senere rapport og artikler fra CRF. Et andet eksempel på at gøre tingene på "en anden" måde er metadonudlevering og -politik i de enkelte projekter, hvor det ser ud til, at den lave grad af kontrol og den generelle åbenhed over for at implementere behandling på "en anden" måde giver resultaterne (se ovenfor).

Afrunding

Afslutningsvis skal det pointeres, at evalueringen af de fire forsøgsprojekter har flere forskellige aspekter. Et vigtigt aspekt er at beskrive den udvidede substitutionsbehandling og vurdere resultater og effektivitet af en sådan. Dette sker både med brug af kvalitative og kvantitative metoder. Et andet aspekt er at anskueliggøre nogle af de mere generelle vilkår, som forsøgsprojekterne er underlagt ved at være behandlingsinstitutioner. Begge aspekter skal være med til at rejse nye spørgsmål og identificere nye sammenhænge og dermed skabe ny viden på området.

Litteratur

Ebsen, F., J. Henriksen, et al. (2003). *Hænger det sammen. Sammenhængen i indsatsen for mennesker med hjemløshed, misbrug og/eller sindslidelse som problem*. AKF Forlaget.

Fisker, C. (2002). *Beskæftigelsesindsatsen for stofbrugere i Rådgivningscenter Indre*. Familie- og arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune.

Järvinen, M. & N.Mik-Meyer (2003). *At skabe en klient*. Hans Reitzels Forlag.

Jöhncke, S. (1999-2000). *Rapport for kvalitativ interviewundersøgelse med brugere i ambulans stofmisbrugsbehandling og med særligt henblik på brugerinddragelse*. Misbrugscenteret Vestsjællands Amt.

Jöhncke, S. (2001). *Evaluering af Projekt Fram*. Familie- og arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune.

Mahs, B. M. (red.) (2002). *Jeg har planer, eller har jeg? – Sociale handleplaner og praksis*, 2. udg. København: FOKUS.

Moxley, D. P. (1989). *The Practice of Case Management*. London: SAGE Publications.

Pedersen, M. U. (2001). "Den sociale indsats overfor stofmisbrugere - en national status i et internationalt perspektiv." I: *Stof* nr. 15.

Pedersen, M. U. (2001). *Substitutionsbehandling. Organiseringer, Stofmisbrugere, Effekter, Metoder*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, M. U. and V. Asmussen (2002). *Metadon-projektet. Design og metode*. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Pedersen, R. (2002). *Projekt brugerinddragelse og udvikling – en afrapportering*. København: Dyveke Ambulatoriet.

Ridgely, M. S. and M. L. Willenbring (1992). "Application of Case Management to drug Abuse Treatment: Overview of Models and Research Issues". I: Ashery (red.) *Progress and Issues in Case Management*. Rockville, NIDA Research Monograph 127:12-34.

Siegal, H.A. (1994). "Case Management and Substance Abuse: Some Observations and Reflections". I: *Journal of Case Management* nr. 3:131-138.

Simonsen, C. K. (2001): *Substitution og social behandling - en forundersøgelse vedrørende en udvalgt gruppe af brugere i substitutionsbehandling*. Socialmedicinsk Klinik, Center for Misbrugsbehandling, Århus Kommune.

Sundhedsundersøgelse i forbindelse med Substitutionsprojektet Jægergårdsgade 103.

Den Social Misbrugsuddannelse se www.aaam.dk

Vanderplasschen, W., I. D. Bourdeaudhuij, et al. (2002). "Co-Ordination and Continuity of Care in Substance Abuse Treatment." I: *European Addiction Research* nr. 8:10-21.

Willenbring, M. L. (1992). Integrating Qualitative and Quantitative Components in Evaluation of Case Management. I: Ashery (red.) *Progress and Issues in Case Management*. Rockville, NIDA Research Monograph 127: 223-251.

DEL II

Afhængigt misbrug af heroin

– om metadon-modtagerne i Metadonprojektet

Afhængigt misbrug af heroin – om metadon-modtagerne i Metadonprojektet

Umiddelbart virker det vel noget ”dobbelt” at tale om *afhængigt misbrug*. Det er nu slet ikke tilfældet, men det må nødvendigvis kræve en forklaring. Første del af dette afsnit skal derfor være en definition af forskellige problematiske former for forbrug af rusmidler – herunder afhængigt misbrug af heroin. Denne opdeling skal senere anvendes i opgørelsen af effekt.

Anden del af afsnittet vil være en præsentation af metadon-modtagerne i Metadon-projektet. I alt 10 grupper, som kommer fra 10 forskellige steder i landet, præsenteres i forhold til alder, køn, grundskoleuddannelse, boligforhold, forsørgelsesforhold og belastning på områderne stoffer, alkohol, kriminalitet, psykisk, fysisk, familie, andet netværk og arbejde.

Sidste og tredje del af dette afsnit vil blive en præsentation og diskussion af Metadon-projektets design. Det har således ved hjælp af statistiske metoder været muligt at etablere to grupper, som kan sammenlignes, og hvor den ene gruppe har fået tilbudt udvidet psykosocial støtte, mens den anden gruppe har fået tilbudt en standard psykosocial støtte. Som det tidligere er nævnt adskiller udvidet psykosocial støtte sig bl.a. fra standard psykosocial støtte på nedenstående områder.

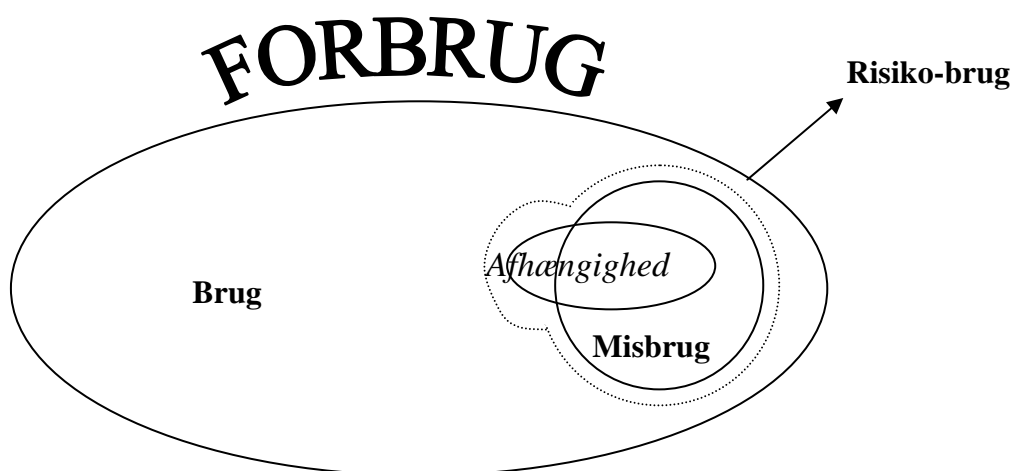
- Højere personale/klient-ratio
- Mere fokus på støtte-kontakt-person (SKP) og case management
- Andre rammer, faciliteter og tilgængelighed
- Flere og forskellige typer af indsatser/tilbud
- Mere fokus på handleplaner
- Mere fokus på monitorering (X-felt)
- Mere fokus på beskæftigelsesmæssige tiltag
- Mere fokus på brugerinvolvering
- Mere opmærksomhed og flere ressourcer

Afsnittet afsluttes med en sammenfattende konklusion, hvor tre typer af metadon-modtagere identificeres og forholdes til de medvirkende behandlingscentre.

1. Problematiske former for forbrug af rusmidler – herunder afhængigt misbrug af heroin

Der skal i det følgende skelnes mellem forbrug generelt og forskellige former for problematisk forbrug. Alle, der indtager rusmidler, skal betragtes som forbrugere af rusmidler – et forbrug kan for nogle blive til et *mis*-brug, for nogle til *afhængighed*, mens andre har et forbrug, som synes at kunne betragtes som et *risiko-brug*. Følgende figur skal anvendes.

Figur 8. Forholdet mellem brug, misbrug og afhængighed af rusmidler



I figuren skal brug ses som et forbrug, der hverken giver sociale, psykiske eller fysiske problemer eller skader. Misbrug skal forstås som et brug, der afstedkommer forskellige former for sociale problemer – problemer som i ikke ringe udstrækning er kulturelt og politisk bestemt. Det er DSM IV forståelsen af misbrug, der her anvendes. Denne siger følgende:

DSM-IV kriterierne for misbrug af rusmidler:

- A) *Et dårligt tilpasset brugsmønster af et eller flere rusmidler, som fører til en klinisk signifikant funktionsnedsættelse, manifesterende sig ved én (eller flere) af følgende kendetegn indenfor en 12 måneders periode.*
- (1) *Tilbagevendende indtagelse af et eller flere rusmidler medfølgende manglende evne til at indfri betydelige forpligtigelser på arbejdet, i skolen, eller i hjemmet (f.eks. gentaget fravær eller ringe arbejdspræstation relateret til indtagelse af rusmidlet(erne); rusmiddel-relateret fravær, suspension, eller bortvisning fra skole; forfømmelse af børn og familie/husstand).*

- (2) *Tilbagevendende brug af en eller flere rusmidler i situationer hvor det er fysisk farligt (f.eks. at køre bil eller betjene en maskine, mens man er hæmmet af rusmidlet(erne)).*
- (3) *Tilbagevendende rusmiddel-relaterede juridiske problemer (f.eks. arrestation for rusmiddel-relateret forstyrrelser af offentlig ro og orden).*
- (4) *Fortsat indtagelse af et eller flere rusmidler på trods af varige eller tilbagevendende sociale eller interpersonelle problem forårsaget af dette/disse rusmidler (f.eks. konflikter med ægtefælle om konsekvenser af beruselse, fysiske slagsmål)*

B) Symptomerne har aldrig opfyldt kriterierne for rusmiddel-afhængighed²⁰.

Afhængighed er derimod et fysisk og psykisk syndrom, som rimeligt pålideligt kan identificeres på tværs af forskellige diagnosesystemer (i hvert fald så længe der tales om alkohol og opioider). Man skal her opfylde tre af seks nedenstående kriterier for at kunne blive diagnosticeret som havende et afhængigt forbrug.

Afhængighed som den er defineret i ICD-10²¹: ≥ 3 af nedenstående samtidigt i mindst 1 måned eller gentagne gange indenfor 1 år.

- 1. Trang ("craving").*
- 2. Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen.*
- 3. Abstinenssymptomer ("withdrawal") eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse.*
- 4. Toleransudvikling.*
- 5. Dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug.*
- 6. Vedblivende brug trods erkendt skadesvirkning.*

Ovenstående er ICD 10 definitionen på afhængighed, men denne adskiller sig stort set ikke fra DSM IV. Til gengæld inddrages ICD 10 diagnosen "skadeligt brug" ikke i dette projekt. Denne diagnose forveksles ofte med betegnelsen misbrug, men har intet med DSM IV diagnosen misbrug at gøre. ICD 10 diagnosesystemet mangler i det hele taget i bekymrende grad fokus på det sociale, hvorfor det er DSM IV der skal anvendes i dette afsnit. Dog skal der, som det vil fremgå af det følgende, anvendes kategorier, som der ikke åbnes mulighed for i hverken ICD 10 eller DSM IV.

²⁰ Min let forenklet oversættelse af DSM-IV 1995:186-7.

²¹ Se WHO ICD-10 1996, p.60-61 og American Psychiatric Association 1987 and 1994; World Health Organization 1990.

Ind imellem brug og misbrug er der indskudt en svært definerbar ”buffer” zone, som kaldes for risiko-brug. I denne zone ser man problemer, som dog ikke med sikkerhed kan knyttes til brugen af rusmidlerne.

Personer, der er afhængige, kan også have et misbrug – hvilket vil sige have sociale problemer på grund af deres forbrug. De vil så have et afhængigt misbrug af rusmidler. Dette behøver dog ikke være tilfældet. Faktisk kan indtagelse af rusmidlet i nogle tilfælde reducere de sociale problemer til et minimum. Vi kan dermed tale om fem typer af forbrug af rusmidler:

1. *Brug* af rusmidler er et forbrug, som ikke er et misbrug og ej heller afhængighed af rusmidler. Dette vil sige, at bruget ikke afstedkommer sociale, psykiske og/eller fysiske problemer.
2. Et *risiko-brug* er et forbrug, der ”måske” kan knyttes til sociale problemer, og/eller som opfylder ét eller to af kriterierne for et afhængighed af rusmidler.
3. Et *misbrug* af rusmidler er et forbrug, som afstedkommer klart påviselige sociale problemer, men som ikke opfylder mindst tre kriterier for afhængighed. Det er ikke mindst yngre forbrugere af rusmidler, som kan placeres i denne kategori.
4. Et *afhængigt misbrug* er et forbrug, som afstedkommer klart påviselige rusmiddelrelaterede sociale problemer samtidig med at mindst tre af kriterierne for afhængighed opfyldes.
5. Et *afhængigt* forbrug opfylder mindst tre kriterier for et afhængigt brug i diagnosesystemet ICD-10 (men ofte kun tre af betingelserne), mens der ikke med sikkerhed kan knyttes eventuelle sociale problemer til bruget (bruget kan måske endog reducere sociale problemer). Metadon-modtagere uden sidemisbrug og (umiddelbart) uden sociale problemer kan indplaceres i denne kategori.

De klienter, der deltager i denne undersøgelse, tilhører først og fremmest gruppe 4 – personer med et afhængigt misbrug. De er såvel afhængige af metadon som af forskellige illegalt fremskaffede rusmidler, og der er ikke alene sociale problemer, som klart kan knyttes til deres forbrug af rusmidler, men også fysiske og psykiske problemer som både direkte er en del af afhængighedssyndromet, men som også går ud over dette. (f.eks. psykisk sygdom, som måske endog er primær til deres forbrug af rusmidler).

Der deltager dog også personer, som kunne defineres som havende et afhængigt forbrug. Dette er en gruppe af metadonmodtagere, som ikke har noget sidemisbrug, og som ikke umiddelbart oplever, de har sociale problemer (men måske nok visse fysiske og/eller psykiske problemer).

Det kræver et mere målrettet interview at identificere denne gruppe, men den i nedenstående tabel præsenterede gruppe på 24 metadon-brugere kunne tænkes at tilhøre en sådan kategori af personer med et afhængigt forbrug af rusmidler (afhængige af metadon).

Tabel 10. Afhængigt forbrug af metadon (målt med EuropASI)

N=24	Mean
Fysisk	0,29
Kriminalitet	0,00
Stof	0,27
Alkohol	0,00
Psykisk	0,12
Familie	0,00
Andet netværk	0,00
Arbejde	0,00

- Scorene refererer til EuropASI Composite score. 0 refererer til, at ingen belastning har kunnet måles. Maksimal belastning er 1. Den gennemsnitlige belastning for de enkelte områder for 409 metadon-modtagere er opstillet nedenfor.

Tabel 11. Gennemsnitlig belastning for 409 metadon-modtagere

Fysisk	Kriminalitet	Stof	Alkohol	Psykisk	Familie	Netværk
0,41	0,19	0,38	0,10	0,23	0,21	0,29

I tabel 9 ses det, at ovenstående 24 ud af de 409 metadon-modtagere, der indtil videre deltager i undersøgelsen, ikke oplevede sociale problemer, herunder heller ikke problemer med illegale aktiviteter. Der kunne være flere personer med et afhængigt forbrug (der kunne også være færre), men ovenstående gruppe er det, man umiddelbart (i denne undersøgelse) kommer nærmest en prototypisk kvantitativ definition på metadon-modtagere med et afhængigt forbrug af et (måske flere) rusmidler.

Man kan sige, at metadonbehandlingen har følgende to ultimative mål:

- a) At fjerne misbruget, således at der alene er tale om et afhængigt forbrug (afhængighed af metadon).

b) For nogle at være det første skridt hen imod stoffrihed.

Det er først og fremmest det første mål, der belyses i denne undersøgelse:

At ændre afhængigt misbrug til et afhængigt forbrug og minimere andre psykiske og fysiske belastninger som ikke nødvendigvis er et produkt af rusmiddelforbruget (som måske endog er primære til forbruget).

Dette betyder selvfølgelig ikke at stoffrihed udelukkes som mål på længere sigt.

2. Metadon-modtagerne i Metadon-projektet

Som nævnt deltager foreløbigt 409 metadon-modtagere i undersøgelsen. Når indskrivningen i projektet afsluttes, vil mere end 450 metadon-modtagere deltage i undersøgelsen. De 409 muliggør dog allerede et fornuftigt grundlag for en vurdering af, hvorvidt udvidet psykosocial støtte har en særlig indflydelse på metadon-modtagernes livsforhold.

De 409 inddeles i 10 grupper. De ni af disse 10 grupper af metadon-modtagere kommer fra i alt 14 behandlingenheder. Den sidste gruppe af metadon-modtagere kommer fra alle steder i Danmark og er tillige med i en opfølgingsgruppe, som Center for Rusmiddelforskning har fulgt siden 1998. I nedenstående tabel er de forskellige grupper indledningsvist præsenteret.

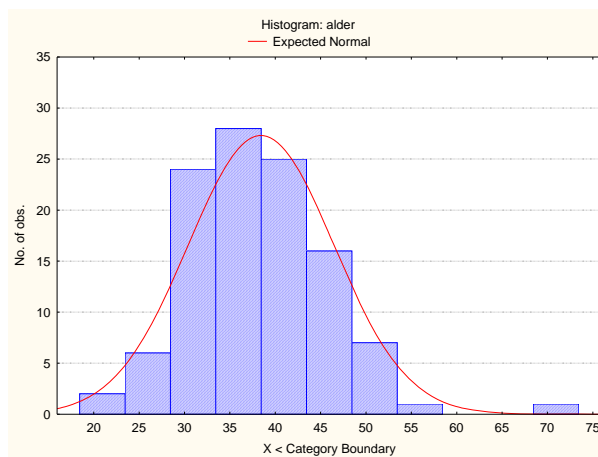
Tabel 12. Alder og køn

		Antal	Alder	Andel kvinder
Udvidet	X-felt, Kbh.Komm.	65	36,1	21,5%
	Århus komm. udvidet	15	40,3	33,3%
	Korsør	23	41,1	30,4%
	Silkeborg	8	46,0	12,5%
Standard	KABS/3	85	34,2	34,1%
	Fredericia	30	34,2	16,7%
	Døgn-gruppen	63	35,4	30,2%
	Std. Kbh.Komm./4	20	39,0	15,0%
	FAB	49	40,1	40,8%
	Std. Århus Komm.	51	40,4	31,4%
	Alle	409	37,3	29,1%

* Med udvidet menes der, at de er indskrevet på et center, der tilbyder udvidet psykosocial støtte. Med KABS/3 menes der, at der deltager tre centre fra Københavns Amt. Med standard menes der standard psykosocial støtte.

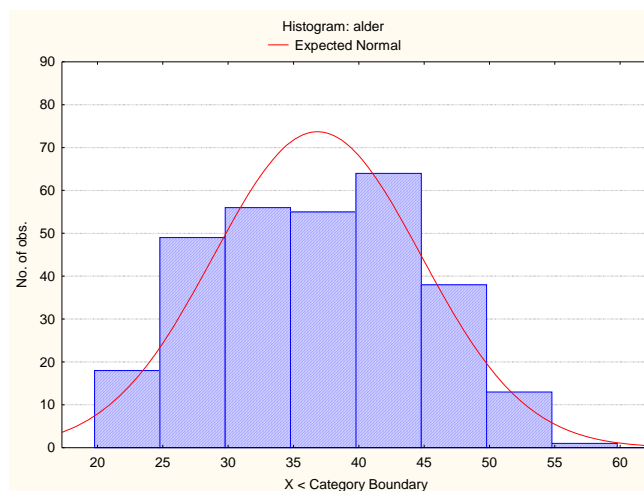
Som det ses modtager fire grupper svarende til 111 af metadon-modtagere udvidet psykosocial støtte. Gennemsnitsalderen for denne gruppe er 38,4 år (aldersfordelingen ses nedenfor) og 24% er kvinder.

Figur 9. Aldersfordelingen for 111 metadon-modtagere, der modtager udvidet psykosocial støtte



6 grupper af metadon-modtagere svarende til 298 modtager standard psykosocial støtte. Gennemsnitsalderen for denne gruppe er 36,8 år (fordelingen ses nedenfor) og 31% er kvinder.

Figur 10. Aldersfordelingen for 298 metadon-modtagere, der modtager standard psykosocial støtte



De to hovedgrupper – udvidet og standard – er med andre ord ikke særligt sammenlignelige – hverken hvad angår alder eller køn. Det skal der dog senere gøres noget ved.

Hvorvidt de 409 er repræsentative for metadon-modtagere i Danmark skal senere vurderes i forhold til Sundhedsstyrelsens indskrivningsbase²². Det skønnes, at metadon-modtagerne er repræsentative for de enkelte behandlingsenheder. For metadon-modtagere der modtager udvidet psykosocial støtte, er der helt sikkert tale om et repræsentativt udsnit (de udgør over 90% af metadon-modtagere, som er indskrevet på disse centre). For de enkelte grupper, der modtager standard psykosocial støtte, skønnes der også at være tale om rimeligt repræsentative grupper, om end usikkerheden her er større (for uddybning se Pedersen 2001). Når effekten senere skal opgøres, vil dette dog være mindre væsentligt.

Grupperne adskiller sig også, hvad angår nationalitet. Dette er vist i nedenstående tabel.

²² Hvorvidt repræsentativitet er meningsfuldt og kan afgøres i denne sammenhæng, skal diskuteres i en senere rapport.

Tabel 13. Nationalitet

		Nordeuropa og USA		Sydøst- asien		Afrika	Andet
X-felt, Kbh.Komm.	65	1	5	4	2	1	1
Århus udvidet	15		1	1			
Korsør	23						
Silkeborg	8						
KABS	85	5	8	1			2
Fredericia	30	1	1				
Døgn-gruppen	63	2					
Std. Kbh.Komm.	20	4					
FAB	49						
Århus Komm.	51	3	1				
	409	16	16	6	2	1	3

Som det ses, adskiller ikke mindst X-felt og Københavns Amt/KABS sig fra de øvrige grupper. Intet mindre end 22% (n=14) fra X-felt har anden nationalitet end dansk, mens det samme er tilfældet for 19% (n=16) fra Københavns Amt. Det er også fra disse to grupper, vi finder flest metadonmodtagere med muslimsk baggrund.

Også boligforholdene for de forskellige grupper er forskellige. Dette ses i nedenstående tabel.

Tabel 14: Boligforhold

	Behandlingssted	n	Stabile boligforhold	U-stabile boligforhold
Udvidet	X-felt	65	56,9%	43,1%
	Korsør	23	91,3%	4,3%
	Århus udvidet	15	60,0%	40,0%
	Silkeborg	8	100,0%	0,0%
Standard	KABS	85	63,5%	36,5%
	Døgn-gruppen	63	71,4%	28,6%
	FAB	49	83,7%	16,3%
	Århus Komm.	51	68,6%	31,4%
	Fredericia	30	43,3%	56,7%
	Std. Kbh. Komm.	20	35,0%	65,0%
		409	67,7%	32,3%

I tabellen er der skelnet mellem stabile boligforhold, som inkluderer selvstændig bolig eller lejet værelse og u-stabile boligforhold, som inkluderer, at bopælen er hos familie/venner, på institution, i støttebolig, på herberg, i fængsel eller slet ingen bolig. 68% af de 111, som modtager udvidet støtte, har stabile boligforhold. Ligeledes har 68% af de 298, der modtager stan-

dard psykosocial støtte stabile boligforhold. Boligforhold vil indgå som et effektmål i undersøgelsen. Målet er at minimere de 32% med ustabile boligforhold, og gerne at så mange som muligt får en selvstændig bolig (i øjeblikket er det 53% i udvidet-gruppen og 59% i standard-gruppen, som har selvstændig bolig).

Også metadon-modtagernes forsørgelsesgrundlag vil indgå i undersøgelsen som et effektmål. Forsørgelsesgrundlaget for de enkelte grupper ses i nedenstående tabel.

Tabel 15. Legalt forsørgelsesgrundlag (i procent)

	Løn	SU	Dag- penge	Aktive- ring	Syge- daggp.	Revalid.	Kontant	Førtids	Andet
Udvidet X-felt	12,3		3,1	1,5	1,5	3,1	66,2	7,7	4,6
Korsør		4,3		4,3			34,8	52,2	4,3
Århus udvidet				13,3			33,3	53,3	
Silkeborg							25,0	75,0	
Standard KABS	1,2			1,2	1,2	1,2	78,8	15,3	1,2
Døgn-gruppen	6,3			1,6		1,6	61,9	25,4	3,2
FAB	2,0		2,0	2,0	2,0	2,0	51,0	38,8	
Århus				5,9		3,9	45,1	45,1	
Fredericia					13,3		66,7	20,0	
Rådgivningscenter	5,0				5,0	5,0	60,0	20,0	5,0
	3,7	0,2	0,7	2,4	2,0	2,0	59,7	27,4	2,0

Alder og førtidspension hænger ikke overraskende meget sammen. Jo ældre og jo flere år i metadonbehandling, desto oftere er forsørgelsesgrundlaget en førtidspension. Som det ses, er der især på X-felt mange med en lønindkomst. Nedenfor er forsørgelsesgrundlaget for de to hovedgrupper – udvidet og standard psykosocial støtte – opstillet.

Tabel 16. Legale forsørgelsesgrundlag for de to hovedgrupper (i procent)

	Udvidet (n=111)	Standard (n=298)
Løn	7,2	2,3
SU	0,9	
Dagpenge	1,8	0,3
Aktivering	3,6	2,0
Sygedagpenge	0,9	2,3
Revalidering	1,8	2,0
Arbejde	16,2	9,1
Kontanthjælp	52,3	62,4
Andet	3,6	1,3
U-stabil	55,9	63,8
Førtidspension	27,9	27,2

Det er en reduktion i den ustabile indtægt, der vil blive betragtet som et positivt effektmål. Med *andet* refereres der her først og fremmest til indtægter fra familie og venner. Igen har de to grupper ikke helt samme udgangspunkt. Metadon-modtagerne, der modtager udvidet psykosocial støtte har således allerede som udgangspunkt flere med lønindtægt (hvilket ikke mindst skyldes X-felt). Som det senere i dette afsnit skal vises, rådes der også bod på dette, når de to grupper skal sammenlignes.

I nedenstående tabel er det metadon-modtagernes højeste afsluttede grundskoleuddannelse, der er opstillet.

Tabel 17. Højeste afsluttede grundskoleuddannelse for 10 grupper

	Antal	8. kl. ell. mindre	9. kl. afg.eks.	10. kl. afg.eks.	HF, stud, HTX o.lig.	Mis- sing
Udvidet X-felt, Kbh.Komm.	65	16,9	24,6	41,5	10,8	6,2
Århus udvidet	15	40,0	13,3	26,7	6,7	13,3
Korsør	23	26,1	34,8	21,7	8,7	8,7
Silkeborg	8	50,0	12,5	37,5		
Standard KABS	85	10,6	31,8	28,2	11,8	17,6
Fredericia	30	20,0	23,3	30,0	10,0	16,7
Andre	63	15,9	33,3	31,7	11,1	7,9
Std. Kbh.Komm.	20	30,0	15,0	30,0	20,0	5,0
FAB	49	30,6	18,4	42,9	6,1	2,0
Århus Komm.	51	21,6	33,3	35,3	5,9	3,9
	409	20,5	27,1	33,5	9,8	9,0

Som det ses, er der en del ”missing”, hvilket der også i nogen grad vil blive rådet bod på i opfølgningsinterviewet. Forskellene taler for sig selv. I nedenstående tabel er det de to hovedgrupper, der forholdes til hinanden.

Tabel 18. Højeste afsluttede grundskoleuddannelse for de to hovedgrupper

	Standard	Udvidet
8. kl. ell. mindre	19,1	24,3
9. kl. afg.eks.	28,2	24,3
10. kl. afg.eks.	32,9	35,1
HF, Stud., HTX...	10,1	9,0
Missing	9,7	7,2

Forskellen mellem de to grupper er ikke stor og næppe af betydning. Grundskoleuddannelsen kan af gode grunde ikke anvendes som et effekt-mål, men den kan vise sig at være prædikator for effekt.

I hvor høj grad der opnås effekt med indsatsen afhænger ikke mindst af, i hvor høj grad og på hvilke områder metadon-modtagerne er belastede ved første interview. Dette måles bl.a. ved hjælp af det strukturerede interview EuropASI (European Addiction Severity Index). Belastningen for de enkelte grupper er opstillet i nedenstående tabel.

Tabel 19. Belastning på syv områder

	Antal	Stof	Alkohol	Kriminal.	Fysisk	Psykisk	Familie	Netværk
X-felt	65	0,48	0,14	0,28	0,24	0,17	0,16	0,28
Århus Komm. udvidet	15	0,42	0,19	0,09	0,52	0,38	0,21	0,24
Korsør	22	0,28	0,13	0,18	0,48	0,37	0,14	0,36
Silkeborg	8	0,21	0,27	0,23	0,76	0,60	0,20	0,48
KABS	85	0,37	0,06	0,17	0,40	0,27	0,29	0,35
Fredericia	30	0,38	0,09	0,24	0,35	0,21	0,26	0,28
Døgn-gruppen	63	0,41	0,07	0,23	0,44	0,21	0,31	0,35
Std. Kbh.Komm.	20	0,44	0,07	0,20	0,38	0,17	0,17	0,26
FAB	49	0,27	0,04	0,11	0,42	0,21	0,11	0,19
Århus Komm.	51	0,34	0,17	0,11	0,50	0,18	0,13	0,20
	408	0,38	0,10	0,19	0,41	0,23	0,21	0,29

I tabellen er der belastningsscore på 408 metadon-modtagere (én enkelt besvarelse var så mangelfuld, at den indtil videre ikke har kunnet anvendes). De, der er mest belastede på stof-faktoren, er ikke overraskende dem, der op til metadon-behandlingen har været i aktivt misbrug (X-felt og Std. Kbh.Komm.). Disse grupper er derfor også stærkt belastet af kriminel adfærd. De, der er mindst belastede i stof-faktoren, er heller ikke overraskende dem, der har været i metadon-behandling længst. Det betyder også, at det er de yngste der er mest stof-belastede. Det er også de yngste, der er mest belastet med kriminalitet og sociale netværk (familie og venner). Til gengæld – og igen ikke overraskende – er det de ældste, der er mest belastet fysisk (alle disse sammenhænge er signifikante).

De generelt set mest belastede er helt klart Silkeborg-gruppen (selvom de er de ældste). Ikke mindst er de psykisk og fysisk stærkt belastede, men også på andre områder hører de til de mest belastede.

Belastningsscoren vil høre med til de effektmål, som behandlingen vurderes i forhold til efter andet interview. Der vil dog også være andre effektmål, som bl.a. måles ved hjælp af tidslinjer og personlighedstest. Her kan bl.a. afgøres, i hvor høj grad langvarig metadonbehandling gradvist påvirker sidemisbrug, deltagelse i forskellige typer netværk, selvopfattelse mv. Disse andre metoder skal ikke præsenteres i denne rapport.

I nedenstående tabel ses belastningsscoren for de to hovedgrupper.

Tabel 20. Belastning på otte områder for de to hovedgrupper

	Standard Udvidet	
	n=298	n=110
Stof	0,36	0,41
Alkohol	0,08	0,15
Kriminalitet	0,17	0,23
Fysisk	0,42	0,37
Psykisk	0,22	0,27
Familie	0,23	0,17
Netværk	0,28	0,31

* Missing = 1

Gruppen, der får tilbudt udvidet psykosocial støtte, er signifikant mere belastet på ikke mindst alkohol-faktoren ($p=.001$) og på stof-faktoren ($p=.02$). Også på faktorerne Kriminalitet og Familie er der tæt på at være signifikant forskel. De, der får udvidet psykosocial støtte, er altså mest belastede på de variable, der er direkte forbundet med rusmiddelforbruget (herunder kriminalitet som overvejende eksisterer for at skaffe penge til illegale stoffer). De, der får standard psykosocial støtte, er mest belastede på faktorerne Familie og Fysisk (Familie næsten signifikant).

De to grupper er med andre ord ikke særligt sammenlignelige – endnu. Det skal der som nævnt senere gøres noget ved.

3. Designet

Der er to typer designs indbygget i Metadon-projektet. Det ene kaldes for et kvasi-eksperimentelt design og består af henholdsvis en naturlig udvidet og en naturlig standard gruppe. At de er naturlige betyder, at de er fordelt på de to grupper ud fra helt almindelige indskrivningskriterier og derfor heller ikke nødvendigvis sammenlignelige. Det andet design var bestemt til at være et eksperimentelt design, hvor fordelingen mellem udvidet og standard-grupperne var foretaget på en vilkårlig (randomiseret) måde. Dette skulle sikre, at de to grupper blev sammenlignelige. I denne undersøgelse var det bestemt, at de første 15 fra hvert af de fire rådgivningscentre i Københavns Kommune skulle indskrives på X-felt, herefter skulle de næste 15 fra hvert rådgivningscenter indgå i en kontrolgruppe. Efter dette skulle der

hver gang, der var indskrevet en ny på X-felt, indskrives en ny i kontrolgruppen skiftevis fra hver af de fire rådgivningscentre.

I nedenstående figur er de 4 grupper opstillet.

Figur 11. To designs med fire grupper

	Standard	Udvidet
Kvasi-gruppe	N=278 36,7 år 32% kvinder	N=46 41,7 år 28% kvinder
Eksperiment-gruppe	N=20 39,0 år 15% kvinder	N=65 36,1 år 22% kvinder

Som det ses, kan de to kvasi-grupper ikke sammenlignes, hvad angår køn og alder – hvilket ikke er overraskende. Desværre kan de to eksperiment-grupper heller ikke sammenlignes. I det hele taget må det konstateres, at randomiseringen ikke rigtigt er lykket. Det er der flere forklaringer på – bl.a. følgende tre:

- 1) For det første er der simpelthen indskrevet færre end forventet med opioidmisbrug på de fire rådgivningscentre. Det er derfor i første omgang X-felt, der er blevet fyldt op med denne kategori af klienter. På de fire rådgivningscentre synes der derimod at være blevet indskrevet flere end forventet med et stort hash-forbrug og med et forbrug af centralstimulerende stoffer (primært kokain, amfetamin og ecstasy). Disse deltager ikke i undersøgelsen, eftersom de ikke umiddelbart tilhører målgruppen for metadonbehandling. Denne vanskelighed kan altså (måske) tilskrives ændret misbrugsmønster hos københavnske stofmisbrugere.
- 2) Der har været en almindelig automatisk forventning om, at hvis klienten sagde JA til X-felt (de har mulighed for at sige NEJ), så har de også sagt JA til at deltage i undersøgelsen. Den samme automatiske forventning findes ikke for dem, der *ikke* får tilbudt behandling på X-felt. Den eneste måde at gøre det rigtige på i denne sammenhæng, ville være at kræve deltagelse i Metadon-projektet, hvis man skulle i metadonbehandling i Københavns Kommune (hvad enten det var på X-felt eller et af de fire rådgivningscentre). Et sådant krav ligger langt fra dansk mentalitet og er antageligt ikke engang lovligt.

- 3) Den korrekte måde at randomisere undersøgelsesdeltagere på er ved at foretage første interview centralt, inden klienterne er indskrevet på noget behandlingscenter. Herfra fordeles klienterne så efter interviewet vilkårligt på de fire rådgivningscentre og X-felt. En sådan model har der ikke været mulighed for, og der er det vel ikke på nuværende tidspunkt nogen steder i Danmark.

Det må konstateres, at det er særdeles vanskeligt at lave randomiserede undersøgelser af denne slags i Danmark. Nogle af problemerne søges løst på anden måde. Vi fortsætter således med at tage nye klienter ind fra de fire rådgivningscentre, indtil ca. 60 metadon-modtagere fra disse centre deltager i undersøgelsen. Vi håber dette vil udligne de værste forskelle mellem de to eksperimentgrupper – men rigtigt eksperimentelle/randomiserede bliver de af flere grunde aldrig.

Den kvasi-eksperimentelle undersøgelse

Det betyder nu på ingen måde, at der ikke alligevel kan etableres et fornuftigt design, hvor den udvidede psykosociale indsats direkte kan sammenlignes med den psykosociale standardindsats. Dette skal vises i det følgende.

To grupper blev statistisk konstrueret således, at de i forhold til effektmålene og en række grundvariabler lignede hinanden. For at dette kunne lade sig gøre, blev vi nødt til at trække alle med andet end dansk nationalitet ud af denne del af undersøgelsen. Denne gruppe vil i stedet blive fulgt særskilt og består, som det tidligere er fremgået, af i alt 44 metadonmodtagere.

I det følgende skal de to sammenlignelige kvasi-grupper beskrives i forhold til alder, køn, grundskole, boligforhold, forsørgelsesstatus, belastning på områderne stof, alkohol, kriminalitet, fysik, psyke, familie, andet netværk og arbejde.

I nedenstående tabel ses de to kvasi-grupper – standard og udvidet – forholdt til hinanden i forhold til deres alder og køn.

Tabel 21. Alder og køn

	Kvasi- Standard	Kvasi- Udvidet	
	n=221	n=92	p
alder	37,7	38,3	0,48
køn	27,1	26,1	0,85

* Medianen for alder var for udvidet 37,6 og for standard 38,0 (std.dev. 6,9 og 7,7)

I alt indgår 221 metadon-modtagere i den særligt statistisk konstruerede standard-gruppe. I den udvidede gruppe indgår 92 metadon-modtagere. De eneste, der her er trukket ud, er metadon-modtagere med anden nationalitet end dansk. Kvasi-eksperimentet etableres altså ved at tilpasse standard-gruppen (hvor der er flest klienter at tage af) til udvidet-gruppen.

De to grupper er, som det ses, nu sammenlignelige, hvad angår alder og køn, også hvad angår medianer og spredning.

En anden variabel, der kan sammenkædes med effekt, er grundskoleuddannelse. Således har klienter, der har en 8. klasse som højeste afsluttede eksamen (eller mindre), oftere et mere belastet socialt liv bag sig og ofte også en dårligere prognose for belastningsreduktion. I nedenstående tabel er de to gruppers højeste opnåede grundskole-eksamen vist.

Tabel 22. Højeste afsluttede grunduddannelse (i procent)

	Kvasi- Standard	Kvasi- Udvidet
	n=221	n=92
8. klasse	20,8	23,9
9. klasse	28,5	28,3
10. klasse	33,5	37,0
Student, HF, HTX mm.	10,0	6,5
Uoplyst	7,2	4,3

Forskellene mellem de to hovedgrupper, hvad angår højeste afsluttede grunduddannelse, kommer ikke i nærheden af nogen signifikant forskel. De to grupper er altså, såvel hvad angår køns- og aldersfordeling som grundskoleniveau, sammenlignelige.

Et effektmål er som nævnt boligforhold. I nedenstående tabel er boligforholdene for de to hovedgruppers op til undersøgelsens påbegyndelse opstillet.

Tabel 23. Boligforhold

	Kvasi- Standard n=221	Kvasi- Udvidet n=92
Selvstændig bolig	62,4	59,8
Eget værelse	6,8	8,7
Stabil bolig	69,2	68,5
Familie/venner	16,3	10,9
Institution	2,7	2,2
Støttebolig	1,8	1,1
Herberg/pensionat	2,7	2,2
Fængsel	2,3	3,3
Gaden	2,7	4,3
Andet/kombi.	2,3	7,6
Ustabil bolig	30,8	31,5

Som det ses, er boligforholdene for de to kvasi-eksperimentelle hovedgrupper endog særdeles sammenlignelige. Det vil her blive interessant at se, om de metadon-modtagere, der får udvidet psykosocial støtte (herunder mere direkte behandler/rådgiver kontakt), også får bedre boligforhold, eller om ovenstående boligforhold måske er udtryk for det optimale for denne gruppe af metadon-modtagere?

I den næste tabel er det de to gruppers belastningsscore udregnet ved hjælp af European Addiction Severity Index, der præsenteres.

Tabel 24. Belastningsscore (EuropASI)

	Kvasi- Standard n=221	Kvasi- Udvidet n=92	p
Stof	0,36	0,39	0,16
Alkohol	0,09	0,16	0,004
Kriminalitet	0,17	0,22	0,11
Fysisk	0,42	0,36	0,21
Psykisk	0,22	0,27	0,19
Familie	0,21	0,16	0,15
Andet netværk	0,28	0,31	0,48
Arbejde	0,91	0,92	0,63

Som det ses, er de to grupper som udgangspunkt ikke signifikant forskelligt belastede på samtlige faktorer undtagen på alkohol-faktoren.

Alkohol-faktoren: Forskellen på alkohol-faktoren er svær at forklare. Forskellen er udtryk for, at standard-gruppen rapporterer, at de i gennemsnit har misbrugt alkohol 1,7 dage de sidste 30 dage, hvilket vil sige har drukket mere end fem genstande på én dag i 1,7 dage indenfor den sidste måned. For udvidet-gruppens vedkommende er det i gennemsnit 5,7 dage indenfor den sidste måned, at de har misbrugt alkohol. Dette virker umiddelbart ikke af noget stort alkoholforbrug for nogle af grupperne. Gennemsnitstallene dækker over, at i alt 24 af de 409 havde haft et misbrug af alkohol i mere end 20 dage indenfor den sidste måned (10 af de 221 fra standard-gruppen, hvilket svarer til ca. 5% og 14 af de 92 fra udvidet gruppen, hvilket svarer til 15%). Disse må betragtes som egentlige alkohol-afhængige. Tallene betyder altså, at der er tre gange så mange i udvidet-gruppen som i standard-gruppen, som er afhængige af alkohol. Dette er trods alt en stor og ret så uforståelig forskel. Man kunne få den tanke, at standardgruppens meget lave alkohol-belastning kunne være udtryk for en underrapportering, men det er foreløbigt en påstand, der nærmere bør undersøges.

Stof-faktoren: Selvom metadon-modtagerne i henholdsvis standard og udvidet gruppen er lige belastede på stof-faktoren, så er det forskellige stoffer, der belaster dem. For standardgruppen er der flere, der har været i metadonbehandling i længere tid op til første interview. Her er det metadonen kombineret med sidemisbruget, der skaber belastningen. Metadon-modtagerne i udvidet-gruppen har i kortere tid modtager metadon op til første interview. I stedet har de haft et større forbrug af heroin og bruger flere penge på stoffer. Dette ændrer ikke ved, at de to grupper generelt oplever sig selv som lige belastede på stof-faktoren – også i deres subjektive oplevelser af hvor meget de har behov for, at nogen hjælper dem med deres stof-forbrug, og hvor meget stof-forbruget bekymrer dem.

At tro man – fordi man er kommet i metadonbehandling – ikke mere er belastet stofmæssigt vil være en fejltagelse. Indsatsen må jo nødvendigvis handle om at reducere belastningen, uanset hvilket stof der belaster, og det er derfor i princippet ligegyldigt, om personen er i metadon-behandling eller ej – det handler om at reducere belastningen.

Forskellene mellem standard- og udvidet grupperne skal ikke yderligere diskuteres. Her skal det blot konstateres, at de er relativt sammenlignelige, dog med en tendens til at metadon-modtagerne fra udvidet-gruppen er lidt mere – men ikke signifikant – belastede, hvad angår stoffer og dermed også kriminalitet. Dette er antageligt et udtryk for, at klienterne fra denne gruppe endnu ikke har været i metadonbehandling helt så længe som klienterne fra standard-gruppen.

4. Sammenfatning

Man kan skelne mellem tre typer af metadon-modtagere:

- 1) De meget *svært belastede*, som er en gruppe af ældre svært psykisk, fysisk og socialt belastede stofmisbrugere, der for langt de flestes vedkommende modtager førtidspension og har stabile boligforhold. Forsørgelsesgrundlag og boligforhold er for denne gruppe derfor ikke relevante effektmål. De primære problemer for denne gruppe er måske i virkeligheden fysiske, psykiske og sociale problemer, som kan betragtes som primære for misbrugs-problematikken. Sidemisbrug forefindes, men er i omfang relativt begrænset. Det er en gruppe, som er svær at etablere kontakt med, og hvor første fase ofte er centreret omkring etablering og en rimelig fastholdelse af kontakt.
- 2) *Metadon-vedligeholdelses* gruppen, som består af lidt ældre (omkring 40 år) metadon-modtagere, hvor mere end halvdelen får førtidspension, og som har relativt stabile boligforhold. Denne gruppe har såvel fysiske, psykiske, som sociale problemer, der i ret så udpræget grad må knyttes til deres forbrug af rusmidler. Fokus på reduktion af sidemisbrug kan her tænkes at have en ikke ringe indflydelse på fysiske, psykiske og sociale belastning. Dette adskiller dem fra de svært belastede. Det er den gruppe, som det umiddelbart er nemmest at fastholde kontakten til, fordi de ikke mere kan holde til "livet på gaden". Men det er også en mere passiv og måske "institutionaliseret" gruppe end den næste gruppe 3.
- 3) *De "yngre" metadon-modtagere*, som består af metadon-modtagere, der i gennemsnit er 34-36 år. Flere har ustabile boligforhold, flere er på kontanthjælp, og flere har én eller anden om end ustabil form for tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er gruppen med det største forbrug af illegale stoffer, og som derfor også er mest kriminelle. Den fysiske og psykiske belastning er endnu relativt begrænset. Det er en gruppe, hvor man kan forvente, at fokus på såvel sidemisbrug, beskæftigelse/arbejde, udvikling af kompetencer og reduktion af sociale problemer kunne være forebyggende i forhold til at ende i de to første kategorier. Det er en gruppe, det kan være vanskeligt at fastholde kontakten til, bl.a. fordi de er vanskelige at motivere for behandling, fordi de endnu kan klare "livet på gaden".

Hvilke effektmål og hvilke indsatser der er relevante afhænger altså i nogen grad af, hvilken kategori vi taler. Der vil utvivlsomt også kunne identificere-

res forskellige motiver for at være i behandling for de tre grupper. Dette undersøges også, men diskuteres ikke i denne rapport.

I Silkeborg-projektet hører samtlige otte til gruppen af svært belastede. Det betyder ikke, at de ikke også findes i de andre projekt-grupper, men Silkeborg er stærkt præget af denne gruppe. Korsør og Århus udvidet er i særlig grad repræsenteret ved metadon-modtagere i vedligeholdelses-gruppen. Denne gruppe af metadon-modtagere findes selvfølgelig også på X-felt, men her finder vi flere, som kan placeres i gruppen med de ”yngre” metadon-modtagere.

I Silkeborg er én af otte kvinder, gennemsnitsalderen er 46 år. De har de bedste boligforhold (100% stabile boligforhold), og de fleste er førtidspensionister (75%). De hører til de mindst stof-belastede, men de er klart de mest fysisk belastede (0,76) og de mest psykisk belastede (0,60).

Sum: Flest ældre mandlige metadon-modtagere, som er stærkt belastede såvel fysisk, psykisk som socialt.

I Århus Udvidet projektet er der relativt mange kvinder (33%), flest i aktivering (13%), sammen med Silkeborg flest med 8. klasse som højeste eksamen (eller mindre).

Sum: Umiddelbart prototypen på den lidt ældre (omkring 40 år) klient i metadon-vedligeholdelse, som er ret så fysisk, psykisk og socialt belastede, og hvor over halvdelen modtager førtidspension.

Korsør har sammen med Århus flest kvinder (30%), sammen med Silkeborg de bedste boligforhold (90% stabile boligforhold) og sammen med Silkeborg de umiddelbart mindst stof-belastede (0,28).

Sum: Ligesom Århus Udvidet umiddelbart prototypen på den lidt ældre (omkring 40 år) klient i metadon-vedligeholdelse, som er ret så fysisk, psykisk og socialt belastet, og hvor over halvdelen modtager førtidspension .

X-felt har de yngste metadon-modtagere (36,1 år), de fleste med anden nationalitet end dansk, flest med lønnet indtægt (12%), flest på kontanthjælp (66%) og færrest førtidspensionister (8%). De har de mest stof- og kriminalitetsbelastede, men også de mindst fysisk belastede og de mindst psykisk belastede.

Sum: X-felt har mange metadon-modtagere fra den gruppe, som er blevet kaldt for de ”yngre” metadon-modtagere. Mange af X-felts metadon-modtagere er netværksmæssigt ret så socialt belastede, men uden nødvendigvis at være fysisk eller psykisk belastede.

Fra grupperne, som modtager et standard psykosocial støtte, har Københavns Amt/KABS lige som X-felt mange fra gruppen af ”yngre” metadon-modtagere. Det samme gælder for den gruppe af metadon-modtagere, der deltager fra Fredericia. Også døgnbehandlings-opfølgings-gruppen har mange ”yngre” metadon-modtagere.

FAB har mange fra metadon-vedligeholdelsesgruppen, og det samme er tilfældet for den gruppe, der deltager fra Århus Kommune, og som modtager standard psykosocial støtte. Fra Københavns Kommunes fire rådgivningscentre er endnu kun opgjort 20 metadon-modtagere. Disse fordeler sig mere ligeligt mellem de ”yngre” metadon-modtagere og metadon-vedligeholdelsesgruppe.

Interessant synes det også, at de forskellige projekter helt automatisk har valgt at fokusere på indsatsstrategier, der matcher deres brugere. De, der har flest af de sværest belastede, har således fokus rettet mod *tillid og kontakt*. De, der har mange fra vedligeholdelsesgruppen, har fokus rettet mod *stabilisering og sociale færdigheder*. Endelig har de, der har mange fra den yngre gruppe af metadon-brugere, i højere grad fokus rettet mod *integration og normalisering*.

Endelig er der i dette afsnit vist, at det er muligt at konstruere to sammenlignelige grupper, hvoraf den ene på 221 metadon-modtagere modtager standard psykosocial støtte, mens den anden på foreløbig 92 metadon-modtagere får tilbudt udvidet psykosocial støtte. Dette er i denne rapport blevet kaldt for den kvasi-eksperimentelle undersøgelse.