

# BRUGERNES TILFREDSHED MED SUBSTITUTIONSBEHANDLINGEN

**KABS** VIDEN



AARHUS  
UNIVERSITET

RÅDET FOR  
SOCIALT  
UDSATTE



# BRUGERNES TILFREDSHED MED SUBSTITUTIONSBEHANDLINGEN

## **Kolofon:**

Oplag: 1.000

Grafisk produktion og layout:  
Line Kirketerp Koch

ISBN:

Trykt: 978-87-7546-529-3

Online: 978-87-7546-530-9

Rapporten kan bestilles gratis eller downloades på  
Rådet for Socialt Udsattes hjemmeside [www.udsatte.dk](http://www.udsatte.dk)

# INDHOLD

Forord.....	7
Opbygning .....	9
Del I.....	10
Kapitel 1. Baggrund og fokus for undersøgelsen .....	10
Misbrug, substitution og behandling .....	10
Skadesreduktion .....	11
Formål med undersøgelsen .....	11
Kapitel 2. Design og metode.....	12
Rekruttering .....	12
Spørgeskema.....	13
Fokusgruppeinterview.....	14
Kapitel 3. Den kvantitative delundersøgelse.....	16
Hvem er deltagerne .....	16
Behandling – behov, indsats og kontakt .....	18
Oplevelse af samlet behandling.....	24
Tilfredshed med behandling .....	27
Kapitel 4. Den kvalitative delundersøgelse .....	30
Fokusgruppedeltagerne.....	30
Hvad består behandlingen af? .....	30
Kontakten til behandlerne og behandlingsstedet.....	36
Behandlingens betydning for hverdagen .....	41
Del II.....	45
Kapitel 5. Opsamling af delundersøgelser.....	45
Den kvantitative delundersøgelse .....	45
Den kvalitative delundersøgelse.....	48
Kapitel 6. Tendenser i substitutionsbehandling 2014.....	51
Litteraturliste .....	56

# FORORD

Denne rapport er skrevet i samarbejde mellem fra Center for Rusmiddelforskning (CRF), Aarhus Universitet og KABS VIDEN. Den kvantitative del er varetaget af Center for Rusmiddelforskning (v. Birgitte Thylstrup) og den kvalitative del er varetaget af KABS VIDEN (v. Kathrine Bro Ludvigsen).

Tak til Sidsel Schrøder og Michael Mulbjerg Pedersen for medforfatterskab og kommentarer på dele af rapporten.

En stor tak til de borgere i substitutionsbehandling, der har deltaget i undersøgelsen for godt samarbejde og lyst til at bidrage til projektet. Også tak til medarbejdere på de forskellige behandlingsenheder, der har støttet op om projektet. Fra KABS VIDEN rettes en særlig tak til antropolog Kathrine Krøijer Hørsted for bistand ved fokusgrupperne, transskription af lydfiler og god sparring. Også en særlig tak til Morten Hesse, for god sparring og en tak til studenteransatte på CRF, som på forskellige tidspunkter har bistået med indsamling af data: Morgan Bancroft, Birgitte Kryger Stephansen, Gitte Westphael, Maja Ingerslev Pedersen.

Til slut tak til Rådet for Socialt Udsatte for at muliggøre denne undersøgelse.

# OPBYGNING

## DEL I.

Første del indeholder en kort redegørelse af baggrund og fokus for undersøgelsen, beskrivelse af design og metode, og gennemgang af den kvantitative og kvalitative delundersøgelse.

### **Kapitel 1**

Redegør for baggrund og fokus for undersøgelsen.

### **Kapitel 2**

Beskriver undersøgelsesdesign og metode.

### **Kapitel 3**

Gennemgår analysen fra den kvantitative delundersøgelse.

### **Kapitel 4**

Gennemgår analysen fra den kvalitative delundersøgelse.

## DEL II.

Anden del indeholder en opsamling af centrale dele fra de to delundersøgelser, efterfulgt af en opsummering af tematikker og opmærksomhedspunkter baseret på den samlede undersøgelse.

### **Kapitel 5**

Indeholder gennemgang af centrale dele fra de to delundersøgelser.

### **Kapitel 6**

Indeholder en opsummering af tematikker og opmærksomhedspunkter baseret på den samlede undersøgelse.

# DEL I.

## KAPITEL 1. BAGGRUND OG FOKUS FOR UNDERSØGELSEN

### Misbrug, substitution og behandling

Aktuelt er der omkring 33.000 mennesker med stofmisbrug i Danmark, hvoraf omkring 11.000 udelukkende har et hashmisbrug, og ca. halvdelen (omkring 16.000) modtager social og/eller lægelig behandling for deres misbrug (Sundhedsstyrelsen 2013). Medtages data fra Kriminalforsorgen udgjorde det samlede antal for personer i substitutionsbehandling i 2011 knap 7.600, et tal, der har været nogenlunde konstant de seneste par år. Den aktuelle udvikling er, at der sker en stigning i antal borgere med hashmisbrug og en reduktion af antal borgere med opiatmisbrug. Der er dog stadig omkring 7.050 personer, der er opiatafhængige. En nyere opgørelse viser, at personer med opiatmisbrug er den mest belastede gruppe i forhold til stofforbrug, kriminalitet og somatisk og psykisk helbredstilstand (Socialstyrelsen 2013; Sundhedsstyrelsen 2013).

Ifølge Sundhedslovens § 141 og Servicelovens § 101 skal der tilbydes behandling i form af enten ambulante, dag- eller døgnbehandling til borgere med et alkohol- eller stofmisbrug senest 14 dage efter første henvendelse. Substitutionsbehandling indgår som en del af disse tilbud, og har til formål at stabilisere den opiatafhængige farmakologisk, fysisk, psykisk og socialt. Den lægelige behandling består overordnet i at erstatte det uhensigtsmæssige (illegalt/ikke lægeordineret) stof med et mere hensigtsmæssigt (legalt/lægeordineret) stof. Parallelt med den medikamentelle substitutionsbehandling skal indskrevne borgere også tilbydes psykosocial behandling, som retter sig mod deres psykiske og sociale problemer. Beslutningen om den konkrete behandlingsindsats bygger på en helhedsvurdering af borgerens behov, og indebærer en skriftlig begrundet afgørelse med oplysninger om formål med indsatsen, hvad der er bevilget, forventet varighed, samt hensyntagen til særlige forhold. Udgangspunktet for både den medicin- og socialfaglige behandling er at støtte en bedring af bor-

gerens samlede livssituation ved at reducere eller stoppe misbrug, og imødegå eventuel manglende trivsel og social marginalisering. Udover fokus på stofbrug udgør øget psykisk og fysisk trivsel, forbedring af livskvalitet, og social inklusion i almindelige sociale, kulturelle, økonomiske eller politiske aktiviteter således også vigtige fokuspunkter for behandlingen. Samme fokuspunkter har derudover som sigte at reducere de problemer, der ofte følger i kølvandet på et alkohol- og stofmisbrug, og som kan udfordre positive ændringer eller øge risiko for tilbagefald til misbrug. Uanset formålet med den konkrete indsats skal beslutninger, som vedrører behandlingen foregå i informeret samarbejde med den enkelte borger, med sigte på at engagere dem i behandlingen og støtte op om motivation for forbedring af egen livssituation.

## Skadesreduktion

Skadesreduktion er en betegnelse for behandling og politikker, som sigter mod at reducere de sundhedsmæssige, psykiske, sociale og økonomiske skader, der følger et misbrug uden nødvendigvis at insistere på fuld afholdelse eller stoffrihed. Tilgangen vandt indpas i Europa i 1980'erne, og er i dag et integreret element i dansk misbrugsbehandling og narkotikapolitik, om end der løbende er debat om den mest præcise fortolkning og konkrete praksis (Ege 2010; Jourdan 2009; Jöhncke 1997). Trods divergerende meninger handler skadesreduktion i stofmisbrugsbehandling dog som udgangspunkt altid om, at den medicinske og psykosociale indsats har til formål at reducere de sociale, psykiske, sundhedsmæssige og økonomiske skader, der følger med stofmisbrug frem for at fokusere på opnåelse af stoffrihed. Baggrunden er den erkendelse, at ikke alle kan eller vil opnå stoffrihed, og at målsætningen derfor må være at sikre disse personer trivsel og livskvalitet på andre måder ved at tilpasse behandlingen til den enkelte borgers behov og ressourcer.

Som i meget anden behandling betyder variationerne i fortolkning og indsats, at behandling, der arbejder ud fra et skadesreducerende sigte, både kan være af høj intensitet i form af en bredspektret indsats, der omhandler borgerens samlede livssituation, eller af lav intensitet i form af en mere ensidig indsats, der primært fokuserer på medikamentel stabilisering. At variationen i behandlingsintensitet kan udgøre en udfordring har længe været omdiskuteret, og blev blandt andet fremhævet i SFI's undersøgelse af social misbrugsbehandling i Danmark fra 2007-2009 (Benjaminsen et al. 2009). Undersøgelsen byggede på et omfattende empirisk materiale af borgere i stoffri behandling og substitutionsbehandling, (Benjaminsen et al. 2009; Sørensen et al. 2009). Undersøgelsen fandt blandt andet, at selvom hovedparten af

deltagerne udtrykte generel tilfredshed med substitutionsbehandlingen, angav en høj andel af de opiat-afhængige, at de havde en række fysiske, psykiske og sociale problemer, som de ikke fik tilstrækkelig hjælp til. Denne gruppe angav yderligere, at de modtog meget lidt social behandling, og at samtaler med en medarbejder på behandlingsenheden mest skete i form af ad-hoc-samtaler, defineret som under en samtale hver 14. dag. Samme undersøgelse konkluderede, at der var grund til at være opmærksom på, om implementeringen af skadesreduktionsprincippet i Danmark havde resulteret i en todeling af behandlingssystemet: 1) En del hvor borgere, hvis målsætning var at opnå stoffrihed modtog behandling af forholdsvis høj intensitet, 2) En del hvor borgere, hvis målsætning om stoffrihed blev anset som urealistisk, modtog social behandling i begrænset omfang - især borgere i længerevarende substitutionsbehandling. Således aktualiserede undersøgelsen behovet for en diskussion om både fortolkningen af skadesreduktionsbegrebet og dets implementering i praksis tilgodeså borgernes behandlingsbehov og ønsker.

## Formål med undersøgelsen

På initiativ fra Rådet for Socialt Udsatte var formålet med nærværende pilotundersøgelse at undersøge opiatafhængiges oplevelse af substitutionsbehandling i 2014, i forhold til nogle af de tematikker, der blev fremhævet i SFI's undersøgelse fra 2007-2009. Undersøgelsen er således ikke en opfølgning på SFI's undersøgelse, men har skærpet undersøgelsens fokus på centrale omdrejningspunkter; borgernes oplevelse af behandlingen, hvad de har brug for hjælp til, om de får den hjælp, og i hvor høj grad, der føler sig mødt og inddraget.



## KAPITEL 2. DESIGN OG METODE

Undersøgelsen fandt sted i perioden maj 2014 til december 2014. Data blev indsamlet i perioden september- november 2014. Center for Rusmiddelforskning stod for at udføre en survey og indsamle 220 spørgeskemaer, og KABS VIDEN stod for at udføre 5 kvalitative fokusgruppeinterview. For at sikre, at dataindsamling og analyse udgjorde et aktuelt billede af substitutionsbehandlingen i Danmark, tog undersøgelsen afsæt i en opgørelse fra Stofmisbrugsdatabasens (SMDB) myndighedsdel over borgere i substitutionsbehandling i 2013 (ind- eller udskrevet i året eller indskrevet tidligere år og endnu ikke udskrevet). Deltagerne var alle indskrevet i behandling og hovedparten fik ordineret metadon eller buprenorfin. Da det ikke var muligt at skelne mellem de enkelte steders indskrivningsprocedurer, for eksempel i forhold til registrering af pauser fra behandlingen og ustabile behandlingsforløb, udgør grundlaget for deltagerne alle borgere, der var registreret i substitutionsbehandling i 2013.

De deltagende behandlingssteder er udvalgt ud fra flere parametre, der omfatter sammensætning af indskrevne borgere, geografisk placering, og antal forløb i 2013, hvoraf sidstnævnte parameter til en vis grad afspejler centerstørrelse. Således er der udvalgt behandlingssteder, hvor antal indskrevne borgere og alderssammensætning matcher de nationale fordelinger inden for tre grupper: 1) hvor de valgte parametre ligger på landsgennemsnittet, 2) hvor de valgte parametre ligger under landsgennemsnittet, og 3) hvor de valgte parametre ligger over landsgennemsnittet. Der er i de to sidste grupper lagt vægt på, at alderen ligger mere end en halv standardafvigelse af det nationale gennemsnit. I praksis har det især været gennemsnitsalderen, der har haft betydning, da meget få behandlingssteder ligger over eller under det specificerede alderskriterium. For at indfange spredningen i behandlingsforløb, og dermed til en vis grad centerstørrelse og størrelse af substitutionsbehandling, er der ligeledes lagt vægt på at medtage behandlingstilbud, hvor antal behandlingsforløb svarer til landsgennemsnittet, og tilbud hvor antal forløb er større og mindre end landsgennemsnittet. Ligeledes er der lagt vægt på den geografiske fordeling på hhv. Sjælland, Jylland og Fyn, for at sikre repræsentation af både land- og bykommuner, at behandlingssteder i både små og store byer er repræsenteret, og at der indgik behand-

lingssteder, der primært havde kommunens egne borgere i behandling, og behandlingssteder med indskrivninger fra oplandskommuner.

For at sikre et vist antal deltagere til undersøgelsen er behandlingssteder, hvor forløb i 2013 lå på under 10 borgere slettet. Endelig er substitutionsbehandling kodet som en del af det overordnede behandlingstilbud på flere af enhederne, det vil sige, at der ikke differentieres mellem behandlingstyper, eksempelvis substitution og stoffri behandling. Ved brug af databaserne SIB (Stofmisbrugere i behandling) og VBGS (Ventetider vedr. behandlingsgaranti for stofmisbrugere) er der derfor kontrolleret for, om borgernes indskrivninger er registreret som substitutionsbehandling, opdelt på behandling med metadon, buprenorfin og andre opiater. Det skal bemærkes, at der grundet problemer med indberetninger til SMDB er tale om ukomplette data for 2013. Idet et af udvælgelsesparametrene har været at finde mindre behandlingssteder, er de nyere data valgt frem for de seneste officielle tal for at sikre, at de mindre tilbud stadig eksisterede og havde et vist klientgrundlag på undersøgelsestidspunktet.

### Rekruttering

I starten af august 2014 kontaktede vi de relevante ledere på de udvalgte behandlingsenheder ved at sende en mail med en kort beskrivelse af projektet. Halvdelen af de inviterede enheder meldte tilbage med positive tilkendegivelser, og deltagelse af de resterende enheder blev afklaret fra slut august 2014 til start september 2014. Ud af de 20 behandlingssteder, vi kontaktede, afslog to deltagelse, og to responderede ikke, hvorfor den endelige deltagelse blev på 16 enheder, som stadig fordelte sig ligeligt mellem de tre grupperinger.

Efterfølgende blev der sendt plakater og pjecer om projektet og tidspunkter, hvor vi kom forbi for at snakke med indskrevne i behandlingen. I september-november 2014 tog vi ud for at etablere kontakt til borgere i substitutionsbehandling efter aftale med det enkelte behandlingssted. På nogle steder blev kontakten etableret kollektivt for de tilstedeværende borgere, f.eks. i forbindelse med gruppeaktiviteter som morgenmad, men i langt de fleste tilfælde blev der

taget individuel kontakt til de borgere, der opholdt sig på behandlingsstedet på besøgstidspunktet. Inklusionskriterier for deltagelse var, at den enkelte borger var i substitutionsbehandling på behandlingsstedet. Al deltagelse var frivillig og anonym, og personale på behandlingsstedet så heller ikke besvarelsene. Derudover blev borgerne informeret om, at fravalg af deltagelse ikke havde betydning for deres forløb på behandlingsstedet.

Besøgsfrekvensen på det enkelte behandlingssted lå i den kvantitative dataindsamling mellem 2-10 gange i undersøgelsesperioden, da det var meget forskelligt fra sted til sted, hvor mange borgere der kom på en dag, og hvor lang tid de opholdt sig på behandlingsstedet. Nogle steder kom borgerne hurtigt forbi for at afhente deres medicin, andre steder blev de til en kop kaffe og en snak med personale eller andre borgere, eller skulle til anden samtale i forbindelse med deres behandling. På lægeklinikken udleverede lægerne skemaerne, som deltagerne udfyldte uden lægens påsyn og lagde i en lukket kuvert. Tilsvarende endte vi med at involvere yderligere to behandlingssteder i undersøgelsen for at sikre antal indhentede spørgeskemaer. På disse steder blev spørgeskemaer og svarkuverter ligeledes lagt ud i receptionen og/eller medicinudleveringen, så deltagerne havde mulighed for at udfylde skemaet på behandlingsstedet eller hjemme. Disse tre steder blev kuverterne returneret til personalet og afhentet af en medarbejder fra CRF for at sikre anonymitet.

For at øge muligheden for, at den kvalitative undersøgelse indfangede den ønskede variation i behandlingssteder, blev de 5 fokusgruppeinterview foretaget på 5 forskellige behandlingssteder, som repræsenterede de tre grupperinger af behandlingssteder. I forbindelse med den kvalitative dataindsamling var det oprindeligt tanken, at besøget på de udvalgte enheder skulle omfatte to sammenhængende dage for at præsentere undersøgelsen, fokusgruppemetoden og motivere borgere til at deltage i fokusgruppeinterviewet den følgende dag. Dette måtte dog justeres undervejs: To behandlingssteder frabad sig besøg mere end højst nødvendigt, idet de også skulle have besøg i forbindelse med surveyen, hvorfor antropologen kun kom én dag. To andre behandlingssteder fik besøg med en uges mellemrum og et behandlingssted fik besøg to dage i træk. Alle besøgene startede ved behandlingsstedets åbningstid og varede som minimum til de lukkede for adgang for indskrevne borgere.

## Spørgeskema

Da vi gerne ville sikre os så bred deltagelse som muligt i forhold til individuel belastningsgrad, udarbejdede vi et spørgeskema, som den enkelte borger kunne udfylde på egen hånd inden for ca. 10 - 15 minutter. Som del af udarbejdelsen blev der lavet pilottests, hvor i alt 10 borgere med forskellig belastningsgrad udfyldte skemaet og gav mundtligt feedback på indhold og opsætning (var det relevant og til at forstå, var det let at udfylde og tog det acceptabel tid). Efter hver test blev skemaet justeret i forhold til deltagernes kommentarer. Spørgeskemaet blev ligeledes kommenteret af Rådet for Socialt Udsatte, som efterspurgt fokus på sanktioner og kontrol, hvilket blev opprioriteret. Ud fra vurdering af, hvad der skulle til for at opnå tilstrækkelig mættet data og analysegrundlag, blev den endelige udgave længere, og tog typisk ca. 20-30 minutter at udfylde (15 minutter for den hurtigste og 1,5 time for den langsomste deltager). Uanset tid anvendt på besvarelse er det vores erfaring fra både pilottests og den endelige undersøgelse, at vi for at sikre en bred deltagelse i langt de fleste tilfælde måtte prioritere en en-til-en interviewsituation med den enkelte borger, da der ellers ville være for få borgere, der kunne overskue at deltage. Vi har bestræbt os på at etablere kontakt til alle de indskrevne borgere vi mødte på behandlingsstederne.

Spørgeskemaet omfatter forskellige områder, som dækker:

1. Baggrundsdata (alder, køn, overførselsindkomst, arbejde/uddannelse, egen bolig, oplevet belastningsgrad, sideforbrug/oplevet problem, varighed/antal steder i forbindelse med indskrivning i substitutionsbehandling).
2. Oplevet hjælp fra behandlingsstedet (betydning af henholdsvis medicinsk og socialfaglig behandling).
3. Medicinsk behandling (art og dosis af substitutionsmedicin, ønsket præparat/dosis, information om virkninger/bivirkninger, inddragelse i overvejelser om justering).
4. Kontakt med behandlingsstedet (afhentning af substitutionsmedicin, samtaler med fagpersonale, tilgængelighed til stedet generelt, sociale aktiviteter).
5. Oplevelse af samlede behandling, eksempelvis behandlingsplan og tiltag, sammenhæng og meningsfuldhed, personale, rammer og regler.
6. Tilfredshed med den samlede behandling.

## Fokusgruppeinterview

Fra starten af undersøgelsens tilrettelæggelse blev enkeltinterview som metode fravalgt, dels fordi det ville være mere tidskrævende, dels fordi fokusgruppeinterviewet som metode giver mulighed for at indfange forskellige erfaringer med og synspunkter på behandlingen. Fokusgruppeinterviewet ville desuden give deltagerne mulighed for at kommentere og spørge ind til hinandens udsagn og fortællinger, for på den måde at give plads til andre – og måske mere relevante – spørgsmål end dem en udenforstående (her antropologen) havde mulighed for at stille. Derudover har det været en erfaring fra tidligere brugerundersøgelser, at deltagerne finder fokusgruppemetoden spændende, og selv synes de får noget ud af at deltage i en sådan interviewdiskussion (se f.eks. Ludvigsen and Lydolph 2008).

Omdrejningspunktet for fokusgruppeinterviewene var overordnet de tematikker, den samlede undersøgelse tog udgangspunkt i, samt den tekst, borgerne forinden havde haft mulighed for at læse i de udleverede foldere om undersøgelsen under overskriften; "hvad skal vi tale om?": *"Vi vil gerne vide noget om, hvordan det er at være i behandling, hvordan det foregår, og hvordan det påvirker dit liv og din hverdag"* (Fra undersøgelsens folder).

Den semistrukturerede spørgeguide omfatter følgende områder:

1. Præsentationsrunde (fornavn, alder, antal år tilknyttet behandlingen)
2. Hvad består behandling af her (beskriv en typisk dag; tilbud/aktiviteter/hyppighed)
3. Hvordan er det at være i behandling (hvordan foregår det; procedure/regler, indflydelse)
4. Hvordan påvirker det liv og hverdag (hjælp/godt/minde godt, forandringer over tid/ønsker)
5. Opsummering og afrunding (noget vi mangler, et budskab vi skal være opmærksomme på)

At spørgeguiden var semistruktureret betyder, at interviewet udover at undersøge det på forhånd planlagte omdrejningspunkt for fokusgruppeinterviewene, også forholdt sig åben og undersøgende til emner interviewdeltagerne selv måtte lægge vægt på/tage op i fokusgruppen. Spørgeguidens punkter fungerede som inspirationsliste/tjekliste og blev endvidere justeret lidt i forhold til de respektive steder (eksempelvis var behandlingsstedernes hjemmesider gennemgået forud for besøget, som baggrundsviden angående tilbud, kerneydelser mv.).

Interviewene varede mellem 1½ til 2½ time og blev lydoptaget og efterfølgende transskriberet. Alle interviewene foregik på behandlingsenhederne, der forinden var blevet bedt om at stille et lokale til rådighed, hvor interviewet kunne foregå uden forstyrrelser. Dette var imidlertid ikke muligt alle steder: Ét sted fandtes der ikke et rum, hvor flere mennesker kunne sidde uforstyrret, da det eneste ledige lokale, var et gennemgangslokale til centrale rum (personalekøkken, -toilet, -kontorer mv.). I en anden enhed ønskede borgerne ikke at benytte det rum, der var blevet stillet til rådighed. Dette fokusgruppeinterview blev derfor afholdt mere løst end de øvrige, idet borgerne her ønskede, at det foregik i stedets "café" (som var et gennemgangsrum, hvor borgere – og i mindre grad – personale gik til og fra). Alle der kom hen til det bord, hvor vi sad, blev oplyst om, at vi afholdt et fokusgruppeinterview om borgernes oplevelse af behandling, at det var anonymt at deltage, men at det blev optaget. Alle blev tilbudt at deltage, nogle borgere sad derfor lidt med og gik igen. Det er dog kun dem, som mødte op, for at deltage i fokusgruppen fra starten, som er optalt i analysen. Set fra et metodisk synspunkt var disse to fokusgrupper ikke optimale, da der var forskellige forstyrrelser i rummet, der indimellem afledte deltagernes opmærksomhed. Omvendt var det en måde at imødekomme borgernes ønske på i det sidstnævnte interview, ligesom det også gav et særligt indblik i den måde, borgerne orienterede sig i forhold til hvad, der foregik på stedet. Mens den anden fokusgruppe gav indblik i de vilkår for samtaler, der var det

pågældende sted. I det hele taget blev deltagernes oplevelse af rum og indretning et centralt emne i det kvalitative materiale, hvilket uddybes i den kvalitative analyse.

Udover at besøgene på behandlingsstederne i forbindelse med den kvalitative del af undersøgelsen havde til formål at informere om undersøgelsen og rekruttere deltagere, tjente de også som observation for behandlingsstedets "hverdag" (f.eks. åbningstider, fysiske rammer, tilbud, regler, atmosfære) som baggrundsviden til fokusgruppeinterviewene og som baggrundsviden i forhold til den behandlingshverdag, deltagerne fortæller om. For at danne sig et overblik over enhedernes forskellighed i den henseende, blev der i tilknytning til den kvalitative undersøgelsesdel udarbejdet et observationsark, som blev udfyldt på alle enheder, der indgik i den samlede undersøgelse og er medtaget i de kvalitative data.

## Etik

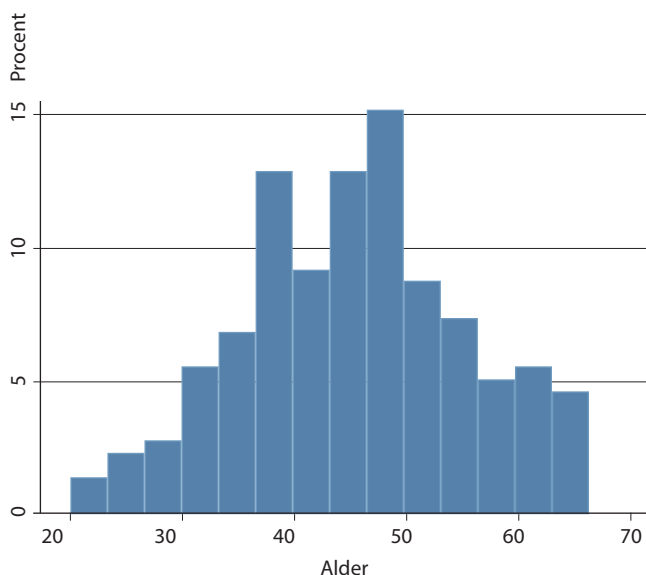
Undersøgelsen er indberettet til datatilsynet.

## KAPITEL 3. DEN KVANTITATIVE DELUNDERSØGELSE

Kapitlet beskriver undersøgelsesdeltagerne og gennemgår analysen af de indhentede data. I alt indgår der kvantitative spørgeskemaer fra 220 substitutionsbrugere fordelt på 16 behandlingssteder, heraf 25 fra en lægeklinik. Data blev analyseret af forfatterne fra Center for Rusmiddelforskning. Generelt anvendes deskriptiv statistik samt regressionsmodeller til at undersøge forskelle mellem udvalgte parametre, eksempelvis alder, køn, tid indskrevet i behandling, der kan have indflydelse på deltagernes oplevelse og tilfredshed med substitutionsbehandling på undersøgelsestidspunktet. I regressionsmodellerne kan der kontrolleres for en række baggrundsvariable. Da ikke alle variable kan antages at følge en normalfordeling, anvendes en række forskellige regressionsmodeller, herunder logistisk regressionsanalyse (for variable som har to mulige udfald).

### Hvem er deltagerene

Af de 220 var 71 pct. mænd (157) og 29 pct. kvinder (63) i et aldersspænd fra 22-66 år med en gennemsnitlig alder på 46 år (SD= 9,67) (SD: Spredning eller variation omkring gennemsnittet (middelværdien)) (se figur 1). I alt 85 pct. (186) var på overførselsindkomst, 11 pct. (23) var under uddannelse/i arbejde, og 81 pct. (178) boede i egen bolig. I alt 53 pct. (114) havde et forbrug af enten alkohol, illegale stoffer eller medicin som ikke var ordineret, hvoraf 55 pct. oplevede dette forbrug som problematisk.



Figur 1. Fordeling af deltagernes alder

Er deltagerene repræsentative for substitutionsbrugere på landsplan? En indsigt kunne her være, at vi ved besøg på behandlingsskederne måske primært fik kontakt med borgere, der var velfungerende nok til at ville deltage. I praksis oplevede vi dog, at nogle af de dårligere fungerende borgere meget gerne ville deltage, fordi de havde kritikpunkter, som de ville have formidlet videre. Sammenlignes undersøgelsesdeltagerne på de enkelte behandlingssteder med de udtrukne data, er de generelt ældre, og flere steder er der enten flere eller færre kvinder. Aldersforskellen hænger dog sammen med, at der er tale om deltagernes alder på undersøgelsestidspunktet, mens udvælgelsesdata er baseret på indskrivningsalderen. Kønsforskellene kan hænge sammen med, at der mange af stederne er rekrutteret få personer. Sammenligner man den rekrutterede gruppe med tal fra den seneste officielle opgørelse over borgere i substitutionsbehandling på landsplan er køns sammensætningen næsten ens, mens de rekrutterede borgere har en højere gennemsnitsalder. Ser man på de sociale indikatorer matcher indtægtskilderne i undersøgelsesgruppen den seneste opgørelse, mens flere i undersøgelsesgruppen har egen bolig, hvilket i praksis er selvstændig bolig, men af deltagerne også kan være tolket som (eget) lejet værelse.

### Oplevet belastningsgrad

I forhold til hvor belastede deltagerne oplevede at være i hverdagen, anvendte vi Work and Social Adjustment Scale (WSAS), et skema hvor respondenter vurderer eget funktionsniveau inden for 5 livsområder; arbejde, eget hjem, fritidsaktiviteter med andre mennesker og alene, samt nære relationer (Mataix-Cols et al. 2005; Miles et al. 1951). Spørgsmålene besvares på en 8 point Likert skala, hvor 0 beskriver at ens problemer slet ikke påvirker evne til at klare arbejde, bolig mv., 2 at det påvirker ens evne lidt, 4 at det helt sikkert påvirker, 6 at det påvirker i udpræget grad og 8 i alvorlig grad (f. eks. "Jeg kan slet ikke arbejde"/ "Jeg kan slet ikke klare eget hjem", mv.) Yderligere blev der i denne undersøgelse under området 'eget hjem' indføjet svarmulighed i forhold til, at respondenter ikke havde eget hjem.

Gennemsnit for besvarelser inden for 'Arbejde' var 5.4 (SD= 2.9), inden for 'eget hjem' 2.8 (SD= 2.6) (f.eks. oprydning, rengøring, indkøb, passe hjem/eventuelle børn, betale regninger); 'fritidsaktiviteter med andre mennesker' 3.4 (SD=2.8) (f.eks. ved fester, underholdning, ture, oplevelser);

'fritidsaktiviteter alene' 2.8 (SD=2.5) (f.eks. læsning, gøre ting i haven, syning, hobbyer, gå ture), og 'nære relationer' 3.0 (SD=2.6) (f.eks. at danne og fastholde tætte forhold til andre, inklusive de mennesker man eventuelt bor sammen med). Alle besvarelser havde omkring samme spredning, hvorfor gennemsnittene er sammenlignelige.

Samlet set er gruppen mærkbart belastet i forhold til at varetage et arbejde og i forhold til sociale aktiviteter med andre. I alt 45 pct. angav, at deres problemer påvirkede deres evne til at arbejde i sådan en grad, at de ikke kunne arbejde, mens 9 pct. slet ikke oplevede at være belastede (se tabel 1). I forhold til sociale aktiviteter oplevede 46 pct. at dette samvær var påvirket i væsentlig til alvorlig grad. Derudover

oplevede 35- 39 pct. at deres problemer påvirkede deres evne til at klare eget hjem (5 havde ikke eget hjem), lave fritidsaktiviteter alene og fungere i familie og nære forhold væsentlig til alvorlig grad. Disse tal skal ses i forhold til at på nær 'Arbejde', oplevede mellem 30-35 pct., at deres problemer enten slet ikke eller i mindre grad påvirkede deres evne til at fungere inden for de respektive livsområder. Udover evnen til at arbejde er der altså en gruppe, som ikke oplever at være mærkbart påvirket af deres problemer i det daglige, mens resten oplever en væsentlig eller markant belastning inden for alle livsområder.

Tabel 1. Funktionsevne inden for forskellige livsområder (pct.)

I hvor høj grad påvirker borgerens problemer hans/hendes evne til at klare	Slet ikke	Meget lidt	Lidt	Noget	Helt sikkert	Meget	Udpræget	Meget udpræget	Alvorligt
<b>Arbejde</b>	9	4	13	2	8	3	12	5	45
<b>Eget hjem</b>	29	5	25	4	8	5	12	2	8
<b>Aktiviteter socialt</b>	21	8	21	4	9	5	17	3	12
<b>Aktiviteter alene</b>	29	6	23	7	10	5	12	2	7
<b>Familie og forhold</b>	25	9	20	6	12	3	3	3	9

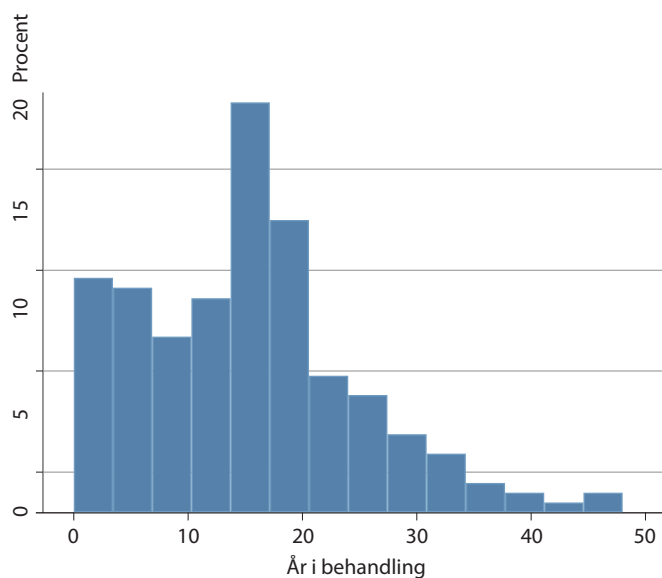
Der var ikke sammenhæng mellem deltagernes køn, alder og deres oplevelse af belastningsgrad, men der var en beskedent omend statistisk signifikant forskel mellem behandlingsstederne (forklaret som 6 pct. af forskellen i variationen), efter der blev kontrolleret for køn, alder og type af medicin. Der er altså en vis systematisk forskel på borgernes oplevede belastningsgrad mellem behandlingsstederne. Dette indikerer, at nogle behandlingssteder er kendetegnet ved overvejende at have indskrevne borgere, som oplever at fungere dårligt, mens andre er kendetegnet ved at deres indskrevne borgere oplever at fungere bedre. Denne forskel bør inddrages i politikker og planlægning af behandling, så man ikke går ud fra, at borgere i substitutionsbehandling er ens på alle behandlingssteder, og har behov for de samme tiltag og indsatser.

## Behandling – behov, indsats og kontakt

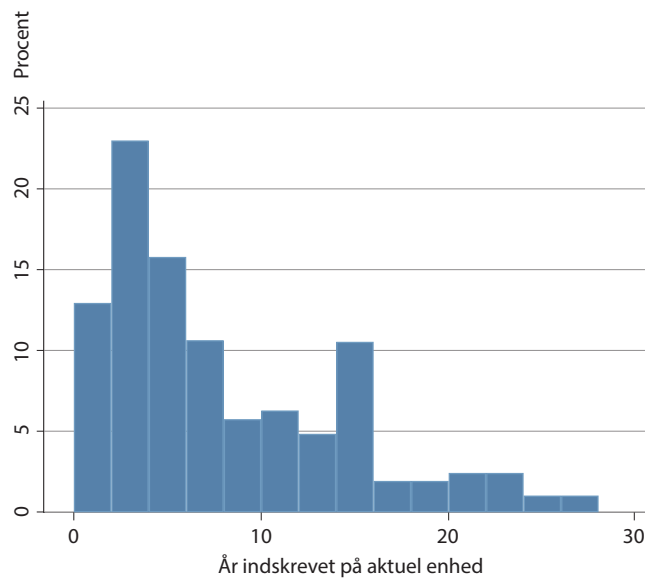
### Indskrivning i substitutionsbehandling

Deltagerne havde i gennemsnit været i substitutionsbehandling i 15,2 år (SD=9.4) med første indskrivning i perioden 1966-2014. Den store spredning i tid skyldes, at tidsrummet for indskrivning spændte fra 0 år (dvs. at man havde været indskrevet i et antal måneder) til 48 år (se figur 2). Antal steder deltagerne havde været i substitutionsbehandling spændte fra 1-20 med et gennemsnit på 2,8 (SD=2.49), og langt de fleste havde været indskrevet på 1-5 behandlingssteder. Der var en klar sammenhæng mellem antal steder indskrevet i behandling og antal år i substitutionsbehandling, idet borgere, der havde været indskrevet flest steder også havde været længst i behandling.

I alt 83 pct. (171 ud af 207 borgere) var i behandling i egen kommune, og 17 pct. (36) var i behandling i anden kommune. Længde for indskrivning på den aktuelle enhed varierede fra 8 måneder til 28 år med et gennemsnit på 7,4 år (SD = 6.35) (se figur 3). Fordelt på køn var gennemsnitstiden på det aktuelle behandlingssted 8 år for mænd og 6 år for kvinder, en forskel som ikke er statistisk signifikant.



Figur 2. Års indskrivning i substitutionsbehandling



Figur 3. Års indskrivning på aktuel enhed

## Medicinsk behandling

I alt 216 opgav, at de fik ordineret substitutionsmedicin, heraf angav 150 metadon (69 pct.), 56 buprenorfin (26 pct.) (28 subotex/28 suboxone), mens nogle få (5 pct.) angav heroin. Da det var få, der angav heroin, og disse heller ikke angav dosis, undersøgte de næste analyser udelukkende for metadon og buprenorfin. Ud af de 147, der angav metadondosis varierede dosis mellem 5-500 ml, med et gennemsnit på 111,88 ml, (SD = 74.1), mens dosis for buprenorfin varierede mellem 1-36 mg, med et gennemsnit på 11,71 (SD = 8.1). Der var ingen signifikant forskel i variation i dosis mellem subotex og suboxone. I alt 85 pct. (175 ud af 207) angav, at de fik det præparat, de gerne ville have, mens 16 pct. angav, at de ikke fik det. På spørgsmål, om hvad de ønskede i stedet, omhandlede det både anden substitutionsmedicin; subotex (3), suboxone (2), temgesic (2), metadon (4), flydende metadon (1) og heroin (5). Derudover ønskede 7,4 pct. anden medicin, hvoraf 10 angav hvilken; benzodiazepiner (4), diazepam (2), fentanyl (1), nitrazepam (1), ritalin (1), morfin (1).

I forhold til om de fik den dosis, de havde brug for oplevede 78 pct. at de fik den dosis, de havde brug for, 18 pct. at dosis var for lille og 3 pct. at dosis var for høj. Over en tredjedel oplevede, at der høj grad blev oplyst om virkninger og bivirkninger ved indtag af substitutionsmedicin (37 pct.), lidt under en tredjedel oplevede at de slet ikke blev oplyst (29 pct.), mens under en femtedel oplevede enten at blive oplyst noget (19 pct.) eller lidt (16 pct.).

Samlet set fik størstedelen, men ikke alle, det ønskede substitutionspræparat og den dosis, de havde brug for, mens omkring en femtedel oplevede ikke at få tilpas dosis, primært fordi den var for lille. Lidt over en tredjedel oplevede at blive "tilpas oplyst" om virkninger og bivirkninger af substitutionsmedicinen, mens over en tredjedel angav at de blev oplyst noget eller lidt. Derudover beskrev halvdelen, at de blev inddraget i overvejelser om justering af dosis, en tredjedel at de blev lidt eller noget inddraget, og en tiendedel at de blev lidt inddraget. Der var ikke signifikant forskel på behandlingssteder i forhold til om de fik ønsket medicin ( $p=0.4235$ ), men der var signifikant forskel mellem behandlingssteder i forhold til, hvor meget der blev ordineret metadon i forhold til buprenorfin ( $p=0.0055$ ), om respondenterne oplevede at få ønsket dosis ( $p=0.0041$ ), i hvor høj grad de

oplevede at være informeret om virkninger og bivirkninger af substitutionsmedicinen ( $p=0.0017$ ), og om de blev inddraget i overvejelser om eventuel justering af dosis og præparat ( $p=0.0020$ ).

## Behandlingsbehov og hjælp

For at afdække, hvilke problemer deltagerne oplevede at behandlingsstederne hjalp dem med, spurgte vi ind til forskellige problemområder, eksempelvis 'Oplever du, at behandlingen hjælper dig med at opnå bedre helbred?...?' (se tabel 2). Mellem 34-39 pct. oplevede ikke, at det var relevant at få hjælp med at starte/ blive i arbejde/uddannelse, reducere problemer med kriminalitet, eller forbedre boligsituation. Derudover oplevede 21 pct., at det ikke var relevant at få hjælp til at blive stoffri. Det kan både skyldes, at de ikke ønsker at blive stoffri, eller allerede er det og går i efterbehandling. Endelig angav mellem 13-15 pct., at de ikke oplevede det som relevant at få hjælp til at forbedre nære forhold, få styr på økonomi, få færre abstinenser, eller stabilisere deres forbrug. Samtidig var det markant, at ganske få ikke oplevede det var relevant at få hjælp til at forbedre deres helbred eller psykiske problemer (hhv. 3 pct. og 6 pct.).

Af de deltagere, der oplevede, det var relevant at behandlingen hjalp med deres problemer, var der stor forskel på, i hvor høj grad de oplevede at blive hjulpet. Over 70 pct. angav at behandlingen i nogen/ høj grad hjalp dem til at opnå færre abstinenser, og omkring 60 pct. at den i nogen/ høj grad hjalp dem til at få et bedre helbred og stabilisere deres forbrug. Over 50 pct. oplevede i nogen/høj grad at få hjælp til at få det psykisk bedre, forbedre forhold til nære relationer, mens lidt færre oplevede at få hjælp til at blive stoffri. Næsten 40 pct. oplevede i nogen/høj grad at få hjælp til at få styr på økonomien og reducere problemer med kriminalitet. En noget mindre gruppe (30 pct.) oplevede i nogen/høj grad at få hjælp til bedring af boligsituation, og omkring 20 pct. at få hjælp til at komme i gang med/blive i uddannelse/job. Dette skal ses i forhold til, at mellem 30-40 pct. oplevede, at de slet ikke/i mindre grad fik hjælp til at starte/blive i uddannelse, få det psykisk bedre, få hjælp til økonomi, få et bedre helbred, få forbedret boligsituation og nære forhold, samt blive stoffri. Endelig oplevede lidt under 30 pct. slet ikke eller i mindre grad at få hjælp til ophør af abstinenser og at få færre problemer med kriminalitet.



Tabel 2. Oplevet hjælp fra behandling (pct.)

Hjælper behandlingsstedet dig med at ?	Ikke relevant	Slet ikke	Lidt	I nogen grad	I høj grad
Forbedre nære forhold	13	18	14	23	33
Få styr på økonomi	14	22	14	18	32
Få det psykisk bedre	6	21	17	27	29
Få et bedre helbred	3	18	16	30	32
Blive stoffri	21	19	11	20	28
Få færre problemer med kriminalitet	37	20	7	5	31
Starte/blive i uddannelse/ arbejde	39	32	8	11	11
Kontrollere forbrug	15	13	11	21	39
Få færre abstinenser	13	7	7	15	58
Forbedre boligsituation	34	24	10	11	2
Evt. andet (skriftlig kommentar)*	54	20	6	2	19

\* I alt 69 deltagere havde benyttet sig af muligheden for at uddybe deres svar skriftligt og havde blandt andet beskrevet, at behandlingsstedet også gav en sikkerhed og tryghed og mulighed for mere socialt samvær, at det fik "én ud af døren", samt at det var "op til en selv at bruge stedet". Nogle skrev, at behandlingen støttede stabilitet i forhold til alkoholforbrug, nogle beskrev praktiske fordele i form af at få mad, hjælp til "kommuneting", TV-pakker og andet. Andre skrev dog også, at der ingen behandling var.

For at se om der var sammenhæng mellem hvem, der oplevede at blive hjulpet eller ikke hjulpet af behandlingen, sammenholdt vi de forskellige variable i tabel 2 med borgerens køn, alder, behandlingssted og oplevelse af belastningsgrad. Dette viste, at de dårligst fungerende oplevede, at de ikke fik hjælp til at få det psykisk bedre ( $p=0.0087$ ) ( $p$ -værdi: vedtaget grænse for, om et resultat er tilfældigt. Hvis en værdi er mindre end 0,05 er sammenhængen valid eller "god nok), blive stoffri ( $p=0.0025$ ), eller komme i gang med/ blive i arbejde/uddannelse ( $p=0.0002$ ). Derudover oplevede mænd i højere grad, at de fik hjælp til at komme i gang med/ blive i arbejde/uddannelse ( $p=0.0407$ ), og de ældre at de i højere grad fik hjælp til at få styr på økonomien ( $p=0.0065$ ). Endelig viste analysen også en signifikant forskel mellem behandlingssteder, i forhold til hvorvidt borgerne oplevede at få hjælp til at blive stoffri ( $p=0.0114$ ), og en tendens til forskel i forhold til hvorvidt borgerne oplevede at få hjælp til at forbedre deres forhold til nære relationer

( $p=0.0538$ ). Der er således en ganske stor gruppe, der oplever at behandlingsstedet støtter og hjælper i nogen eller høj grad, og også en ikke lille gruppe, der oplever at få hjælp til psykosociale problemer, dog ikke i forhold til at få hjælp til at starte/blive i uddannelse/job. Da mange kun angiver at få hjælp i nogen grad er der dog plads til forbedringer, så flere borgere oplever at de i høj grad får hjælp til deres problemer, enten fra behandlingsstedet eller fra relevante samarbejdspartnere, eksempelvis jobcentre.

## Kontakt til behandlingssted

Substitutionsbehandling kan bestå af flere former og forskellige grader af kontakt alt efter borgernes behov og praksis på behandlingsstedet, eksempelvis både afhentning af substitutionsmedicin på apotek og/eller behandlingssted, behandlingssamtaler, andre aktiviteter og socialt samvær. Det følgende gennemgår forskellige former for kontakt.

## Afhentning af medicin

De fleste angav at de havde hentet substitutionsmedicin på behandlingsstedet inden for de sidste 3 måneder (88 pct.), mens en tredjedel (29 pct.) havde været på apotek for at hente deres medicin (se fordeling i tabel 3). At procenttallene tilsammen giver mere end 100 kan forklares med, at nogle havde hentet det på både behandlingssted og

apotek. Flertallet hentede deres substitutionsmedicin på behandlingsstedet 1-4 gange om ugen (72 pct.) og en femtedel hver dag (20 pct.). Til sammenligning angav flertallet af dem, der havde hentet medicin på apoteket, at de gjorde det sjældnere end hver 14. dag (61 pct.) eller hver 14. dag (14 pct.).

Tabel 3. Afhentning af substitutionsmedicin sidste 3 måneder

	Medicin på behandlingssted (N= 193)	Medicin på behandlingssted (pct.)	Medicin på apotek (N=64)	Medicin på apotek (pct.)
Hver dag	38	20	2	3
1-4 gange/uge	138	72	14	22
Hver 14. dag	5	3	9	14
Sjældnere	12	6	39	61

Lægger man afhentning på både behandlingssted og apotek sammen, hentede flertallet medicin 1-4 gange om ugen (69 pct.) eller hver dag (18 pct.), mens hhv. 5,2 pct. og 6,1 pct. hentede hver 14. dag eller sjældnere. Der var signifikant forskel på behandlingsstederne i forhold til hvor borgerne hentede medicin ( $p=0.0000$ ) og hvor ofte de gjorde det ( $p=0.0000$ ). De borgere, der hentede deres medicin på apoteket var ikke signifikant forskellige i forhold til oplevet belastningsgrad (målt med WSAS) ( $p=0.1834$ ) eller sideforbrug ( $p=0.8395$ ). Der var dog en signifikant forskel i forhold til alder, idet de var ældre ( $p=0.0014$ ) og også i forhold til medicin, i det flertallet fik ordineret metadon ( $p=0.0152$ ). Endelig var der en lille trend i forhold til, at de i højere grad oplevede at sideforbruget var problematisk ( $p=0.0152$ ).

I forhold til hyppighed af afhentning lå gennemsnittet mellem behandlingssteder mellem afhentning hver 14. dag og 1-4 gange om ugen, tættest på 1-4 gange om ugen. Gennemsnittet skal dog ses i forhold til, at stort set alle borgere på et af behandlingsstederne i gennemsnit hentede sjældnere end hver 14. dag, men de andre steder hentede næsten hver dag. Selvom behandlingsstederne henvendte sig til en bred gruppe kan en del af forskellen på hyppighed

af afhentning forklares med, at de steder som henvendte sig til mere belastede borgere var karakteriseret af en højere hyppighed af afhentning af medicin.

## Samtaler med professionelle

I forhold til samtaler med behandlingspersonale angav 69 pct. at de kunne komme forbi og tale med en fagperson, når de havde lyst eller behov. Hyppigheden af kontakt med forskellige faggrupper varierede dog en del. Den mest hyppige kontakt var med kontaktpersonen (på ugentlig og månedlig basis) dernæst lægen (hver måned, hvert år eller sjældnere) (se tabel 4). Omtrent 40 pct. talte med deres kontaktperson årligt eller sjældnere, og næsten 20 pct. talte aldrig med deres kontaktperson. Ligeledes angav 6,5 pct., at de aldrig talte med en læge, og over 50 pct. at de talte med deres læge årligt eller sjældnere. I forhold til andre faggrupper var kontakten langt mindre. Omkring 70 pct. talte aldrig med en psykiater og psykolog og 20-25 pct. talte med psykiater og psykolog årligt eller sjældnere. Derudover angav næsten 30 pct. af de 87 borgere, som var tilknyttet en støtte- og kontaktperson, at de havde kontakt på ugentlig basis, mens omkring 10 pct. havde kontakt på månedlig basis.

Tabel 4. Kontakt med forskellige faggrupper på behandlingsstedet (pct.)

	Dag	Uge	Måned	År	Mindre	Aldrig
<b>Kontaktperson</b>	6	29	25	13	9	19
<b>Læge</b>	1	3	35	32	23	7
<b>Psykiater</b>	0	1	5	5	20	70
<b>Psykolog</b>	0	2	5	5	17	72
<b>Støtte- og kontaktperson</b>	3	21	9	4	8	56

Sammenligner man forskel på angivet kontakt med ønsket kontakt, er forskellen statistisk signifikant for alle faggrupper; kontaktperson ( $p=0.0147$ ), læge ( $p=0.0411$ ), psykiater ( $p=0.0000$ ), psykolog ( $p=0.0000$ ), støttekontaktperson ( $p=0.0000$ ) (se tabel 5 for ønsket kontakt).

Tabel 5. Ønsket kontakt med forskellige faggrupper på behandlingsstedet (pct.)

	Dag	Uge	Måned	År	Mindre	Aldrig
<b>Kontaktperson</b>	6	33	28	12	6	15
<b>Læge</b>	1	7	43	25	13	11
<b>Psykiater</b>	2	4	16	12	14	53
<b>Psykolog</b>	2	10	16	10	12	51
<b>Støtte- og kontaktperson</b>	8	25	14	4	5	44

Forskel på grad af kontakt mellem behandlingssteder var signifikant for kontaktperson ( $p=0.0018$ ), læge ( $p=0.0000$ ), psykolog ( $p=0.0005$ ), og for dem, der havde en støttekontaktperson ( $p=0.0060$ ). Nogle af behandlingsstederne var således karakteriseret ved en lav grad af kontakt mellem borger og kontaktperson/læge/psykolog, mens andre behandlingssteder var karakteriseret ved høj grad af kontakt. Samtidig viste en anden analyse, at der ikke er nogen sammenhæng mellem oplevet belastningsgrad og grad af kontakt med faggrupper andet end støttekontaktperson ( $p=0.0660$ ). Samlet set er der således en stor gruppe med

lidt kontakt til fagpersonalet og efterspørgsel på mere kontakt er markant. Derudover er der markant lidt kontakt med læge, og mulighed for at snakke med psykiater og psykolog.

For at undersøge grad af stabilitet i tilknytning til samme kontaktperson, spurgte vi i undersøgelsen, hvor ofte deltagerene havde skiftet kontaktperson i løbet af det sidste år. Over halvdelen ud af 176 besvarelser angav ikke at have skiftet kontaktperson i løbet af det sidste år (57 pct.), lidt over 20 pct. at have skiftet en gang (24 pct.), under 10 pct. at have skiftet 2 gange (6 pct.) og lidt over 10 pct. at have

skiftet mere end 2 gange (13 pct.). Ud af 97 deltagere angav 60 pct. at have ventet højst en uge på at få tildelt en ny kontaktperson, 17 pct. at have ventet 8-14 dage, 5 pct. at have ventet 15-30 dage og 19 pct. i mere end 30 dage.

### Socialt samvær

Ud af 142 angav 70 pct., at der var mulighed for at deltage i en social aktivitet på behandlingsstedet (morgenmad, café, sport eller andet), 21 pct. at det ikke var en mulighed, og 10 pct. at de ikke vidste om det var en mulighed. Næsten 40 pct. af dem der havde mulighed for at deltage i sociale aktiviteter på behandlingsstedet gjorde det aldrig, mens næsten 30 pct. kom hver uge, lidt over 11 pct. kom hver dag, og 10 pct. kom sjældnere end hvert år (se tabel 6).

Tabel 6. Deltagelse i sociale aktiviteter på behandlingsstedet (pct.)

	Deltagelse	Ønsket deltagelse
Hver dag	11	17
Hver uge	29	28
Hver måned	7	11
Hvert år	4	2
Sjældnere	10	9
Aldrig	40	33

Deltagernes ønske om større deltagelse var statistisk signifikant ( $p=0.0002$ ), især på daglig og månedlig basis. Mændene ønskede markant mere kontakt end kvinderne ( $p=0.0002$ ), hvilket skal ses på baggrund af, at kvinderne deltog oftere i sociale aktiviteter end mændene. I gennemsnit deltog kvinderne mellem hver måned og hvert år, mens mænd i gennemsnit deltog mellem hvert år og endnu sjældnere.

## Oplevelse af samlet behandling

I alt 60 pct. (117 ud af 195 besvarelser) oplevede, at der var lavet en plan for den behandling, han eller hun fulgte på behandlingsstedet, 24 pct., der ikke var lavet en plan, og 16 pct. vidste ikke, om der var lavet en plan. I forhold til den samlede oplevelse af kontakten med behandlingsstedet (se tabel 7), oplevede omkring 30 pct. at der ingen sammenhæng var mellem deres problemer og de tiltag, der blev sat i værk, og omkring 20 pct. at der var stor sammenhæng.

Tabel 7. Samlede oplevelse af behandlingen (pct.)

Samlet oplevelse af behandling	Ingen	Lidt	Nogen	Meget
Sammenhæng mellem problemer og tiltag	33	24	20	23
Mening i tiltag, der sættes i værk	22	22	31	25
Indflydelse på behandlingsforløb	12	25	27	36
Fokus på drømme og mål i livet	26	27	28	19
Støtte og hjælp fra personalet	13	18	28	41
Tilgængelighed (tale med den rette behandler/rådgiver ved behov)	9	28	41	22
Føle sig velkommen på behandlingsstedet	3	9	13	75
Personalet er opsøgende	14	16	30	40
Behandlerne er dygtige	12	13	29	47
Får vejledning/gode råd til forbedring af livssituation	19	15	43	25
Personalet aflyser aftaler eller aktiviteter	42	35	18	6
Bedt om hjælp til noget, der er blevet afslået af behandlingssted*	67	14	7	12

\*I alt 35 (16,7 pct.) havde oplevet afslag i forhold til substitutionsbehandling. Afslagene omhandlede blandt andet den medicinske del af behandlingen i form af afslag på højere medicindosis, nedtrapning, delt dosis, 3 i stedet for 5 ugentlige afhentningsdage, hjemtag af metadon, medicin fra egen læge, apotekafhentning, medicin eller overgang til anden medicin. Andre beskrev afslag på ønske om anden behandling (døgn- og omsorgsbehandling, rekreationsophold, hjælp til selvhjælp, psykolog, hjælp til familieproblemer, søvnproblemer, tandlæge), eller praktisk hjælp (eksempelvis rengøring eller knallert) eller økonomisk hjælp (køntanthjælp).

Der var en tydelig sammenhæng med oplevet belastningsgrad på WSAS og manglende oplevelse af at have indflydelse på behandlingsforløb ( $p=0.0001$ ), at behandlingen havde fokus på deltagerens drømme og mål i livet ( $p=0.0001$ ), om deltageren oplevede at få den hjælp og støtte, der var behov for ( $p=0.0002$ ). Yderligere var der også signifikant sammenhæng mellem oplevet belastningsgrad og oplevelsen af, om det var let at komme til at snakke med den rette behandler/rådgiver, når der var behov for det ( $p=0.0000$ ), om deltageren følte sig velkommen på behandlingsstedet ( $p=0.0067$ ), og om deltageren havde fået afslag på noget, han eller hun havde bedt om hjælp til ( $p=0.0195$ ). Der var ingen sammenhæng mellem oplevet belastningsgrad og oplevelse af, at personalet var opsøgende, dygtige, om deltageren fik vejledning/gode råd til selv at forbedre egen livssituation, eller om det blev oplevet, at personalet ofte aflyste aftaler eller aktiviteter. Der var dog signifikant forskel mellem behandlingssteder inden for alle områderne.

### Betydning af hjælp fra medicinsk og psykosocial behandling

Da substitutionsbehandling består af både medicinsk og psykosocial behandling blev deltagerne spurgt om oplevet betydning af den hjælp de fik gennem de to indsatser. Den psykosociale behandling var defineret som samtaler, aktiviteter, grupper eller anden behandling som ikke var direkte medicinsk behandling, med svarmuligheder fra 1 (ingen betydning) til 5 (betyder alt). Svarene er opgjort i tabel 8. Som det ses, er det typiske svar på betydningen af medicin 4 eller 5, hvilket indikerer at klienterne tillægger den medicinske behandling stor betydning. Til gengæld er der en større spredning med hensyn til, hvilken betydning deltagerene tillægger den psykosociale behandling.

Tabel 8. Betydning af medicinsk og psykosocial behandling

Betydning medicin	Betydning psykosocial					Total
	1	2	3	4	5	
1	2	0	0	0	0	2
2	2	1	1	0	1	5
3	7	2	7	9	0	25
4	23	18	25	28	4	98
5	19	6	9	27	16	77
<b>Total</b>	53	27	42	64	21	207

## Rammer og regler

194 deltagere besvarede spørgsmål om oplevelse af behandlingsstedets anvendelse af forskellige former for sanktioner og kontrol overfor den enkelte eller andre indskrevne borgere. 18 pct. oplevede at det skete ofte, 35 pct. at det skete indimellem, 27 pct. at det skete sjældent, og 19 pct. at det aldrig skete. Cirka halvdelen oplevede, at der blev anvendt karantæne, og at indtagning af fuld dosis skulle ske

på stedet på trods af ønske om at dele dosis op (se tabel 9). Over en tredjedel oplevede, at der var overvåget medicinoptrapning efter udeblivelse, daglig afhentning af medicin, ingen mulighed for afhentning af medicin på apotek efter eget ønske og urinkontrol. Over en femtedel oplevede, at der ikke var mulighed for hjemtagelse af medicin, eksempelvis til rejser, og under en tiendedel oplevede anvendelse af stikmærkekontrol.

Tabel 9. Oplevelse af kontrol og sanktioner (pct.)

<b>Karantæne</b>	51
<b>Overvåget medicinoptrapning efter udeblivelse</b>	39
<b>Fuld dosis <u>skal</u> indtages på sted, på trods af ønske om at dele den op</b>	49
<b>Ikke medicin med hjem til længere tid ad gangen</b>	24
<b>Daglig afhentning af medicin</b>	39
<b>Urinkontrol</b>	30
<b>Ikke afhentning på apotek på trods af ønske</b>	33
<b>Stikmærkekontrol</b>	6

Der var signifikant forskel på behandlingssteder i forhold til hyppighed af brug af kontrol og sanktioner på alle svarmuligheder ( $p < 0.001$ ), på nær brug af stikmærkekontrol ( $p = 0.3829$ ), hvilket kan forklares med, at ingen steder brugte dette særligt hyppigt. Der var ikke signifikant forskel på, hvor hyppigt borgere i metadon- eller buprenorfinbehandling oplevede kontrol og sanktioner, på nær oplevelse af urinkontrol ( $p = 0.002$ ). Her oplevede dobbelt så mange der fik ordineret buprenorfin urinkontrol (48 pct. i forhold til 24.4 pct.). Kontrolleret for behandlingssted var der stadig en klar forskel, idet de borgere, der fik ordineret metadon havde 59 pct. mindre 'chance' for at blive urinkontrolleret.

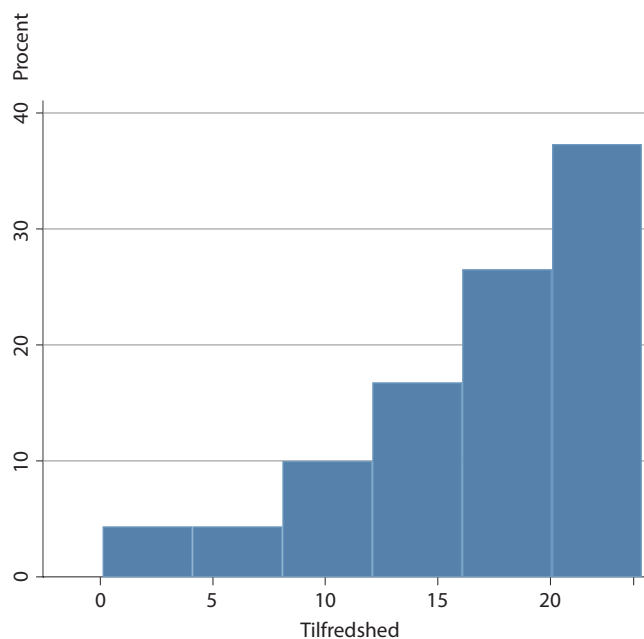
I forhold til oplevelse af, at det var nødvendigt med kontrol og sanktioner for at få tingene til at fungere på behandlingsstedet oplevede hhv. 18 pct. og 35 pct., at det ofte eller indimellem var nødvendigt, mens lidt under halvdelen oplevede, at det sjældent eller aldrig var nødvendigt (hhv.

27 pct. og 19 pct.). Derudover svarede næsten trejerdedele, at de sjældent eller aldrig oplevede, at det var noget der hjalp i forhold til dem selv (hhv. 24 pct. og 50 pct.), mens resten oplevede, at det ofte eller indimellem kunne hjælpe dem (hhv. 8 pct. og 17 pct.). Der var også signifikant forskel på behandlingssteder i forhold til, hvor ofte det opleves nødvendigt med kontrol og sanktion for at få tingene til at fungere på behandlingsstedet ( $p = 0.0000$ ), og om respondenter oplevede, at kontrol og sanktioner hjalp ham eller hende ( $p = 0.0023$ ). Disse forskelle kunne ikke forklares ved forskel i belastningsgrad, køn eller sidemisbrug. Det kan fortolkes som et paradoks, at meget få oplevede at sanktioner hjalp dem selv, mens langt flere oplevede at sanktioner var nødvendige. Imidlertid er der ikke nødvendigvis en modsætning mellem, at sanktioner kan være nødvendige for at få et behandlingsmiljø til at fungere, og at den enkelte ikke oplever at blive direkte hjulpet af sanktioner.

## Tilfredshed med behandling

Set fra et evalueringsspektiv er behandlingstilfredshed en relevant indikator for behandlingskvalitet. Selvom det endelige resultat af et behandlingsforløb påvirkes af en lang række faktorer, som behandlingstilbuddet kun i begrænset omfang kan påvirke (støtte i vennekreds og familie, muligheder på arbejdsmarkedet, tilgængelighed af behandling for fysiske og psykiske sygdomme, tilfredsstillende boligforhold) kan tilfredshed med behandling ses som en direkte afspejling af behandlingstilbuddets relevans for målgruppen. Føler borgerne, at behandlingstilbuddet er tilfredsstillende og føler de sig hjulpet af tilbuddet? Hvis borgerne oplever at behandlingstilbuddet er relevant og tilfredsstillende, er det mere sandsynligt, at de ikke afbryder behandlingen og får den hjælp, de har brug for.

Tilfredshed med behandling blev målt med Atkinson's Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8). Skemaet afdækker borgernes oplevelse af, i hvilken grad behandlingsstedet har mødt deres behandlingsbehov og hjulpet dem med at klare deres problemer mere effektivt, og om de, hvis de skulle søge hjælp igen, ville komme tilbage til samme behandlingssted. Skemaet indeholder 8 spørgsmål som svares på en Likert skala fra 0 (meget dårlig), 1 (dårlig), 2 (god) og 3 (meget god). Minimum for samlet tilfredshed er 0 og maksimum 24. Gennemsnit for deltagerenes besvarelse er 16,8 og (SD= 6.11), hvilket indikerer, at der er ganske mange, der er enten godt eller meget tilfredse med behandlingen (se figur 4). På de enkelte spørgsmål varierede gennemsnit mellem 1,9 og 2,4, hvilket overordnet placerer sig inden for området 'god' tilfredshed.



Figur 4. Tilfredshed med behandling

I forhold til den procentvise fordeling af tilfredshed vurderede flertallet af deltagerne (70-86 pct.), at behandlingen havde været tilfredsstillende på alle 8 parametre, mens mellem 14-25 pct. var utilfredse eller meget utilfredse (se tabel 9). Der er altså en stor gruppe, der er tilfreds med behandlingen, men også en gruppe, der ikke er.



Tabel 9. Procentvis fordeling af tilfredshed

	Meget dårlig	Dårlig	God	Meget god
Hvordan ville du vurdere kvaliteten af den behandling, du har modtaget?	3,5	12,6	53,8	30,2
Fik du den slags service/tilbud, som du ville have?	11,7	15,2	40,6	32,5
I hvilket omfang har behandlingen mødt dine behov?	8,6	16,7	43,3	31,1
Hvis en ven havde samme behov for hjælp, ville du så anbefale dette sted?	11,5	4,0	25,5	59,0
Hvor tilfreds er du med hvor <u>meget</u> hjælp du har fået?	7,1	12,6	39,9	40,4
Har den behandling du har fået hjulpet dig til at klare dine problemer mere effektivt?	12,6	17,2	37,9	32,2
Helt overordnet, hvor tilfreds er du med den behandling, du har modtaget?	9,1	10,7	36,6	43,7
Hvis du skulle søge hjælp igen, ville du så komme tilbage til dette sted?	5,6	8,1	26,3	60,1

Atkinson Treatment Satisfaction Scale

## Hvad indvirker på forskel i tilfredshed

Faktoranalysen viste, at der ikke er forskel på sammenhæng mellem det enkelte spørgsmål og tilfredshed. Det giver derfor mening at samle de 8 spørgsmål på én dimension, som forklarer det meste af forskellene på tilfredshed (i alt 97 pct. af variansen).

Der var signifikant forskel på behandlingssteder i forhold til tilfredshed ( $p < 0.0001$ ). Imidlertid kan denne forskel også være udtryk for, at der er forskel på deltagerne på de forskellige behandlingssteder. Forskel i tilfredshed kunne ikke forklares med alder, længde af indskrivning i behandling, eller hvor mange behandlingssteder den enkelte borger havde været indskrevet i. En del af forskellen i tilfredshed kunne dog forklares med køn, idet kvinderne angav at være lidt mere tilfredse end mændene ( $p = 0.0504$ ), altså en næsten signifikant forskel. Der var en statistisk signifikant sammenhæng mellem tilfredshed og oplevet belast-

ningsgrad inden for de 5 livsområder i WSAS, hvor de mest belastede angav at være mere utilfredse ( $p = 0.0001$ ). Der var ligeledes signifikant mindre tilfredshed hos deltagere, som modtog metadon sammenlignet med buprenorfin ( $p = 0.0124$ ). En regressionsanalyse viste, at der var en klar forskel på behandlingsstederne, som forklarede 25 pct. af variationen i tilfredshed ( $p < 0.001$ ). Udover behandlingssted undersøgte vi også sammenhæng med medicintype (metadon eller buprenorfin), apoteksordning (nogensinde/aldrig), belastningsgrad, alder og køn. Den eneste af de valgte variable, som var uafhængigt forbundet med tilfredshed var metadon set i forhold til buprenorfin, idet borgere i metadonbehandling var signifikant mindre tilfredse med deres behandling ( $p = 0.02$ ).

For at undersøge, om kontrolforanstaltninger som urinprøvekontrol, daglig afhentning, med mere eller hyppigheden af kontakt med behandlingspersonalet kunne forklare for-

skelle i tilfredshed, gennemførtes endnu en regressionsundersøgelse. Mens kontrolforanstaltninger ikke var signifikant forbundet med tilfredshed fandtes signifikante sammenhænge mellem hyppighed af kontakt med kontaktperson og med læge, sådan at hyppigere kontakt var forbundet med højere tilfredshed ( $p < 0.01$ ).

### **Forskel på deltagere i metadon- og buprenorfinbehandling**

Analyse af forskelle mellem de to grupper viste, at der ikke var forskel på køn, oplevet belastningsgrad målt med WSAS, eller hvorvidt de hentede medicin på behandlingsstedet eller på et apotek. Der var dog forskel på grupperne i forhold til alder og længde i behandling, idet borgere som blev tildelt metadon var ældre ( $p = 0.001$ ) og havde været indskrevet længere i substitutionsbehandling ( $p = 0.001$ ). Dette forklares givetvis med, at deltagere som fik ordineret metadon i gennemsnit var indskrevet tidligere (1997) set i forhold til de deltagere som fik ordineret buprenorfin (i gennemsnit indskrevet i 2003). I forhold til dosis angav dem, der fik tildelt metadon at være mere utilfredse med deres dosis, en næsten signifikant forskel på ( $p = 0.018$ ). Der var ikke stor forskel på grupperne i forhold til, om de syntes de fik nok information om virkninger og bivirkninger af medicin ( $p = 0.458$ ), eller om de blev inddraget i overvejelser omkring eventuel justering af dosis og substitutionsmedicin ( $p = 0.119$ ). Analyse af forskel på de to grupper peger således på faktorer, som til en vis grad forklarer forskel i behandlingstfredshed; borgere, der modtog metadonbehandling var ældre, havde været indskrevet længere i substitutionsbehandling, og var mere utilfredse med deres dosis. Analysen viste også, at det at borgere der modtog buprenorfinbehandling, ikke var mere utilfredse med behandlingen ikke kan forklares med, at de var mere velfungerende og derfor havde været nemmere at flytte til medicinsk behandling med buprenorfin.

Ikke overraskende var deltagere, der oplevede at den medicinske og psykosociale indsats havde stor betydning signifikant mere tilfredse med behandlingen, mens deltagere, der ikke oplevede at nogen af indsatserne havde stor betydning var mindst tilfredse. I forhold til kontakt er tilfredshed med behandling tydeligt forbundet med grad af kontakt med læge og lidt mindre med kontaktperson.

## KAPITEL 4. DEN KVALITATIVE DELUNDERSØGELSE

Kapitlet gennemgår det kvalitative materiale i undersøgelsen, samt de tematikker bearbejdelsen af materialet har fremanalyseret.

### Fokusgruppedeltagerne

I alt blev 27 borgere interviewet. Mindst 11 af disse var mødt op med planer om at deltage i fokusgruppeinterviewet, de øvrige blev rekrutteret på selve dagen for fokusgruppeinterviewet eller på besøgene før. Fem borgere havde ringet og lagt besked om, at de gerne ville deltage og blev kontaktet med den konkrete dato for fokusgruppeinterviewet. Én henvendelse var fra en borger i alkoholbehandling, som derfor ikke var indbefattet denne undersøgelse. Ud af de 27 fokusgruppedeltagere var 13 mænd og 14 kvinder. Deltagere var mellem 29 – 60 år (gennemsnitsalder 45 år, der foreligger ikke alder på tre deltagere). De fleste havde mere end ti års behandling bag sig og havde været tilknyttet flere behandlingssteder gennem årene, nogle havde haft stoffri og/eller behandlingsfri perioder på op til flere år, enkelte beskrev perioder, hvor de havde "meldt sig ud af" behandlingssystemet af forskellige grunde og senere var blevet indskrevet igen. Alle var på forskellig substitutionsmedicin, ingen udtrykte planer om nedtrapning indenfor nær fremtid.

### Nuancer i materialet

I det følgende præsenteres analysen af de gennemførte fokusgruppeinterview. Selvom det er umuligt at få alle nuancer med i denne analyse, er der taget hensyn til variationer og uenigheder i materialet. Det er deltagernes udsagn, der gives plads til her. Dermed ikke sagt, at der ikke kan være andre erfaringer hos andre borgere i substitutionsbehandling, som ikke deltog i fokusgruppeinterviewene eller andre oplevelser af samme tematikker blandt personalet. F.eks. sagde en behandler et af stederne, at det ikke var korrekt, at borgerne ikke havde behandlingsplaner. Denne undersøgelse har imidlertid ikke til opgave at tjekke borgernes udsagn for at afdække sandheder/usandheder. Det der er fokus her, er hvordan *borgere i substitutionsbehandling oplever* behandlingen og det der foregår på behandlingsstederne. Måske foreligger der en plan for deres behandling, selvom deltagerne svarer negativt på et sådant spørgsmål. Deltagernes oplevelser og erfaringer kan imidlertid belyse eventuelle

dilemmaer eller diskrepanser mellem det, der opleves som "sandheden" i behandlingssystemet overfor deltagernes oplevelse af samme. Som antropologerne Vibeke Asmussen og Steffen Jöhncke påpeger i deres antologi om brugererfaringer:

*"Den etnografiske ambition er at nærme sig en forståelse af, hvad de undersøgte personer – her stofbrugere – selv forstår ved det, de foretager sig. [...] Det] indebærer ikke ukritisk mikrofon-holderi, men derimod en bestræbelse på at fortolke brugernes udsagn og handlinger som udtryk for de sociale og kulturelle sammenhænge, de indgår i"* (Asmussen and Jöhncke 2004: 17).

Fokusgruppeinterviewene forsøger således at udforske og komme med bud på, hvorfor borgere i substitutionsbehandling handler som de gør, for dermed at bidrage med en dybere forståelse af eventuelle udfordringer og dilemmaer i behandlingen.

I det følgende står deltagernes udsagn i citationstegn. Citaterne er let redigerede fra talesprog til skriftsprog uden at meningen, dermed er blevet ændret, dog er tænkepauser som "øh" eller "... " medtaget, der, hvor de indikerer steder, hvor deltagerne overvejer formuleringen/svaret. Klammer i citater (f.eks. [...]) viser steder, hvor noget er udeladt/sprunget over (f.eks. indskudte sætninger eller gentagelser, der virker meningsforstyrrende (Kvale 1997). Klammer kan også indeholde en forklaring, der ikke fremgår af det udvalgte citat, men af hele interviewet (f.eks. "han [behandler] sagde.."). Citaterne efterfølges af en parentes, hvor køn og afrundet alder fremgår (f.eks. er 29 år rundet op til "start-30'erne" og 60 år rundet ned til "slut-50'erne" af hensyn til anonymitet).

### Hvad består behandlingen af?

Fokusgruppeinterviewene lagde ud med spørgsmålet om, hvad behandlingen bestod af og hvilke behandlingstilbud deltagerne aktuelt deltog i på de respektive behandlingseinheder. Spørgsmålet var et godt startspørgsmål, fordi alle deltagerne ville kunne svare på det og dermed komme på banen (Halkier 2010). Derudover var det et af de overordnede tematikker i den samlede undersøgelse. Spørgsmålet

blev i den ene fokusgruppe besvaret med, at der udover medicinudlevering var skabt et rart socialt fællesskab, som deltagerne værdsatte. I de øvrige fire fokusgrupper afstedkom spørgsmålet en anden type af udsagn, der gik igen i forskellige varianter:

*"Der er ingen tilbud her udover at komme og hente sin metadon" (kvinde, midt-50'erne).*

Sammenholdes denne oplevelse af fravær af behandlingstilbud med survey-delen (kap. 3), fremgår det, at deltagerne ikke på alle områder oplevede, at det var relevant at få hjælp (f.eks. arbejde/uddannelse, kriminalitet og bolig), men derimod at have behov for hjælp til problemer vedrørende nære relationer, økonomi og hjælp til håndtering af rusmidler og abstinenssymptomer. I surveyen oplevede 1/3 at de fik hjælp vedrørende nære relationer og over halvdelen at få hjælp til økonomi, rusmidler og abstinenssymptomer.

Citatet herover repræsenterer således dem, der ikke oplevede at få tilbud/hjælp udover at hente deres substitutionsmedicin. Som det vil fremgå senere i analysen af det kvalitative materiale, oplevede deltagerne heller ikke altid, at alle slags problemer kunne drøftes på behandlingssenhederne, enten fordi de var bekymrede for, at det ville føre mere kontrol med sig eller fordi de fik at vide, at nogle problemer hørte til i det kommunale sagsbehandlingsregi.

### **Substitutionsmedicin**

Substitutionsbehandling har til formål at stabilisere borgeren farmakologisk, fysisk, psykisk og socialt. Som nævnt i indledningen må den medicinske behandling, derfor ikke stå alene, men skal tilbydes sammen med social behandling (se kap. 1). Derfor har deltagerne en pointe, hvis de oplever at, der ikke er andre tilbud end den medicinske:

*"Jeg synes ikke det her er behandling. Jeg synes det er vedligeholdelse [...]. Jeg vil gerne sige, at de lovede sådan lidt mere guld og grønne skove, da vi kom her [tilbud for folk på længerevarende substitutionsmedicin]: "Uhu det var så godt". Men da vi så kom hertil, så gik det ned ad bakke med alle de tilbud, som vi blev lovet inden vi startede" (mand, start-50'erne).*

At nogle deltagere ikke oplever at få den behandling, de blev stillet i udsigt og ikke oplever at få andet end medi-

cinsk behandling, er imidlertid ikke det samme som, at der ikke tilbydes og gives anden behandling det pågældende sted. Det tankevækkende er imidlertid, at størstedelen af deltagerne i fokusgruppeinterviewene ikke kunne pege på sådanne tilbud. Oplevelsen af at substitutionsmedicinen, og emner relateret hertil, er det, der fylder mest i behandlingen, går igen i fokusgrupperne. Som det vil fremgå, er der imidlertid flere af deltagerne, som selv fravælger kontakten til behandlingsstederne eller forskellige behandlingstilbud, hvilket er et interessant paradoks, som analysen af det kvalitative materiale vil belyse.

For langt de fleste af deltagerne betød substitutionsmedicinen, at deres dagligliv blev lettere, omend deres tilknytning til behandlingsstederne ofte var forbundet med en vis ængstelse for, at behandlerne kunne finde på at ændre i dosis, præparat eller komme med andre forslag til ændringer. Denne ambivalens udtrykkes af en af deltagerne sådan her:

*"Jamen nu efter jeg har fået det [substitutionsmedicin] jeg vil have, så holder jeg mig mest fra lægen af. Fordi jeg ved det kan give bagslag. Fordi de siger; "jamen skal du ikke lige trappes fem mg. ned eller...?". De fleste [borgere der går i behandlingssenheden] siger, de går ind [til lægen] fordi de ønsker at stige. Nu har jeg fundet det niveau [metadondosis], jeg gerne vil have, så gider jeg ikke at have pillen ved det... så jeg vil ikke risikere noget ved at gå ind til lægen" (mand, start 30'erne).*

Selvom denne undersøgelse hverken vil anfægte lægens ordinationsret eller Sundhedsstyrelsens Vejledning, må det alligevel understeges, at borgere indimellem frygter ændringer i deres substitutionsmedicin så meget, at de forsøger at undgå kontakten med behandlerne og dermed afskærer de sig selv fra netop det: Professionel hjælp og vejledning.

I to af fokusgrupperne diskuterede deltagerne f.eks. abstinenssymptomer, som de var nervøse for at drøfte med deres behandlere/læge:

*"Om morgenen når jeg vågner, når vækkeuret ringer, [...] så har jeg faktisk allerede ondt i maven, og jeg sveder og sådan noget, og der skal jeg først have min medicin kl. lidt over 9. For de åbner først kl. 9. og jeg står op kl. halv 5" (kvinde, midt-30'erne).*

En anden kvinde i starten af 30'erne sagde:

*"Jeg er også så træt af, at være så styret af, at man kun lige får [medicin med] til den dag, du skal hente. Så vågner du kl. 5 om morgenen og har det rigtig dårligt og ligger og tæller sekunder til at kl. er 9. Så kommer du herhen [til behandlingsstedet], hvor der er fyldt med mennesker. Det er så angstprovokerende for mig, der er ingen ting jeg synes hænger sammen, og ingen tager hensyn"* (kvinde, start-30'erne).

Nogle af deltagerne i fokusgrupperne gav således udtryk for, at de ikke var dækket helt ind i forhold til deres abstinenssymptomer, andre nævnte, at de klarede det med andet (ikke lægeordineret medicin), andre igen, at de fik tilpas dosis (jf. også kap. 3). En stor del af deltagerne i fokusgruppeinterviewene gav imidlertid udtryk for oplevelsen af, at dosis ikke kunne diskuteres:

**Person 1:** *"Det er suboxone jeg tager. 16 mg. Det er max dosen her"*

**Person 2:** *"Ja, det får jeg også"*

**Person 1:** *"Så kan vi leve og dø på det!"* (kvinder i 30'erne).

I surveyen svarede omkring halvdelen af deltagerne, at de blev inddraget i overvejelser om justering af substitutionsdosis og -præparat, mens den resterende halvdel svarede (omtrent lige fordelt), at de blev lidt eller slet ikke inddraget. I fokusgrupperne var indtrykket, at deltagerne ikke oplevede at blive særligt inddragede i overvejelser om deres substitutionsmedicin. Flere af dem fravalgte derfor behandlerne som sparringspartnere/rådgivere i forhold til problemer med substitutionsmedicinen, ligesom flere beskrev den øgede risiko for at vælge andre strategier for at klare sig:

*"Jeg har været på begge dele, men på subutexen, den gang jeg fik det, da lavede jeg ikke andet end når jeg havde penge, at køre til X [by] og købe heroin. Altså, der snød jeg med min medicin. Efter jeg har fået metadon, der kan jeg finde ud af det, der har jeg ikke taget heroin i 1½ år"* (mand, start 30'erne).

Nogle (enkelte) deltagere beskrev aktuelle/tidligere erfaringer med læger, der lyttede til én og at det gjorde en forskel:

*"Han [lægen] satte sig ind i, hvordan man havde det"* (kvinde, slut-50'erne).

Netop det at blive inddraget og taget alvorligt skaber tillid, hvilket betyder, at man så bedre kan gøre brug af den viden og ekspertise behandlerne har i kraft af deres arbejde/fag. Inddragelse var noget de deltagere, der ikke følte sig inddragede, efterlyste. Her eksempler på to forskellige udsagn:

*"[...] Jeg synes i højere grad, man skulle lytte til folk, altså hvad de ønsker, kan man sige. Hvad de trives på end at man bare presser programmer ned over hovedet på dem."* (kvinde, slut-30'erne).

*"[...] Det ville da være rart, hvis man selv var med, at man hørte; "hvad kunne du selv ..., hvad kan du mærke på egen krop, hvad er det der virker?"*" (kvinde, midt-30'erne).

Ovenstående handler på den ene side helt konkret om at lytte til borgernes oplevelser af symptomer/oplevelse af trivsel (modsat f.eks. at starte hver morgen med abstinenssymptomer). På den anden side mere overordnet at gøre borgeren til en aktiv samarbejdspartner, der indgår som ekspert på egen krop og livssituation.

I forhold til længerevarende substitutionsbehandling gav flere af deltagerne i fokusgruppeinterviewene udtryk for, at de ikke for nuværende ønskede at trappe ned eller ud af substitutionsmedicinen. En del mente også, at der for deres vedkommende var tale om varig (læs: livslang) substitutionsbehandling. Sidstnævnte begrundede typisk dette med tidligere dårlige erfaringer med at forsøge nedtrapning:

*"Jeg bruger det [behandlingsenheden] faktisk til bare at få min metadon dagligt, for ikke at tage heroin. Så holder det mig kun på metadon og ikke noget andet skal jeg have. Sådan har jeg kørt lige siden 1996 og det er faktisk gået glimrende. Jeg har haft et par tilbagefald. Og det er sådan jeg vil have det, jeg skal ikke ud af metadonen, fordi det kan jeg ikke, for så starter jeg igen [med at tage illegale stoffer]"* (kvinde, slut-50'erne).

Nogle mente ligefrem, at et forsøg på nedtrapning, ville føre til illegalt stofbrug og dermed til døden:

*"Jeg ved, at hvis jeg smider mine doner nu, altså jeg kan selvfølgelig godt stadig nå at komme i behandling [døgnbehandling], men jeg ved, at hvis jeg ryger på røven nu, så bliver det nok sidste gang, jeg ryger på gaden tror jeg nok! [...] Ja så er det sidste gang, jeg ryger på gaden. Det bliver min død! Længere er den bare ikke. Det tror jeg i hvert fald. Altså for så bliver jeg ligeglad med det hele"* (mand, start-50'erne).

### **Uhensigtsmæssige procedurer**

Fokusgrupperne blev bedt om at beskrive hverdagen i deres behandlingsenhed og komme med eksempler på, hvordan behandlingen forgik. Især i tre af fokusgrupperne beskrev deltagerne procedurer, der besværliggjorde adgang til især lægen, der disse steder kun kom en gang hver/hver anden uge. Adgangen til lægesamtalen gik via det øvrige personale:

*"Man får en seddel, hvor man skal skrive på, hvad man gerne vil tale med lægen om og den seddel skal man så aflevere til personalet"* (mand, midt-50'erne).

Procedurerne omkring lægesamtaler blev flere steder udfordret af, at beskederne tilsyneladende ikke blev registreret i en journal/kalender, hvilket betød at lægen ikke blev booket:

*"Det er behandleren der indstiller til samtaler [...] og så siger du, "det vil jeg måske gerne snakke med en læge om", og de siger; "det kan du måske godt"... så går der tre uger, så spørger jeg: "hvornår får jeg lægetid?" – "det har vi glemt!"*" (kvinde, slut-30'erne).

Forglemmelser som disse blev opfattet meget negativt af deltagerne, hvis mulighed for at drøfte et lægefagligt problem ville trække ud:

*"Du er skrevet op til lægen eksempelvis, så kommer du efter 14 dage, så sker der ikke noget der, så er der gået tre uger. Så venter du en uge mere, så begynder du at tænke, "fuck det!", så er der alligevel gået så lang tid, så nu gider jeg ikke mere. Og så lige pludselig ... så gider man ikke mere!"* (mand start-40'erne).

Udover adgang til selve lægesamtalen, beskriver deltagerne også andre procedurer, der trækker det egentlige formål med et forløb ud. Eksempelvis forundersøgelser som EKG, borgeren skal have lavet før vedkommende kan tale med lægen om øgning af metadondosis. Deltagerne efterlyser her, klare anvisninger og hjælp til at huske, hvad der skal være ordnet inden lægesamtalen, så mangel på oplysninger ikke forhindrer samtalen i at lykkes den aftalte dato. I forhold til procedurer omkring EKG, skal det nævnes, at enkelte understregede, at det var en god ting, at der blev passet på deres helbred. En havde eksempelvis haft hjertestop på metadon og var derfor glad for at være kommet over på et andet præparat. I disse eksempler oplevede deltagerne, at der var en klar sammenhæng mellem faglighed, råd og vejledning. Andre igen var vrede over, at proceduren med EKG blev brugt som argument for medicinændring. Men her synes uklarhed ved selve proceduren og sammenhængen netop at være udslagsgivende:

*"For lidt over et år siden røg jeg på suboxone, fordi lægen påstod, at jeg havde noget med hjertet ikke, ud fra et EKG, som han [lægen] ikke engang fik, fordi hende der skulle lave det, ikke kunne fordi jeg svedte så meget, at de der halløjsa'er ikke kunne sidde fast. Så hun smed lortet ud. Så hvad for et EKG kan han sige, at jeg har et dårligt hjerte på? Jeg har fået lavet et nyt [EKG], så nu skal jeg bare have en samtale med lægen, fordi så vil jeg gerne have min metadon igen, for suboxone er noget mærkeligt stof"* (kvinde, slut-40'erne).

Der fremgår også andre eksempler på procedurer, der trækker det videre forløb ud. En deltager beskrev eksempelvis, at hun var blevet bedt om at udfylde et skema, før hendes behandlingsplan kun udarbejdes:

*"[...] jeg har fået et eller andet.. øh skema, hvor jeg skal udfylde en tonsvis af spørgsmål. Ved du hvad, jeg hader sådan noget! Og jeg har ikke en gang lavet det færdigt, jeg har kun nået lidt af det, og jeg har haft det liggende i måneder nu mand! [...] Den skal bruges til min behandling, den skal være med til at øh "ellers kan vi ikke lave din behandlingsplan færdig! Hvis du ikke laver den her pjece med alle de her spørgsmål!"*" (kvinde, midt-30'erne).

Det er langt fra sikkert, at dette var en almindelig procedure for udarbejdelsen af behandlingsplaner. Men eksemplerne illustrerer på den ene side systemets forventninger og krav, som borgere kan have svært ved at leve op til. På den anden side problemer omkring gennemskelighed og klare retningslinjer. Det er således ikke nødvendigvis selve procedurerne, der er noget i vejen med, men derimod om behandlingsstedet selv er konsekvente i deres opfyldelse af procedurerne, samt overvejer tilrettelæggelsen og opfølgningen af den pågældende procedure.

### Andre behandlingstilbud og aktiviteter

Deltagerne blev også bedt om at komme med eksempler på, hvad de syntes der var godt ved tilknytningen til deres behandlingsenhed eller tilbuddene her. Svarene spænder fra generelle tilbud til mere specifikke. En deltager fortalte eksempelvis, hvordan et opsøgende behandlerteam havde fået ham tilbage i behandling:

*"For to år siden der udskrev jeg mig selv pga. nogle konflikter. Så har de fået sådan en ny gruppe, hvor de tager rundt og prøver at finde dem, der har udskrevet sig selv. Det er sådan en kontaktgruppe, der går rundt i byen, og ser om de kan finde de gamle og ser hvordan de har det. Og de var ude at snakke med mig. Altså, de kom ud til mig selv og så hvordan jeg havde det osv. og fik en lille snak. Og så blev vi enige om, at jeg skulle prøve at komme herind [til behandlingsstedet] igen... [...] Jeg vil sige på det tidspunkt, da jeg meldte mig ud [af behandlingen], det var simpelthen i protest, fordi jeg ikke følte mig ordentligt behandlet her. Men så gav jeg så X [behandler i teamet] chancen... Jeg ville gerne prøve igen, også for min egen skyld, jeg vil gerne ud af mit stofmisbrug. Altså, alle vil jo også godt stoppe med at ryge og alle vil gerne stoppe med at drikke, hvis de har de problemer... Så jeg ville selvfølgelig gerne give det en chance igen. Så det synes jeg, det er positivt, at de har fået den gruppe"* (mand, start-40'erne).

Som i ovenstående citat lagde flere af deltagerne vægt på det opsøgende element og interessen for en som person. Mere generelt beskrev flere af fokusgruppedeltagerne hjælp i forhold til pensionsansøgninger – enten konkret hjælp med besvarelser af dokumenter/kontakt til kommunale sagsbehandlere mv. eller i form af støtte og opmuntring til at gentage forskellige procedurer ang. afklaring af ansøgningen. Flere af deltagerne havde ofte været i gang med

at ansøge om pension i rigtig mange år og beskrev, hvor opslidende det var for dem, at ansøgningerne var så længe om at blive færdigbehandlet.

Udover lægesamtaler og samtaler med det daglige personale, havde deltagerne i lidt forskelligt omfang erfaring med psykolog. Ikke alle behandlingsenheder havde en psykolog tilknyttet og kun én fokusgruppedeltager nævnte behandling hos psykiater, som lå uden for behandlingsstedets regi (se kap. 3 for hyppighed af samtaler med professionelle). Flere af de deltagere, som havde erfaring med et psykologforløb, fremhævede det som meget positivt:

*"Det [psykologforløb] har hjulpet meget [...] der faldt de sidste brikker på plads"* (mand, start-50'erne).

Deltagernes beskrivelser af psykologforløbene er karakteriseret ved at give personlig indsigt, "brikker der falder på plads". Men deltagerne har også hæftet sig ved en særlig hensynsfuldhed og forståelse fra psykologernes side, eksempelvis den fysiske ramme for samtalen:

*"Så sætter vi os ind i et rum og snakker. Hvor vi sidder alene. Og så tænder hun radioen herude [i tilstødende lokale], så andre ikke kan høre, hvad vi sidder og snakker om"* (mand, midt-40'erne).

Betydningen af såvel den fysiske ramme, som den sociale kontekst for behandlingssamtalerne blev meget tydelige i fokusgruppeinterviewene og uddybes for sig i afsnittet om kontakten til behandlere og behandlingsstedet. Andre faggrupper blev også nævnt i forbindelse med at være omhyggelig med at skabe ro omkring en samtale, men i beskrivelserne med psykologen var også en understregning af fortrolighed, som ikke på samme måde, som andre behandlingssamtaler skal deles med flere. Dette værdsatte de deltagere, som havde haft et psykologforløb.

Et andet emne der gik tydeligt igen i især fire af fokusgrupperne, var betydningen af tilbud om sociale og kreative aktiviteter som måltider, keramik, perler, maling, cykelværksted, fodboldkampe, ture mv. Sådanne aktiviteter var ifølge fokusgruppedeltagerne mere eller mindre sparet væk, hvilket de både var kede af og utilfredse med:

*"[...] Altså jeg havde noget at stå op til og ikke bare drikke en kop kaffe og så ellers gå hjem igen. Jeg skal ned og lave noget ikke? Jeg synes faktisk, det fyldte rigtig meget og jeg sad faktisk fra kl. 8 og til kl. 11, nogen gange halv tolv og lavede kopper og skåle og sådan noget der. [...] Så jeg føler en temmelig stor tomhed – hvad nu? [...] Så sidder jeg bare her og kigger igen og så er der fare for, at jeg får alle mulige forkerte tanker og måske havner ovre på varmestuen ikk', for det er ganske enkelt kedsomhed"* (kvinde, slut-50'erne).

Forkerte tanker og kedsomhed betød for flere af deltagerne i dette materiale en større risiko for stofindtag ("sidemisbrug"), hvorimod glæden ved at skabe noget – der i overstående eksempel tilmed kom andre til gode – derimod kunne mindske kedsomheden og "forkerte tanker".

### **Forringelser**

Langt de fleste af fokusgruppedeltagerne havde flere års tilknytning til stofmisbrugsbehandling og på spørgsmålet om, hvad den nuværende behandling havde af tilbud, dukkede et gennemgående udsagn om tidligere tiders mange tilbud og muligheder op. Flere nævnte økonomiske besparelser på behandlingsstederne og i samfundet generelt, som årsagen til de reducerede/forringede tilbud:

*"Jamen det var fedt i gamle dage [...] der var vi både på Bornholm og i sommerhus, men der ved jeg også godt, der havde vi en meget large leder"* (kvinde, slut-40'erne).

*"I starten var der mad til os: Morgenmad og frokost og sådan noget. Det er der ikke mere og det er pga. besparelser. Og det kan jeg sådan set også godt acceptere, men det er bare irriterende, at der hele tiden skal skæres ned. Og jeg ved godt at kommunen og staten mangler penge og at det hele ikke skal gå til os. Det kan jeg godt forstå, men altså jeg kan ikke forstå, at der hele tiden skal skæres ned på de svageste og de ældre her i det danske samfund. Det kan jeg ikke forstå"* (mand, midt-40'erne).

I sammenligning med Steffen Jöhnckes brugerundersøgelse fra 1997 (Jöhncke 1997) er det tydeligt, at selvom mange af de samme paradokser og temaer går igen i dag som for knap 20 år siden, så har fokus på økonomi fået en mere central placering i borgernes fortællinger om, hvad der er muligt/ikke muligt i behandlingen i dag. Deltagerne udviser på den ene side forståelse for den økonomiske krise,

samtidig med, at de føler det er dem, der mister mest på nedskæringerne. Nogle nævnte, at oplevelsen af besparelser på misbrugsområdet fik dem til at føle sig som "andenrangsborgere".

I surveyen fremgår det, at mange af deltagerne oplevede mulighed for at deltage i en eller anden form for social aktivitet, men at flere samtidig ønskede at deltage på mere daglig eller månedlig basis. Det kvalitative materiale uddyber dette, dels ved at give deltagerne mulighed for at komme med helt konkrete eksempler på, hvad sociale aktiviteter består af, dels ved at få en dybere forståelse af, hvad der betyder noget i de sociale aktiviteter. I surveyen var sociale aktiviteter samlet under ét, sådan at både "morgenmad, café, sport eller lignende" indgik i spørgsmålet om mulighed for at deltage i sociale aktiviteter. Langt hovedparten af behandlingsenhederne har caféer med morgenmad og/eller kaffe, som de fleste borgere i et eller andet omfang benytter i forbindelse med deres medicinudlevering. Efterspørgslen på mere social aktivitet kan derfor meget vel hænge sammen med indholdet og variationen udover kaffe/morgenmad, som eksemplificeret i dette afsnit.

I forlængelsen af manglende indhold på behandlingsstederne, havde nogle deltagere således fundet tilbud udenfor behandlingen, som de benyttede; eksempelvis Reden, Hjemløsetilbud, herberger og væresteder, men ikke alle havde overskud til at transportere sig selv fra sted til sted, for at benytte forskellige steders tilbud:

*"Den eneste jeg ellers snakker med er min bror, så de par timer her [i enhedens café], de giver alligevel lidt. Jeg er 50 år og jeg kommer ikke så meget rundt mere. Jeg er ved at være en gammel mand"* (mand, start-50'erne).



## Kontakten til behandlerne og behandlingsstedet

I dette afsnit beskrives forskellige aspekter omkring kontakten til behandlerne og selve behandlingsstedet.

### Kontakt til personale

De fleste deltagere nævnte mindst én fra personalet, de havde positiv kontakt til:

*"De [behandlere fra et team] er guld værd!"*  
(mand, start-50'erne).

På forespørgsel om, hvad der karakteriserede den gode kontakt blev personalets engagement, venlighed og respekt fremhævet. Det var måden personalet talte til borgerne på; "stille og roligt", men kunne også omhandle godt humør;

*"Jeg fatter ikke, at man altid kan være i så godt humør hver dag, men det er dejligt og det smitter af på én"* (mand, start-40'erne)

Kontakten var ligeledes karakteriseret ved at omhandle medarbejdere, der var opsøgende og viste interesse og forståelse for én som menneske. Det betød eksempelvis, at man kunne tale om andre ting end stoffer:

*"X [medarbejder, der ikke er behandler] er den bedste mand, vi har haft. Man kan tale med ham om alt. Han ved lige hvordan han skal bære sig ad med at snakke med folk. Det er dejligt at snakke om noget andet end stoffer. Vi snakker om musik og alt muligt andet. På X [værested] snakker de meget om stoffer, og det gider man bare ikke altid høre på"* (mand, start-50'erne).

Betydningen af at medarbejdere giver klare budskaber, nævnes også som en væsentlig faktor:

*"Det er derfor jeg godt kan lide X [medarbejder, der ikke er behandler], for man får ja eller nej. Man får ren besked. Hellere det end at få de halve beskeder"* (mand, midt-50'erne).

En gennemgang af materialets eksempler på gode relationer viser, at det i flere tilfælde drejer sig om medarbejdere, der ikke varetager traditionelle behandlingsopgaver (f.eks. behandlersamtaler, medicinudlevering mv.), men arbejder

i caféen, som "social vicevært", sekretær, eller er andre typer af servicepersoner, hvilket er en pointe, der uddybes i næste afsnit.

### Kontaktens hyppighed

Deltagernes kontakt til behandlerne spænder fra hyppig kontakt til meget sparsom kontakt (se også kap. 3). Fra deltagernes perspektiv er mere kontakt ikke nødvendigvis ensbetydende med bedre behandling, og de fravælger da også selv nogle gange kontakten af forskellige årsager, som delvist er beskrevet i det forrige. Af det kvalitative materiale fremgår imidlertid en betydelig variation i fravalg af mere kontakt end højst nødvendigt. Nogle forsøger at holde kontakten på det absolut minimale og kommer kun pga. substitutionsmedicinen:

*"Jeg kommer her for at hente min medicin og jeg har ikke profiteret af deres psykosociale terapi! Altså, så få samtaler som muligt!"* (kvinde, slut-30'erne).

I tidligere omtalte undersøgelse fra 1997 understreger forfatteren, at brugernes afhængighed af behandlingsskederne qua substitutionsmedicinen er et grundlæggende vilkår, der præger brugernes syn på behandlingen og behandlerne (Jöhncke 1997: 107). Fravalget af kontakt til behandlerne eller af eventuelle behandlingstilbud hænger for flere af deltagerne i fokusgrupperne sammen med dette vilkår, samt dårlige erfaringer igennem behandlingsårene. Dårlige erfaringer fra tidligere tages også med ind i nye behandlingsrelationer, hvilket dermed kommer til at præge kontakten. Behandlerne har derfor en stor opgave i at vinde borgernes tillid, hvis de vil sådanne erfaringer til livs. Men flere deltagere giver udtryk for afstandtagen, allerede ved tanken om nyt personale:

*"Noget snak med rådgivere er der, men jeg har prøvet at have flere forskellige rådgivere, som jeg aldrig har nået at snakke med før man får en ny. Der er stor udskiftning ind imellem, og jeg har det sådan, at jeg gider fandme ikke at sidde og fortælle det samme og det samme hver gang. Det er først, når man er helt ude at skide, så be'r man om noget hjælp, ellers prøver man at klare det selv. Rådgiveren det er aller, aller sidste"* (mand, start-50'erne).

Flere af deltagerne i fokusgruppeinterviewene havde lange behandlingsforløb bag sig og var trætte af de gentagelser, der ofte fulgte i kølvandet på personaleudskiftning. For an-

dre deltagere var kontakten præget af mistillid, der bunder i ikke at kunne gennemskue, hvad der kommer ud af kontakten, hvilket afholder dem fra at tage imod tilbud:

*"For jeg synes det hele, det virker så lumsk. Og det er skide ærgerligt, men det er sådan det er. [...ellers] ville jeg f.eks. bruge psykologen her, hvis det var. Men det vil jeg ikke gøre nu, fordi jeg er sikker på, at de sidder og klandrer en til deres personale-møder, hvor man ikke er inviteret".* (kvinde, start-30'erne).

Borgernes mistillid til behandlerne hænger ofte sammen med behandlernes dobbeltrolle som henholdsvis støtte og kontrollant. Men kontakten kan også være præget af behandlernes mistillid til borgeren. I hvert fald oplever nogle deltagere, at forkert opførsel/overtrædelse af regler bliver ved med at spille ind i kontakten med behandlerne længe efter en sådan episode:

*"Hvis det er en person [borger], de [behandlere] ikke rigtig bryder sig om, så er de sådan meget sådan kolde og kyniske [...] Altså hvis man har lavet noget dumt her, de er ligesom elefanter, de glemmer aldrig"* (mand, start-30'erne).

Sidst skal det nævnes, at kontakten indimellem kan føles ubehagelig, fordi borgeren på forskellig vis føler sig i mindretal:

*"[...] Der blev flere og flere ansat, men man følte sig simpelthen som, hold da op, der var folk omkring en hele vejen, årh du bliver bare mast ned..."* (kvinde, midt-50'erne).

*"Jamen jeg har været til møder, hvor der sad 7 mennesker [professionelle] rundt om et bord, og så var der mig. Der fik jeg bare i løbet af fem minutter, jeg blev nødt til at gå, jeg fik det direkte dårligt, fordi der var så mange mennesker. Og de kiggede alle sammen på mig"* (mand, start-30'erne).

Kontakten omhandler således både følelsen af at blive set og respekteret som menneske, gennemsigtighed i forhold til behandlingsmødets formål og udkomme, og behandlernes dobbeltrolle som støtte og kontrollant. Men det omhandler også typen af kontakt, hvor det man kan kalde "den formelle samtale", eksempelvis en behandlingsamtale, står overfor det der kan kaldes "den uformelle samtale", forstået som en samtale, der ikke er koblet direkte til behandlingsmål mv. og kan omhandle andre emner end stoffer og stofbrug. Deltagernes oplevelse af kontrol er indimellem

diffus (hvad er det behandleren holder øje med?), hvorfor "formelle samtaler" kan være mindre attraktive, da der er flere ting på spil og det er svært at gennemskue, hvad der er hvad. Den "uformelle samtale" er mere attraktiv og indeholder emner, som synliggør borgeren som andet og mere end en stofafhængig. Et menneske, der f.eks. også ved noget om musik eller keramik. Endvidere synes der i den uformelle samtale at være rum for, at deltagerne her kan tale om hverdagen og få støtte/reflektere over tanker og muligheder. Disse samtaler er meget vigtige for deltagerne, men kan få bagslag, hvis de pludselig bruges aktivt i behandlingsøjemed uden at borgeren har været medinddraget i den beslutning.

### **Kontrolforanstaltninger og sanktioner**

Kontrolforanstaltninger omhandler borgernes medicin og stofindtag og er et forsøg fra behandlingsstedets side at styre "sidemisbrug" og problemer med illegalt salg af ordineret substitutionsmedicin. Kontrolforanstaltningerne omhandler oftest krav om fremmøde x antal gange om ugen/hver 14. dag, overvåget medicinindtag, kontrol af påvirkethed, urinkontrol mv. Men det kan også omhandle overholdelse af aftaler og regler (eksempelvis udleveringstider, ingen stofsalg, uacceptabel adfærd) mv. Sanktioner knytter sig til brud på regler og aftaler og er ofte knyttet til borgernes adfærd og opførsel (f.eks. karantæne fra behandlingssteder ved uacceptabel adfærd).

I de kvalitative interview beskrev deltagerne kontrolforanstaltninger og sanktioner, som noget der blev taget i brug indimellem – nogle oplevede, at det skete tit. I det følgende gives eksempler på deres oplevelser af kontrol i forskellige sammenhænge.

### **Urinkontrol og kontrol med medicinindtag**

I SFI's undersøgelse fremgår det, at 66 pct. af behandlingsstederne i undersøgelsen anvendte urinprøvekontrol på egen foranledning. Dvs. at det ikke var påkrævet af Kriminalforsorgen eller andre eksterne myndigheder, dette til trods for at urinkontroller ofte kritiseres for at skabe barrierer for en god behandler-borger relation, samt at prøverne er både dyre og upålidelige (Benjaminsen et al. 2009: 129). I en fokusgruppe nævnte deltagerne netop det negative aspekt vedrørende urinkontroller og behandlernes krav om disse:

**Person 1:** *"[Familiecenteret sagde]: "altså hvorfor bliver de [behandlingsstedet] ved med at prøve at sanktionere dig? Vi kommer i dit hjem, vi interesserer os ikke så meget for dit tisse. Vi vil hellere se på den store helhed" [...]*

**Person 2:** *"Altså, fordi det er ikke min sagsbehandler eller vores børnesagsbehandler, der har bedt om urinprøver, det er min behandler, der har besluttet, at det skal jeg gøre for ellers sender hun en indberetning til kommunen og det har hun gjort en gang og det skal hun ikke igen"*  
(kvinder, midt og slut-30'erne).

For deltagerne i dette eksempel gav kravet om urinkontroller ikke klar mening, men blev en barriere for samtale om emner, der kunne have givet mening, nemlig sparring/støtte i forhold til deres hverdag (eksempelvis bolig, familie, job). I stedet oplevede de, at meget af deres kontakt til behandlerne omhandlede selve urinkontrollen, hvilket en af deltagerne påpegede et paradoks i:

*"Det er ikke at hjælpe, at du skal komme her dagligt, og det er ikke at hjælpe, at du skal komme og tisse. Det er ikke dit tisse, der skal være så interessant, det er din udvikling, der skal være interessant"* (kvinde, slut-30'erne).

Deltagerne i forrige citat havde i en længere periode aflagt urinprøver, først 2 gange om ugen og herefter 1 gang ugentligt, men ingen af dem vidste, hvor længe det skulle fortsætte. Selvom de ikke brød sig om at tisse foran en behandler, havde de udviklet mentale strategier, hvor de forsøgte at være ligeglade.

Urinkontroller var ikke den eneste form for kontrol, deltagerne beskrev i denne undersøgelse. Andre kontroller går på medicinudleveringen: I surveyen svarede knap 50 pct. og knap 40 pct. at de oplevede hhv. påbud om at indtage fuld dosis medicin på stedet og at der var overvåget medicinoptrapning efter udeblivelse. Lidt mere end 1/3 oplevede krav om daglig medicinudlevering. I fokusgrupperne omtalte nogle af deltagerne også overvågning af medicinindtag, men det var især krav om fremmøde, som fyldte rigtig meget i fokusgrupperne. Det uddybes særskilt i afsnittet om fremmøde.

## Sanktioner

Som nævnt oplever deltagerne også brug af sanktioner. En typisk sanktion, der udløses af uacceptabel adfærd, er karantæne fra behandlingsstedets tilbud (herunder café og almindelige udlevering):

*"Der er meget med karantæne her. Du skal ikke engang... hvis du kommer til at sige noget til en af personalet så får du karantæne. Så skal du komme ved bagdøren eller X [et andet udleveringssted] og du skal komme i weekenden også, både lørdag og søndag. Du har ikke en eneste fridag i tredive dage. Hvis du kommer til at sige et eller andet til en personale, fordi du er sur og sådan noget der – 30 dage er det så og så skal du gå for i dag. Så må du ikke være her, fordi du er sur og negativ. Så skal du gå hjem for i dag. Sådan har jeg prøvet det er par gange, fordi jeg er sådan en der brokker mig, hvis der er et eller andet. "jamen du er gået for i dag", og så må jeg jo så bare gå jo" (kvinde, sidst-50'erne).*

En af deltagerne forklarer, hvor meget der er på spil for dem, hvis de eksempelvis har fået karantæne for uacceptabel adfærd:

*"Så bliver du vappet ud og så skal du kæmpe i 14 dage med at få en aftale heroppe igen, komme til læge, og så skal du søge din medicin igen. Og så kan det være du får et nej. Eller hvis du før var på metadon, kan det være de tilbyder dig subutex, for det er det de primært vil tilbyde dig nu om dage, og hvis du har været på metadon i lang tid, så gør subutex ikke rigtig noget for dig" (mand, start-30'erne).*

Et sted fortalte deltagerne også om "livslang karantæne", hvilket de beskrev som den ultimative straf: *"så er du [pågældende bruger] færdig!"*. Om livslange karantæner har udbredelse eller hvad en sådan borger i stedet tilbydes vides ikke, men karantæner afspejler et dilemma i behandlingen: På den ene side omhandler karantæner en beskyttelse af personale/andre borgere. På den anden side, skal behandlingsstederne håndtere og udvise rummelighed og forståelse overfor nogle mennesker, som lever hårde liv og ofte har store komplekse problemstillinger, hvilket kan komme til udtryk i deres adfærd og opførsel. En deltager ridser dilemmaet op i et citat om stedets regler:

"Jamen de [reglerne] er rimelig faste og klare, altså... Jamen man skal opføre sig ordentligt og man skal komme indenfor de tider der [udleveringstider] og så skal du tale ordentligt til dine medmennesker her. Altså, det er egentlig ganske almindelig høflighed og ganske almindelig opførsel. Men der er bare nogle mennesker, der har været i misbrug i nogle år, der lever og udtaler sig på en lidt anden måde, og har levet lidt hårde liv. Og så oplever de lidt modgang. Det får dem til at gå fuldstændig i forsvarsposition og så er det, altså det bare giver bagslag her. Det er måden man taler til folk her. Det er hvis man er træt af det og ked af det og du går i forsvarsposition. Så bliver du straffet her, og det burde du jo egentlig ikke, der burde du jo bare komme ind og snakke med en i stedet for" (mand, start-30'erne).

Forskellige kontrolforanstaltninger og beslutninger der opleves at blive truffet hen over hovedet på én, øger frustrationer hos borgerne, der dermed kan blive vrede, som så kan ende med yderligere kontrol og sanktion. Derfor er det også vigtigt at undersøge, hvorvidt deltagerne føler sig inddragede i deres behandling, hvilket følgende afsnit omhandler.

### Inddragelse

Som nævnt i kap. 1, skal behandlingen foregå i et samarbejde med borgeren. Ideelt set vil det afspejle sig i en behandlingsplan, der kontinuerligt tages op til drøftelse, justering og evaluering, for at behandlerne på den måde sammen med borgeren kan diskutere om behandlingsmålene er de rette.

I surveyen tilkendegav 117 deltagere ud af 195, at der var lavet en plan for deres behandling (se kap. 3). Behandlingsplanen blev kun omtalt i tre af fokusgrupperne, hvor borgerne (direkte adspurgt) svarede, at de havde behandlingsplaner. De fleste svar varierede dog fra, at deltagerne havde behandlingsplaner, men ikke vidste, hvad der stod i dem, til at have behandlingsplaner, der ikke var ændret i flere år. Her eksempler fra tre fokusgrupper:

"Jeg har en behandlingsplan, men jeg ved ikke, hvad hun [behandleren] skriver i den" (kvinde, slut-30'erne).

"Min behandlingsplan er ikke lavet om i to år, er din det?" (kvinde, slut-30'erne)

"Med mig, der er der en [behandlingsplan]. Jeg har kun været inde en gang om året: "Får du metadon nok?" – "ja..."; "Går det godt? Nå, farvel"... Det er så bare det!" (kvinde, slut-50'erne).

Enkelte beskrev behandlingsplaner, hvor der var udarbejdet langsigtede mål, som der blev arbejdet frem mod. Disse eksempler indebar dog en vis ængstelse, der kunne tolkes, som at det mere var behandlernes mål end borgernes:

"De har jo en plan om, at jeg skal i arbejde på et tidspunkt. Men øh nu har jeg været misbruger og jeg har haft en depression, jeg har kæmpet med i 7 år og jeg har... de mener, at fremtidsplanen er, at inden for de næste to år, skulle jeg gerne kunne komme på arbejde og jeg føler bare, jeg har ikke lyst..." (mand, start-30'erne).

Både survey-delen (jf. ovenstående) viste, at borgerne i relativ høj grad følte sig inddraget i behandlingen. I fokusgruppeinterviewene var der imidlertid flere eksempler på deltagere, som ikke følte sig særligt inddraget. Eksempelvis som nævnt tidligere, når det gjaldt læger:

"Hvis lægen siger nej, så er det nej. De vil ikke engang høre, hvad dit problem er" (mand, slut-40'erne).

Der blev i fokusgrupperne spurgt til brug af brugerråd/brugermøder i enhederne. Her oplevede brugerne at det fungerede regelmæssigt og planlagt i to af fokusgrupperne. Begge steder med opslag og mulighed for at tage emner op. Det ene sted inviterede man endvidere folk med ude fra til at holde oplæg, hvilket deltagerne her synes var spændende. Et andet sted arbejdede man mere individuelt med borgernes forslag og bemærkninger, ved at man kunne skrive eksempelvis spørgsmål eller forslag, som medarbejdere så ville give den enkelte tilbagemelding på. De sidste to steder, oplevede deltagerne ikke, at brugermøderne var regelmæssigt anvendt. De fleste deltagere oplevede imidlertid ikke, at de havde særlig indflydelse på stedet qua brugermøder.

I det følgende forstås inddragelse bredt, dvs. at inddragelse her også omhandler det at være eksempelvis velinformeret om, hvad der foregår omkring én i behandlingen:

"Hun [kontaktperson] er med mig inde ved lægen hvert ½ år, vi er derinde [statusamtale med læge]. Men jeg ved ikke, hvad jeg skal bruge hende til. Hun siger ingenting, hun hjælper mig ikke med noget. Så sidder hun bare der. Jeg ved ikke, hvad hun sidder der for?" (kvinde, slut-50'erne).

Manglende indsigt i, hvad der foregår i forhold til ens tilknytning til behandlingen, fremgår i følgende diskussion om, hvad der skrives ned af behandlerne:

**Person 1:** "[om tidligere erfaring med dokumentation på et andet behandlingssted] Jeg tror nok, at det var sevet ind, hvis "det bliver skrevet ned, alt hvad du siger til mig", ikke? Ja. Altså, det var ikke venlighed, som det jeg troede vel, og interesse for mig vel?"

**Person 2:** "Men altså nu ved jeg ikke, hvor meget de skriver ned om os nu?"

**Person 1:** "Det samme. De skriver også ned her".

**Person 2:** "Men det bliver ikke skrevet ned, når vi er inde ved lægen i al fald. Der bliver ikke skrevet mere".

**Person 1:** "Tror du ikke?"

**Person 2:** "Så bliver det da først skrevet efter da!" (kvinder, slut-50'erne).

Materialet peger på, at deltagernes erfaringer fra tidligere, præger graden af tillid til den aktuelle behandlingssituation. Sådanne erfaringer vil højst sandsynligt kunne mindskes, hvis borgeren inddrages i processen og løbende informeres om planen med ens behandling, dagsorden/formål med forskellige samtaler, hvem der deltager og hvorfor etc. Inddragelse og gennemsækelighed var noget flere af fokusgruppeditagere efterlyste. Omvendt kunne oplevelsen af manglende inddragelse få nogle deltagere til at benytte andre metoder, for at opnå en eller anden form for indflydelse. Eksempelvis at holde lav profil (som nævnt tidligere) eller lyve om sin situation:

**Person 1:** "Men X [person 2], hvad ville du have det bedst med, det her med at du skal lyve, fordi du er bange for konsekvenser eller at kunne sige det, som det er?"

**Person 2:** "Jamen jeg ville sgu da have det bedst med at kunne sige det som det er [...] Og fordi jeg hader faktisk at lyve og jeg hader hvis folk lyver for mig!"

### **Behandlingsstedernes placering og fysiske indretning**

Når man taler om, hvordan behandlingen foregår, bør rammerne behandlingen foregår under også gives opmærksomhed. Behandlingsenhederne der har deltaget i denne undersøgelse er placeret og indrettet meget forskelligt: Placeringen spænder fra enheder, der ligger centralt i byen og dog er meget anonyme (har anonym facade/skiltning udadtil), til enheder, der eksempelvis er placeret lige ved siden af en stor offentlig bygning, hvor en del af byens børn og unge (og forældre) kommer. Andre steder var enheder (og et benyttet værested) placeret lige ved siden af byens politikontor.

I fokusgruppeinterviewene blev det tydeligt, at behandlingsenhedernes placering og indretning spillede en rolle i deltagernes opfattelse af behandling. Såvel placering som indretning blev beskrevet som en form for diffus kontrol. En af de enheder, hvor politiet var nærmeste nabo, beskrev deltagerne det som overvågning:

**Person 2:** "Man føler sig sgu da overvåget af politiet også. Det er ikke nok, at vi er overvåget her af alle mulige".

**Person 1:** "Man er ikke anonym overfor dem [politiet]. Slet ikke, nej;" "Det er hende der, hun kommer hver uge" (kvinder, start-30'erne, slut-50'erne).

For nogle deltagere var oplevelsen af kontrol helt konkret:

"Den anden dag, da jeg gik herfra [behandlingsstedet], der blev jeg anholdt. Og der er lavet en aftale om, at det må de ikke. Altså det gider jeg sgu ikke" (kvinde, start-30'erne).

I forhold til enhedernes placering gjaldt det, at deltagerne værdsatte, når behandlingsstederne var anonyme og de oplevede sig udstillede, når skiltning alt for tydeligt viste, at her gik man ind, når man var stofmisbruger.

Behandlingsenhedernes indretning var ligeledes meget forskellig fra enhed til enhed: Et sted havde eksempelvis store enkeltmandskontorer, mens behandlerne andre steder var flere om at dele de kontorer, der var til rådighed. Nogle enheder fremstod som moderne klinikker med nye møbler, hvor den fysiske indretning var nøje gennemtænkt – og til at få øje på – afslapningsrum til borgerne; f.eks. med bløde lænestole/massagestole, samtalerum adskilt fra kontorene, computere til borgernes fri afbenyttelse etc., mens andre

enheder, mest fremstod med lange gange med lukkede døre eller var indrettet i kælderrum, hvor alle borgere i substitutionsbehandling var samlet i et rum.

Atmosfæren i enhederne forekom de fleste steder hyggelig og imødekommende, men fokusgruppedeltagernes uopfordrede udsagn synliggjorde og nuancerede indretningens betydning:

*"Første gang jeg kom ind her, der var bare en lang gang med døre ind. Altså jeg følte virkelig, at jeg stod der, altså, hvad fanden sker der her?! Hvor, hvad, hvem sidder der? Hvem sidder bag ved den dør? Altså, jeg ved ikke, skal man vente til der er ledigt eller... jamen jeg synes det var så forfærdeligt, det var simpelthen så modbydeligt, at komme herover"* (kvinde, slut-50'erne).

Et sted foregik den første snak med behandlere på en trappe under medicinudleveringen. Her blev forskellige beskeder og aftaler udvekslet mellem behandlere og borgere. Dette selvom andre borgere var til stede og selvom behandlingsenheden havde flere lokalefaciliteter til rådighed:

*"Der er vi igen, altså der er vi igen det der med, at vi er vant til lidt af hvert, så vi tænker ikke over, om det er i orden, at X og X [borgere] skal stå og høre på, hvad der var i mine blodprøver?"* (kvinde, slut-30'erne).

I en anden fokusgruppe blev det tydeligt, at borgere i substitutionsbehandling ikke er ligeglade med, hvem der er til stede under samtaler knyttet til ens behandling:

**Person 1:** "Altså det er ligesom, når du skal snakke med lægen, så sidder der også en sygeplejerske. Altså, du sidder ikke og snakker med lægen alene. Du sidder inde på et kontor, hvor der også sidder X og X og X [andre behandlere]." [...]

**Person 2:** "Så kan de høre, hvad man siger, så kommer de løbende med kommentarer"

**Person 1:** "Det er det jeg sidder og siger, så ryger de med i puljen ikke. Men hvor jeg siger, at når det er mig, der skal snakke med lægen, så er det mig og lægen, der skal snakke angående det jeg nu skal snakke med ham om. Altså, det er jo ikke de andre. Altså ikke for at nedrakke dem eller noget..."

**Person 2:** "Næ"

**Person 1:** "Altså, det er det ikke"

**Person 2:** "Det er det ikke, vi vil bare gerne have noget privatliv" (mænd, start-40'erne, midt-50'erne).

Udover ønsket om at have noget privatliv eller fortrolighed i forbindelse med behandlingssamtaler og i forhold til spørgsmål eksempelvis rettet til én bestemt fagperson, kan dialogen også udtrykke et ønske om mere kontrol med situationen. Som tidligere nævnt, kan det være svært for borgerne at overskue mange mennesker på én gang. Ligesom det igen bliver uigennemskueligt, hvad der kan forventes af en given samtale, hvis andre kommer og blander sig. Ubehag eller utryghed kan således fortolkes som en anden grund til, at nogle borgere undgår "formelle samtaler", så vidt det er muligt.

## Behandlingens betydning for hverdagen

I dette sidste afsnit diskuteres væsentlige aspekter knyttet til behandlingen, som har betydning for deltagernes hverdagsliv. Det drejer sig om dilemmaer og paradokser i forhold til det sociale fællesskab, der skabes i behandlingen, krav om fremmøde og behandlingens betydning for deltagernes uafhængighed af behandlingsstedet.

### Socialt fællesskab

Det sociale fællesskab behandlingsenhederne lægger rum til har betydning for deltagerne i fokusgruppeinterviewene, der peger på ensomhed og kedsomhed som alternativ. Netop ensomhed og mangel på sociale relationer er noget, som påvirker trivsel og stofbrug. I fokusgruppeinterviewene lagde især en af fokusgrupperne vægt på det sociale fællesskab i behandlingsenhedens "café":

**Person 1:** "Altså, når det kommer til stykket, er der er mange af os, der ikke har noget familie mere, far og mor og sådan. Mange der ikke kommer sammen med familien mere og sådan noget. Altså, så betyder et par timer her meget [...], at man kan komme og være lidt social, det betyder sateme meget, så man ikke sidder og kukkelurer derhjemme"

**Person 2:** "Ja, ellers så er der mange, der bare ville sidde derhjemme og gro fast" (mænd, start-40'erne – start-50'erne).

Som det fremgår af ovenstående udfylder behandlingsenhederne for nogle et tomrum. I fire af fokusgrupperne blev kontakten til behandlingsstedet holdt op overfor alternativet:

**Antropolog:** "Nu beskrev I den her almindelige morgen, hvor I kommer og får jeres medicin og lidt morgenmad. Hvad sker der så mere?"

**Mand 1:** "Ikke mere, altså når vi har spist, så sker der faktisk ikke noget, udover at vi drikker kaffe. Altså, det er en kaffebar her"

**Mand 2:** "Jeg plejer at sige, man har sine grunde, nogle er væk, nogle er døde, så jeg sidder bare her og ryger smøger og drikker kaffe og bagefter skal jeg hjem".

**Mand 3:** "og vente på at stille sutterne"

**Antropolog:** "Undskyld hvad sagde du?"

**Mand 3:** "og vente på at stille sutterne [lille latter]. Det er derfor vi er her, det er endestationen det her".

**Mand 1:** "Ja det er rigtigt hvad [X] siger, det er endestationen det her"

**Antropolog:** "...hvad tænker I om det?"

**Mand 3:** "Det er da helt i orden. Jeg vil da hellere have det her som endestationen end X [andet behandlingssted]"

(mænd, start-40'erne – midt-50'erne).

For flere af deltagerne var der ikke mange alternativer til enhedernes sociale aktiviteter. Men behandlingsstedernes rum til socialt fællesskab var også forbundet med en betydelig ambivalens, hvilket kom meget tydeligt til udtryk i flere af fokusgrupperne:

"De [behandlernes] hjælper mig jo ikke med den sidste rehabilitering ved, at jeg skal komme her sammen med vennerne tre gange om ugen" (kvinde, slut-30'erne).

Ambivalensen består i, at borgere i substitutionsbehandling på den ene side, gerne vil indgå i et socialt fællesskab og give hverdagen indhold; drikke kaffe, snakke med andre borgere, behandlerne, eventuelt deltage i forskellige aktiviteter. På den anden siden ser behandlingsenhederne som steder, hvor de udsættes for fristelser (stofsalg), fastholdes i miljøet og (stof)netværket, fremfor "at komme videre". På den måde opstår der et paradoks: Behandlingsstederne bliver en del af det aktive stofmiljø, de forsøger at hjælpe borgerne væk fra (minimere). Dette paradoks uddybes i følgende afsnit.

## Fremmøde

I fokusgruppeinterviewene var et gennemgående tema, hvor tit borgerne skulle møde op på enheden for at hente deres medicin, og da det spiller ind på borgernes hverdag er det taget med i dette afsnit, fremfor under afsnittet om kontrolforanstaltninger. Deltagerne i fokusgrupperne havde forskellige aftaler om fremmøde (fra dagligt fremmøde til 2 gange ugentligt). Deltagere der havde dagligt fremmøde, kendte ofte begrundelserne for dette. Det kunne eksempelvis dreje sig om en opstartsperiode f.eks. efter udeblivelser af kortere eller længere varighed, hvor behandlingsstedet ville sikre sig, at borgeren fik den rette dosis medicin. Eller det kunne omhandle borgere, der var i en særlig sårbar periode (f.eks. med "sidemisbrug"), hvor behandlerne havde argumenteret for dagligt fremmøde. Begrundelser kunne imidlertid også dreje sig om helt specifikke krav, f.eks. krav til opbevaring af den udleverede metadon, hvor borgerne skulle fremvise en pengeboks med lås, hvilket flere åbenbart havde svært ved at efterleve.

Selvom de, der mødte dagligt, var trætte af "aldrig at have en fridag", havde de fået nogle klare begrundelser fra behandlingsstederne. En del deltagere oplevede imidlertid et dagligt fremmøde som en straf, trods faglige argumenter fra personalet:

"Jeg kommer hver dag lige nu, fordi jeg lige er kommet tilbage til byen, så skal jeg komme hver dag. Det er pisseirriterende, fordi jeg skal mødes med de mennesker herude og jeg har lang vej her ud. Og så er det, at jeg har ikke gjort noget forkert! Så det er lidt en slags straf. Altså, der sidder folk, der har fået taget deres metadon og så får de en straf på, at de skal komme her hver dag i 14 dage. Jeg har bare været udenbys og været clean i et halvt år og min straf den er, at jeg kan søge om at få min selv-administration tilbage om 4 uger! Jeg har været selvadministreret i næsten 3 år!" (mand, start-40'erne).

Borgerne oplever således indimellem reglerne som rigide, meningsløse og/eller uretfærdige – det sidste især når de sammenlignede hinandens aftaler med behandlingsstedet, hvilket også viste sig i surveyen. Det var imidlertid ikke alle deltagerne, som havde oplevelsen af en klar begrundelse og plan med deres fremmøde, hvilket fremgår af følgende diskussion fra en af fokusgrupperne:

*"Jeg skal hente min medicin her, hver dag, indtil for tre dage siden, hvor det er blevet hver anden dag. [ Så ] jeg kan simpelthen ikke forstå det! Jeg mener jo ikke, at jeg er bedre end dig [ anden fokusgruppedeltager som kun møder 2 x ugentligt ] eller noget, men jeg har lagt rene urinprøver helt fra februar af. Jeg har et arbejde og en familie what-ever, og det er bare hverken til at hugge eller stikke i det her med, at jeg skal komme" (kvinde, slut-30'erne).*

Flere deltagere nævnte også følelsen af at være stavnsbundet i forhold til muligheden for at rejse på ferie/tage væk i weekender eller i det hele taget kunne foretage sig noget spontant:

*"Jamen altså du er jo stavnsbundet og du kan jo ikke gøre noget spontant! Jeg kan jo ikke tage spontant på weekendophold til X [ storby ] eller et eller andet. Vi skal jo søge i lang tid. Vi har ret til tre ugers ferie om året herfra. Altså så skal du søge i god tid, for at få din medicin med dig, og altså det er jo et fastholdelsesprogram, du kan jo ikke gøre noget spontant" (kvinde, slut-30'erne).*

Den manglende fleksibilitet i medicinudleveringen påvirkede deltageres hverdagsliv og understregede en fastlåsthed til enhederne som flere beskrev som negativ. Men et andet aspekt af fremmøde blev også tydeligt i fokusgruppeinterviewene, hvilket beskrives i følgende afsnit.

### **Logikker om fridage**

Udover ikke altid at kende argumenterne for fremmødeintervallet, var det gennemgående, at mange ønskede flere "fridage", hvor de ikke skulle møde på enhederne. I første omgang synes disse ønsker at hænge sammen med praktiske ting i hverdagen; at man gerne vil have mere tid hjemme til rengøring mv. Men fokusgrupperne synliggjorde også en anden dimension, som hang sammen med eksponering til stofmiljøet:

*"[...] jeg tænker på, der må fandme være andre i min situation, der trods alt ikke har den styrke, jeg har. Du bliver jo konfronteret med medicinen lige ude på den anden side" (kvinde, slut-30'erne).*

For nogle var det at bevæge sig til behandlingsstedet ensbetydende med, at man fik svært ved at komme hjem igen lige med det samme, fordi man så "hang ud" med vennerne:

*"Jamen når du er på gaden, så er du ude på gaden! Det er der, du møder vennerne for helvede" (kvinde, midt-30'erne).*

Ønsker om at kunne hente medicin på apotek frem for på enhederne, handlede også om at mindske "fristelser" ved behandlingssenhederne:

*"Jeg ville også ønske, at jeg kunne få [ medicinen ] på apoteket. For jeg bor jo helt ude i X [ område ], og for mig, der ville det hjælpe på, at jeg ikke skulle komme ind til byen så meget, og det ville hjælpe mig sådan, at jeg ikke bliver fristet for meget med alle de stoffer og sætte mig i gæld og komme alt for højt op i mit forbrug med stofferne ved siden af mit metadon" (kvinde, slut-30'erne).*

"Fridage" fra behandlingssenhederne kunne således være en måde at beskytte sig selv på. Ser man på behandlingssstedernes åbningstider foregår udleveringen typisk ml. kl. 9 og 11 om morgenen. Enkelte steder har derudover et senere udleveringstidspunkt med samme/mindre interval (observationsnotater). To steder var åbningstiderne blevet udvidet som følge af borgernes ønske. Deltagerne peger på, at de snævre udleveringstider øger risikoen for stofhandel, konflikter mv. fordi så mange borgere i substitutionsbehandling skal møde samtidigt. En deltager beskriver udleveringen om morgen som at "stå som sild i en tønde". En anden forklarede, at han netop var flyttet udenbys for at slippe for stofsælget, men nu blev tilbudt hash hver dag i udleveringstiden:

*"[...] det ville være bedre at udleveringen var spredt ud over længere tid simpelthen [...] Det gør det jo bl.a. nemmere for folk at sælge ting og sager, når der er mange på en gang. Og det gør det sværere for dem, der gerne vil prøve at lade være" (mand, start-40'erne).*

Ønsket om fridage handler således om andet end blot argumentationen om fleksibilitet og forklarer derfor hvorfor nogle vælger at benytte enhederne mindst muligt:



*"Nogle gange når man skynder sig at gå lige når man har fået sin medicin, så handler det om, at man faktisk prøver at passe på sig selv" (mand, start-40'erne).*

Man kan forstå ovenstående med to sæt af logikker, der støder sammen: Behandlernes logik kan omhandle dobbeltrollen om støtte og kontrol. Logikken omkring støtte i denne sammenhæng kan forstås som, at det er bedst for borgerne at komme ofte på enheden, da behandlerne derved kan hjælpe borgeren med at styre stofindtaget. I forhold til kontrol kan logikken være, at de bedre kan observere og kontrollere borgernes stofindtag, påvirkethed mv. ved hyppigt fremmøde. Set fra et brugerperspektiv kan logikkerne dreje sig om, friheden til at gøre som man vil (eksempelvis tage stoffer) som en logik eller ønsket om fridage og flere udleveringstidspunkter som en slags mestringsstrategi for det modsatte; nemlig at beskytte sig selv mod de risici, de oplever der er, ved at blive tilbudt stoffer og blive fastholdt i (stof/behandlings)miljøet.

### **Udvikling og brobygning**

De fleste deltagere gjorde sig ingen forhåbninger om at blive færdigbehandlede. For dem var substitutionsbehandlingen langvarig og dermed også tilknytningen og afhængigheden af behandlingsstedet. Netop derfor er det vigtigt at støtte op om initiativer, der bygger bro ud til det øvrige samfund. Deltagerne pegede selv på emner, der kunne bygges videre på. I en enhed var der etableret en særlig positiv kontakt til politiet, som nuancerede deltagerens syn på autoriteter:

*"Jeg har aldrig haft noget godt forhold til autoriteter. Det har vi alle bøvlet med. Men der kommer nogle gange en politibetjent her på cykel. Han er god. [...] vi holder brugerrådsmøder en gang eller to om måneden her om, hvordan det går. Der var X [politimanden] lige med i sidste uge. Han kommer ikke for at være bussemand. Han er rar at stå og snakke med og man får en anden indsigt ved at snakke med autoriteter, der er menneskelige. Det har hidtil kun været negativt med politiet, men det er godt, at X kommer her på den fredelige måde og snakker med os" (mand, start-50'erne).*

Andre udsagn omhandlede oplevelser af, hvordan behandlingen kommer til at spænde ben for en udvikling udenfor behandlingen. Eksempelvis hensyntagen og støtte til borgere, der er i gang med uddannelse/arbejde:

*"Jeg skal møde kl. 5 minutter over 8 den morgen [med undervisning], så der kan jeg ikke rigtig nå at hente min medicin [medicinudlevering fra 9-11]. Og jeg får først fri kl. ti minutter i 11 den dag, så.. [...]altså du skal have en eller anden kontaktperson her, der er villig til at kæmpe din sag for dig og sådan noget, for ellers kan du glemme det! Og det er også lidt efter, hvordan de kan lide dig" (mand, start-30'erne).*

*"Det var et helvede at få lov til at hente sin medicin, for der havde jeg fri kl. tre, men så blev der lavet en særaftale om, at så skulle jeg komme godt tre og banke på. Men nogle gange så åbnede de ikke. Der er ikke noget du er mere presset på end på din medicin" (kvinde, slut-30'erne).*

Uden medicin vil abstinenssymptomer enten tvinge borgeren til at melde sig syg/droppe skolen den dag eller skaffe et substitut på anden vis for at klare abstinenssymptomerne. I andre tilfælde havde deltagerne helt konkrete behov i forhold til at få deres hverdagsliv til at hænge sammen, og som de i dette tilfælde, lidt tilfældig finder ud af, hvordan man håndterer:

*"Nu da jeg blev enlig mor, der anede jeg ikke, overhovedet ikke noget om, hvad jeg kunne eller hvad jeg ikke kunne og hvor skulle jeg søge? Det var kun fordi, at jeg fik at vide af andre [borgere] med børn, hvad jeg havde af rettigheder og sådan noget" (kvinde, slut-30'erne).*

I en af fokusgrupperne kom man frem til, at det kunne være spændende med små kurser og foredrag eksempelvis fra borgere, der var kommet ud af deres misbrug og kunne fortælle, hvordan de havde klaret det.

# DEL II.

## KAPITEL 5. OPSAMLING AF DELUNDERSØGELSER

### Den kvantitative delundersøgelse

#### Deltagerne

Sammenligner man den rekrutterede gruppe med tal fra den seneste officielle opgørelse over borgere i substitutionsbehandling på landsplan, er deltagerne repræsentative i forhold til køn, alder, og sociale indikatorer: Deltagerne var mellem 22-66 år, med et gennemsnit på 46 år, og ca. en tredjedel var kvinder. Flertallet (ca. 85 pct.) var på overførselsindkomst, 10 pct. under uddannelse/i arbejde, og 80 pct. boede i egen bolig. Gennemsnit på indskrivning i substitutionsbehandling var 15,2 år – de fleste havde været indskrevet på 1-5 behandlingssteder, mens dem, der havde været længst i behandling havde været indskrevet op til 20 steder. Indskrivning på det aktuelle behandlingssted varierede fra 8 måneder til 28 år (i gennemsnit 7,4 år) og 83 pct. var indskrevet i egen kommune. Over halvdelen havde et forbrug af enten alkohol, illegale stoffer eller ikke-ordineret medicin, hvoraf over halvdelen fandt det problematisk.

Målt på WSAS (et skema hvor respondenter vurderer eget funktionsniveau inden for 5 livsområder; arbejde, eget hjem, fritidsaktiviteter med andre mennesker og alene, nære relationer), oplevede deltagerne at være mærkbart belastede i forhold til at varetage et arbejde; næsten halvdelen (45 pct.) følte sig så belastede af deres problemer, at de ikke kunne arbejde, mens næsten en tiendedel slet ikke oplevede at være belastede. Omkring en tredjedel oplevede, at de slet ikke eller i mindre grad var belastede (udover evnen til at varetage et arbejde). Der er altså en gruppe, som ikke oplever at være mærkbart belastet. Samtidig er der en større gruppe, der på tværs af køn og alder oplever at være væsentligt eller alvorligt belastede: Næsten halvdelen i forhold til sociale aktiviteter, og 35-40 pct. i forhold til at klare eget hjem, fritidsaktiviteter alene og det at fungere i familie og nære forhold. At der var en besked, men statistisk signifikant, forskel på borgernes oplevede belastningsgrad mellem behandlingsstederne, bør inddrages i politikker og planlægning af behandling, så man ikke går ud fra, at borgere har behov for de samme tiltag og indsatser på alle behandlingssteder.

#### Hvad har de brug for hjælp til og får de den hjælp

Ikke overraskende blev den medicinske del af behandlingen tillagt størst vigtighed, men en tredjedel også tillagde den psykosociale behandling lige så stor vigtighed, og nogle få ikke tillagde nogen af indsatserne vigtighed. Selvom en del oplever, at de ikke har behov for at få hjælp til forskellige problemer, og mange oplever at de bliver hjulpet, er der plads til forbedringer, så flere i højere grad oplever, at de får hjælp til deres problemer. Det er blandt andet værd at notere sig, at langt de fleste gerne vil have hjælp til fysiske og psykiske problemer, men at mange ikke oplever at få det. Flertallet af dem, der oplevede at have brug for hjælp til forskellige problemer blev hjulpet i nogen eller høj grad. Denne hjælp omhandlede primært reduktion af abstinenser, et mere kontrolleret forbrug af rusmidler, et bedre helbred, at blive stoffri, få det psykisk bedre, forbedre forhold til nære relationer, og i lidt mindre grad at få hjælp til at blive stoffri. Der var dog også en stor gruppe (over en tredjedel), som slet ikke eller i mindre grad oplevede at få hjælp til deres problemer, og det var især de dårligst fungerende, der ikke oplevede at de få den hjælp, de havde brug for. Mændene oplevede oftere, at de fik hjælp til arbejde/uddannelse, og ældre at få hjælp til økonomi.

Over en tredjedel angav, at det ikke var relevant at få hjælp til at starte/blive i arbejde/uddannelse, reducere problemer med kriminalitet, eller forbedre deres boligsituation, og en femtedel, at det ikke var relevant at få hjælp til at blive stoffri. Kun lidt over en tiendedel oplevede, at det ikke var relevant at få hjælp til at forbedre nære forhold, økonomi, få færre abstinenser, stabilisere deres forbrug. Meget få oplevede, at det ikke var relevant at få hjælp til at forbedre helbred eller psykiske problemer.

### **Substitutionsbehandling**

Størstedelen, men ikke alle, fik det ønskede substitutionspræparat og den dosis, de havde brug for. Lidt under tredjedel fik ordineret metadon, mens resten fik buprenorfin og nogle få heroin. Selvom mange fik ønsket præparat og dosis, er der plads til forbedringer på flere behandlingssteder i forhold til at oplyse indskrevne borgere om virkninger og bivirkninger af substitutionsmedicin, samt inddrage dem overvejelser om justering af dosis og præparat: Mens over en tredjedel blev fuldt oplyst om virkninger og bivirkninger, angav næsten en tredjedel, at de slet ikke blev det, og selvom næsten halvdelen blev inddraget i overvejelser om eventuel justering af dosis og præparat, blev en femtedel slet ikke inddraget. At der er plads til forbedringer på flere behandlingssteder understreges af, at der var der signifikant forskel på, hvor meget de blev informeret om virkninger og bivirkninger, og i hvor høj grad de blev inddraget i overvejelser om eventuel justering af dosis og præparat.

### **Hyppighed af kontakt**

De fleste havde hentet substitutionsmedicin på behandlingsstedet inden for de sidste tre måneder. Afhentning på behandlingssted skete langt hyppigere, oftest 1-4 gange om ugen (ca. tre fjerdele) eller hver dag (en femtedel, mens afhentning på apoteket oftest skete sjældnere end hver 14. dag (cirka to tredjedle). Selvom dem, der hentede deres medicin på apoteket ikke var signifikant forskellige i forhold til oplevet belastningsgrad eller sideforbrug, var de oftest ældre, fik ordineret metadon, og oplevede oftere at deres sideforbrug var problematisk. At der var stor forskel på afhentning af medicin på behandlingsstederne kan givetvis forklares med, at stort alle deltager på et af behandlingsstederne hentede medicin sjældnere end hver 14. dag, mens de andre steder stort set hentede hver dag.

### **Samtaler med professionelle**

Flertallet oplevede at behandlingsstederne var tilgængelige udover de fastlagte samtaler; næsten trefjerdele kunne komme forbi og tale med en fagperson, når de havde lyst og behov. Der var dog stor forskel på, hvor ofte den enkelte havde kontakt med personalet i forbindelse med selve behandlingen, og langt hovedparten ønskede hyppigere kontakt. Selvom mange havde kontakt med deres kontaktperson på ugentlig og månedlig basis, talte ca. to femtedele med deres kontaktperson årligt eller mindre, og en femtedel næsten aldrig. Denne variation i kontakt skal ses i forhold til, at over halvdelen ikke havde skiftet kontaktperson i

løbet af det sidste år, mens resten havde skiftet en gang eller mere, og at ca. 80 procent af dem, der havde skiftet kontaktperson, havde fået en ny kontaktperson inden for 14 dage. Kontakt med læge skete langt sjældnere, overvejende hver måned, hvert år eller sjældnere. Der er værd at bemærke, at over halvdelen angav at tale med deres læge årligt eller mindre, og ca. fem procent, at de aldrig talte med en læge. Derudover angav meget få at have kontakt med psykiater og psykolog: næsten trefjerdedele talte aldrig med en psykiater/psykolog, næsten en fjerdel gjorde det årligt eller mindre. Der var ingen sammenhæng mellem oplevet belastningsgrad og grad af kontakt med faggrupper andet end støttekontaktperson. Dette kan måske forklares med, at de mest belastede er dem, der oftest var tilknyttet en støttekontaktperson på mere tæt basis. Der var dog signifikant forskel mellem behandlingssteder i forhold til, hvor hyppigt deltagerne havde kontakt med både kontaktperson, læge, psykolog, og støttekontaktperson. Noget af denne forskel skyldes sandsynligvis, at ikke alle steder har en psykolog ansat eller tilknyttet, ligesom ikke alle steder har læge tilstede på daglig basis. Samlet set var der altså en stor gruppe, der så fagpersonalet sjældent, og der var markant (og statistisk signifikant) forskel på den aktuelle grad af kontakt og den kontakt, de ønskede at have.

### **Socialt samvær**

Næsten trefjerdele havde mulighed for at deltage i en social aktivitet (morgenmad, café, sport eller andet) på behandlingsstedet, mens en femtedel ikke havde mulighed, og en tiendedel ikke vidste om det var en mulighed. Fyrre procent af dem, der kunne deltage i sociale aktiviteter på behandlingsstedet gjorde det dog aldrig, mens næsten en tredjedel kom hver uge, og ca. en tiendedel kom hver dag. Der var et statistisk signifikant ønske om at deltage mere i sociale aktiviteter, især på daglig og månedlig basis, og især mændene ønskede mere kontakt. Dette skal dog ses på baggrund af, at kvinderne oftere deltog i sociale aktiviteter (i gennemsnit deltog kvinderne hver måned/hvert år og mænd deltog hvert år/sjældnere).

### **Rammer og regler**

Lidt over halvdelen oplevede, at behandlingsstedet ofte eller indimellem anvendte kontrol og sanktioner, og der var signifikant forskel på hyppighed af anvendelse på det enkelte behandlingssted på nær stikmærkekontrol. Dette kan højst sandsynligt forklares med, at meget få deltagere oplevede anvendelse af stikmærkekontrol. Omkring halvde-

len oplevede derimod, at der blev anvendt karantæne, og indtagning af fuld dosis på stedet på trods af ønske om at dele dosis op. Derudover omkring en stor gruppe på næsten fyrre procent, at der var overvåget medicinoptrapning efter udeblivelse, daglig afhentning af medicin, ingen mulighed for afhentning af medicin på apotek efter eget ønske, samt urinkontrol, mens omkring en tredjedel oplevede manglende mulighed for hjemtag af medicin. Der var ikke signifikant forskel på, om borgere i metadon- eller buprenorfinbehandling oplevede forskel på anvendelse af kontrol og sanktioner, undtaget urinkontrol, hvor dobbelt så mange, der fik ordineret buprenorfin oplevede, at behandlingsstedet anvendte urinkontrol.

Over halvdelen oplevede, at det ofte eller indimellem var nødvendigt med kontrol og sanktioner for at få tingene til at fungere på behandlingsstedet, mens lidt under halvdelen oplevede, at det sjældent eller aldrig var nødvendigt. Samtidig oplevede næsten trefjerdedele, at det sjældent eller aldrig var noget, der hjalp i forhold til dem selv. Der var signifikant forskel på behandlingsstederne i forhold til, hvor ofte den enkelte deltager oplevede, at det var nødvendigt med kontrol og sanktioner for at få tingene til at fungere på behandlingsstedet, og om det hjalp i forhold til ham eller hende, som ikke kunne forklares ved forskel i oplevet belastningsgrad, køn eller sidemisbrug.

Det kan fortolkes som et paradoks, at meget få oplevede at sanktioner hjalp dem selv, mens langt flere oplevede at sanktioner var nødvendige. Imidlertid er der ikke nødvendigvis en modsætning mellem at opleve, at kontrol og sanktioner kan være nødvendige for at få et behandlingsmiljø til at fungere, selvom den enkelte ikke bliver direkte hjulpet af at blive udsat for samme. Det antyder nok snarere, at der kan opleves et behov for at behandlingsstedet bruger kontrol og sanktioner for at få tingene til at fungere, men at den enkelte borger sjældnere oplever, det giver mening i forhold til hans eller hendes livssituation, eller at kontrollen og/eller sanktionen bliver forklaret og effektueret på en måde, der ikke giver mening.

### **Samlet oplevelse af behandlingen**

Mange oplevede, at der var lavet en behandlingsplan (omkring to tredjedele), mens en fjerdedel angav, at der ikke var lavet en plan, og en femtedel ikke vidste det. Dette skal ses i forhold til, at omkring en tredjedel oplevede, at der ingen sammenhæng var mellem deres problemer og tiltag, mens en femtedel oplevede stor sammenhæng. Selvom mange angav at have en behandlingsplan, indikerer antallet af deltagere, der ikke oplevede en sammenhæng i behandlingen, at der er behov for i højere grad at prioritere, at den enkelte borger får forklaret hans eller hendes behandlingsplan på en måde, så det er nemmere at forstå formål og hensigter med de tiltag, der sættes i værk. Delundersøgelsen peger på, at denne prioritering i høj grad bør indbefatte de mest belastede borgere, idet der var en tydelig sammenhæng mellem oplevet belastningsgrad og manglende oplevelse af at føle sig velkommen, have indflydelse på eget behandlingsforløb og få adgang til den hjælp og støtte. Det er samtidig værd at bemærke, at samme målgruppe ikke oplevede, at personalet i mindre grad var opsøgende og dygtige, at de fik mindre vejledning/gode råd til selv at forbedre egen livssituation, eller at personalet ofte aflyste aftaler eller aktiviteter.

### **Tilfredshed med behandling**

Overordnet var deltagerne godt eller meget tilfredse med behandlingen, og kvinderne mest. De deltagere, der oplevede at være mest belastede var mest utilfredse, ligesom de deltagere, der fik ordineret metadon. At dem, der fik ordineret metadon var mest utilfredse, kan ikke forklares med, at de var mindre velfungerende, men med, at de var ældre, havde været indskrevet længere i behandling, og var mere utilfredse med deres dosis. På samme måde kan det at dem, der fik ordineret buprenorfin ikke var ligeså utilfredse ikke forklares med, at de var mere velfungerende, og derfor havde været nemmere at flytte til medicinsk behandling med buprenorfin. Til gengæld var de var yngre og havde kortere behandlingserfaring. Det er værd at bemærke, at forskelle i tilfredshed generelt kunne ikke forklares med oplevelse af kontrolforanstaltninger så som urinprøvekontrol og daglig afhentning, men med hyppighed af kontakt med kontaktperson og med læge, sådan at hyppigere kontakt var forbundet med højere tilfredshed.

## Den kvalitative delundersøgelse

Der blev afholdt fem fokusgrupper på fem forskellige behandlingsenheder. Stederne var fordelt så der både indgik små og store behandlingsenheder og udvælgelsen indebar enheder fra både Jylland, Fyn og Sjælland. I alt 27 borgere deltog i de fem fokusgruppeinterview, som varierede fra 3 – 7 deltagere i hver. Fokusgruppedeltagerne bestod af 13 mænd og 14 kvinder, der var mellem 29 – 60 år (der var dog ikke oplysninger om alder på tre af deltagerne). De fleste havde mere end ti års behandling bag sig og havde været tilknyttet flere behandlingssteder gennem årene. Nogle havde haft stoffri og behandlingsfri perioder i op til flere år. Ingen udtrykte planer om nedtrapning i interviewene. En fokusgruppe bestod kun af kvinder, en kun af mænd og de resterende tre af både mænd og kvinder. Interviewene varede mellem 1½ – 2½ time.

Fokusgruppeinterviewene foregår som en dialogisk proces, hvor spørgeguiden er semistruktureret, således at der er mulighed for at følge, undersøge og diskutere de udsagn og fortællinger deltagerne selv tager op. Deltagerne gives ligeledes mulighed for selv at stille spørgsmål til hinanden.

### Hvad består behandlingen af

Den medicinske del af substitutionsbehandlingen og aspekter knyttet hertil fyldte mest i deltagerens oplevelse af, hvad deres aktuelle behandling bestod af. Flere af deltagerne havde aktuelt ingen planer om at trække ned i substitutionsmedicin, og flere opfattede det som en livslang behandling. Substitutionsmedicin blev generelt oplevet som en lettelse i dagligdagen om end flere beskrev ængstelse for eventuelle ændringer. Det betød, at flere holdt lav profil i forhold til samtaler med personalet for ikke at tiltrække opmærksomhed, der kunne føre til øget kontrol/forslag om ændringer. Dermed afskar de sig fra professionel hjælp og vejledning.

Flere af deltagerne oplevede sig ikke særligt inddragede i overvejelser om deres medicin, men flere undgik også at tale om emnet. Oplevelsen af manglende indflydelse øgede risikoen for, at man benyttede andre strategier for at klare sig, eksempelvis illegale stoffer/ikke lægeordineret medicin.

I beskrivelserne af hvordan behandlingen foregår, fremgik det, at måden eksempelvis adgang til behandlingssamtaler er tilrettelagt, indimellem stiller nogle krav, som ikke alle borgere har lige nemt ved at efterleve. Deltagerne beskrev således forskellige procedurer (eller mangel på samme), som besværliggjorde og forsinkede forløb og planer. Uklarhed eller sjuksk med procedurer kunne ligeledes svække borgernes tillid til behandlerne. Tilbud som deltagerne fremhævede positivt, var karakteriserede ved at være opsøgende, have personale der var engagerede, viste respekt og forståelse. Her blev samtaler med psykologer også fremhævet i flere fokusgrupper. Sociale og kreative aktiviteter blev også fremhævet som af stor betydning for mange. I surveyen blev der spurgt ind til sociale aktiviteter under ét, mens fokusgruppedeltagerne fik mulighed for at nuancere betydningen af, at der udover caféernes kaffe, også var tilbud om kreative aktiviteter, udflugter mv. Sådanne aktiviteter gav indhold i hverdagen og var med til at øge livskvaliteten og dermed mindske kedsomhed og stoftrang. Langt de fleste efterlyste flere af disse aktiviteter.

De fleste af fokusgruppedeltagerne havde som nævnt lange behandlingsforløb bag sig og mange oplevede forringelser i tilbuddene. Alle henviste i den forbindelse til økonomiske besparelser på behandlingsstederne specifikt og i samfundet generelt. Nogle deltagere pendlede mellem forskellige værestedstilbud mv. efter enhedernes lukketid, men ikke alle havde energi og ressourcer til det.

### Kontakten til behandlerne og behandlingsstedet

Deltagerne lagde i deres beskrivelse af god kontakt med personalet vægt på forskellige egenskaber: Engagement, venlighed og respekt, godt humør og rummelighed. Derudover fremhævede nogle betydningen af, at personalet gav klare beskeder. I flere af eksemplerne gik det endvidere igen, at personale, der viste interesse for én som menneske betød meget. Det vil sige, at man kunne tale om andre ting end stofmisbrug/stoffer og dermed fremstå som andet og mere end en stofmisbruger. Ofte drejede disse eksempler sig om personale, som ikke var ansat som behandlere.

Kontakten til behandlerne varierede fra hyppig til sparsom. For nogle deltageres synspunkt var mere kontakt ikke nødvendigvis bedre. Flere fravalgte kontakten pga. manglende inddragelse, mistillid, forsigtighed, uigennemsigtige – og dermed uigennemskuelige – formål, rammer og regler, eller pga. tidligere/akutelle dårlige erfaringer mv. Det peger på at

behandlerne har en stor opgave i at vinde borgernes tillid, hvis behandlingsmødet skal baseres på et tillidsfuldt samarbejde. Flere deltagere var endvidere trætte af personaleudskiftning og især pga. oplevelsen af at skulle starte forfra.

Kontrolforanstaltninger omhandlede ofte borgernes medicin og stofindtag, som et forsøg på at styre og afhjælpe "sidemisbrug" og "stofhandel". Kontroller som f.eks. urinkontroller kunne opleves som et negativt aspekt, der påvirkede forholdet til behandlerne. I en af fokusgrupperne undrede deltagerne sig over, at man ikke hellere interesserede sig for borgernes udvikling end for deres tis. Sanktioner blev typisk udløst af "uacceptabel adfærd" og her efterlyste nogle deltagere større rummelighed og forståelse overfor mennesker, der lever hårde liv og ofte har mange problemer.

Et væsentligt aspekt af behandlingen, der bør rettes øget opmærksomhed på, er graden af borgerens inddragelse i behandlingen. Inddragelse i denne analyse er tolket bredt, sådan at det, at borgeren ikke er ordentlig informeret om, hvad planen er med f.eks. urinkontroller eller hvad dagsordenen er for et møde, forstås som ikke-inddragelse og er med til at gøre situationen uigennemskuelig for borgere, der i flere tilfælde vil trække sig mere eller mindre fra samarbejdet.

Et andet vigtigt fokuspunkt er enhedernes fysiske rammer og placering. Nogle steder ligger behandlingsenhederne tæt på politiet, hvilket får borgerne til at føle sig overvåget. Deltagerne fremhæver diskretion og anonymitet, hvilket nogle enheder har formået med nedtoning af skiltning/facader, andre steder oplever borgerne sig udstillet, når de træder ind af døren til deres enhed. Betydningen af enhedernes indretning blev også synlig i dataindsamlingen. Nogle steder er det praksis at udveksle oplysninger og beskeder med borgeren, hvor andre borgere eller personale er til stede. At andre borgere kan høre, hvad der bliver sagt, handler om tavshedspligt, at andet personale er til stede i et rum, hvor der foregår en behandlingssamtale, handler om hensyn overfor borgeren.

### **Behandlingens betydning for hverdagen**

Det sociale fællesskab som behandlingsstederne skaber mulighed for, blev værdsat af deltagerne. Flere nævnte mangler på netværk i privatlivet, hvorfor det var rart at kunne drikke kaffe og mødes med andre på behandlingsstedernes caféer. Der var dog også ambivalens forbundet med fællesskabet, idet vennerne her også var forbundet med stoffer og stofhandel. Det var indtrykket, at mere indhold i sociale aktiviteter i tilknytning til fællesskabet, gav (behandlings) hverdagen et positivt løft, som dermed mindskede kedsomhed og stoftrang.

Dilemmaet mellem fællesskab og stofrisiko blev også tydeligt i deltagernes beskrivelser af krav om fremmøde et bestemt antal gange ugentligt. Flere ønskede såkaldte "fridage" fra enhederne, som i første omgang syntes at dreje sig om eksempelvis en praktisk dag i ens bolig. Men ved nærmere diskussion blev det tydeligt, at ønsket om "fridage" også var en måde at beskytte sig selv mod ikke at komme "på gaden" eller "møde vennerne" i forbindelse med fremmøde på behandlingsstedet. Behandlingsstedet var således i deltagernes øjne knyttet til stofmiljøet, hvorfor nogle forsøgte at minimere kontakten. Ønsket om medicinudlevering på apotek omhandlede samme mestringsstrategi. Et stort ønske var derfor at udleveringstiderne blev udvidet, så man på den måde kunne undgå, at alle borgere i substitutionsbehandling skulle møde i samme (lille) tidsinterval.

Tilknytningen til behandlingen blev også omtalt som "at være stavnsbundet", fordi fleksibilitet mht. spontanitet/ferier/rejser mv. krævede ansøgninger og tilladelser fra behandlingsstedet. De fleste deltagere gjorde sig ingen forhåbninger om at blive færdigbehandlede indenfor nær fremtid. Flere anså deres substitutionsmedicin og dermed tilknytningen til behandlingsstedet, som langvarig/livslang. Netop derfor er det vigtigt at støtte op om initiativer, der bygger bro ud af enhederne. Deltagerne pegede selv på interessante emner, der omhandlede ønsket om at bygge bro til det omgivende samfund og ud af behandlingsstederne. Helt konkret var der dog også eksempler på, at behandlingsstederne spændte ben for borgernes hverdag uden for behandlingsstedet, eksempelvis ved at det var svært at få udleveret sin medicin på andre tidspunkter end de faste. Det drejede sig f.eks. om borgere i arbejde eller uddannelse.

### **Afrunding på den kvalitative analyse**

Det kvalitative materiale har overordnet vist forskellige paradokser, dilemmaer og logikker i deltagernes oplevelse af og kontakt til behandlingen:

På den ene side er substitutionsbehandlingen en hjælp i hverdagen og med til at øge livskvaliteten. På den anden side er borgeren afhængige af behandlingsstederne i en grad hvor de indimellem oplever sig fastlåste og stavnsbundne.

På den ene side skaber behandlingsstederne et værdsat rum for socialt fælleskab. På den anden side, eksponerer fællesskabet borgeren for stofsalg og -miljø. Ligesom forringelser i behandlingens indhold og tilbud synes at øge denne risiko.

Krav om fremmøde er ud fra en behandlingslogik en måde at styre og kontrollere borgerens stofindtag på. Fra et brugerperspektiv er det med til at øge risikoen for netop det.

## KAPITEL 6. TENDENSER I SUBSTITUTIONSBEHANDLING 2014

Denne rapport har fremlagt resultaterne af undersøgelsen af opiatafhængiges oplevelse af kvalitet i behandlingen, som Rådet for Socialt Udsatte iværksatte i foråret 2014. Undersøgelsen bestod af to dele: Et survey med 220 deltagere fra 16 forskellige behandlingsenheder foretaget af Center for Rusmiddelforskning (CRF), Aarhus Universitet, og 5 fokusgruppeinterview med i alt 27 deltagere fra 5 af enhederne foretaget af KABS VIDEN.

Formålet med dette kapitel er ikke at opsummere hele rapportens indhold, her henviser vi til de detaljerede opsamlinger af hver delundersøgelse i kapitel 3 og 4. I stedet vil vi med dette kapitel trække nogle centrale tematikker frem, som peger på nogle mere overordnede elementer knyttet til borgernes oplevelse af substitutionsbehandlingen, og som giver anledning til nærmere fokus og diskussion:

- Tilfredshed med behandling ikke en entydig størrelse
- Stadig efterspørgsel på mere behandling og kontakt
- Mere kontakt er ikke nødvendigvis bedre kvalitet
- Kontrol og sanktioner både støtter og udfordrer
- Stort behov for mere inddragelse

### Tilfredshed med behandling ikke en entydig størrelse

Flertallet af deltagerne i surveyen angav at være tilfredse med den samlede behandling, mens en mindre gruppe var utilfredse. I den kvalitative undersøgelsesdel var deltagerne ligeledes generelt tilfredse med at være i substitutionsbehandling og modtage substitutionsmedicin, men holdt tilfredsheden op imod alternativer, der var værre eller ligefrem fatale – eksempelvis ensomhed som alternativ til ikke at komme i behandlingsenheden eller døden som alternativ til ikke at modtage substitutionsmedicin. Tilfredshed skal således ses i en større sammenhæng, hvis det skal give mening i forhold til at undersøge opiatafhængiges oplevelse af kvalitet i behandlingen. Denne pointe fremgik også af SFI's undersøgelse fra 2009 (se kapitel 1), hvor deltagerne også var generelt tilfredse med behandlingen, men samtidig ikke blev tilstrækkeligt hjulpet med deres problemstillinger og efterlyste mere behandling (Benjaminsen et al 2009).

At undersøge tilfredshed med behandling bliver således endnu mere interessant, når man har konteksten for øje. Selvom deltagerne i fokusgruppeinterviewene var tilfredse med substitutionsmedicinen, havde de samtidig en grundlæggende bekymring for, at behandlerne kom med ændringer i forhold til deres medicin. Denne bekymring afspejler en tematik, som Steffen Jöhncke også beskrev i sin undersøgelse om brugererfaringer med metadonbehandling fra 1997, hvor tilfredshed både kunne se som udtryk for en generel tilfredshed med den medicinske del af behandlingen og en eventuel frygt for forandring; "man ved hvad man har og ikke hvad man får" (Jöhncke 1997: 103). Her pegede han på, at afhængigheden af et stof ikke kun er erstattet af afhængigheden til et substitutionsstof, men også af en afhængighed til den pågældende behandlingsenhed, og de beslutninger som bliver truffet. Diskussionen om hvorvidt den medicinske del af substitutionsbehandlingen kommer til at overskygge den socialfaglige del, frem for, som intentionen var, i højere grad at understøtte den, er stadig aktuel knap 20 år efter.

Surveyen synliggjorde et andet interessant perspektiv på tilfredshed, nemlig, at dem som fik ordineret metadon var signifikant mere utilfredse end dem, der fik ordineret buprenorfin. Forskellen kunne ikke forklares med, at dem, der fik ordineret buprenorfin var mere velfungerende. Derimod var de, der fik ordineret metadon mere utilfredse med deres dosis, var ældre, og havde været indskrevet længere tid i substitutionsbehandling end borgere i buprenorfinbehandling. At dette måske afspejler, at substitutionsbehandling har undergået et kulturskifte, ses i det kvalitative materiale, hvor de borgere, der havde været i behandling i mange år ofte fremhævede de ændringer, der var sket indenfor misbrugsområdet, ofte oplevet som forringelser, som følge af besparelser. Selvom surveyen viste, at deltagere, som oplevede at være mest belastet også var de mest utilfredse, viste fokusgruppeinterviewene, at de deltagere, der var ressourcestærke, også kunne være utilfredse med behandlingen. Når man er belastet, og problemerne er mange og komplekse, er det ofte sværere at være tilfreds og det er mere kompliceret at yde den rette hjælp. Samtidig kan mere ressourcestærke borgere opleve, at rammer og vilkår i behandlingen kan spænde ben for tilværelsen udenfor enheden, f.eks. at bestemte medicinudleveringstider kan



udfordre det at passe arbejde/uddannelse. Undersøgelsen peger på, at borgere i substitutionsbehandling ikke udgør en homogen gruppe, men kan have få eller mange og komplekse problemer.

## Stadig efterspørgsel på mere behandling og kontakt

Alle deltagere i surveyen havde et markant ønske om mere behandlingskontakt, og borgere med mindre kontakt var væsentlig mindre tilfredse med behandlingen. Der var stor forskel mellem behandlingsstederne i forhold til grad af kontakt ved både afhentning af medicin og kontakt med forskellige faggrupper. For eksempel hentede borgere oftest deres medicin på behandlingsstedet 1–4 gange ugentligt, mens afhentning af medicin på apotek oftest skete sjældnere end hver 14. dag. Dem, der hentede deres medicin på apotek var oftest ældre, fik ordineret metadon, og oplevede oftere, at deres sideforbrug var problematisk. Der kan derfor stilles spørgsmål til, om der bør være mere løbende opfølgning og kontakt med borgere, der henter deres medicin på apotek, for at sikre en øget kvalitet og dermed også tilfredshed med behandlingen.

I forhold til kontakt med behandlingspersonalet var manglende tilfredshed især knyttet til manglende kontakt med kontaktperson og læge. Det virker ikke tilfredsstillende, at mens den hyppigste kontakt med deres kontaktperson for mange foregik på ugentlig eller månedlig basis, angav lige under halvdelen, at de kun talte med deres kontaktperson årligt eller sjældnere. Ydermere angav omkring halvdelen, at de talte med deres læge årligt eller mindre, mens 20 – 25 pct. svarede, at de talte med en psykiater eller psykolog-gjorde årligt eller mindre, og 70 pct. svarede, at de aldrig gjorde det. At graden af kontakt med disse faggrupper opleves om utilfredsstillende skal ses i forhold til, at langt de fleste havde behov for at få hjælp til fysiske og psykiske problemer. Det er dog også vigtigt at bemærke, at kontinuiteten i forhold til kontakt med kontaktpersonerne synes at være blevet forbedret siden SFI's undersøgelse: Over 50 pct. havde ikke skiftet kontaktperson det sidste år, og over 75 pct. havde ventet højst 14 dage på at få en ny kontaktperson, hvorimod 45 pct. af dem, der modtog ad hoc-ydelser, og 33 pct. af dem, der modtog ambulant behandling (mere end hver 14. dag) havde oplevet mange skiftende kontaktpersoner i SFI's undersøgelse (Benjaminsen et al. 2009). Behovet for at øge borgernes kontakt med behandlings-

stedet blev også understreget i SFI's undersøgelse, hvor især borgere i længerevarende substitutionsbehandling modtog medicinsk behandling, som ofte var kombineret med en lav intensitet af social behandling (Benjaminsen et al. 2009). Samme behov for skærpet fokus blev yderligere understreget i den nyligt udkomne rapport 'Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011' (Tjagvad et al. 2014), hvor afdøde i over halvdelen af forgiftningstilfældene var indskrevet i substitutionsbehandling med metadon på dødstidspunktet.

## Mere kontakt er ikke nødvendigvis bedre kvalitet for borgerne

Selvom andre undersøgelser har vist, at tilfredshed med behandling er tæt forbundet med behandlingskvalitet og støtter op om fastholdelse og effekt (Hesse and Thylstrup 2011), peger nærværende undersøgelse på, at tilfredshed med behandling ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at indskrevne borgere oplever at få adækvat behandling – en pointe, der også fremgik af SFI's undersøgelse (se kapitel 1). Et centralt budskab i denne undersøgelse er, at selvom borgerne efterlyser mere behandling og mere kontakt, så fravælger mange også de muligheder, der er, fordi det er forbundet med forskellige ulemper/ubehag. Eksempelvis fremgår det af undersøgelsen, at det sociale aspekt af behandlingen både er meget vigtig og en udfordring. I det kvalitative materiale blev betydningen af den sociale kontakt, som behandlingsenhederne skaber plads til, fremhævet som noget positivt. Kontakten blev dog til tider fravalgt, fordi det også var forbundet med stor ambivalens, da stofsalg udgjorde en væsentlig risiko i samværet med andre. Deltagerne pegede på, at det korte tidsinterval for medicinudlevering var medvirkende årsag til, at stofscenen rykkede helt i behandlingsmiljøet, fordi flere borgere var nødt til at møde samtidig for at hente deres medicin. I forlængelse af dette, efterlyste deltagerne mere indhold i det sociale samvær, som alternativ til stofmiljøet og ensomhed. Gode behandlingsrelationer og uformelle samtaler, som ikke direkte er knyttet til behandlingen, men fokuserer på andre sider af livet og hverdagen, samt sociale og kreative aktiviteter blev også fremhævet, som meget betydningsfulde og noget de gerne ville have mere af.

## Kontrol og sanktioner både støtter og udfordrer

Selvom der efterspørges mere behandlingskontakt peger denne undersøgelse på, at intentionen om at øge kontakten med borgerne kan støde på udfordringer: Flere deltagere i fokusgruppeinterviewene beskrev for eksempel, at de indimellem undgik kontakten med behandlerne, holdt lav profil og prøvede at klare deres problemer selv, for ikke at risikere, at der blev ændret ved deres medicin eller de blev underlagt skærpet kontrol. Risikoen er således, at kontrol og sanktioner kan komme til at overskygge behandlingsalliancen, fordi det kan opleves som mistænkeliggørelse og ydmygende. Omvendt oplever borgerne, at der kan være behov for, at et behandlingssted bruger kontrol og sanktioner for at få tingene til at fungere på stedet. Dog oplever den enkelte borger sjældnere, at det giver mening i forhold til netop hans eller hendes livssituation. I surveyen svarede mere end halvdelen, at deres behandlingssted benyttede forskellige sanktioner og kontrolforanstaltninger – især karantæne, indtagning af fuld dosis på stedet på trods af ønske om at dele dosis op, efterfulgt af overvåget medicinoptræning efter udeblivelse, daglig afhentning af medicin, ingen mulighed for afhentning af medicin på apotek eller hjemtagelse af medicin, samt urinkontrol. Mens lidt over halvdelen oplevede, at det kunne være nødvendigt for at få behandlingsstedet til at fungere, oplevede lidt under halvdelen, at det ikke hjalp, når det gjaldt en selv. Selvom det umiddelbart virker som et paradoks, er der dog ikke nødvendigvis en modsætning mellem oplevelsen af, at kontrol og sanktioner kan være nødvendige for at få et behandlingsmiljø til at fungere, mens den enkelte ikke oplever at blive direkte hjulpet. For eksempel kan sanktioner rettet mod voldelig adfærd på behandlingsstedet give mening, samtidig med, at sanktioner og kontrol rettet mod misbruget kan belaste behandlingsrelationen og behandlingsforløbet (Jöhncke 1997). Behandlernes rolle som både støtteperson og kontrollant er et vilkår, såvel behandlere som borgere konstant må forholde sig til.

## Stadig behov for mere inddragelse

Et gennemgående ønske fra deltagerne i fokusgruppeinterviewene var at blive inddraget mere i alle aspekter vedrørende deres behandling. Selvom surveyen viste, at

ca. halvdelen oplevede sig inddragede i overvejelser om eksempelvis justering af deres medicindosis, var der dog stor forskel fra behandlingssted til behandlingssted. Mange svarede endvidere, at de ikke oplevede at blive oplyst nok om virkninger og bivirkninger af substitutionsmedicinen. Undersøgelsen peger på et øget behov for at inddrage borgerne mere i deres behandlingsplan og i behandlingen generelt. Mens en stor gruppe (60 pct.) oplevede, at der var lavet en behandlingsplan, oplevede 40 pct. at der enten ikke var lavet en behandlingsplan, eller at de ikke vidste, om der var lavet en plan. Især de mindst velfungerende oplevede sig i mindre grad inddraget. I det hele taget var der en tydelig sammenhæng mellem oplevet belastningsgrad og oplevelse af manglende indflydelse på eget behandlingsforløb.

Den manglende inddragelse kan skyldes flere ting, men det kvalitative materiale i denne undersøgelse peger på, at behandlernes dobbeltrolle som både støtte og kontrollant kan gøre det svært for borgerne at gennemskue, hvornår de er inddragede og hvornår de bliver kontrolleret. Et eksempel der gik igen i interviewene, var oplevelsen af en manglende sammenhæng mellem faglige argumenter og handlinger, for eksempel i forhold til krav om hyppigt fremmøde. Mens det for behandlerne kan være et redskab til at styre indtag og sidemisbrug og dermed ses som hjælp og støtte, kan det for borgerne opleves som et uigennemskueligt indgreb i deres hverdag. Derudover peger undersøgelsen på, at manglende fleksibilitet i medicinudleveringstider indirekte kan påvirke kontakt og dermed øget inddragelse med borgerne. Når flere var nødsaget til at møde samtidig, øgede det stofhandlen på behandlingsstedet, hvorfor nogle forlod stedet så hurtigt som muligt, hvilket reducerede deres mulighed for hyppigere kontakt med personalet. Andre påpegede, at den manglende fleksibilitet kunne være en barriere i forhold til at få andre ting i livet til at fungere, så som at møde til tiden i forhold til uddannelse/job. På den ene side oplever deltagerne at substitutionsbehandlingen er en hjælp og øger deres livskvalitet, på den anden side er borgerne afhængige af behandlingsstederne i en grad, hvor de indimellem føler sig fastlåste og stavnsbundne.

## Hvad er skadesreduktion i dag – afslutning

Selvom substitutionsbehandling har undergået strukturelle forandringsprocesser er der overraskende mange temaer, som går igen over tid i forhold til borgernes oplevelse af og erfaring med substitutionsbehandlingen i Danmark anno 2014. To centrale pointer fra henholdsvis SFI's 5 år gamle undersøgelse (Benjaminsen et al. 2009) og Steffen Jöhnckes knap 20 år gamle undersøgelse (Jöhncke 1997) skal fremhæves her: 1) At skadesreduktionstilgangen utilsigtet havde medført en todeling af behandlingssystemet, hvor borgere med en målsætning om stoffrihed modtog behandling af relativ høj intensitet, mens borgere uden denne målsætning, eller hvor det blev anset som urealistisk, modtog social behandling i begrænset omfang. 2) At borgere i substitutionsbehandling er afhængige af de respektive behandlingssenheders udlevering af substitutionsmedicin og af personalets vurdering af deres adfærd. Disse pointer kan også rejses på baggrund af nærværende undersøgelse, og aktualiserer endnu en gang diskussionen om, hvordan vi opfatter og varetager behandling af borgere i substitutionsbehandling – både dem, der er mere eller mindre belastede, og er indskrevet i kortere eller længere tid.

Selvom det er markant, at langt de fleste efterspørger mere hjælp til fysiske og psykiske problemer er der også forskel på borgere i substitutionsbehandling. De har forskellige ressourcer, udfordringer og ønsker til behandlingen, og der er forskel på deres behandlingsbehov og hvordan de engagerer sig i behandlingen. Det er her vigtigt, at det skadesreducerende sigte både prioriterer de mest belastede, som stadig efterspørger mere hjælp. Men det er lige så vigtigt, at de mere velfungerende borgere prioriteres. I begge tilfælde er der tale om indsatser, hvor der kræves en løbende vurdering og fleksibilitet, så behandlingen ikke overskygger og overtager den tilværelse, som den enkelte borger søger at skabe eller opretholde udenfor behandlingen. Dette kan kun lade sig gøre ved at inddrage den enkelte borger på en måde, så behandlingen opleves som sammenhængende og meningsfuld. På trods af divergerende meninger om politik og praksis, handler skadesreduktion altid om at reducere sociale, psykiske, sundhedsmæssige og økonomiske skader og støtte op om øget trivsel. I denne, som andre undersøgelser, er der ikke noget der tyder på, at behandlerne generelt mangler vilje til at hjælpe borgerne – tværtimod påpeger flere undersøgelser, at behandlerne ofte udviser

stor hjælpsomhed i forbindelse med dataindsamling, eksempelvis i forhold til forbedringer eller kvalitetsudvikling. Alligevel giver denne undersøgelse anledning til at diskutere, hvilke krav vi bør stille til kvalitet, indhold og rammer i behandlingen, så både borgere med mål om stoffrihed og borgere, der vedvarende modtager substitutionsmedicin bliver tilgodeset.

Svaret skal til dels findes i den eksisterende viden om, hvad der støtter op om kvalitet i behandling, og de muligheder, der er for at praktisere det, som ofte begrænses af en række ydre faktorer, så som besparelser, u hensigtsmæssige fysiske rammer, travlhed, normering mm.

De enkelte behandlingssteder kan med fordel også se kritisk på egen praksis for borgerinddragelse, regler og kultur på stedet. I forhold til skadesreduktion synes både begrebet og dets implementering derfor stadig at give anledning til en grundlæggende diskussion om, hvorvidt behandlingskvaliteten prioriteres højt nok i politiske fora og praksis, så den i højere grad inddrager borgernes behandlingsbehov og ønsker, og tilgodeser forskellige målgrupper.

## LITTERATURLISTE

- Asmussen V., Jöhncke S. (2004):  
Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik?  
(Indledning: Perspektiver på brugere)  
Aarhus Universitetsforlag, Aarhus
- Benjaminsen L., Andersen D., Sørensen M. (2009):  
Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.  
In: Velfærd DNFF (ed). København
- Ege P. (2010): Skadesreduktion: et nyt blik på begrebet.  
STOF 16:20-23
- Halkier B. (2010):  
Fokusgrupper: Den fokuserede socialitet.  
I "Kvalitative metoder: En grundbog."  
Hans Reitzels Forlag. København.
- Hesse M., Thylstrup B (2011):  
Ambulant behandling af stofmisbrug.  
Aarhus
- Jourdan M. (2009): Casting light on harm reduction:  
Introducing two instruments for analysing contradictions between harm  
reduction and 'non-harm reduction'.  
International Journal of Drug Policy 20(6):514-520
- Jöhncke S. (1997): Brugererfaringer:  
Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire  
distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem  
for stofmisbrugere 1996-97.  
Socialdirektoratet, Københavns kommune.
- Kvale S. (1997): Interview.  
En introduktion til det kvalitative forskningsinterview.  
Hans Reitzels Forlag. København.
- Ludvigsen K.B., Lydolph T. (2008):  
At blive taget alvorligt – første delrapport fra Projekt Kvindeedukation:  
Stofbrugende kvinders syn på behandling og hjælp.  
KABS VIDEN Glostrup

- Mataix-Cols D., et al. (2005):  
Reliability and validity of the Work and Social Adjustment Scale in phobic disorders Comprehensive psychiatry  
46:223– 228
- Miles H., Barrabee E., Finesinger J. (1951):  
Evaluation of psychotherapy: with a follow up study of 62 cases of anxiety neurosis Psychosomatic medicine 13(82)
- Socialstyrelsen (2013):  
Mennesker med misbrug – Sociale indsatser, der virker.  
Socialstyrelsen, Odense
- Sundhedsstyrelsen (2013): Narkotikasituationen i Danmark 2013.  
Årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA.  
Sundhedsstyrelsen
- Sørensen M., Skov D., Houmann C.E., Larsen A.G., Stamer N.B. (2009):  
Den sociale stofmisbrugsbehandling  
– brugernes og de pårørendes perspektiv, vol 2. SFI .  
Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København
- Thylstrup B. (2011): Numbers and narratives.  
Nordic Studies on Alcohol and Drugs 28(5-6):471-486
- Tjagvad G., Petersen H., Thylstrup B., Biong S., Clausen T. (2014):  
Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011.  
TrykKeriet, Københavns Kommune, SERAF



**RÅDET FOR  
SOCIALT  
UDSATTE** Rådet for Socialt Udsatte  
Bredgade 25F, 4. sal  
1260 København K  
[www.udsatte.dk](http://www.udsatte.dk)  
[post@udsatte.dk](mailto:post@udsatte.dk)