

# SLOF

VIDEN OM  
RUSMIDLER  
OG SAMFUND



# STOF

## STOF/Center for Rusmiddelforskning

Bartholins Allé 10, bygn. 1322, 8000 Aarhus C

### Kontakt (også om abonnement): [stof@crf.au.dk](mailto:stof@crf.au.dk)

Læs mere om STOF eller om abonnement på [www.rusmiddelforskning.dk/stof](http://www.rusmiddelforskning.dk/stof)

### Redaktion:

Bagga Bjerge (ansvarshavende)  
Karina Luise Andersen (redaktør)  
Marianne Pilegaard (journalist)

### Grafisk tilrettelæggelse

Walk.Agency

### Illustrationer:

Mathilde Vesterherup

### Korrektur:

Niels Sørensen

### Tryk:

We Produce

### Klip og redigering af podcast:

Rasmus Hamann

### Redaktionen afsluttet:

1. januar 2024

### ISSN:

1397-338X

### Oplag:

3700



STOF nr. 48 udkommer i sommeren 2024

Hvis du gerne vil vide mere om rusmiddelforskning, så følg Center for Rusmiddelforskning på LinkedIn eller vores Facebookside 'Rusmiddelforskning'.

Du kan også modtage vores nyhedsbrev, som udkommer via mail ca. hver anden måned. Du finder tilmeldingslink på forsiden af [www.rusmiddelforskning.dk](http://www.rusmiddelforskning.dk).

*STOF udgives af Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, på bevilling fra Socialstyrelsen. Bladet indeholder både artikler fra forskere på Center for Rusmiddelforskning og fra andre forskere og praktikere. Artikler i bladet dækker derfor ikke nødvendigvis redaktionens eller Center for Rusmiddelforskningens synspunkter, men er baseret på forfatterens egen faglige viden, perspektiver og tilgange.*

*Artikler eller større uddrag må gengives med kildeangivelse.*

Ønsker du at abonnere på STOF?

Så send mail til [stof@crf.au.dk](mailto:stof@crf.au.dk)

Bladet udkommer tre gange om året,  
og abonnementet er gratis.

OBS. Hvis du som abonnent flytter til en ny adresse, så er det vigtigt, at du meddeler det til os på [stof@crf.au.dk](mailto:stof@crf.au.dk), da din adresse ikke automatisk bliver opdateret hos os. Dette gælder også, hvis du modtager STOF på din arbejdsplads og skifter job.

Idéer og forslag til nye artikler er også altid meget velkomne. Skriv til [stof@crf.au.dk](mailto:stof@crf.au.dk)

Hvis du ikke selv ønsker at skrive en artikel, men måske har faglige spørgsmål eller emner, du ønsker at foreslå os at skrive om i STOF, så hører vi også meget gerne fra dig.

*Læs mere på [www.rusmiddelforskning.dk/stof](http://www.rusmiddelforskning.dk/stof)*

---

Vidste du, at STOF udgiver podcast? Her kan du lytte til forskerne fra Center for Rusmiddelforskning læse de artikler op for dig, som de har skrevet til STOF. Find podcasten i din podcast-app eller på [www.rusmiddelforskning.dk/stof](http://www.rusmiddelforskning.dk/stof) → STOF-podcast

# Indholdsfortegnelse

## 06 Forord

AF KARINA LUISE ANDERSEN

## 08 Følelsen af samhørighed er et vigtigt element for effekt af gruppebehandling for rusmiddelafhængighed

*Gruppebehandling tilbydes på mange af landets rusmiddelcentre, og effekten i forhold til individuel behandling har ofte været diskuteret. En gennemgang af den eksisterende forskning viser dog, at der er nogle fordele ved gruppebehandling, men at mange faktorer er afgørende for effekten.*

AF SIDSEL HELENA KARSBERG

## 14 Det vil gøre en forskel, hvis vi får nationale retningslinjer til udredning og behandling for unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer

*Danmark har ikke nogen nationale retningslinjer for udredning og behandling til unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Hvis man på et tidspunkt skal i gang med at lave nogle sådanne, vil man blandt andet kunne hente inspiration fra Norge, Australien og USA, hvor der findes retningslinjer.*

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN, BIRGITTE THYLSTRUP, LEI BLANDING JOBE OG SIDSEL SCHRØDER

## 20 Der er brug for et centralt koordineret netværk af RED LIV-trænere, hvis opioid-overdoser skal stoppes

*Opioid-overdoser er et alvorligt problem i Danmark, men der er opnået gode erfaringer med det såkaldte RED LIV-program, som har til formål at uddanne stofbrugere og mennesker omkring dem i brugen af livreddende behandling ved overdoser. RED LIV er dog konstant truet på sin eksistens. Der er behov for en centralt styret indsats.*

AF HENRIK THIESEN, BIRGITTE THYLSTRUP OG MORTEN HESSE

## 26 ESSAY: LSD-JOURNAL 1962

AF MALENE RAVN

## 34 På kanten af sundhedssystemet: Der er stigende interesse for psykedelisk terapi til flere forskellige formål

*Både danske og internationale forskere er aktuelt ved at undersøge brug af psykedeliske stoffer til behandling af PTSD og andre psykiske lidelser. Interessen findes dog ikke kun i forskningskredse. Undergrundsterapi med psykedeliske stoffer vinder frem, og nogle af de mere erfarne behandlere oplever forandringer i, hvad klienterne efterspørger.*

AF MARGIT ANNE PETERSEN

## 40 Risici ved rusmiddelbrug er afhængigt af øjnene, der ser

*Risici ved rusmiddelbrug fokuserer ofte på negative sundhedsmæssige konsekvenser, men hvad der opfattes som risici, varierer, afhængigt af hvem man er, og hvilken situation man befinder sig i. Det er vigtigt at få indsigt i forskellige perspektiver for at kunne udvikle rette forebyggelses- og behandlingstiltag.*

AF SIF INGIBERGSDOTTIR MOGENSEN, OLGA JUUL ERIKSEN, OSKAR ENGHOFF, MARGIT ANNE PETERSEN, BIRGITTE THYLSTRUP OG JONAS STRANDHOLDT BACH

## 46 Thor giver stemme til voksne børn, der er vokset op i et hjem med rusmiddelproblemer

*Mere end 1500 fortællinger om at vokse op i et hjem med rusmiddelproblemer har givet Instagramprofilen 'Creating a Voice' en stemme i debatten om, hvordan samfundet bedst hjælper børn, der har forældre med rusmiddelproblemer. Thor Allentoft er manden bag 'Creating a Voice'.*

AF NANNA STÆRMOSE

## 54 **Alle mennesker har en livshistorie – den skal vi interessere os for, hvis velfærdssystemets hjælp skal have effekt**

*I en ny bog introduceres begrebet 'relationel velfærd', som skal ændre fokus for, hvordan mennesker hjælpes i velfærdssystemet. Det afgørende udgangspunkt for relationel velfærd er, at mennesker med behov for hjælp selv skal have lov til at være med til at definere, hvad deres udfordringer er, og hvilke løsninger de har brug for.*

AF HELLE ØBO

## 60 **PÅ EGEN KROP OG SJÆL – rusmiddelbrugeres erfaring og perspektiv**

**Anders Lind Thorning: Alkohol gjorde mig træt af mig selv**

*Næsten hver weekend stod den på fest og druk med venner og skolekammerater. Drikkekonkurrencer, øl og shots i lange baner. Men på et tidspunkt blev prisen for festerne for høj, selvværdet var i bund, og han opsøgte behandling. Nu er det sport, ny kæreste og et godt job, der tager al Anders' tid.*

AF MARIANNE BÆKBØL

## 64 **”Det her sted er trygt og roligt for dit sind”**

*Omsorgscenter Eirsgaard modtager mennesker, der er hjemløse, som bliver udskrevet fra hospitalet, eller som har andre sundhedsproblemer, og som ellers skulle opholde sig på gaden i skrøbelig tilstand. Hvis beboerne har stof- eller alkoholproblemer, er de stadig velkomne. Alle passer godt på stedet, der har vist sig at være en økonomisk gevinst for samfundet.*

AF LISE MØLLER SCHILDER

## 68 **At få behandlet sine traumer via kropsterapi kan være vejen ud af afhængighed**

*Mennesker, der har været udsat for traumer, har større sandsynlighed end andre for at udvikle afhængighed af rusmidler. Det taler for behandling af traumer som en afgørende del af rusmiddelbehandling. Symptomer på traumer er forstyrrelser af kroppens sanser, og psykoterapi med fokus på kroppens reaktioner kan derfor være hjælpsomt.*

AF MAJA FROMMELT OG BENJAMIN JENSEN

## 76 **ILDSJÆLENE**

**”Fra jeg vågner, til jeg går i seng, har jeg fokus på at hjælpe mødre og fædre med stof- eller alkoholproblemer, så de kan skabe en tryk barndom for deres børn”**

*Anne-Camilla Nielskov  
– direktør i 'Fri af Misbrug'*

AF KARINA LUISE ANDERSEN

## 88 **Nyt fra Center for Rusmiddelforskning**



STOF NR. 47 / FORÅR 2024

# Stemmer



Karina Luise Andersen er  
cand. mag. og redaktør på STOF

Velkommen til STOF nr. 47 med temaet 'Stemmer'.

Stemmer er ofte et budskab både i form og indhold. De kan være livsfortællinger og have tonerarter og rumklange og tage form af kor eller soloer. De kan være kraftfulde og velartikulerede eller lavmælte og usikre.

Nogle gange stemmer vi i, andre gange stemmer vi ud eller på. Andre gange er vi stumme. Eller også høres eller forstås vi blot ikke af andre.

På rusmiddelområdet er der masser af stemmer. Nogle lyder højere end andre. Nogle tages alvorligere end andre. Nogle gentages oftere end andre. Nogle er aldrig blevet hørt.

I dette nummer af STOF kan stemmer på rusmiddelområdet høres, give indsigt og bidrage til nuanceret viden. Bl.a. fortælles, at:

"Følelsen af samhørighed er et vigtigt element for effekt af gruppebehandling for rusmiddelafhængighed";

"Det vil gøre en forskel, hvis vi får nationale retningslinjer til udredning og behandling for unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer";

"Der er brug for et centralt koordineret netværk af RED LIV-trænere, hvis opioidoverdoser skal stoppes";

"Der er en stigende interesse for psykedelisk terapi"; og

"Risici ved rusmiddelbrug er afhængigt af øjnene, der ser".

Læs derudover også om en Instagramprofil, som giver mulighed for, at stemmer fra voksne børn, der er vokset op i et hjem med rusmiddelproblemer, kan høres på måder, de ikke er blevet hørt før.

Og meget, meget andet.

Dette nummers ildsjæl er direktør Anne-Camilla Nielskov fra foreningen 'Fri af Misbrug', mens hovedpersonen i 'På egen krop og sjæl – rusmiddelbrugerens erfaring og perspektiv' er Anders Lind Thorning, som i en ung alder følte, det var nødvendigt at stoppe med at drikke alkohol. Forfatter Klaus Ribbjerg lægger ord til digtet 'Tømmermænd' på bagsiden af bladet, mens du inde i bladet kan læse forfatter Malene Ravn give stemme til patienter, som fik LSD i medicinske forsøg i Danmark i 1960'erne: "jeg glider væk ustandselig, det er, som om jeg skulle dø."

Rigtig god læselyst.  
Karina Luise Andersen  
Redaktør

# Følelsen af samhørighed er et vigtigt element for effekt af gruppebehandling for rusmiddelafhængighed

Gruppebehandling tilbydes på mange af landets rusmiddelcentre, og effekten i forhold til individuel behandling har ofte været diskuteret. En gennemgang af den eksisterende forskning viser dog, at der er nogle fordele ved gruppebehandling, men at mange faktorer er afgørende for effekten.

AF SIDSEL HELENA KARSBERG



Sidsel Helena Karsberg er psykolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning





STOF NR. 47 / FORÅR 2024

I foråret 2023 udkom en evaluering fra Center for Rusmiddelforskning med fokus på effekten af gruppebehandling for unge i stofbehandling [1]. Metoden, der blev evalueret, er en videreudvikling af den såkaldte MOVE-metode, som oprindeligt er en individuel behandlingsmetode, der bygger på kognitiv adfærdsterapi og den motiverende samtale. MOVE har vist positive resultater for unge med rusmiddelproblemer, og i evalueringen vurderes det overordnet, at resultaterne af MOVE som gruppeindsats er lovende, og det fremgår, at de unge, der modtog indsatsen, har opnået betydeligt bedre resultater end en naturlig kontrolgruppe (dvs. unge i undersøgelsen, der modtog standardbehandling, som ikke var MOVE-baseret).

Evalueringen sammenligner MOVE i individuelt format og i gruppeformat og konstaterer, at behandlingsresultaterne af den individuelle og den gruppebaserede indsats matcher hinanden ved opfølgning seks måneder efter. Dette gør sig dog ikke gældende ved opfølgning ni måneder efter, hvor de unge, der har modtaget MOVE som gruppebehandling, i mindre grad har opnået stoffrihed end de unge, der modtog individuel behandling. I analyser af resultaterne konstateres det, at forskelle i typer af rusmiddelbrug hos den enkelte, angst for at deltage i gruppebehandling og gruppestørrelse kan have været af afgørende betydning for resultaterne.

Med andre ord lægger evalueringen op til, at der er en række specifikke faktorer, der er afgørende for effekten af gruppebehandling. Nogle af disse faktorer har med målgruppen at gøre, andre med den ramme, som gruppebehandling udbydes i, og endelig er der i kraft af den nævnte forskel mellem effekten af standardbehandling og MOVE noget, der tyder på, at metoden er afgørende for behandlingseffekten.

#### **Forskning kan sige en del om effekten af gruppebehandling, men ikke nok**

Kun en mindre andel af effektundersøgelser af rusmiddelbehandling har undersøgt effekten af gruppebehandling. I en oversigtsartikel, der samlede 119 effektundersøgelser af den motiverende samtale i rusmiddelbehandling [2], konkluderes det eksempelvis, at der var for få undersøgelser, der undersøgte effekten i et gruppeformat, til at drage konklusioner om effekten af gruppebehandling. Inden for de seneste år er forskningen dog blevet markant klogere på effekten af gruppebehandling – særligt i kraft af to oversigts-

analyser fra 2019 og 2021, der samler resultater fra henholdsvis 50 og 33 undersøgelser af effekten af gruppebehandling [3, 4]. Viden fra disse analyser vil vi kigge nærmere på i det følgende.

Der er udviklet gruppebehandlingstilbud til stort set alle psykiatriske lidelser, underliggende sårbarheder, par- og familieproblemer såvel som positiv psykologisk udvikling. Gruppetilbud i rusmiddelbehandling dækker i sig selv over en meget bred vifte af forskelligartede tilbud, der kan strække sig fra helt korte psykoedukations-forløb, selvhjælpsgrupper, motivationsgrupper og mindfulness-grupper til længere tema-baserede forløb, der tager udgangspunkt i eksempelvis en kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang eller 12-trinsmodellen (fx kendt fra AA – Anonyme Alkoholikere).

**Når der kigges på evidens for gruppebaseret rusmiddelbehandling, er der ingen tvivl om, at gruppebehandling virker. Det store spørgsmål er, om det virker bedre end individuel terapi.** Overordnet set viser de to undersøgelser, at der ikke er de store forskelle i effekt. Analyserne viser en svag tendens i retning af, at gruppebehandling faktisk er bedre til at facilitere afholdenhed end individuel terapi med den samme metode og standardbehandling. I forhold til trivsel er gruppebehandling langt bedre til at øge trivsel end ingen behandling, men når det sammenlignes med individuel behandling, ses der heller ikke her afgørende forskelle i effekt.

I en gennemgang af effektundersøgelser i stofbehandling viser analyserne, at det, vi ved om effekten af behandling, i høj grad også er betinget af typen af rusmiddel og dermed målgruppen. Man har fx fundet, at kognitiv adfærdsterapi i grupper og gruppebehandling, der anvender belønning (hvor der fx gives belønning for rene urinprøver), er mest effektive til at reducere kokainbrug, hvorimod undersøgelser, der har fokuseret på brug af opioider, finder, at gruppebaserede programmer for HIV-smittede eller kognitiv adfærdsterapi kombineret med medicinsk behandling er de mest effektive. I forhold til brug af flere typer rusmidler er gruppebehandling, hvor man fokuserer på mestring og adfærd, mest effektive til at reducere psykiatriske symptomer og rusmiddelbrug, hvorimod der for denne målgruppe ikke ses de samme lovende resultater for kognitiv adfærdsterapi. Den nuværende viden er i høj grad udtryk for den endnu begrænsede viden på området. Evidens-

grundlaget er i høj grad også et resultat af, at man i højere grad har afprøvet visse interventioner på bestemte målgrupper. Der er meget få undersøgelser, der har undersøgt den samme behandlingsmetode til mange forskellige typer af rusmidler, og derfor bliver den eksisterende viden fragmenteret.

### Sund skepsis over for den eksisterende forskning er på sin plads

På grund af den spredte viden kan vi ikke antage, at en metode, der er effektiv til reduktion af cannabis, er effektiv til reduktion af opioider. Der er dog nogle metoder i gruppeformat, der viser gode resultater på tværs af mange undersøgelser, fx kognitiv adfærdsterapi og belønningsbaserede grupper, og for nuværende er det de metoder, der er bedst evidens for. Dog tyder eksisterende resultater også på, at mennesker med brug af flere typer rusmidler har brug for gruppetilbud, der fokuserer mere på mestring og adfærd.

I forhold til forskningslitteraturen bør man være kritisk. Det bør man af en række grunde:

- 1) Undersøgelser af effekt har ofte fokus på veletablerede metodiske tilgange såsom kognitiv adfærdsterapi – hvorimod andre metoder, der kunne være lige så lovende eller mere lovende, aldrig eller sjældent bliver testet.
- 2) Metoder såsom kognitiv adfærdsterapi kan være udformet og praktiseres på mange måder, og derfor er det svært at gennemskue, hvilke elementer der er de virksomme. Forskning tyder på, at det i virkeligheden i højere grad er de dynamiske processer og i mindre grad metoden, der er afgørende for effekten.
- 3) De opsamlende effektstudier forholder sig ikke til længde på metoden (antal sessioner og tid pr. session). Således giver det måske mening, at psykoedukation, som ofte er af kort varighed, er mindre lovende end behandlingsforløb, der typisk er længere.
- 4) Undersøgelser af gruppebehandling inkluderer ofte behandlere, der er trænet i individuel behandling, men ikke gruppebehandling – dette kan påvirke effekten betragteligt.

Og så er det værd at nævne, at den eksisterende forskningslitteratur viser en generel tendens til, at oplevelsen af samhørighed (og ikke metoden) er fundet at være den mest afgørende faktor for effekten af gruppebehandling [5]. **Samhørighed dækker både over oplevelsen af at være en enhed og forbundet med gruppen. Denne oplevelse er i høj grad forbundet med motivation. En gruppe, der oplever samhørighed, vil desuden i højere grad udtrykke omsorg, opmuntring og støtte til de øvrige gruppemedlemmer, hvilket forstærker effekten af den terapeutiske proces.** En behandler i en gruppe kan fokusere mere eller mindre på at facilitere samhørighed og være mere eller mindre dygtig til det. Således kan gruppebehandling med trænede behandlere, der har fokus på at facilitere samhørighed, tænkes at være mere effektiv, end de eksisterende undersøgelser viser.

### Fordelene ved gruppebehandling

På trods af huller i den eksisterende viden er der en række etablerede fordele ved gruppebehandling set i forhold til individuel behandling. Frem for at få perspektiv og støtte af én terapeut har man i gruppeterapi mange menneskers støtte og perspektiver til rådighed. Hvor den individuelle terapeut kan tilbyde et mere privat og tæt terapeutisk forhold, kan gruppen derimod give en følelse af fællesskab og tilhørsforhold. I undersøgelser af, hvad gruppedeltagere selv oplever er årsagen til, at de oplever effekt af gruppebehandling, bliver samhørighed, katharsis (at opleve renselse), at lære af andres oplevelser, øget selvværd og at opleve et vendepunkt fremhævet som de væsentligste faktorer [6, 7]. Grupperne giver også medlemmerne mulighed for at lære af hinanden igennem forslag og råd, observation af kommunikation mellem gruppemedlemmer og identifikation med andres adfærd. Derudover kan medlemmerne i gruppen også drage fordel af selv at få oplevelser med at tilbyde støtte, indsigt og forslag – noget, der sjældent er rum til i individuel terapi.

Selvom de varierer på tværs af forskellige slags grupper, giver disse unikke terapeutiske faktorer mulighed for oplevelser, der har potentiale til at korrigere adfærd og følelser, både på individniveau og på et medmenneskeligt niveau. Desuden kan disse gruppeprocesser fungere sammen med teorispecifikt indhold og teknikker. At levere en teorispecifik behandling (fx kognitiv adfærdsterapi) i et gruppeformat kan således potentielt bidrage til udvikling ud over, hvad der er tilgængeligt i et individuelt forløb.

### Hvordan gruppen sammensættes, kan være afgørende for effekten

I en nylig artikel argumenterer den amerikanske psykiater Nora Volkow for, at tiden er inde til en mere dimensionel tilgang til alkohol- og stofbehandling [8], dvs. en tilgang, hvor vi i højere grad tager stilling til det enkelte menneskes udgangspunkt, ressourcer og motivation.

Et eksempel på dette kunne ligge i et strategisk valg i forhold til at tilbyde gruppebehandling baseret på en individuel vurdering af, hvem der kan tænkes at profitere af et gruppeforløb. Dette er dog mere udfordrende, end man kunne tro. Desværre kender mange mennesker ikke til de unikke fordele ved gruppeterapi eller har svært ved at tro på, at de selv kan drage fordel af gruppeterapi. Undersøgelser viser, at de fleste mennesker foretrækker individuel behandling [9-11].

De mennesker, som kan tænkes at profitere mest af et gruppeforløb, er også typisk den gruppe, der er mest skeptiske. Det kan være mennesker, der skammer sig over deres rusmiddelbrug, mennesker, der har svært ved at dele deres sårbarheder, eller mennesker, der finder det vanskeligt at stole på andre. Hvis man i rusmiddelbehandling udelukkende bruger motivation som pejling på valg af gruppe som behandlingstilbud, vil det sandsynligvis medføre, at mennesker, der er vant til at dele tanker og følelser, og som har gode sociale evner, primært vil være dem, der tager imod tilbuddet. Således overses et meget stort behandlingspotentiale, og man kan risikere at miste nogle af de livlige og interessante dynamikker, der er allermest virksomme. **At være opmærksom på, at der uundgåeligt vil være gode og mindre gode gruppesammensætninger, kan i virkeligheden beskytte mod en for stram kurs, der kan forhindre en stor målgruppe i at opnå fordelene ved gruppebehandling.**

Ovenstående taler for vigtigheden af, at fordelene ved gruppebehandling præsenteres for mennesker med behov for behandling, så der skabes tryghed og forståelse for rammerne. Det kunne eksempelvis inden forløbet understøttes ved, at den primære behandler fremviser gruppebehandlingsrummet, og at gruppebehandleren og gruppedeltagerne præsenterer sig selv, fordelene ved gruppebehandling og det konkrete arbejde, de laver i gruppen

Samtidig er der dog visse personlighedstræk og barrierer, som kan være problematiske i en gruppe. Udtalt aggression og manglende evne til at aflæse sociale spilleregler kan eksempelvis kompromittere hele gruppens oplevelse af samhørighed og udbytte af behandlingen. Disse træk bør selvfølgelig også tages med i en vurdering af, om gruppebehandling er det rette tilbud for den enkelte – men også for gruppen.

Afsluttende kan man sige, at der er meget, der tyder på, at gruppebaseret rusmiddelbehandling er et vigtigt og effektivt tilbud. Metodisk er grupper, der anvender kognitiv adfærdsterapi og belønning, bedst understøttet, men der er meget, der tyder på, at gruppedynamikker såsom samhørighed er vigtigere for effekten af gruppebehandling. Overvejelser omkring målgruppen, og hvordan tilbuddet præsenteres og rammesættes, kan være afgørende for effekt.

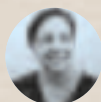
### Referencer:

1. Pedersen, M.U., et al., *Evaluering af MOVE gruppebehandling for unge*. 2023, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Aarhus.
2. Lundahl, B.W., et al., *A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies*. *Research on Social Work Practice*, 2010. 20(2): p. 137-160
3. López, G., et al., *A review of research-supported group treatments for drug use disorders*. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2021. 16(1): p. 51.
4. Lo Coco, G., et al., *Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials*. *J Subst Abuse Treat*, 2019. 99: p. 104-116.
5. Forsyth, D.R., *Recent advances in the study of group cohesion*. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2021. 25(3): p. 213-228.
6. Putra, D., *Perceived Importance of Therapeutic Factors in University Students Thematic Support Group*. 2017.
7. Hauber, K., A.E. Boon, and R. Vermeiren, *Therapeutic factors that promote recovery in high-risk adolescents intensive group psychotherapeutic MBT programme*. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2019. 13: p. 2.
8. Nora D. Volkow, M.D., *Personalizing the Treatment of Substance Use Disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 2020. 177(2): p. 113-116.
9. Kealy, D., et al., *When it is not a good fit: Clinical errors in patient selection and group composition in group psychotherapy*. *Psychotherapy (Chic)*, 2016. 53(3): p. 308-13
10. Kealy, D., et al., *Challenging assumptions about what men want: Examining preferences for psychotherapy among men attending outpatient mental health clinics*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2021. 52(1): p. 28-33.
11. Strauss, B., et al., *Attitudes Towards (Psychotherapy) Groups: Results of a Survey in a Representative Sample*. *Int J Group Psychother*, 2015. 65(3): p. 410-30.

# Det vil gøre en forskel, hvis vi får nationale retningslinjer til udredning og behandling for unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddel- problemer

Danmark har ikke nogen nationale retningslinjer for udredning og behandling til unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Hvis man på et tidspunkt skal i gang med at lave nogle sådanne, vil man blandt andet kunne hente inspiration fra Norge, Australien og USA, hvor der findes retningslinjer.

AF KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN, BIRGITTE THYLSTRUP, LEI BLANDING JOBE OG SIDSEL SCHRØDER



Katrine Schepeleern Johansen er antropolog, ph.d., leder og seniorforsker ved Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser og lektor ved Statens Institut for Folkesundhed



Lei Blandin Jobe er kandidat i folkesundhedsvidenskab og tidl. forskningsassistent ved Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser og Center for Rusmiddelforskning



Birgitte Thylstrup er psykolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning



Sidsel Schrøder er pædagogisk antropolog og akademisk medarbejder ved Center for Rusmiddelforskning



Retningslinjer

- ikke slip
- og se på
- ikke slip
- 
-

Antallet af unge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, også kaldet dobbeltdiagnose, vokser i den regionale behandlingspsykiatri (1), og også i den kommunale rusmiddelbehandling ses et betydeligt overlap mellem rusmiddelproblemer og psykiske vanskeligheder (2). Alligevel findes der ikke nogen fælles nationale retningslinjer for udredning og behandling, der beskriver, hvordan unge under 25 år med dobbeltdiagnose bør mødes og behandles. Det resulterer i, at der er en betydelig variation i, hvordan unge bliver mødt, og at der mange steder i landet mangler målrettede tilbud til målgruppen.

Man kan selvfølgelig spørge, hvorfor det er vigtigt at have et særligt blik på at skabe nationale retningslinjer til unge-området og ikke først og fremmest blot til alle mennesker med dobbeltdiagnose.

Der er dels det forhold, at de unge har et langt liv foran sig og i ungdomsårene udvikler mange af de færdigheder, som de skal bruge senere i livet – det er i denne periode, at de danner deres selvstændige identitet, og hvor mange tager en uddannelse, flytter hjemmefra og skal lære at klare sig selv og finde ud af, hvordan det gode liv ser ud for dem. Hvis vi kan hjælpe dem tidligt, så sparer vi de unge for mange års belastninger både i deres nuværende liv, men også i deres fremtidige tilværelse. Dertil kommer, at i unges liv spiller relationer til forældre og søskende en meget central rolle. Der er derfor vigtige integrerede forhold i unges liv, som der bør tages højde for i nationale retningslinjer

### **De internationale retningslinjer til unge rækker fra ingen til vidt dækkende**

I 2021 modtog Center for Rusmiddelforskning og Kompetencecenter for Dobbeldiagnoser en bevilling fra Helsefonden, der muliggjorde, at vi kunne identificere og gennemgå en række internationale retningslinjer for udredning og behandling til unge med dobbeltdiagnose. Da aldersgruppen – unge under 25 år – også dækker unge under 18 år, betød det i praksis, at vi måtte have fat i retningslinjer for både børneområdet og voksenområdet.

I foråret 2022 søgte vi systematisk på retningslinjer, der beskæftiger sig med indsatser til unge med dobbeltdiagnose, fra Norge, Sverige, USA, England og Australien (grundet sproglig afgrænsning). Vi søgte på retningslinjer fra de seneste ti år og kun fra nationale myndigheder. Retningslinjer-

ne blev gennemlæst, og beskrivelserne af indsatserne på en række områder – bl.a. udredning, behandling, efterværn, inddragelse af de unge selv og inddragelse af pårørende – blev opsummeret i en rapport: 'Unge og dobbeltdiagnose 1. Rapport om retningslinjer om udredning og behandling uden for Danmark' (3) (se [www.rusmiddelforskning.dk](http://www.rusmiddelforskning.dk) under 'Publikationer' og 'Rapporter'). Kort fortalt har hverken Norge eller Sverige målrettede retningslinjer til målgruppen, og i de norske retningslinjer for voksne advares der mod at bruge retningslinjer udviklet til voksne til børn og unge.

I England gælder retningslinjerne fra NICE (National Institut for Clinical Excellence) fra 14 år og opefter. I USA og Australien findes der retningslinjer for børn og unge under 18 år. Det kan af særlig relevans nævnes her, at de australske retningslinjer bygger på en række principper for udredning og behandling til unge:

1. En ungevenlig tilgang;
2. Opfølgning ved udeblivelser;
3. Fokus på tilgængelighed til hjælp;
4. Hurtig screening og udredning;
5. Drop-in-faciliteter;
6. Fleksibilitet;
7. Stærke kontakter til andre tilbud;
8. Forløbskoordination; og
9. Behandling, der reflekterer kognitivt funktionsniveau og udviklingsmæssige forskelle (3).

### **De danske retningslinjer er af høj kvalitet, men mangler fokus på anvendelighed i praksis**

Vi lavede en tilsvarende søgning efter danske retningslinjer og identificerede 12 retningslinjer, der på forskellig vis dækkede noget af området. Indholdet i disse danske retningslinjer blev opsummeret i rapporten: 'Unge og dobbeltdiagnose 2. Rapport om nationale retningslinjer om udredning og behandling i Danmark' (4) (kan også findes på Center for Rusmiddelforskningens hjemmeside).

Ud af de 12 danske retningslinjer med relevans for området, som vi identificerede, er ni udgivet af Sundhedsstyrelsen, to er udgivet af Socialstyrelsen, og én er en fælles udgivelse fra begge styrelser – titlerne på de 12 retningslinjer kan ses nedenfor. Ingen af disse 12 retningslinjer henvender sig dog specifikt til unge under 25 år, og der findes ikke nogen samlet retningslinje for indsatser til unge med dobbeltdiagnose. De 12 retningslinjer berører på forskellig vis området. Fx dækker 'Nationale klinisk retningslinje: Ud-



**“Hvis vi kan hjælpe dem tidligt, så sparer vi de unge for mange års belastninger både i deres nuværende liv, men også i deres fremtidige tilværelse.”**

redning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse' mennesker over 18 år med dobbeltdiagnose, hvor rusmidlet er alkohol.

Derudover fandt vi, at de mange forskellige retningslinjer, der på forskellig vis er relevante for området, er med til at give et fragmenteret billede af, hvad der anbefales i forhold til bl.a. udredning, behandling, efterværn, inddragelse af de unge og inddragelse af de pårørende. Det er med andre ord op til den enkelte fagperson at læse sig igennem alle retningslinjerne og sammenstille de enkelte anbefalinger til en samlet tilgang.

#### De 12 danske retningslinjer er:

- **Sundhedsstyrelsen:** *National klinisk retningslinje: Udredning og behandling af ADHD hos børn og unge 2021*
- **Sundhedsstyrelsen:** *National klinisk retningslinje: Behandling af angstlidelser hos voksne 2021*
- **Sundhedsstyrelsen:** *National klinisk retningslinje: Udredning og behandling af personer med samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse 2019*
- **Sundhedsstyrelsen:** *De nationale kliniske retningslinjer: Behandling af angst hos børn og unge 2019*
- **Sundhedsstyrelsen:** *Nationale kliniske retningslinjer – udvalgte anbefalinger til brug i almen praksis 2019*
- **Sundhedsstyrelsen:** *Nationale kliniske retningslinjer for behandling af alkoholafhængighed 2018*
- **Sundhedsstyrelsen:** *Nationale klinisk retningslinje: Udredning og behandling af ADHD hos voksne 2017*
- **Sundhedsstyrelsen:** *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substituitionsmedicin. Lovkrav og anbefalinger 2017*
- **Sundhedsstyrelsen:** *National klinisk retningslinje: Behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløb - vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknytning 2015*
- **Sundhedsstyrelse og Socialstyrelsen:** *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner 2014*
- **Socialstyrelsen:** *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Viden til gavn 2020*
- **Socialstyrelsen:** *National ADHD-handleplan – Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område 2013*

Generelt fandt vi, at de 12 danske retningslinjer samlet set er af høj kvalitet, når vi bruger metodeværktøjet AGREE II (The international Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation – læs mere om dette i den tredje rapport (5) på Center for Rusmiddelforskningens hjemmeside) til at vurdere kvaliteten. Dog viser de danske retningslinjer sig svagest på vurderingsområdet 'anvendelighed', som vurderer, i hvilket omfang retningslinjerne vejleder om, hvordan de kan anvendes i klinisk praksis, samt potentielle barrierer og facilitatorer for implementeringen.

Hvis man på et tidspunkt beslutter sig for at ville lave nogle retningslinjer for området unge med dobbeltdiagnose, er det derfor vigtigt i udarbejdelsen at have et markant fokus på anvendeligheden i praksis.

#### Danske nationale retningslinjer vil gøre en forskel

Udover vores gennemgang af både danske og internationale retningslinjer brugte vi også input fra en række fagpersoner fra området via spørgeskemaer og workshops. Et af spørgsmålene i spørgeskemaet var, hvad man ville ønske, at danske retningslinjer for børn og unge med dobbeltdiagnose skulle omfatte. Der blev oplyst en række mulige svar, og der var mulighed for at give flere svar. I alt besvarede 122 respondenter dette spørgsmål, og de seks mest anvendte svarmuligheder var: 1. Principper for behandling af unge med dobbeltdiagnose (78 % af respondenterne havde dette som svar), 2. Screeningsredskaber (62 %), 3. Strategier til at forbedre brugen af psykiatrisk behandling (61 %), 4. Strategier til at forbedre brugen af rusmiddelbehandling (52 %), 5. Evidensbaserede anbefalinger af non-farmakologiske interventioner (49 %) og 6. Diagnostiseringsredskaber (42 %).

Vil det gøre en forskel for behandlingen af danske unge med dobbeltdiagnose, at der blev lavet nationale retningslinjer for, hvordan en indsats i forhold til dem skal se ud? Vi har ikke kunnet finde undersøgelser fra udlandet, der har undersøgt, om retningslinjerne i de enkelte lande har gjort en forskel. Vores bud er alligevel: **Ja – nationale retningslinjer vil forhåbentlig betyde, at der bliver mindre variation i de tilbud, som unge modtager, og at det faglige niveau bliver hævet.** Men det er altafgørende, at evt. nye danske retningslinjer for unge med dobbeltdiagnose både adresserer de særlige forhold, der gør sig gældende, når man er ung, og anvendelighed og implementering af retningslinjerne i praksis.

#### Referencer:

(1) Mårtensson, S., Düring, S. W., Johansen, K. S., Tranberg, K. & Nordentoft, M. (2022) Time trends in co-occurring substance use and psychiatric illness (dual diagnosis) from 2000 to 2017 – a nationwide study of Danish register data. *Nordic journal of Psychiatry*, vol. 77, nr. 4, d. 411-419

(2) Socialstyrelsen <https://vidensportal.dk/voksne/psykiske-vanskeligheder-og-samtidigt-misbrug>

(3) Thylstrup, B., Jobe, L. B., Schrøder, S. & Johansen, K. S. (2023) Unge og dobbeltdiagnose 1. Rapport om retningslinjer om udredning og behandling uden for Danmark. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning.

(4) Johansen, K. S., Schrøder, S., Jobe, L. B. & Thylstrup, B. (2023) Unge og dobbeltdiagnose 2. Rapport om nationale retningslinjer om udredning og behandling i Danmark. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning.

(5) Thylstrup, B., Schrøder, S., Johansen, K. S. & Jobe, L. B. (2023) Unge og dobbeltdiagnose 3. Rapport om udarbejdning og implementering af udenlandske og danske retningslinjer om udredning og behandling. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning.

# Der er brug for et centralt koordineret netværk af RED LIV-trænere, hvis opioid-overdoser skal stoppes

Opioid-overdoser er et alvorligt problem i Danmark, men der er opnået gode erfaringer med det såkaldte RED LIV-program, som har til formål at uddanne stofbrugere og mennesker omkring dem i brugen af livreddende behandling ved overdoser. RED LIV er dog konstant truet på sin eksistens. Der er behov for en centralt styret indsats.

AF HENRIK THIESEN, BIRGITTE THYLSTRUP OG MORTEN HESSE



Henrik Thiesen er overlæge og stifter og leder af Københavns Kommunes opbyggende SundhedsTeam for hjemløse



Birgitte Thylstrup er psykolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning



Morten Hesse er psykolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning



Selvom antallet af narkotikarelaterede dødsfald faldt en smule fra 2008, ligger Danmark stadig relativt højt i forhold til antal overdoser pr. år i Europa med 200-250 dødsfald pr. år (1). Overdosisdødsfald er dog blot toppen af isbjerget. I et estimat (2) er det anslået, at 2-4 % af overdoser fører til dødsfald, mens de øvrige overdoser med ikke-dødelig udgang medfører risiko for skader på en lang række organsystemer, herunder hjernen (3), øget risiko for at dø af den næste overdosis (4) samt over tid alvorlige fysiske og kognitive problemer, som bidrager til en generelt dårlig helbredstilstand og forringelse af livskvaliteten. I fokus i denne artikel er overdoser med opioider, som omfatter stoffer som tramadol, morfin, heroin, fentanyl m.fl. Den primære årsag til skader ved opioid-overdoser er, at opioidet blokerer opioidreceptorer i respirationscentret i hjernestammen, hvilket medfører, at vejtrækningen bliver overfladisk og langsommere med deraf følgende faldende iltning af blodet. Ved en dødelig overdosis når iltningen så langt ned, at der til slut bliver hjertestop. Det er kendetegnet for opioid-overdoser, at de udvikler sig over 10-15 minutter med risiko for at ende fatalt.

En overdosis kan forholdsvis enkelt behandles med livreddende procedurer og modgiften naloxon, som er en såkaldt opioidblokker og kan gives både som injektion og som næsespray – sidstnævnte kan bruges af alle og gør det nemt og hurtigt at gribe ind, selvom man ikke er sundhedsfagligt uddannet. Og jo hurtigere behandlingen sker, des mindre risiko er der for skader og for, at stofbrugeren dør. Ud over livreddende procedurer som sikring af frie luftveje og kunstigt åndedræt er præparatet naloxon en vigtig faktor i at nedsætte tiden med iltmangel. Naloxon blokerer opioidreceptorer overalt i nervesystemet og dermed også i respirationscentret i løbet af kort tid, og en person, som har en overdosis på heroin eller andre opiater, vil vågne i løbet af få minutter. Naloxon vil, uanset om det gives som indsprøjtning i vener eller muskler eller som næsespray, normalt ophæve en overdosis. Afhængigt af hvor svær overdosen er, kan der være behov for flere doser, men oftest er en enkelt dosis nok. Injektion i muskler og næsespray vil virke inden for ca. 2-4 minutter, mens indsprøjtning i venerne virker i løbet af blot 10-20 sekunder. Naloxon er et potent stof, men det omsættes forholdsvis hurtigt, og blokeringen er helt forsvundet efter ca. en time.

### RED LIV – et projekt i Danmark

For at imødegå risiko fra både dødelige og ikke-dødelige overdoser har mange lande i Europa indført træningsprogrammer i genoplivning med naloxon i de sidste 10 år. **I Danmark har programmet RED LIV udviklet træning i livreddning i kombination med modgiften naloxon siden 2010. Danmark var blandt de første i Europa med at have en indsats som RED LIV, som begyndte som et fælles projekt i et samarbejde mellem Københavns Kommune og Brugerforeningen af Aktive Stofbrugere.** Projektet har siden 2013 været forankret i SundhedsTeam, Københavns Kommune.

### Formålet med RED LIV har været følgende:

- 1) at implementere og teste betydningen af at oprette og vedligeholde et overdosiskursus i tæt kontakt med en bred gruppe af mennesker, som er i eller kommer i kontakt med det eksisterende stofmiljø, inklusive stofbrugere, pårørende samt et større netværk af behandlere og andre fagpersoner.
- 2) indsamling af både lokal, landsdækkende og international viden om opioid-overdoser og behandling af dem under forskellige omstændigheder og omgivelser.
- 3) udvikle undervisningsmateriale til opstart af stabile, vedvarende og lokalt forankrede undervisningstilbud i forebyggelse af overdoser, som på sigt kan varetage udbredelse af undervisning af stofbrugere, pårørende og relevante fagpersoner i lokalområdet.
- 4) endelig var et formål med RED LIV også at belyse, under hvilke forhold overdoser forekommer, og hvordan de håndteres. Oplæring i identifikation af opioid-overdoser og livreddende hjælp har været essentielt sammen med udvikling af enkle metoder til at benytte naloxon som næsespray.

Kurserne i RED LIV har udviklet sig fra den lokale oplæring af førstehjælpere til også at omfatte en systematisk oplæring af trænere lokalt efter den såkaldte 'Train-The-Trainer'-model (på dansk: 'Træn træneren'), hvor RED LIV har stået for oplæring af trænere i hele landet. Op mod 700 personer har gennemgået det systematiske forløb på 4 timer, hvor der undervises i praktiske og teoretiske elementer af opioid-overdoser. Ef-

ter kurset har den enkelte træner materialer og viden til at gennemføre et hjælpekursus for stofbrugere. Et kursus, som lever op til WHO's standard for overdosisbehandling (5). Train-The-Trainer-modellen sikrede også indtil 2022 et netværk for trænerne, som muliggjorde vedvarende udvikling og opdatering af nye trænere.

### **550 mennesker er blevet uddannet i RED LIV**

I 2013 startede det første tværkommunale projekt i RED LIV, og Train-The-Trainer-modellen er nu indført i 72 kommuner og hos 3 private og regionale udbydere af substitutionsbehandling (6). På opfordring fra Kommunernes Landsforening til Københavns Kommune bliver RED LIV i 2020 den koordinerende enhed for en ny lovpligtig landsdækkende indsats, som blev indført i 2018. Indsatsen forpligter læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsbehandling (7), til at sørge for, at "alle, som er eller kommer i kommunal behandling for misbrug af heroin og andre opioider, får tilbud om et kursus i førstehjælp og i brug af modgiften Naloxon samt udlevering af et Naloxon-kit".

RED LIV som den koordinerende enhed bygger direkte på erfaringerne og anbefalingerne fra de forudgående RED LIV-projekter. Den største forskel fra tidligere projekter er dog, at hvor der tidligere var tale om et samlet projekt med koordinering og uddannelse frem til de enkelte stofbrugere, er der i den nye model delt økonomi i form af midler til de enkelte kommuner efter Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) og en kort bevilling til en koordinerende enhed, som skal uddanne trænerniveauet. Der er ikke en egentlig organisering bag de kommunale og den centrale enhed.

Efter en kort opstarts- og udviklingsfase i 2020 og identifikation af de kommuner, som har en egen substitutionsbehandling internt i kommunen, blev Danmark ramt af covid-19-pandemien. På trods af det blev den første række trænerkurser gennemført i maj 2020. Perioder med nedlukninger og isolationskrav skiftede med mere åbne perioder, og RED LIV brugte de skiftende muligheder til at afholde kurser, så snart det var muligt og i samklang med de forskellige tilgange til isolation i de involverede kommuner.

RED LIVs oprindelige opgave var at gennemføre 50 trænerkurser for 323 medarbejdere i kommunerne, men effektiviteten i Train-The-Trainer-modellen blev demonstreret ved, at der blev

gennemført 85 kurser for 550 medarbejdere for den samme bevilling. Koordinerende enhed blev efter en forlængelse lukket med udgangen af 2022 og dermed også den kommunale træning i Københavns Kommune, som ellers havde fungeret uafbrudt siden 2010. RED LIV er derfor pt. et lukket projekt.

### **Fremtiden for RED LIV afhænger bl.a. af en mere centraliseret koordinering**

RED LIVs udvikling er nøje beskrevet i rapporter til Sundhedsministeriet, som har givet anledning til videnskabelige artikler i samarbejde med Center for Rusmiddelforskning og Kings College i Storbritannien (8).

Den sidste rapport, inden projektet lukkede, gennemgik anbefalingerne fra de tidligere år, som for en stor del var gennemført, og kom med en serie nye anbefalinger:

- 1. For at sikre en fortsat høj kvalitet i trænerkorpset anbefales det, at der sker en vedvarende udvikling og opdatering af undervisningsmaterialer.** Materialer bør følge den nationale lovgivning og de internationale standarder og være let tilgængelige for den enkelte træner. Men med 72 kommunale enheder af vidt forskellig størrelse er der ikke en samlet opdatering, og trænerkorpset udvikles ikke af sig selv.
- 2. Det anbefales, at der løbende sikres en stabil fornyelse af trænerkorpset.** En simpel optælling af de uddannede trænere viser, at 13 % er udskiftet fra maj 2020 til oktober 2022. Derudover holder trænere, som ikke løbende vedligeholder deres kompetencer, erfaringsmæssigt op med at afholde livreddningskurser. Skift i medarbejderstaben sker ikke flydende, og det er ikke muligt at skabe sidemandsoplæring på trænerniveau, som det var intentionen i udspillet fra KL og Sundhedsministeriet. Løbende opdatering og support kan bryde det.
- 3. Det anbefales, at der fortsat afsættes midler til en central koordinering i forhold til trænernetværket.** I direkte fortsættelse af det behov, som er beskrevet i anbefaling 2, vurderes det, at det fortsat vil være essentielt for udvikling og vedligeholdelse af en ensartet kvalitet i overdosisbehandling i hele landet, at trænerne gennemgår en standardiseret og opdateret uddannelse. Ved indførelse af nye

evidensbaserede sundhedsfaglige metoder forudsættes en vis grad af overensstemmelse mellem udførelsen i de enkelte enheder. Uddannelse til generel livredningsinstruktør er underlagt skrappe krav og en høj grad af systematik. At lade overdosisbehandling være overladt til fremtidig sidemandsoplæring vil være at gå den modsatte vej. Nogle kommuner har så få ressourcer og bemanning, at det ikke kan lade sig gøre at opretholde funktionen uden støtte.

**4. Det anbefales, at trænerkorpsset også gøres i stand til at medvirke til forebyggelse af overdosisproblematikker i andre stofbrugergupper end personer i substitutionsbehandling.** Blandt ungebehandlere ved RED LIVs trænerkurser rundt om i landet har der været talt om et forbrug af opioider i pilleform gennem adskillige år, mest i landkommuner, men med stigende intensitet. Dette har dog ikke vist sig i overdosisdødsfaldsstatistikken. Nye psykoaktive stoffer (NPS) ser samtidig ud til at brede sig i andre grupper end de vanlige opioidbrugere via nethandel. NPS-opioider og kendte smertestillende opioider spiller en rolle allerede nu, og der er dermed også en fremtidig risiko for opioid-overdoser i grupper, som ikke anser sig selv for afhængige eller har kontakt med behandlingssystemer. Det betyder, at yngre personer, som ikke nødvendigvis opfatter sig selv som værende i risiko, kan komme i kontakt med meget potente stoffer og dermed i høj risiko for overdoser og overdosisdødsfald.

Mens heroin er på tilbagegang, er andre opioider blevet mere udbredte, og det er blevet mere almindeligt at blande stoffer, så risikoen er til stede for, at der tilblendes opioider. Der er tilbagevendende historier om stofbrugere, som overdoserer på opioider, fordi der er iblandet opioid i kokain, som derfor ikke af den enkelte opfattes som specielt farligt.

**5. Det anbefales, at trænerkorpsset opdateres til at medvirke til at opdage NPS i et nationalt såkaldt 'sentinelnetværk' (vogter-/overvågningsnetværk).** Danmark ville i givet fald være de første til at få et netværk. Der er i disse år en spredning af smertestillende opioider i tabletform. Samtidig ses der ud over Europa og omtalt i Danmark fremkomst af stærkere opioider, blandt andet i form af opioidgruppen nitazener, som i nogle tilfæl-

de kan være stærkere end fentanyl. Effekten på den unge gruppe, som ikke nødvendigvis opfattes som risikobrugere, er uvis, og den rapporteres ikke automatisk videre fra kommunerne. Det er erfaringen fra RED LIV, at de lokale medarbejdere i rusmiddelcentre har et godt kendskab til, hvad der rører sig på stoffronten lokalt, men der er ikke noget hurtigtreagerende system til at samle den viden op.

Der er konstant nye opioider under overvågning i det europæiske early warning netværk EWS, og information til det netværk sker i dag retrospektivt i forbindelse med ulykker og forgiftninger. Ved at inddrage et landsdækkende trænernetværk vil informationen kunne inkorporeres i nationale og overnationale handlingsprogrammer på et meget tidligere tidspunkt. Trænernetværket kan ud over national overvågning også medvirke til, at regional information spredes hurtigere, hvis en ny stoftype eller særlig risikopraksis breder sig.

**6. Det anbefales, at registrering af hjælpere og overdoser, hvis der stadig ønskes et centralt overblik over udviklingen, forenkles betydeligt, eventuelt i form af en anonymiseret indrapporterings-app.** Ved at forenkle proceduren for indrapportering kraftigt ville man kunne få næsten real-time data, hvilket også vil understøtte en sentinelfunktion. Registrering i en app kan kombineres med geodata, men uden personhenførbare data, hvilket kan medvirke til at lette den frivillige registrering og dermed også registrering af overdosisbehandling.

**Alle ansvar er ingens ansvar – så hvem vil påtage sig det centrale ansvar?**

RED LIV har bl.a. inspireret til naloxontræningsprogrammer i Norge og Sverige, som siden har udviklet sig på baggrund af en vedvarende finansiering. Senest har naloxontræningsprogrammet i Region Skåne, som er en direkte aflægger af RED LIV, fået en pris for sin projektudvikling.

I Danmark har RED LIV været nedlukket i flere omgange, men den centrale funktion har "overvintret" som kommunal enhed, hvilket imidlertid ikke er sket i denne omgang.

Landsdækkende har den koordinerende enhed i RED LIV vist, at det er muligt, hurtigt og enkelt at oprette et forholdsvis stort netværk af trænere,



som kan uddanne hjælpere løbende. Men netværket er ikke selvbærende. Der er ikke tilstrækkelig support fra ledelserne i de fleste kommuner, ikke af negative årsager, men der er mange andre opgaver, som skal løses, og medarbejdere er svære at få og fastholde i mange dele af landet. Rusmiddelområdet er kun en lille del af kommunens økonomi, og de medarbejdere, som er ansat til substitutionsbehandling, er ofte også optaget af andre ting. Med de begrænsninger er det illusorisk at forestille sig, at et netværk fungerer, også lokalt, hvis der ikke er en person, som har ansvar for, at det fungerer – alles ansvar er ingens ansvar.

#### Referencer:

1. Sundhedsrelaterede konsekvenser, narkotikasituationen, 2022 Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 4. Sundhedsstyrelsen 2022. ([https://sst.dk/da/udgivelser/2022/narkotikasituationen-i-danmark\\_-delrapport-4-2022](https://sst.dk/da/udgivelser/2022/narkotikasituationen-i-danmark_-delrapport-4-2022))
2. The ratio of nonfatal to fatal heroin overdose. Darke et al. *Addiction*, 98, 1169–72, 2003
3. Morbidity associated with nonfatal heroin overdose. Warner-Smith et al., *Addiction*, 97, 963–967, 2002
4. Overdose deaths following previous nonfatal heroin overdose: Record linkage of ambulance attendance and death registry data. Stoové et al. *Drug and Alcohol Review* (July 2009), 28, 347–352
5. Community management of opioid overdose. *Alcohol, Drugs and Addictive Behaviors, Guidelines Review Committee, World Health Organization* 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548816>)
6. Red Liv IV: National implementering af naloxonkurser på rusmiddelcentre med substitutionsbehandling 2019-2022, Thiesen H, Bordorf S, Københavns Kommune 2023 (<https://sundhedsteamet.kk.dk/sites/default/files/2023-07/Red%20Liv%20afrapportering%202020-2022%20Del%201%2B2.pdf>)
7. Supplement til Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsbehandling. Sundhedsstyrelsen Sagsnr. 1-2610-38/1, 23/11 2018
8. Videnskabelige artikler og rapporter om Red Liv. (<https://sundhedsteamet.kk.dk/viden-og-projekter/red-liv/videnskabelige-artikler-og-rapporter-om-red-liv>)

ESSAY:

# LSD-JOURNAL 1962

AF MALENE RAVN



*"Jeg glider væk ustandselig, det er, som om jeg skulle dø"*

I 1960-1973 blev omkring 400 ambulante og indlagte psykiatriske patienter behandlet med høje doser LSD og psilocybin på Frederiksberg Hospital. De ugentlige behandlinger foregik under stærkt kritisable forhold og havde eksperimentel karakter. Man håbede i en eller anden grad, at de bevidsthedsudvidende stoffer ville helbrede patienternes sind, at alt ville samle sig som et puslespil, der lægger sig selv, og fjerne neuroser, stammen, transvestitisme og andre af datidens diagnoser.

De retssager, der siden blev ført mod lægerne og Sundhedsstyrelsen, faldt ud til lægernes fordel. Det, der er blevet kaldt LSD-skandalen, blev afdækket af journalisten Alex Frank Larsen fra Dagbladet Information i 1980'erne, og Folketinget vedtog en særlov, der gav patienterne mulighed for at søge erstatning. Mange patienter og deres pårørende led og lider stadig under eftervirkningerne af LSD-behandlingen. Forfatteren Aage Dons skildrede på baggrund af egne oplevelser et grelt behandlingsforløb i romanen "Brænde til mit bål" i 1965, og Jytte Krogh, som også var LSD-patient, udgav sin roman "Glasdukke" i 1986. Begge romaner er værd at læse.

I 2023 udkom min roman "Den virkelige verden", som er en skildring af, hvad patienterne gennemgik, og en skønlitterær udforskning af patienter og lægers involvering i behandlinger og i hinanden. Jeg ville gerne skrive mig forbi den etablerede fremstilling af LSD-lægerne som skurke og ind i en mere nuanceret undersøgelse af magt og af, hvad lægernes gerninger også gjorde ved dem selv. I min research arbejdede jeg blandt andet med læge Ketty Kjærbye Kristensens private arkiv, som hendes arvinger gav mig adgang til. I arkivet var en mængde patientjournaler, som gav mig indblik i patienternes oplevelser i LSD-kælderen på Frederiksberg Hospital og i det sprog, sygeplejersker og læger brugte om patienterne og behandlingen.

Det følgende er bearbejdede brudstykker fra en autentisk patientjournal ført af sygeplejersker og lægen K. Jeg har måttet forkorte kraftigt i teksten, og derfor giver den ikke et fuldstændigt indtryk af behandlingsforløbet. Jeg har fjernet personlige oplysninger og fortællinger om patienten og patientens familie, og jeg har redigeret teksten for at gøre den mere flydende at læse. Selvom teksten altså er så bearbejdet, at den næsten må siges at være fiktiv, fortæller den så direkte som muligt om en patients LSD-oplevelser og om, hvordan hun blev mødt og forstået.

Patienten i journalen er 19 år gammel ved første indlæggelse i 1962. Hun er indlagt på Frederiksberg Hospital, psykiatrisk afdeling, i 5 måneder og får 16 LSD-behandlinger for diagnosen angstneurose. Hun skønnes bedret og udskrives, men kommer snart tilbage i LSD- og psilocybinbehandling ad tre omgange. Hun får i alt 29 behandlinger i perioden 1962-1963.

## JOURNAL

### 1. behandling, 50 gamma [*mikrogram*] LSD

Patienten virkede slet ikke nervøs, var smilende og venlig.

Har ikke talt ret meget med patienten. Ustandselig afbrydelser, medpatient kom 1/2 time for sent osv.

Kl. 9.35, 30 gamma LSD. Dr. K hos patient.

Derefter god virkning, et par små opkastninger, kvælningfølelser, krops- og synsforstyrrelser, ser mange farver, mange [*utydelig tekst*] i mit ansigt, har set en mindetavle i et hus, i en bestemt gade, faldne soldater 1945. Har mange oplevelser, intet med virkeligheden at gøre, ”jeg ler bare, jeg ved ikke hvorfor”, patienten helt beruset, har ingen kontrol over sin krop, dingler rundt, synes, det er så ”sjovt”.

Kl. 12.15 50 mg prozil [*prozil eller hypnofen skal hjælpe patienten ud af behandlingen*]

Kl. 14: endnu uvirkelighedsfølelse, hænderne, tankerne flyver, billeder, men også et punkt, hvor hun ikke kunne komme videre. ”Helt fantastisk dette her”.

### 2. behandling

12/1 1962, 100 gamma LSD

God virkning af stoffet, oplevelser og indtryk, men tågede og uklare, og angst. Patienten bryder ud i heftig gråd, højlydt, påtrængende, barnlig, holder et lommetørklæde for munden, kalder på ”mor”, ”jeg ved ikke, hvorfor jeg græder”. Der har været legemsforstyrrelse, ”jeg har ingen hoved”, ”jeg har ingen hals, det er uhyggeligt”, ”der er nogen, som vil kvæle mig”, tager sig på halsen, føler på sin tunge med alle fem fingre, ”den er dobbelt så tyk”, ”min arm er stiv og død”, hele tiden fornemmelse af ”nu får jeg et anfald”.

### 4. behandling

26/1 1962, 80 gamma LSD

Patienten har reageret kraftigt, mange kvælningfølelser, angst og opkastninger, kaster sig rundt i sengen, knuger sig fast i mig. Umiddelbart efter anfaldene tager patienten sig til hovedet, ”åh mit hoved, det gør så ondt, nu sprænges det”, skriger højt hver gang. Der er kun få minutter mellem anfaldene, patienten faldt om på gulvet, stod ved siden af hende, men hun var for tung.

Der er meget kropsforstyrrelse, skævhed, følelsesløs, ”der mangler et stykke”, ”pinagtigt, noget bliver flået ud af mig og nyt sat ind”, ”det er en grufuld fornemmelse, går den aldrig væk igen, bliver jeg mig selv nogensinde?”

Er blevet afbrudt kl. 12 med 50 mg prozil, som hun kastede op, fik derefter 50 mg, kastede igen op. Patienten er nu rystende angst og forpint, kan ”ikke få vejret”. Tilkalder dr. K. Der gives hypnofen. Øjeblikkelig virkning, har et rigtig latteranfald, falder til ro, er afklaret, men meget træt, kl. 14.

#### 8. behandling

3/3 1962, 50 gamma LSD

*Har virket depressiv, stille, træt. Først kl. 14, lige før hun skal sendes på afdelingen, bryder hun sammen i stille gråd. Lover at tale med hende imellem behandlingerne.*

K

#### 9. behandling

9/3 1962, 70 gamma LSD

Kraftigere virkning på forhøjet dosis, de sædvanlige opkastninger. "Jeg kan ikke føle mine hænder, min krop er skæv, kan ikke få luft".

Tror, hun spiller komedie i dag, er lidt skabagtig. Jamrer og klager sig mere bevidst end vanlig. Ligger og bruger mund og brokker sig, mumler, som taler hun til nogen bestemt. Kommer ud på gangen, hele tiden er der uro om hende, skramler med stolen.

*Vil forsøge at stige med dosis samt give ritalin 20 mg.*

K

#### 10. behandling

17/3 1962, 90 gamma LSD, 20 mg ritalin [*skal forstærke LSD-effekten*]

Reagerer kraftig på ritalinet, ser ud, som hun er bange for mig, taler til patienten, for at hun skal genkende stemmen, virker efter hensigten, klamrer sig fast med lukkede øjne meget længe, vil ikke slippe mig igen. Patienten har set noget uhyggeligt, spørger forsigtig hvad, men får intet at vide. Hun var rigtig angst, hver gang hun så på mig i begyndelsen, senere var der andre ting, der var stærkere, mest seksuelle følelser, meget voldsomme, vil egentlig gerne tale om det, men skriger meget højt hele tiden, kun i korte pauser mellem turene kommer et brudstykke af en sætning: "Nej, lad mig være", "flår mig i tusind stykker", "der mangler noget." Har skreget meget højt hele tiden.

Falder helt til ro, er meget træt og svimmel, patienten er usikker på benene, er nødt til at være to til at støtte patienten til afdelingen. Har det ellers godt, er ikke deprimeret, synes, hun har fået større udbytte af behandlingen i dag end alle de andre gange.

#### 12. behandling

30/3 1962, 90 gamma LSD, 20 mg ritalin

Meget kraftig reaktion, dødsangst, angst for at blive "unormal i hovedet," skriger højt. Kvælningsfølelser, seksuelle følelser, patienten er lige på grænsen til en rigtig afreaktion, farer rundt ude på gangen, hopper vildt, kaster sig ned på gulvet, smider rundt med hovedpuden, "jeg dør nu", "hvad sker der", plager uafbrudt for at blive afbrudt.

2 ml hypnofen

Patienten kan ikke falde til ro, får 50 mg prozil kl. 12.30.

Bliver ved at plage, må være bestemt mod patienten, får ikke flere sprøjter.

*Bliver råbende og skrigende, så snart jeg forlader rummet.*

*Kl. 14: Føler det hele så håbløst, "aldrig virket så slemt som i dag", virker afspændt, træt, hærget. Samme dosis næste gang.*

K

*3/4 1962 Samtale på afdelingen*

*Så slemt som sidst har det aldrig virket før. "Jeg havde ellers lovet mig selv, at jeg aldrig mere gik derned."*

K

*17/4 1962 Samtale på afdelingen*

*Er rastløs, spændt, kan ikke finde sig selv. Ligesom hun ikke hører til nogen steder, kan intet overskue. Jeg forklarer hende, at sådan skal behandlingen virke, sådan virker den på alle, også raske forsøgspersoner, at hun er på vej væk fra gamle vaner og livsmønstre og endnu ikke har fundet nye, at hun må tage hver dag for sig. Måneder efter behandlingen vil hun opleve, at pludselig er der noget, der glider på plads.*

K

15. behandling

18/4 1962, 130 gamma LSD, 30 mg ritalin, 30 gamma LSD

*Tomhed, død indvendig, kaos taget sidste tillid, knude indvendig, græder voldsomt.*

K

16. behandling

27/4 1962, 130 gamma LSD

Hurtig og kraftig virkning af stoffet, er lige ved at eksplodere, skælder ud og er urolig.

30 mg ritalin kl. ca. 10.

Siger intet mere, arbejder hele tiden, men vil gerne, man er hos hende. Prøver forsigtig, hvad det er, der foregår, "det er mig selv", "jeg har kun mig selv nu", "i dag har jeg gjort helt op, et afsnit er færdig i mit liv, det er underligt at skulle begynde hel forfra uden grund at bygge på", "set mig selv, som jeg er."

Kl. 12. 2 ml hypnofen

Patienten er meget træt, sidder helt stille, store tårer i øjnene, "jeg vil så gerne tale rigtig ud, men jeg kan ikke."

*30/4 1962 Samtale på afdelingen*

*Det er som at se en anden pige, så velplejet er hun, og så rolig og afbalanceret virker hun. Hun er begyndt at bruge pudder, læbestift osv. Siger, at hun kom til en afklaring under sidste behandling, men let var det ikke og bliver det ikke, føler sig alene, lidt ængstelig for fremtiden.*

K

1/6 1962 Status: 16 behandlinger. Skønnes bedret.

K

\*

*Genindlæggelse 3/7 1962*

*7/7 1962 Samtale: Konfronterer hende med moderens oplysninger, hun er først forurettet som et barn, derefter grædende - meget barnligt appellerende.*  
K

*13/7 1962 Patienten har fået en omgang af overlægen, græd, men faldt til ro.*  
K

20. behandling

4/8 1962, 120 gamma LSD

Patienten er nervøs, har hjertebanken.

30 mg ritalin, derefter er patienten som vanlig trøstsøgende og krævende, til tider højrøstet og tuder, "er der ikke nogen mere, der vil hjælpe mig, har alle svigtet mig helt."

Patienten bliver rigtig hysterisk, da hun skal på afdelingen, går med modstræbende.

*7/8 1962 Samtale på afdelingen*

*Mere rolig, fattet, begyndt at søge plads. Aftaler udskrivning med tabletter.*

K

\*

4/1 1963

*Møder til behandling i morgen, skal denne gang behandles som et voksent menneske, dvs. hun skal lære at gennemleve behandlingen på egen hånd.*

K

21. behandling

12/1 1963, 120 gamma LSD

Patienten genoptaget behandling efter pause og begynder at reagere på samme facon som sidst, vil klamre sig fast, armen om hals og skuldre. Jeg forklarer, at vi benytter en anden metode, er bestemt, men hun forsøger ustandselig at glide ind i den gamle reaktion, vil trøstes og pylres om, helst ude på gangen, vil ikke være alene eller ligge, vil nu have, dr. K skal komme. Jeg nægter at ringe.

30 mg ritalin, begynder at snakke løs om alt det, man kender.

22. behandling

19/1 1963, 9 mg psilocybin

Patienten ved ikke, det er psilocybin, begynder på sin sædvanlige LSD-facon, men falder ud af rollen og spørger "Hvad det her er for noget?" (spørg dr. K).

24. behandling

16/2 1963, 12 mg psilocybin

Stoffet virker hurtigt, "jeg tror aldrig, jeg har været så bange," kryber sammen i sengen, derefter ud på gangen osv.

\*

*13/9 1963. Patienten møder til behandling indstillet på at forsøge at slappe af, fordybe sig i oplevelsen som de "voksne" patienter, i stedet for at lade det hele fuse af i angst, appelleren og motorisk uro.*

*Dosis: 80 gamma LSD + 3 mg psilocybin i blanding (sig til patienten, det er LSD) – suppleret med 30 mg ritalin – 10 mg valium.*

K

26. behandling

Flink og smilende ved ankomsten.

Kl. 20 Patienten ligger bortgemt. Smågrædende, "det hele kommer væltende."

*Appellerende, motorisk urolig og anspændt.*

K

28. behandling

25/10 1963, 80 gamma LSD + 6 mg psilocybin, 40 mg ritalin, 10 mg valium

"jeg glider væk ustandselig, det er, som om jeg skulle dø."

29. behandling

8/11 1963, 80 gamma LSD + 6 mg psilocybin + 10 mg valium, 40 mg ritalin

"Det er frygteligt at skulle sige det, men jeg er træt af livet, jeg ved godt, jeg har alle betingelser for at være glad, hvorfor er jeg det så ikke?"

*December 1963 Status (overlægen): Uforandret.*

K



Som Malene Ravn fortæller i sit essay, var det journalist Alex Frank Larsen, som oprindeligt afdækkede behandlingen af patienter, som var blevet givet LSD i medicinsk sammenhæng. For det modtog han i 1986 Cavling-prisen. I næste nummer af STOF kan du læse en artikel skrevet af Alex Frank Larsen, hvori han fortæller om sine fund.

Malene Ravn er forfatter og har udgivet fem romaner på forlaget Gyldendal. Hendes seneste roman "Den virkelige verden" er inspireret af LSD-forsøgene på Frederiksberg Hospital i 1960'erne. Hun har desuden skrevet manuskript til dramadokumentaren "Det sindssyge eksperiment" på TV 2 om samme emne.



# **På kanten af sundhedssystemet: Der er stigende interesse for psykedelisk terapi til flere forskellige formål**

**Både danske og internationale forskere er aktuelt ved at undersøge brug af psykedeliske stoffer til behandling af PTSD og andre psykiske lidelser. Interessen findes dog ikke kun i forskningskredse. Undergrundsterapi med psykedeliske stoffer vinder frem, og nogle af de mere erfarne behandlere oplever forandringer i, hvad klienterne efterspørger.**

AF MARGIT ANNE PETERSEN



Margit Anne Petersen er antropolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning



Brugen af psykedeliske stoffer i forbindelse med terapi og behandling er blevet et emne af stigende relevans. Kliniske studier viser, at psykedeliske (og relaterede) stoffer kan reducere symptomer i forbindelse med forskellige lidelser, blandt andet depression, angst, PTSD og alkoholafhængighed (1, 2). I adskillige lande, inkl. Danmark, forskes der aktuelt for at skabe mere viden om, hvordan psykedeliske stoffer kan indgå i fremtidig medicinsk og psykologisk behandling. Klassiske psykedeliske stoffer er LSD, psilocybin ('magiske svampe') og DMT (dimethyltryptamin), hvor psilocybin er det, der oftest undersøges i kliniske studier. Men stoffer som MDMA (også kendt som 'ecstasy') og ketamin (kendt fra lægemiddelverdenen fx som bedøvelse anvendt til dyr), som ikke klassificeres som psykedeliske stoffer, relateres alligevel tit til den såkaldte psykedeliske renæssance (3) og dermed også til psykedelisk terapi. Både MDMA og ketamin er nået betydeligt længere som terapiform i fx USA, hvor MDMA er godkendt til PTSD i de tilfælde, hvor patienten ikke responderer på andre former for behandling, og ketamin udbydes i officielle klinikker som del af et terapeutisk forløb (4).

Men brugen af psykedeliske stoffer til behandling af forskellige lidelser har fundet sted længe før de kliniske studier. Først og fremmest har, for eksempel, den psykoaktive drik ayahuasca (som blandt andet indeholder DMT) i Amazonas-regionen, stoffet mescaline i Centralamerika og plantestoffet ibogaine i Centralafrika eksisteret som del af oprindelige kulturers spirituelle og naturmedicinske praksisser (5). Derudover har psykedeliske stoffer længe været en del af forskellige alternative miljøer i USA, Canada, Australien og mange vesteuropæiske lande, herunder også Danmark. Denne artikel fokuserer specifikt på behandlere, der på forskellig vis arbejder med psykedeliske og relaterede stoffer i deres praksis, og den bygger på interviews og etnografisk feltarbejde. Alle navne er pseudonymiserede og potentielt genkendelige aspekter er udeladt eller tilslørede.

### Psykedelisk terapi udøves på mange forskellige måder

Der findes mange forskellige tilgange til det at arbejde med psykedeliske stoffer som behandling udenfor kliniske sammenhænge. De fleste – men ikke alle – af de stoffer, disse behandlingsformer involverer, er ulovlige, og man taler derfor ofte om det som undergrundsterapi, når behandlin-

gen baseres på, at klienter er under påvirkning af et af disse stoffer. Nogle behandlingsformer foregår i grupper, mens andre foregår alene med en terapeut. Blandt nogle behandlere kaldes det, de udøver, terapi, mens det for andre omtales som spirituelle rejser eller ceremonier. Nogle har en terapeutisk eller sundhedsvidenskabelig uddannelsesbaggrund, mens andre er kommet til psykedelisk terapi ad helt andre veje. **Uanset hvordan de arbejder, og hvilken praksis behandlerne har, omtaler de fleste ayahuasca, psilocybin-svampe, MDMA, LSD og andre relaterede substanser som en form for medicin.**

Sascha, som faciliterer ayahuasca-ceremonier fortæller, hvordan hun anskuer det arbejde, hun laver, og hvordan det er en markant anderledes praksis end der, hvor ayahuascaen oprindeligt kommer fra.

*"Jeg laver terapi understøttet af Ayahuasca'en, men det er først og fremmest terapi ... så det er jo en helt anden praksis end "the indigenous way", hvor medicinen står i centrum ... her er medicinen en del af det."*

Generelt er de, som arbejder med ayahuasca og andre former for plantemedicin, meget bevidste om den kulturelle tradition, medicinen kommer fra. Selvom de fleste har fået indsigten, at de skulle arbejde med ayahuasca, efter selv at have drukket det, er det ikke alle, der synes, at de vil arbejde med noget, som tilhører en anden kultur (6). Men der er også behandlere, der har prøvet lidt forskelligt, før de finder det, de synes er det rigtige at arbejde med. Berit har tidligere arbejdet med ayahuasca, men er skiftet til andre substanser i de senere år.

*"Det, jeg arbejder med nu,... er mest MDMA og psilocybinsvampe ... Jeg har taget adskillige spirituelle og terapeutiske uddannelser, både noget med fokus på chok og traumer ... og hypnose ... jeg er jo blevet ved med at uddanne mig gennem årene. Jeg arbejder både med kropsterapi og også med drømme ... og der er jo det, at det mentale og det kropslige ikke altid følges ad, og det er meget vigtigt at synkronisere."*

Der er flere terapeuter, der arbejder med kropsterapi og hypnose som en del af deres behandling, og mange af disse, inkl. Berit, har også klienter, som ikke nødvendigvis indgår i såkaldt undergrundsterapi. Der findes også en del terapeuter

og psykologer, som arbejder med psykedelisk integration, og som ikke har klienter under påvirkning, men i stedet har samtaleterapi med dem om psykedelisk funderede indsigter helt adskilt fra den psykedeliske oplevelse. Endelig findes der også forskellige terapiformer, som baseres på lovlige substanser som fx kakaoceremonier eller det, der kaldes Kambo-terapi. I Kambo-terapi bruges sekret fra en frø, der lever i Amazonas-regionen. Det brændes ind i huden (man brænder det øverste lag hud, så stoffet optages i underhuden), og det efterlader et lille mærke på skulderen, eller hvor på kroppen det gives. Karsten fortæller, at Kambo tit bruges som supplement til andre former for terapeutisk arbejde med fx ayahuasca, da Kambo adskiller sig som terapi-form.

*"Man kan godt opleve følelsesmæssige 'releases' og sådan noget på det, men hovedformålet er som sådan ikke at gå ind i sindet. Det er mere det der med at få rensset kroppen, fordi sådan skåret ind til benet, så er Kambo en medicin, der fjerner alt, hvad der ikke er dig."*

Som eksemplerne peger på, er det ret forskelligt, hvad psykedelisk terapi består af, hvordan det udøves, og af hvem det faciliteres. Nogle stiller spørgsmål, og andre lader stoffet 'gøre sit arbejde'. Som Saschas udsagn tidligere pegede på, kan der være forskel på, hvorvidt man tænker på stoffet som terapien eller som en del af terapien. Hannah beskriver den måde, hun behandler på, som psykedelisk terapi, men faciliterer den psykedeliske oplevelse udelukkende ved at være til stede undervejs og styre den musik, som skal guide rejsen. I modsætning til mange af de andre er samtaleterapi ikke en del af hendes praksis.

*"Nogle ville måske mere kalde mig en trip-sitter end en terapeut, men jeg tænker på det som psykedelisk terapi."*

Uanset hvilken tilgang de forskellige terapeuter har, er de som regel drevet af at kunne gøre en forskel for folk, der har det svært. Selvom mange af terapeuternes praksis involverer ulovlige, uregulerede og eksperimentelle elementer, er det sjældent noget, der holder dem fra deres arbejde, fordi de, som Georg her fortæller, oplever at kunne hjælpe folk, som måske ellers havde givet op eller ikke kunne nås via almindelige terapeutiske metoder:

*"Ja, det er kriminelt... buhuu... køber en tudekiks på vej hjem. Men hvis det kan gøres ... hvis det kan hjælpe folk ... Jeg har haft grumme sager ... mange af mine første var jo tidligere misbrugere eller tidligere kriminelle ... og de har været udsat for de grummeste ting, så jeg brændte jo for at hive nogle af dem op. Jeg har været terapeut i mange år, uddannet gestaltterapeut, så det er ikke, fordi jeg var helt grøn, da jeg startede med det her ..."*

### **Undergrundsterapeuter behandler alt fra psykisk sygdom til rusmiddelproblemer til personlig udvikling**

Som et studie af et dansk online forum viser, findes der mange forskellige måder at forstå og bruge psykedeliske stoffer på (7). Det samme gælder folk, der opsøger psykedelisk terapi. Georg fortæller netop om det forskelligartede spektrum, han ser i sit arbejde:

*"Det er jo et vidt spektrum af forskellige ting, men hvis vi skal lave et par kategorier, så er det indenfor den depressive kategori, indenfor frygt og angst, og så har de også ... ja, hvad hedder det ... jeg ved ikke, hvorfor jeg har noget imod at sige det, men det har jeg (griner lidt), så er der en hel kategori af coaching."*

**Der er flere af behandlerne, der taler om, at de senere år har bragt nye typer af klienter ind i deres praksis, eller nye årsager til at bruge psykedeliske og relaterede stoffer som terapeutisk værktøj.** Også i ayahuasca-ceremonier er det en forskelligartet deltagereske, selvom Jan, der længe har været en del af ayahuasca-miljøet i Danmark, forbinder interessen for ayahuasca med bevidsthedsændrende praksisser som yoga eller meditation:

*"De fleste er fra slut-20'erne til slut-40'erne, men vi har haft nogle på 18 og også på 94. Og så er det tit folk, som på en eller anden måde har stiftet bekendtskab med en form for praksis, altså yoga eller meditation eller lignende. De er nysgerrige på det alternative ... selvom jeg hader det ord. Men altså, der har været alt fra HA-rockere til folketingspolitikere ... og vi laver nogle gange også privatceremonier for nogle af Danmarks rigeste mennesker, de vil gerne komme alene."*

De fleste beskriver både klienter med psykiske diagnoser og med mere hverdagslige udfordringer som parforhold, livsændringer eller selv-værd. Og så er der også dem, som er drevet mere af nysgerrighed overfor, hvordan livet også kunne se ud.

Kristoffer, en terapeut, der arbejder med MDMA og psilocybin-svampe, reflekterer over, hvordan dette terapeutiske arbejde også påvirker hans egen selvforståelse.

*"Det kan sgu være lidt af hvert. I bund og grund er det altid, fordi de godt vil have det lidt bedre. Det kan være angst, det kan være en skilsmisse, det kan være problemer med ægtefællen ... selvværdproblemer. Jeg har en gut som ... ja, det er sgu lidt af hvert. Det er altid sådan en lidt sjov dans, egentligt. Og samtidig hele tiden huske på det der resonansfelt med, at det er ikke en tilfældighed, at vi sidder overfor hinanden. Min rejse starter jo sammen med klienterne, og ligesom kunne lade det folde sig ud, uden at blive taget og farvet. Ligesom den der stemmegaffel, vi hver især er for hinanden, eller hvad fanden man skal sig. Lade det ske. Nogle gange lærer jeg lige så meget selv om mig selv, mens jeg sidder med en klient."*

Som forsker i brugen af psykedeliske og relaterede stoffer samt psykedelisk terapi bliver jeg ofte op-søgt af folk, der gerne vil i kontakt med en undergrundsbehandler eller deltage i et klinisk studie. Det er både autoriserede psykologer og behandlere, der har klienter med fx PTSD, som ikke får nok ud af den eksisterende behandling, eller privatpersoner, som har hørt i medier eller andetsteds, at psykedelisk terapi kan have positive effekter på depression eller traumer af forskellig slags. Disse mange henvendelser bevidner om, at der er en del mennesker som ikke oplever, at de kan hjælpes i det nuværende behandlingssystem. Og dette bekræfter flere af terapeuterne. Alan fortæller, hvordan de klienter, der kommer til hans praksis, ofte har været flere typer af behandling igennem først, og han er langt fra den eneste, der ser dette mønster.

*"Vi oplever en del på rejsen ud af SSRI-præparater (antidepressiv medicin, red.). Det er typisk mikro-dosering, der har prikket til deres interesse. De ved, at de vil ud af det her. Og egentlig også ADHD. Nogle har været igennem mange konventionelle behandlinger, mange timers terapi, som ikke har givet dem nok, de føler ikke, de er*

*kommet ind til det, som gør noget. Den herre, der kommer på fredag, har været igennem fem psykologer. Han er midt i 50'erne. Ham har jeg haft i tre rejser og en MDMA-session over det seneste år. For ham er det virkelig blevet 'her sker der noget'. Nu rykker det ved noget af det, han ikke har kunnet komme ind til før."*

Men der er også nogle behandlere, der udtrykker bekymring over den begejstring, der er opstået omkring psykedeliske og relaterede stoffers potentiale. **Det er ikke, fordi de ikke tror på stof-fernes virkning som en del af det terapeutiske arbejde, men fordi de ser en tendens blandt nogle brugere eller klienter til at forherlige eller forsimpler det terapeutiske arbejde eller simpelthen fokusere på at skulle opnå en hurtig behandling fremfor at arbejde på udfordringerne over længere tid.** Berit peger netop på det tidlige aspekt i det, som mange måske glemmer i deres begejstring over at få store, dybe indsigter på meget kort tid.

*"Jeg synes, det er enormt vigtigt ... altså, der er mange mennesker, der tager de her psykedeliske stoffer, og de ser det og det og siger: Åh, det er som ... altså nu har jeg fået så meget indsigt, som jeg ikke ville have fået på 10 år i terapi ... men, det har de jo ikke integreret endnu ... og det kan godt være, det tager ti år ..."*

De fleste, som arbejder med psykedelisk terapi, er enige om, at den store (og svære) del af arbejdet ligger efter den psykedeliske oplevelse. De fleste er også enige i, at psykedelisk terapi hverken er et 'quickfix' eller en måde at undgå den hårde proces, der ligger i at arbejde med selvet. Måske netop fordi mange af dem, der udøver psykedelisk terapi, insisterer på den dybde og seriøsitet, de synes, psykedeliske stoffer frembringer eller giver mulighed for, så opfattes 'coaching', som Georg beskriver det, samt diverse andre former for karriere- eller selvudvikling ikke altid som lige så vigtigt at arbejde med. Disse former for arbejde anses ikke som egentlig behandling og kan for nogle være udfordrende at forene med det fokus, der ofte ligger på at vilje hjælpe de mennesker, som det er sværest at hjælpe i vores nuværende sundhedssystem.

## Referencer:

1. Kwonmok Ko, Emma I. Kopra, Anthony J. Cleare, James J. Rucker (2023) Psychedelic therapy for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, Vol. 322, s. 194-204.
2. William R. Smith, Paul S. Appelbaum, (2022) Novel ethical and policy issues in psychiatric uses of psychedelic substances, *Neuropharmacology*, Vol. 216.
3. Sessa, Ben. (2012) *The psychedelic renaissance: Reassessing the role of psychedelic drugs in 21st century psychiatry and society*. Muswell Hill Press.
4. Grinspoon, Peter (2022) Ketamine for treatment-resistant depression: When and where is it safe? Ketamine is approved for hard-to-treat depression, but how safe are outpatient ketamine clinics? *Harvard Health Publishing*, Harvard Medical School.
5. George, J. R., Michaels, T. I., Sevelius, J., & Williams, M. T. (2020). The psychedelic renaissance and the limitations of a White-dominant medical framework: A call for indigenous and ethnic minority inclusion. *Journal of Psychedelic Studies*, 4(1), 4-15. <https://doi.org/10.1556/2054.2019.015>
6. Petersen, MA., S. Feldes & V. Cova (2022) *Ayahuasca Calling: Sacredness and the emergence of Shamanic vocations in Denmark and Peru*. Anthropology of Consciousness, Wiley.
7. Holm, S., Petersen, MA, Enghoff, O. & Hesse, M (2023) Psychedelic discourses: A qualitative study of discussions in a Danish online forum. *International Journal of Drug Policy*, Elsevier.

På Center for Rusmiddelforskning arbejder vi i forskningsprojektet 'Den psykedeliske renæssance' på at forstå, hvordan psykedeliske stoffer opfattes og bruges i Danmark, samt hvordan forskellige faggrupper arbejder med psykedeliske stoffer. Projektet er støttet af VELUX FONDEN.

# Risici ved rusmiddelbrug er afhængigt af øjnene, der ser

**Risici ved rusmiddelbrug fokuserer ofte på negative sundhedsmæssige konsekvenser, men hvad der opfattes som risici, varierer, afhængigt af hvem man er, og hvilken situation man befinder sig i. Det er vigtigt at få indsigt i forskellige perspektiver for at kunne udvikle rette forebyggelses- og behandlingstiltag.**

AF SIF INGIBERGSOTTIR MOGENSEN, OLGA JUUL ERIKSEN, OSKAR ENGHOFF,  
MARGIT ANNE PETERSEN, BIRGITTE THYLSTRUP OG JONAS STRANDHOLDT BACH





STOF NR. 47 / FORÅR 2024



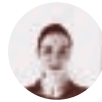
Sif Ingibergsdóttir Mogensen er sociolog og ph.d.-studerende ved Center for Rusmiddelforskning



Oskar Enghoff er sociolog og adjunkt ved Center for Rusmiddelforskning



Birgitte Thylstrup er psykolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning



Olga Juul Eriksen er sociolog og ph.d.-studerende ved Center for Rusmiddelforskning



Margit Anne Petersen er antropolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning



Jonas Strandholdt Bach er antropolog og adjunkt ved Center for Rusmiddelforskning

Ordet 'risiko' bruges ofte i fagligt regi af både forskere og fagpersoner på rusmiddelområdet. Her forstås risici ofte som negative konsekvenser af rusmiddelbrug, fx ved de farmakologiske virkninger og bivirkninger (1), eller særlige brugsmønstre, som er skadelige i et folkesundhedsperspektiv. Denne tilgang til risici har bidraget med værdifuld viden til forebyggelse og politik på rusmiddelområdet. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, hvordan ordet 'risiko' bliver brugt, da det siger noget om de perspektiver, der ligger bag. Disse perspektiver kan variere betydeligt, og forskning kan være med til at tydeliggøre denne variation og udvide opfattelserne af, hvad rusmiddelrelaterede risici er. Fx kan kvalitativ forskning give et nuanceret indblik i risiko, da der ved hjælp af metoder som interviews og deltagerobservation er mulighed for at rumme store mængder af kompleksitet og gå i dybden med den betydning, risiko har på tværs af personer, steder og begivenheder. Gennem eksempler på kvalitativ rusmiddelforskning vises der i denne artikel, hvordan risici er kontekstuelle og opleves forskelligt. Det vises blandt andet ved, at det, der fra et sundhedsprofessionelt perspektiv opfattes som risici, kan være udtryk for skadesreducerende handlinger blandt personer, der bruger rusmidler. Vi viser også, hvorfor det kan være vigtigt at have blik for de mere positive aspekter, som personer kan opleve i forbindelse med deres rusmiddelbrug, såsom nydelse.

#### **Det er vigtigt at sætte fokus på konteksten og miljøet, rusmiddelbruget foregår i**

Risikomiljøperspektivet er opstået i et forsøg på at fjerne ansvaret og fokuset fra individets adfærd og i stedet fokusere på den sociale, kulturelle og strukturelle kontekst for rusmiddelrelaterede risici. Dette perspektiv optræder oftest i forskning i skadesreduktion, dvs. politikker og indsatser, der har til hensigt at reducere de ska-

der, der potentielt kan ske ved at bruge rusmidler. **Risikomiljøer er defineret som en social situation eller et fysisk sted, hvor forskellige faktorer kan øge risikoen for, at stofrelaterede skader opstår.** Risikomiljøperspektivet fokuserer på sociale og strukturelle rammer for hverdagslivet for mennesker i udsatte positioner i samfundet og fremhæver, at sårbarhed overfor stofrelaterede risici og skader er påvirket af fx sociale relationer, normer, adgang til hjælp fra velfærds- og skadesreducerende institutioner og organisationer samt national lovgivning og politik (2, 3, 4, 5).

Denne forskningstilgang til risici er fx relevant, når man forsøger at forstå og skabe ændringer for unge, der lever på gaden, og som bruger stoffer. Et eksempel på dette er et kvalitativt forskningsprojekt fra Vancouver i Canada, hvor unge på gaden i interviews fortæller, hvordan de oplever risici ved brug af rusmidler i deres hverdag, og hvordan de forsøger at formindske disse risici (6). Disse interviews betyder, at vi får et dybdegående blik på de unges egne oplevelser af, hvad der for dem udgør en risiko. Det kan fx være med til at give indsigt i, hvordan man bedst kan arbejde med hjælpeindsatser til unge.

I undersøgelsen beskriver de unge, hvordan de benytter cannabis, alkohol og hostestillende lægemidler til at reducere og eliminere deres brug af, hvad de mener er mere farlige stoffer såsom metamfetamin, crack-kokain, og opioider (fx heroin, oxycontin og fentanyl). De førstnævnte rusmidler bliver dermed brugt til, at de unge kan afgifte sig selv for at formindske deres abstinenser. Der er flere grunde til, at de unge i undersøgelsen fra Vancouver oplever stofrelaterede risici og skader, og at de ikke altid har mulighed for at bruge stoffer på en skadesreducerende måde. Det kan være i situationer, hvor

de ikke har adgang til stofindtagelsesrum, rent injektionsudstyr eller andet. Fx oplever flere af de unge, som lider af stærke opioidabstinenser, at deres rysten gør, at de ved injektion af stoffer ikke kan ramme mindre vener, hvilket er mindre farligt end at injicere i en halspulsåre – noget, som de unge godt selv er klar over. Derfor bruger de rusmidler som cannabis og alkohol for at reducere deres abstinenser, så de kan injicere mere sikkert uden at ryste. En ustabil bolig-situation betyder også, at de unge ofte injicerer i gyder under hastværk for at undgå konfrontationer med lokale i deres område. Hermed beskriver de unge altså, hvordan de oplevede risici ikke kun omhandler de direkte sundhedsrelaterede risici ved stofbrug, men at de også forsøger at mindske risici, som er forbundet med, at de lever i socialt udsatte positioner. Fx er det at blive set af en forbipasserende, mens man injicerer, noget, som de unge prøver at undgå ved at søge væk til gyder. Men det kan samtidig være årsag til en sundhedsrisiko, fordi de unge vil være svære at opdage i tilfælde af en overdosis. I disse situationer kan de unge opleve, at risikoen for at blive set og stigmatiseret af en forbipasserende vejer tungere end den sundhedsfaglige risiko, der er ved at injicere afsides steder. På den måde bliver de unge nødt til at navigere mellem mere 'sociale' skader og de mere konkrete 'stofrelaterede' skader. I undersøgelsen udtrykker de unge, at der er et for stort fokus fra samfundets side på det problematiske ved deres stofbrug, hvilket tager opmærksomheden væk fra, hvad de selv mener, de har brug for hjælp til. De unge peger fx på, at de har brug for trygge almene boliger og integrerede hjælpeinstitutioner med fokus på skadesreduktion, rusmiddelbehandling og behandling for psykiske lidelser, da de unge især oplever, at deres mentale helbred er det, som skubbede dem ud i deres stofbrug og hjemløshed (6).

#### **Fokus på de positive aspekter ved rusmiddelbrug kan nuancere risikoforståelser**

Nogle forskere peger på, at man ikke bør fokusere udelukkende på de negative konsekvenser, der kan være ved et rusmiddelbrug, men også inddrage mere positive aspekter, da fx nydelse er en central del af at gå til fester, at ryge, drikke alkohol og bruge andre rusmidler (7). Ved at undersøge, hvordan nydelse spiller en rolle i menneskers brug af rusmidler, afdækkes det ofte, at opfattelsen af risici kan være meget forskellig fra menneske til menneske. Snakker

man fx med unge, der bruger kokain til fester, vil de måske tale om risikoen for at få en skuffende aften, hvis de ikke kan skaffe nok eller god nok kokain, hvilket er noget helt andet end at tale om sundhedsrisikoen ved deres kokainbrug.

De fleste undersøgelser, der beskæftiger sig med den mere positive del af oplevelsen ved at bruge rusmidler, fokuserer mindre på nydelse end på, hvilket mål man har med sit rusmiddelbrug, og hvad man får ud af det, såsom at holde sig vågen, øge sit selvværd, opnå nærhed og socialt samvær med andre (8). **Der er dog både etiske og praktiske konsekvenser ved en manglende anerkendelse af nydelsen ved brug af rusmidler.** De etiske konsekvenser opstår, når disse positive, almenmenneskelige motivationer underkendes af samfundet, og visse typer af rusmiddelbrug dermed udelukkende fremstår som sygelige, kriminelle eller på anden vis forkerte. Flere rusmiddelforskere peger på, at den stigma og lovgivning, som visse typer af rusmiddelbrug er genstand for, har rødder i historiske værdi- og magtkampe fremfor selve rusmidlernes sundhedsprofil (9, 10). Et godt eksempel er det danske samfunds brede accept af alkohol på trods af alkoholens veldokumenterede sundhedsrisici. De praktiske konsekvenser ved at underkende nydelse i rusmiddelbrug bliver for eksempel relevant i samspelet mellem offentlige institutioner og personer, der bruger rusmidler. Et eksempel er et kvalitativt forskningsprojekt af et stofindtagelsesrum i Tyskland (11). Stofindtagelsesrum er skadesreducerende indsatser, der kan minimere risikoen for stofrelaterede skader såsom fatale overdoser og overførsel af blodbårne sygdomme som HIV og hepatitis. Gennem interviews og deltagerobservation fremhæver studiet, at muligheden for at få tid og ro til at nyde stoffet er en forudsætning for, at rummet bliver brugt. Et kvalitativt studie udgivet i 2023 fra Center for Rusmiddelforskning viser noget lignende, nemlig at nogle personer fravælger at bruge stofindtagelsesrum, da de oplever at blive forstyrret af de andre brugere af tilbuddet og dermed ikke har mulighed for at opnå den nydelse ved stoffet, som de søger (12). Hermed oplever nogle personer, at de må navigere mellem at være i stofindtagelsesrummet, hvor de er tæt på sundhedspersonale i tilfælde af overdoser, overfor at sidde for sig selv udenfor i solen og nyde deres stoffer i fred og ro. For andre handler det ikke om at balancere mellem de sundhedsrelaterede risici

og den farmakologiske virkning og nydelse ved stoffet, men derimod om den nydelse, man oplever ved at mødes med andre uden at opleve at blive stigmatiseret. På den måde viser studiet, at stofindtagelsesrum ikke kun bliver brugt for at undgå stofrelaterede risici, men også bruges for at reducere de risici, som personer, der bruger stoffer, kan opleve i deres hverdagsliv, fordi de lever i socialt udsatte positioner.

**Ved at forstå konteksten, som risici opfattes i, kan der skabes flere muligheder for at handle og hjælpe**

Både i studiet af unge i risikomiljøer og i eksemplerne omkring, hvordan personer i stofindtagelsesrum navigerer mellem at nyde deres stof og at bruge stoffer på en sikker måde, får vi indsigt i, hvordan den kontekst, rusmiddelbrugen foregår i, kan være med til at give os en bedre forståelse for, hvordan mennesker, som bruger rusmidler, selv oplever, forstår og handler i forhold til risici, når de bruger rusmidler. **Det er vigtigt at nuancere vores forståelse og muligheder for at handle på de mange forskellige behov, som relaterer sig til rusmiddelbrug, og dermed kunne hjælpe der, hvor behovet er størst.** Disse behov omhandler både at udvikle skadesreducerende tiltag, som reelt opleves som attraktive for dem, de søger at nå og hjælpe, og som medvirker til at reducere både fysiske skader og tidlig dødelighed, mistro og psykiske problemer samt oplevelse af ensomhed og eksklusion. For at skadesreducerende tiltag skal være attraktive og relevante, er det dog afgørende, at vi løbende nuancerer forståelsen af, hvad de mennesker, som tilbuddene søger at nå, selv opfatter som risici, og hvilke behov de oplever som vigtige at få dækket for at kunne minimere disse risici. Der skal derfor både afdækkes og forstås negative konsekvenser ved rusmiddelbrug for at reducere skader. Men der skal også afdækkes og forstås, hvilke positive aspekter som personer, der bruger rusmidler, søger at opnå – fx nydelse. Nuancer opnået via indsigt i og forståelse af nogle af de oplevelser, som personer med rusmiddelbrug har, fx hvorfor de bruger rusmidler, hvad de oplever som risici, og hvad de gerne vil have ud af at bruge forskellige rusmidler, kan hjælpe os med bedre at forstå risici fra forskellige perspektiver, og hermed kan det hjælpe os med at målrette hjælpetilbud til personer med rusmiddelproblemer.

## Referencer:

- (1) Haugland S. H., Elgán T. H. Prevalence of  
(1) Fox, N. J. (2002). What a 'risky' body can do: Why people's health choices are not all based in evidence. *Health education journal*, 61(2), 166-179.
- (2) Houborg, E. (2022): Fra risiko til mulighed: At kende socialt udsatte stofbrugeres miljø er afgørende for at kunne hjælpe dem.
- (3) Houborg, E. (2022): Marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv i København: Stof-miljøer og velfærdstilbud. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- (4) Rhodes, T. (2002): The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13(2), 85-94.
- (5) Rhodes, T. (2009): Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 20(3), 193-201.
- (6) Bozinoff, N., Small, W., Long, C., DeBeck, K., & Fast, D. (2017): Still "at risk": An examination on how street-involved young people understand, experience, and engage with "harm reduction" in Vancouver's inner city. *The International journal of drug policy*, 45, 33-39.
- (7) Månsson, E., & Bogren, A. (2012): Health, risk, and pleasure: The formation of gendered discourses on women's alcohol consumption. *Addiction Research & Theory*, 22(1), 27-36.
- (8) Duff, C. (2008): The pleasure in context. *Int J Drug Policy*, 19(5), 384-392.
- (9) Moore, D. (2008): Erasing pleasure from public discourse on illicit drugs: on the creation and reproduction of an absence. *Int J Drug Policy*, 19(5), 353-358.
- (10) O'Malley, P., & Valverde, M. (2004): Pleasure, Freedom, and Drugs: The Uses of 'Pleasure' in Liberal Governance of Drug and Alcohol Consumption. *Sociology*, 38(1), 25-42.
- (11) Duncan, T., Duff, C., Sebar, B., & Lee, J. (2017): 'Enjoying the kick': Locating pleasure within the drug consumption room. *International Journal of Drug Policy*.
- (12) Houborg, E. & Berge, S. S. (2023). Trade-offs between intoxication, safety, and sociability within a drug-consumption facility. In *Routledge Handbook of Intoxicants and Intoxication* (1st ed., pp. 221–238). Routledge.

Center for Rusmiddelforskning har de seneste år haft en kvalitativ læsegruppe, hvor forskere fra centeret mødes og diskuterer forskellige måder at forstå forholdet mellem rusmidler, mennesker og samfund på med udgangspunkt i kvalitativ forskning. I foråret 2023 har læsegruppen haft fokus på temaet risiko.

# Thor giver stemme til voksne børn, der er vokset op i et hjem med rusmiddelproblemer

Mere end 1500 fortællinger om at vokse op i et hjem med rusmiddelproblemer har givet Instagramprofilen 'Creating a Voice' en stemme i debatten om, hvordan samfundet bedst hjælper børn, der har forældre med rusmiddelproblemer.

Thor Allentoft er manden bag 'Creating af Voice'.

TEKST OG FOTO: NANNA STÆRMOSE



Nanna Stærmosé er journalist og indehaver af historiefabrikken.com

‘For every child a tree’ stod der på plakaten, der hang over sofaen i stuen i Thor Allentofts barndomshjem. Den var tegnet af kunstneren Bjørn Wiinblad, og Thor Allentoft husker, hvordan et træ med en masse blade og et menneskeansigt hang der og så ud i stuen. Et af hans første barndoms minder er ham siddende med sin mor i sofaen under billedet, mens hun læser højt for ham. Han kan også huske duften af nybagte boller og at have kammerater med hjemme og lege. Det var, når hans mor havde det godt. Når hans mor ikke havde det godt, husker han druksammenkomster i et havehus, hvor han som eneste barn var til stede sammen med en masse berusede voksne.

“I de perioder levede jeg et dobbeltliv. Jeg gik i skole om dagen, men aftenerne og nogle gange også nætterne tilbragte jeg sammen med min mor og et slæng af andre voksne i et havehus, hvor de drak heftigt,” siger Thor Allentoft.

Næste dag gik Thor Allentoft i skole igen, og han fortalte aldrig nogen om, hvad der foregik derhjemme.

Men det gør han nu. I 2020 oprettede han Instagramprofilen ‘Creating a voice’ – han kalder det et onlinefællesskab for voksne børn, der er vokset op i hjem med rusmiddelproblemer. Flere end 1500 har nu delt deres fortællinger med ham og hans 12.000 følgere.

“Jeg blev meget overrasket over, hvor mange der har lyst til at dele deres historier. Det er ikke let, fordi mange gennem livet er blevet mødt med skepsis eller ikke har følt sig forstået,” siger han.

Et springbræt til at få hjælp

Thor Allentoft har tilbragt det meste af sin barndom sammen med sin mor i Randers. Hans far, der boede på Sjælland, så han i ferier. Begge forældrene var førtidspensionister, og begge havde et massivt forbrug af alkohol – og for hans fars vedkommende også hash.

“Jeg tror, de begge drak for at kunne udholde livet.”

I barndommen hed det sig, at hans mor ikke kunne arbejde på grund af noget med ryggen. Men i dag er Thor Allentoft ikke i tvivl om, at hun led af angst. Hun har fortalt ham, at hun var enormt bange for at tale med mennesker. Men som 13-årig fandt hun ud af, at alkohol dæmpede angsten.

“Min mors humør svingede meget. Og når hun følte sig afvist eller ked af det, kom det til udtryk i druk.”

Derfor blev Thor Allentoft i en meget ung alder opmærksom på for alt i verden at forsøge at undgå at gøre sin mor ked af det eller på nogen måde gøre noget, der kunne puffe til den personlighedsforstyrrelse, som han i dag ved, at hun lider af. Han gjorde sig usynlig.

“Jeg følte, at det var min opgave at sørge for, at hun ikke blev mere ked af det, så jeg blev god til at læse hende og hele tiden være opmærksom på hendes behov,” siger Thor Allentoft.

På trods af det store svigt, som forældrene har givet ham, ved han, at de elskede ham.

“Det er jo let at lave en fortælling, hvor de er skurken, og jeg er offeret. Men der er så mange flere nuancer i det. Derfor kan det også være svært at fortælle andre om det. Når man vokser op i hjem med misbrug, bliver man ude af stand til at vurdere, hvad der er normalt og ikke normalt. For mig var det normalt at sidde i et havehus fuld af voksne, meget fulde mennesker.”

Da han blev voksen og flyttede til København, op søgte han på et tidspunkt hjælp.

“Jeg cyklede ned til TUBAs (organisation for børn og unge fra hjem med rusmiddelproblemer, red.) kontor på Vesterbrogade i København, men da jeg stod foran døren, vendte jeg om og kørte hjem igen.”

Når Thor Allentoft i dag reflekterer over, hvorfor det var så svært at tage i håndtaget og puffe døren ind, siger han, at han var bange for ikke at blive taget alvorligt. Og måske var han også usikker på, om det, han havde oplevet, var slemt nok til, at han kunne få hjælp.

Han oplever, at mange af dem, der deler deres fortællinger på ‘Creating a Voice’ har haft de samme overvejelser.

**“Mange starter med at sige: ‘Jeg ved ikke, om det er slemt nok’. Og mange har oplevet at få at vide, at de overdrev, eller at nu skulle de se at komme videre.”**

Når nogen deler sin fortælling med ham på ‘Creating a Voice’, kvitterer Thor Allentoft med et ‘tak



fordi du deler din historie', og i kommentarsporene er det tydeligt, at fortællingerne skaber genkendelse hos mange andre. Den anerkendelse og det at blive set uden at blive gjort til skamme kan ifølge Thor Allentoft være første skridt til at søge professionel hjælp.

"Det er ofte en stor overvindelse at skulle bede om hjælp. Jeg håber, at 'Creating a Voice' kan være første skridt på vejen mod at få hjælp til at bearbejde de traumer, som mange får, når de er vokset op i et hjem med misbrug."

#### Anerkendelse er aldrig for sent

Det er oplagt at spørge Thor Allentoft, om der virkelig ikke var nogen i hans barndom, der prøvede at gøre noget. Nogen må have fornemmet, at den lille dreng, der havde svært ved at rækken hånden op i timerne, og som i det hele taget gjorde så lidt væsen af sig som muligt, havde det svært derhjemme. Det er ifølge Thor Allentoft netop en af pointerne: Rusmiddelproblemer er svære at adressere og tale om. Men der var én, der havde en fornemmelse. Hun hed Anja og var hans lærer i 8. til 9. klasse. Dengang handlede Anja ikke på sin fornemmelse, men efter at Thor Allentoft i begyndelsen af oktober 2023 havde delt sin historie og fortalt om 'Creating a Voice' i Go' morgen Danmark, fik han en besked. Anja havde set ham, men hun havde ikke gjort noget, og det ville hun gerne beklage. Men hvordan er det at få en 'undskyldning' så mange år efter?

"Det var virkelig rart at få den anerkendelse, det virker rent faktisk at få den med tilbagevirkende kraft. Det betød også, at der var mange følelser, der faldt på plads."

Anja sendte ham også et gammelt klassebillede. Et billede, som Thor Allentoft ikke havde set i mange år.

**"Da jeg så mig selv på det billede, blev jeg mindet om, hvor svært jeg havde det dengang. Men det gav mig også et billede af, hvor meget der egentlig skete i mit liv dengang, og at det var reelle følelser, jeg havde. Det skete rent faktisk, og det var voldsomt."**

Anja var ikke den eneste, der havde set, hvad der foregik. Efter 'Creating a Voice' opstod, fandt Thor Allentoft ud af, at hans mormor også havde forsøgt at tale med sin datter om hendes rusmiddelproblemer, men uden at det førte til de store forandringer. Hans farmor var også på banen i forhold til hans far. Hun forvaltede bl.a. hans penge, og når Thor Allentoft kom på besøg, var proceduren altid den samme. Hans far var kommet på antabus, og drukkammeraterne var sendt hjem. Så kom farmor, og det var hende, der sørgede for, at der blev givet penge, så de kunne tage en tur på bakken eller lave noget andet sammen.

"Jeg tror, min farmor forsøgte at passe på min far så godt, som hun kunne."



Instagram:  
@CREATINGVOICE.DK

Engang imellem, igennem mit liv, har jeg fået at vide at man slet ikke kan mærke på mig, at jeg er vokset op som jeg er. Og rigtig tit, er det som om, at det er en form for sejr eller succes.

Problemet er bare at jeg netop ikke formår at vise andet. På indersiden har jeg så meget lyst til at råbe, at jeg har det svært, men hver en form for kontakt, bliver som oftest afbrudt før den er begyndt, når det kommer til samtalen om hvor godt jeg har klaret mig. Særligt fordi, det også er der det føles sikrest at blive.

Jeg er vokset op med en far der havde et misbrug. Ikke på papiret. Men mere i kælderens eller på arbejdet, når han følte vi ikke så det. Det var ikke fordi han var ukærlig eller onskabsfuld. Og egentlig heller ikke fordi, at vores liv ikke fungerede i mange år. Men det gjorde ondt at mærke, at der var noget der havde et tag i ham, som ikke gjorde andet, end at ødelægge ham.

Instagram:  
@CREATINGAVOICE.DK

Jeg har altid drømt om at have en mor der ikke drak, men nu hvor vi er her, føles det som om at jeg ikke kan holde ud at se på hende. Jeg har så mange usagte følelser, bristede håb og mistede år i klemme. Og jeg føler ikke, at hun ville kunne rumme, at høre det.

Omvendt føler jeg, på samme tid, at min krop reagerer fysisk, når jeg skal lade som ingenting. Bare være i rummet og forsøge at rumme alt det der er sket, i en stemning af at intet er hændt.



**Thor Allentoft bærer ikke nag, han bebrejder ikke de voksne, men bruger i dag sin historie til at åbne for en samtale om, hvad det vil sige at vokse op i et hjem med misbrug, og hvorfor den samtale er vigtig.**

“Vi skal blive bedre til at anerkende, at det at vokse op i et hjem med misbrug virkelig er noget, der skal tages alvorligt.”

Thor Allentoft er uddannet pædagog og arbejder selv med børn. Han anerkender, at det er svært for fagpersoner som ham selv eller som Anja at gribe ind.

“Det er ikke let. Man skal turde at gå ind i et menneskes liv og påpege noget, som er sårbart.”

Dertil kommer, at reaktionen meget vel kan være benægtelse eller nedtoning af problemet, og så er det svært at gribe ind. I virkeligheden er det også noget af det, han håber, at ‘Creating a Voice’ kan være med til at bane vejen for: En debat om, hvordan vi gør det mindre tabubelagt at tale om rusmiddelproblemer.

Inde på ‘Creating a Voice’ er der mange fortællinger, der handler om ikke at være blevet taget alvorligt eller ikke at være blevet set. Mange beskriver også, hvordan de føler skyld og hele deres opvækst har haft fokus på forældrenes behov fremfor deres egne. Det billede genkender Thor Allentoft udmærket. Gennem hele sin opvækst var

han fokuseret på sine forældres velbefindende og var meget opmærksom på ikke at gøre dem kede af det. Det var også derfor, at det var så svært at begynde at fortælle sin historie. Han ville ikke gøre dem ondt. Og det var derfor også først efter sin fars død, at han oprettede sit online forum og begyndte at tale højt om det, han havde oplevet.

“Det har selvfølgelig også været en stor overvejelse i forhold til min mor. Hun støtter op om, at jeg står frem med min fortælling, men det er klart, at det er sårbart. Jeg vil jo stadig ikke gøre min mor ked af det.”

Thor Allentoft har brudt tavsheden, ligesom han har skabt et nyt mønster for sit eget liv. Han er lykkeligt gift og far til to piger på henholdsvis tre og otte år. Han er glad for sit job som pædagog og glad for, at han trods sin svære opvækst alligevel fandt nogle mennesker at spejle sig i, så han fandt en anden vej end den, han så som barn.

“Min lykkelige afslutning på min barndom er, at jeg taler højt om det, jeg oplevede, og de konsekvenser, det har haft. Herunder også hvordan jeg håndterer samværet med min mor i dag.”

#### **Creating a lobbyorganisation**

Da Thor Allentoft gav sig selv og sin historie en stemme og delte den på Instagram, havde han ikke noget større mål med det. Han ønskede blot at placere sine traumer et sted. Men hans stemme har nu affødt så mange fortællinger, at den

begynder at blive en del af debatten om, hvordan samfundet skal håndtere det faktum, at så mange vokser op i et hjem med rusmiddelproblemer.

Efter sin optræden i Go' morgen Danmark er han kommet endnu bredere ud, og et par dage efter interviewet til denne artikel skal han ind på Christiansborg og tale med politiker Rosa Eriksen fra partiet Moderaterne.

“Jeg håber, at ‘Creating a Voice’ i fremtiden kan være med til at belyse de problematikker og de store konsekvenser, som det har, at så mange vokser op i et hjem med misbrug.”

Ifølge Thor Allentoft er alkoholproblemer et samfundsproblem. Konsekvenserne har udover store konsekvenser for den enkelte også konsekvenser for samfundet.

“Mange har senfølger af at være vokset op i et hjem med misbrug. Det kan være angst eller posttraumatisk stress, PTSD. Mange af dem ender i psykiatrien og kommer måske aldrig væk fra den igen. Nogle ender også selv med at have et misbrug.”

Han bruger blandt andet sin profil til at tale om de besparelser, som Københavns Kommune har varslet på området. Og til at tale om, hvor lange ventetider der er i de offentlige tilbud og til at belyse, hvorfor det er vigtigt, at gruppen af voksne børn af forældre med alkohol- eller stofproblemer bliver mødt med tillid og lydhørhed.

“Vi kradser kun i overfladen. Der er så mange temaer, der er forbundet med en opvækst i et hjem med misbrug. Med ‘Creating a Voice’ håber jeg at kunne være med til at tage den svære samtale, for den er vigtig.”

En utryk barndom giver ar på sjælen, der kan præge et helt liv. For Thor Allentoft var der heldigvis også indimellem nybagte boller og højtlesning. Og der var nogen, der så ham, det vidste han bare ikke. Med sin Instagramprofil har han skabt et forum, hvor han nu lytter til andre med de samme oplevelser. Måske er det begyndelsen på at aftabusere rusmiddelproblemer i familien.

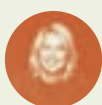
### **Thor Allentoft**

- Står bag Instagramprofilen 'Creating a Voice', som han stiftede i 2020
- Profilen har omkring 12.000 følgere
- Over 1500 personer har siden 2020 delt deres historier om at vokse op i et hjem med rusmiddelproblemer
- Thor Allentoft er uddannet pædagog
- 35 år, gift og far til to døtre på tre og otte år

# Alle mennesker har en livshistorie – den skal vi interessere os for, hvis velfærdssystemets hjælp skal have effekt

I en ny bog introduceres begrebet 'relationel velfærd', som skal ændre fokus for, hvordan mennesker hjælpes i velfærdssystemet. Det afgørende udgangspunkt for relationel velfærd er, at mennesker med behov for hjælp selv skal have lov til at være med til at definere, hvad deres udfordringer er, og hvilke løsninger de har brug for.

AF HELLE ØBO



Helle Øbo er BA i pædagogik og er uddannet MBA fra Middlesex University og adm. direktør for AskovFonden

Selvom det er mere end 25 år siden, vil jeg aldrig glemme telefonopkaldet. Det var en tidlig morgen i november, og på trods af at jeg plejer at stå tidligt op, kunne jeg alligevel fornemme, at det her var meget tidligt.

Stemmen i telefonen var alvorlig og spurgte, om det var Helle Øbo, han talte med. Herefter husker jeg kun få ord, som omhandlede, at politiet havde fundet Dennis død af en overdosis i en telefonboks på Halmtorvet. De havde fundet mit nummer på et stykke papir i hans lomme.

Dennis var en ung dreng på 17 år, jeg havde mødt ca. seks måneder tidligere i Abel & Cathrine, et akut overnatningssted, hvor jeg arbejdede. Dennis var en dreng, der havde kæmpet for sit liv i en familie, han som 13-årig var blevet udstødt fra grundet stofbrug, oprør mod normer og sin seksualitet. Han havde været anbragt på fire forskellige døgninstitutioner og var nu opgivet af kommunen på den måde, at han havde fået et værelse med en forventning om, at han kunne klare sig selv.

Dennis gjorde stort indtryk på mig fra vores første møde. Han var et kærligt menneske, som altid viste overskud ved at anerkende andre, men han kæmpede med sit stofbrug, som han var overbevist om, at han selv kunne komme ud af. Han ville gerne gøre sin familie stolt og havde drømme om uddannelse og familie. Når jeg spurgte ham om, hvilken hjælp han havde modtaget, så fortalte han, at han havde fået mange tilbud, men aldrig følt sig mødt som et menneske med ressourcer. Altid som et problem, der skulle fikses. Han sagde bl.a., at det var, som om der ikke var nogen, som for alvor var interesseret i at vide, hvem han var, og hvad der var hans historie, men kun havde fokus på hans problemer.

Sidenhen har jeg mødt mange mennesker, der på samme vis beskriver, hvordan de oplever at blive reduceret til et problem - frem for at blive mødt som et menneske. Det kan i værste fald være med til at forstærke menneskers erfaringer med at føle sig udsat, frem for at blive hjulpet tilbage fra en krise.

### Risikovurderinger afgør hjælpen

På baggrund af mine mange års erfaring i socialt arbejde med oplevelser såsom Dennis' historie er det min opfattelse, at en af de største barrierer for at skabe effekt på socialområdet er, at med-

arbejderne konsekvent bliver bedt om at arbejde med risikovurdering som afgørende parameter for, om man skal tilbyde hjælp. Det betyder, at man primært fokuserer på det, der kan gå galt, frem for det, der kan udvikles. Det ensidige fokus på risiko betyder, at man ikke ser mulighederne og potentialerne hos det enkelte menneske, og det bliver en selvforstærkende oplevelse, at mennesket med behov for hjælp ikke kan styre selv, men derimod skal styres af andre, som definerer vejen og målet for hjælpen. Vi har brug for at ændre måden, hvorpå vi møder mennesker, der søger hjælp, uanset om det er et menneske, som lever med et skadeligt rusmiddelbrug eller andre udfordringer. Vi har alle en livshistorie, ressourcer og kontekst, som det er afgørende at have viden om, hvis hjælpen skal opleves meningsfuld for det enkelte menneske.

### Relationel velfærd i praksis

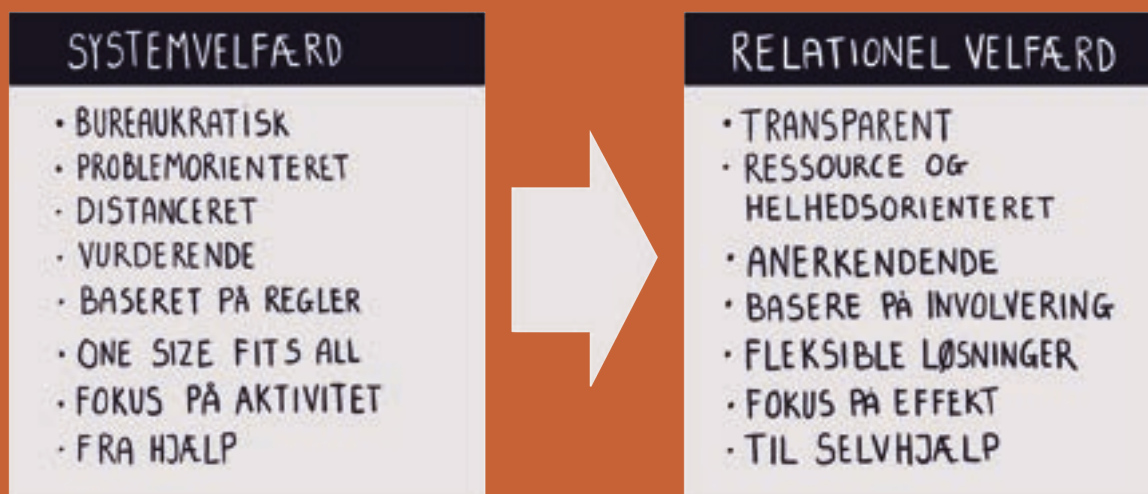
Jeg har netop udgivet bogen "Man møder et menneske", hvor der er fokus på begrebet 'relationel velfærd'. Relationel velfærd har fokus på, at relationen til mennesket skal være det centrale, når et menneske har behov for hjælp, frem for en risikovurdering af det pågældende menneske. Vi skal således være optaget af, hvilken effekt vi skaber, frem for hvilke handlinger vi udfører. Det kan virke banalt og simpelt, men når vi arbejder med udgangspunkt i relationen, er der behov for, at vi ændrer vores mindset og handlinger radikalt. **Flere vil måske mene, at de allerede arbejder relationelt, og det er kun godt, hvis det er tilfældet. Alligevel vil jeg opfordre til, at man er åben og opmærksom på, at selv små justeringer kan skabe store forandringer.**

Udgangspunktet i relationel velfærd er både et menneskesyn, hvor mennesker med behov for hjælp kan og vil engagere sig i deres eget liv, hvis de bliver mødt som et medmenneske, og en antagelse om, at man skal forstå mennesker i en kontekst. Der er to grundforudsætninger, som skal være til stede, hvis mennesker reelt skal være involverede i at forandre deres livssituation:

- At mennesker selv er med til at identificere deres vigtigste udfordringer.
- At mennesker selv er med til at identificere løsningerne.

Figur 1 illustrerer, hvilke diskurser i systemet der kan ændres fra systemvelfærd til relationel velfærd.  
Model: Øbo 2022 (1).

## UDGANGSPUNKTET FOR MØDET MED BORGEREN





På denne måde kan man som velfærdssystem ikke have en forud tilrettelagt plan på vegne af mennesket med behov for hjælp, som det gør sig gældende på socialområdet i dag. Hvis man antager, at man blot ved at læse sagsakter om et andet menneskes liv kan vurdere, hvad der er det rigtige at gøre, er man ikke i nærheden af at arbejde relationelt. Først når man har mødt det enkelte menneske og fået viden om, hvad der danner baggrund for vedkommendes virkelighed, kan man begynde at forstå, hvad der er på spil for den enkelte. Det kræver i praksis, at man giver medarbejderne på socialområdet frihed til at opbygge autentiske relationer med de mennesker, de skal hjælpe.

Figur 1 illustrerer forskellen på det, jeg kalder systemvelfærd, hvor mennesker skal passe ind i strukturer og rammer, kontra relationel velfærd, hvor man tager afsæt i det enkelt menneskes historie og ressourcer. Du kan starte med at stille dig selv spørgsmålet: Med hvilket udgangspunkt ønsker du at blive mødt, hvis du selv havde brug for hjælp?

I velfærdssystemet, som det er i dag, er det min observation, at der som regel måles på systemets effektivitet frem for effekten for mennesket med behov for hjælp, og der måles på antallet af aktiviteter, der udføres, men ikke på, hvilken effekt de har for de mennesker der søger hjælpen. Feedback fra de mennesker, der skal hjælpes, er slet ikke integreret i monitoreringen på socialområdet. Frontmedarbejdere fortæller i en undersøgelse, som jeg har lavet i samarbejde med Metodecentret (for kommuner og regioner med fokus på innovation og metodeudvikling), hvordan det opleves meningsløst at sætte de rigtige krydser uden at vide, om de skaber positive forandringer. Man har gjort det, man skulle ... men har det hjulpet nogen?

I relationel velfærd flyttes fokus fra aktiviteter til effekt, og det gør man ved at stille spørgsmål til udbyttet, hver gang man mødes med mennesket med behov for hjælp: "Føler du dig hørt og forstået?" På denne måde opnås der viden om, hvorvidt hjælpen opleves som meningsfuld for det enkelte menneske eller ej. Hvis det ikke er tilfældet, skal der gøres noget andet.

### Organisering og ledelse af relationel velfærd

Det kræver ny organisering og ledelsesmæssigt udsyn at sætte relationen til mennesket i centrum for arbejdet på socialområdet. Hvis velfærdssy-

stemet for alvor skal ændres i praksis, er det en forudsætning med blik for de organisatoriske og ledelsesmæssige rammer, der giver medarbejderne det nødvendige frirum til at fokusere på relationen i stedet for systemets 'kasser'.

Jeg foreslår i bogen, at organisationsforandringerne kan skabes ved at udvikle en lærende organisation på socialområdet som katalysator for forandring. En organisering, der har fokus på feedback fra både medarbejdere og ikke mindst fra de mennesker, der søger hjælp, og som gennem supervision og en positiv fejlkultur skaber udviklende læringsmiljøer på tværs af faglighed og beføjelsesniveau. På denne måde kan der skabes bæredygtige resultater for mennesker frem for at fokusere på målopfyldelse i klassisk forstand.

En forudsætning for relationel velfærd er også, at man på alle niveauer i organisationen tager stilling til, hvordan man bedst muligt understøtter medarbejdernes ændrede tilgang i mødet med de mennesker, de skal hjælpe. På samme måde som mennesker skal mødes med udgangspunkt i vedkommendes unikke situation og styrker, skal systemet erkende, at enhver medarbejder har et unikt læringspotentiale. Læring ud fra en relationel tilgang skal særligt fokusere på at kvalificere mennesker til at indgå i en kontinuerlig, helhedsorienteret og kollektiv læreproces. Relationel velfærd arbejder ud fra et cyklisk læringsperspektiv, med afprøvning af tiltag i praksis og fortløbende justering, hvorved der sikres en bottom-up-tilgang.

Læring er strategien, eksperimenterne/udforskningen er metoden. Med en relationel tilgang organiserer man sig dynamisk, så man har mulighed for situationsbestemt tilpasning efter skiftende omstændigheder. **Hver gang der kommer et menneske med behov for hjælp ind ad døren, etableres et nyt projekt med dertilhørende ny organisering.** Det kræver en grundlæggende organisatorisk forandring i den måde, man som leder og medarbejder opfatter opgaven på. Man skal forlade tanken om at møde mennesket med behov for hjælp med udgangspunkt i den individuelle faglighed og i stedet sætte de samlede faglige kompetencer i spil med udgangspunkt i mennesket. Idealet er at skabe et sammenhængende og fokuseret forløb med én indgang til forvaltningen, i stedet for at mennesket med behov for hjælp kastes rundt mellem rådgivere og forvaltninger, som alle har hver deres forskellige perspektiver, forståelsesrammer, metoder og interesser.

Når man ikke kender løsningerne på andre menneskers problemer på forhånd, kræver det, at der er åbenhed og vilje til at være i tvivl og tale om det, der er svært. At arbejde relationelt handler i høj grad om at frisætte medarbejderne, så deres muligheder for at imødekomme menneskets ønsker for forandring bliver vægtet højere end systemets behov for kontrol. Det forudsætter, at der i organiseringen af arbejdet er fokus på ressourcer, så der skabes rum for etablering af relationen. Det kan fx være, at samme rådgiver følger mennesket med behov for hjælp gennem hele forløbet, fordi det er i relationen, at forudsætningen for udviklingen etableres. Af andre virksomme handlinger kan nævnes at have fokus på sagsantal, så arbejdsbelastningen tillader meningsfulde relationer. Fokus på hvordan arbejdsgange er organiseret, så mennesket med behov for hjælp oplever en sammenhængende indsats, har ligeledes indflydelse på muligheden for at arbejde relationelt.

Derudover har undersøgelser fra Metodecentret vist, at det er virksomt, når mennesket med behov for hjælp inviteres til sammen med rådgiveren at finde et fælles mødetidspunkt i stedet for, at vedkommende blot indkaldes til møde på kommunen. Fleksibilitet i muligt mødested er også et parameter, som nævnes i interviews i Metodecentrets undersøgelser af de mennesker, der søger hjælp, som afgørende for at føle sig bedre hjulpet. Hovedparten ønsker for eksempel at mødes i eget hjem, fordi det er her, de føler sig trygge. Ligeså er muligheden afgørende for at skabe direkte kontakt til sin rådgiver med direkte telefonnummer eller mail er afgørende for, at man føler sig bedre hjulpet og mødt som et menneske.

#### **Økonomisk gevinst ved relationel velfærd**

Man kan måske tænke, at omstillingen til relationel velfærd koster mange ressourcer og dermed penge, men den gode nyhed er, at det gør det ikke. Tværtimod viser en evaluering fra Familiecentret i Aarhus Kommune, som jeg har hjulpet med at ændre praksis i mødet med deres sårbare familier til relationel velfærd, at der er økonomiske gevinster ved den relationelle tilgang.

Det kræver handling på alle niveauer af socialområdet at ændre måden, vi i samfundet hjælper de mest udsatte mennesker; fra politikerne, der skal lede os ud af de bureaukratiske vildfarelser, til lederne, der sætter rammerne og skaber kulturen for medarbejdernes arbejde, til den enkelte

frontmedarbejder i mødet med menneskene med behov for hjælp.

Hjælpen starter med, at systemet sættes til side, og de konkrete mennesker samt deres ønsker og behov sættes i centrum.

**Det vigtige spørgsmål er ikke: "Har jeg gjort det, jeg skulle, rigtigt?" men snarere: "Er det, vi laver sammen, det, der virker for dig?"**

Bogen ' Man møder et menneske – Fra bureaukrati til relationel velfærd' skrevet af Helle Øbo er udgivet af Akademisk Forlag i efteråret 2023. Bogen kan købes hos landets boghandlere.

**Referencer:**

(1) Øbo, Helle (2023). *Man møder et menneske*. Akademisk Forlag.



STOF NR. 47 / FÖRÅR 2024

60

STOF er et fagligt tidsskrift, der skrives af og til fagpersoner på rusmiddelområdet. Men vi vil også gerne give stemme til dem, det hele handler om – nemlig rusmiddelbrugerne – og give deres indsigt og perspektiv vægt i bladet. I serien 'På egen krop og sjæl' interviewer vi mennesker, som fortæller om deres erfaringer med alkohol eller stoffer og om deres perspektiv på den hjælp, de har mødt eller manglet.

Kunne du tænke dig at være hovedperson i 'På egen krop og sjæl', eller kender du en anden, hvis erfaringer og perspektiver du synes, skal deles i STOF, så skriv til stof@crf.au.dk

PÅ EGEN KROP OG SJÆL –  
RUSMIDDELBRUGERES ERFARING OG PERSPEKTIV

# Anders Lind Thorning: Alkohol gjorde mig træt af mig selv

**Næsten hver weekend stod den på fest og druk med venner og skolekammerater. Drikkekonkurrencer, øl og shots i lange baner. Men på et tidspunkt blev prisen for festerne for høj, selvværdet var i bund, og han opsøgte behandling. Nu er det sport, ny kæreste og et godt job, der tager al Anders' tid.**

TEKST: MARIANNE BÆKBØL  
FOTO: MARIA FONFARA



Marianne Bækboel er journalist  
Foto: Thomas Arnbo.

Der er gang i den fredag aften i Tivoli. Sangeren Tobias Rahim giver den maks gas på scenen, og tusindvis af fans giver den gas på plænen nedenfor. Musikken dunker ud i den lyse sommeraften, der er fest, der er trængsel. Mange er tydeligt påvirkede af alkohol. Vælter rundt mellem hinanden. Inde i mængden får Anders pludselig øje på nogle 14-15-årige drenge, der vist også har fået en del at drikke og er kommet seriøst op at slås. Vagter må gribe ind for at skille dem ad.

I det øjeblik bliver Anders skudt tilbage til den gang, han selv var 14-15 år. Tænker, at han godt nok aldrig har været oppe at slås på den måde, men at han vist godt kunne vælte rundt mellem en masse på samme måde, da han var i den alder. Hold kæft, hvor synes han, det er pinligt at tænke på. Heldigvis er det ikke sådan længere. Det er efterhånden flere år siden, at han selv har været mærkbart alkoholpåvirket. Og han deler nu gerne nogle af de oplevelser med alkohol, der har haft negativ indvirkning på ham. Der gav fysiske skader, når han faldt om i en brandert, eller betød dårlig adfærd over for venner og pinlige oplevelser, der har præget ham mentalt. Som i årevis fik ham til at overtænke og tvivle på sig selv.

Han siger om sit alkoholforbrug, at han aldrig har set sig selv som havende et alkoholproblem, men at han i højere grad betragter sin adfærd dengang som en slags social afhængighed, hvor alkohol var omdrejningspunktet.

Anders betegner sig som en 'helt almindelig' fyr. 28 år gammel. Det er ikke længe siden, at han flyttede ind i sin 2-værelses stuelejlighed i Brønshøj i det nordlige København. Lejligheden er lys, for husene overfor er lave og skygger ikke. Der er højt til lofterne og fra køkkenet udsigt til en stor, lys gård. På væggen i soveværelset hænger en racercykel, udstyret til triatlon. Statskundskabsstudierne i Aarhus er vel overstået, og han har fået en stilling som controller i en større NGO, hvor han nu er én blandt over hundrede ansatte på kontoret. Et job, han er rigtig glad for.

### **Corona-nedlukningerne hjalp hans beslutning på vej**

Vejen ud af det store alkoholforbrug i weekendene startede med, at Anders i begyndelsen af

2020, lige inden corona-epidemien ramte Danmark, traf en beslutning om at gøre noget ved sit alkoholforbrug. Han havde drukket alkohol siden de unge teenageår. Kun i weekendene, ikke på hverdage. Men mere eller mindre hver weekend. Og han havde drukket igennem. Ligesom de fleste andre unge.

Han var nu blevet 24 år gammel, og igennem et stykke tid havde han lagt mærke til, at hans forbrug havde negative følger. Ulemperne begyndte at fylde uforholdsmæssigt meget. Han mistrivedes, var efter weekendens forløb ofte plaget af skyldfølelse og usikkerhed. Han følte, at han gang på gang og alt for tit skulle undskylde for sig selv.

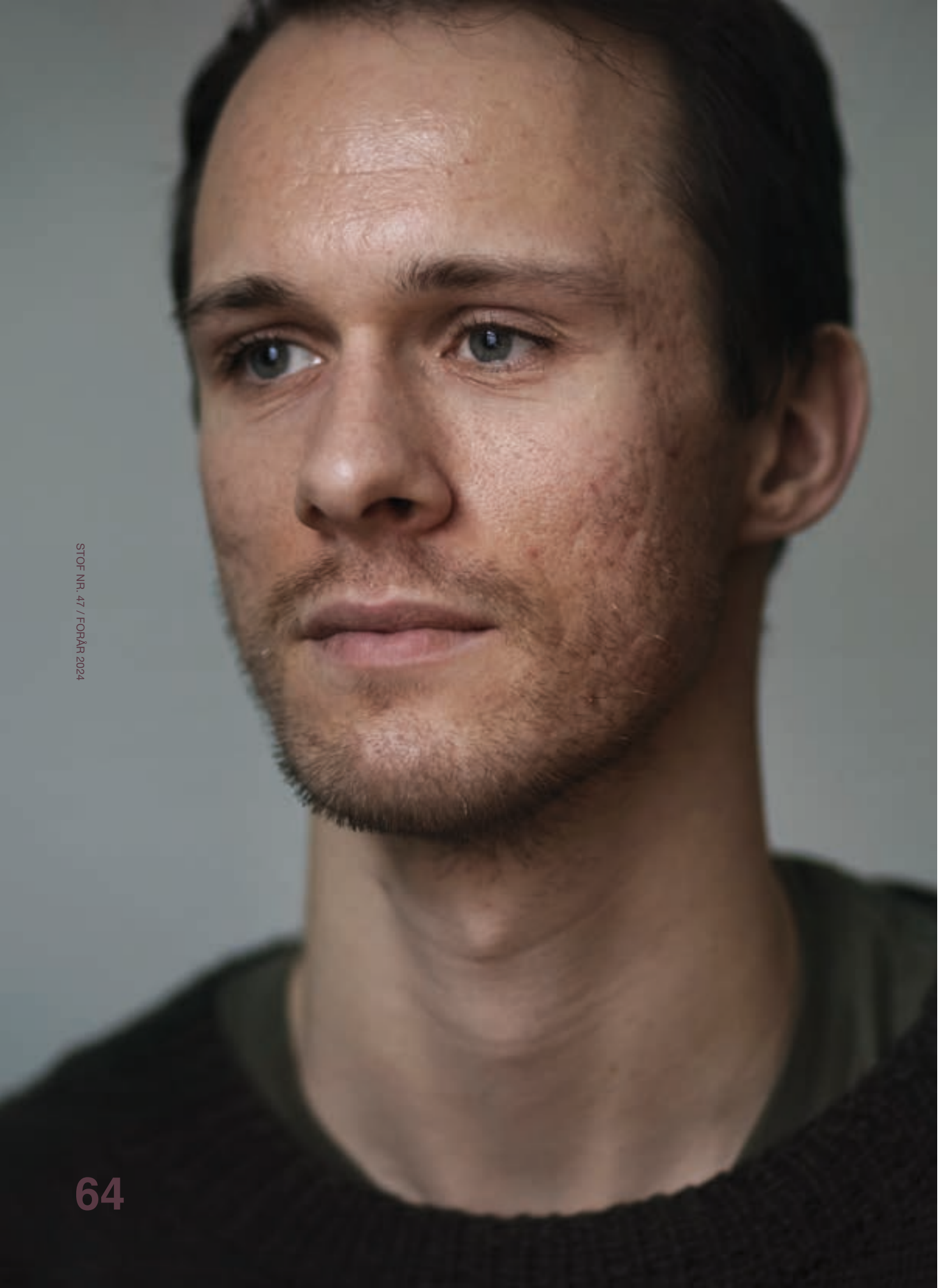
"Jeg havde igen dummet mig i en brandert. Igen. Gjort noget, der gik ud over andre. Godt nok i en sjov kontekst, men det slet var ikke sjovt. Jeg havde mistet kontrollen, kunne tit ikke huske noget fra mine branderter, og på et tidspunkt følte jeg bare, at det blev for meget. At jeg måtte gøre noget. Corona gjorde, at de sociale arrangementer blev skruet ned, og det hjalp mig selvfølgelig, men jeg havde truffet valget inden."

Anders søgte på Google efter behandlingsmuligheder og fandt ad et par omveje frem til det lokale offentlige rusmiddelcenter, der tilbød gratis samtalebehandling til unge med alkoholproblemer. Han skrev til dem, fik svar dagen efter og tilbud om en tid til forsamtale to uger senere. Efter 2-3 samtaler med udredning og analyse blev han tilbudt et samtaleforløb hos en af centrets behandlere.

Tilbage hjemme på kollegiet var det en kæmpe lettelse at få at vide af en veninde, at han bare "var supersej", da han fortalte sine venner på kollegiegangen, at han var gået i behandling.

"En enkelt af pigerne sagde, at hun savnede mig som fuld, men hvis det er dét, et venskab skal baseres på, er det jo ikke et venskab, og det gjorde mig lidt ked af det; kunne du virkelig bedre lide mig som fuld, kender du mig jo slet ikke som den sjove og søde fyr, jeg synes, jeg er. Også når jeg er ædru."

**“Tilbage hjemme på kollegiet var det en kæmpe lettelse at få at vide af en veninde, at han bare ”var supersej”, da han fortalte sine venner på kollegiegangen, at han var gået i behandling.”**



STOF NR. 47 / FORÅR 2024



Anders har selv oplevet, at der er mange ven-skaber, der lever blandt unge på den måde, fordi at drikke er det, man har til fælles. Alkoholen er værktøjet til at socialisere sig ind i nye grupper, værktøjet til at skabe relationer. Og hvis ven-negruppen er præget af, at man i ædru tilstand ikke taler om, hvordan man har det, bliver alko-hol nøglen til at håndtere de følelser, man har.

### **Fik øje på utilsigtede følger og overraskende sammenhænge**

Samtalerne i behandlingscentret fik ham til at se nye sammenhænge mellem hans alkoholfor-brugsmønster og hans følelsesliv, hans mentale tilstand og hans relationer. Og til at indse, hvor-dan han ikke kun havde brugt alkohol til at 'blen-de ind' og til at gøre samværet og festerne med vennerne en tand sjovere. Han brugte også al-koholen som et redskab til flugt. Til at komme væk fra hverdagens konflikter og bekymringer, væk fra sit tankemylder og sin usikkerhed. Og til at dæmpe og håndtere sine følelser i forhold til sig selv, sin familie, sine venner og sin kæreste. Det var en god behandler, han mødte i rusmid-delcentret, og da forløbet først kom i gang, først på ugentlig basis og senere mere ekstensivt, var der mange nye indsigter og følelsesmæssige oplevelser, der faldt på plads.

"Hun hjalp mig med at få forståelse for mig selv, jeg fik "samlet puslespillet" på en ny måde. Jeg fik fx forståelse for, hvilken betydning alkoholen havde for, hvordan jeg havde det, når jeg mødte op i skolen om mandagen. Hun var super god til at holde en fornuftig samtale, uden at man følte, at det var forkert at have drukket så meget, som jeg havde. Jeg kom til at forstå mine reaktioner. Hvorfor trælse følelser var endnu værre, når jeg vågnede dagen efter en druktur, end de plejede at være. Hvorfor jeg havde blackouts. På trods af forskellen mellem hende og mig i både alder og køn var hun empatisk og rigtig god til at forstå mine udfordringer."

**Inden Anders gik i behandling, anede han ikke, at der fandtes tilbud til unge. Han synes, at be-handlerne var "pissekompetente", og at for-løbet har givet ham en stærk bevidsthed om, hvordan alkohol påvirker ham, hvordan han re-agerer på alkohol, og hvad der i det hele taget er bedst for ham.** Der var ikke noget med at snakke ham på ikke at drikke, men behandleren foreslog ham at være fuldstændigt afholdende i en periode for at få brudt sit drikkemønster. Det blev til en pe-riode på to år, hvor Anders slet ikke drak.

### **Forældrene havde ikke en chance for kontrol**

Anders mener, at han og hans jævnaldrende er et produkt af den kultur omkring alkohol, vi har skabt i Danmark. Der serveres alkohol til hver en tid og hver en anledning.

"Som barn og ung ser vi voksne drikke ved en-hver lejlighed, det oplevede jeg selv, og man tænker naturligt, at det skal man da også en dag. På den måde kan det være ligegyldigt, hvor ansvarlige ens forældre er på alle andre måder. Det bedste, mine forældre har gjort, er at gøre mig opmærksom på, at jeg ikke var sær-lig god, når jeg var fuld. At den måde, jeg drak på, var et problem. Det betød noget, men mere kunne de heller ikke stille op."

Forældrene kunne jo ikke tjekke ham, ikke være over ham hele tiden. De kunne for eksempel ikke se, når han sad i parken med vennerne og drak øl og vodka. Set i bakspejlet ville han øns-ke, at nogle andre voksne havde blandet sig, når de kom forbi bænken, hvor han og venner-ne sad og drak. Måske havde det været godt, at nogen havde spurgt dem, om de ikke var for unge til det der. Det kunne han godt have tænkt sig. Ikke at han giver andre ansvaret for sit alkoholforbrug, men han reflekterer over, at det kunne være godt, at vi interesserer os lidt mere for hinanden, for hvordan andre har det, og begynder at stille hinanden også de svære spørgsmål om alkohol.

Anders reflekterer lidt videre over, om vi skal begynde at blande os lidt mere i hinandens al-koholforbrug, indtil de tanker afløses af overve-jelser om, at han jo også er glad for noget af den læring, han har fået af sine alkoholoplevelser. De har givet ham én form for selvindsigt og nog-le særlige livserfaringer.

### **Det handler om at kunne føle sig okay som den, man er**

Dybest set tror han, at noget, der kunne have hjulpet ham til at omgås alkohol mere sundt, ville have været at debutere senere, samt inden debu-ten at have lært noget mere om følelser og om at håndtere følelser. At have lært noget om, at det som ungt menneske er okay og normalt at føle sig akavet og usikker, som man ofte er uden hjælp fra alkohol. At man er god nok, selvom man ikke laver lutter 12-taller eller ser helt perfekt ud på sociale medier. At der havde været mere fokus på at styr-ke hans og kammeraternes selvtilid og selvverd.

Anders fortæller, hvordan han i bakspejlet kan se, hvordan alkoholen i stedet var "den ting", han fik med sig til at bryde isen og opbygge venskaber med de nye klassekammerater i gymnasiet og videre til sine medstuderende på universitetet. Til fester, til fredagsbarer. Det meste af samværet med de andre blev hurtigt baseret på alkoholen. De så frem til den næste fredagsbar, hvor de for alvor kunne få bekræftet at være en del af fællesskabet.

**"Der sker så mange ting i de år. Og mange af mine venner og tidligere venner var ikke gode til tætte samtaler uden alkohol. Jeg har set omkring mig, at hvis man ikke kan tale åbent om sig selv uden at være fuld, får man et problem på sigt. I venskaber og i parforhold."**

Selv var han i en årrække i et fast forhold, og han tøvede ikke med at slå fast, at hans forbrug af alkohol gjorde forholdet både længere og mere problematisk, end det ville have været, hvis han ikke havde brugt de fleste weekender til at flygte fra problemerne gennem fest og alkohol.

Anders er for længst ude af rusmiddelcentret igen, behandlingsforløbet er slut for efterhånden længe siden, ligesom studierne er vel overståede. De første to år efter han tog beslutningen om at gøre noget ved sit alkoholforbrug, drak han slet ikke alkohol. I dag drikker han et par øl en gang imellem og nogle gange flere. Det sker også, at han en gang imellem får lidt for mange, men han er blevet langt bedre til at håndtere det. Både i situationen, så det ikke kammer over, og ikke mindst dagen efter, hvor han ikke bliver slået mentalt ud som førhen.

Han har de seneste år blandet sig i den offentlige debat ved bl.a. at skrive indlæg om unge og alkohol, men lige nu handler livet mest om hans personlige udvikling. Sammen med den nye kæreste, igennem det nye job og som ivrig og glad triatlet.

Behandlingsforløbet i rusmiddelcentret fik ikke kun Anders til at reflektere over sig selv, men også over de strukturelle sammenhænge omkring alkohol. Det tændte hans debattrang, og han har sagt sin mening i TV i Go' morgen og Go' aften Danmark, Aftenshowet og i radioen på P1 samt i Debatten på DR2. Han er blevet citeret i aviser, fx Berlingske, og har skrevet debatindlæg i Information og driver sammen med en god ven podcasten 'Sobre Samtaler' i samarbejde med foreningen Alkohol og Samfund.

# ”Det her sted er trygt og roligt for dit sind”

Omsorgscenter Eirsgaard modtager mennesker, der er hjemløse, som bliver udskrevet fra hospitalet, eller som har andre sundhedsproblemer, og som ellers skulle opholde sig på gaden i skrøbelig tilstand. Hvis beboerne har stof- eller alkoholproblemer, er de stadig velkomne. Alle passer godt på stedet, der har vist sig at være en økonomisk gevinst for samfundet.

TEKST: LISE MØLLER SCHILDER  
FOTO: CHRISTINE VASSAUX NOE



Lise Møller Schilder er journalist



Thomas har bagt kage til de andre beboere. Han bor lige nu på Omsorgscenter Eirsgaard på Amager, fordi han ikke havde en lejlighed, da han blev udskrevet fra hospitalet.

”Jeg kom hertil fra Oslo og lejede en lejlighed gennem det firma, jeg arbejdede for. Men da jeg blev udskrevet fra hospitalet, var jeg blevet smidt ud af min lejlighed, og de udbetalte ikke min løn,” forklarer han med en alvorlig mine.

Thomas er ingeniør og arbejder på store byggeprojekter. Han er oprindeligt fra Polen, men har boet og arbejdet 15 år i Irland, otte år i Norge, og for nylig tog arbejdet ham til Danmark.

Efter kort tid i Danmark dør hans søn, og det leder Thomas ud i depression og et overforbrug af alkohol, som til sidst ender med, at han bliver indlagt. Da han efter tre uger bliver udskrevet, har han mistet sin lejlighed og sine ting. Derfor er han taknemmelig for, at han kan få lov til at bo på Eirsgaard.

Omsorgscentret drives af Røde Kors Hovedstaden med støtte fra Region Hovedstaden. Det er et tilbud til mennesker, der er hjemløse, og som

døjer med helbredsproblemer. For eksempel hvis de har været indlagt på hospitalet og bliver udskrevet uden et sted at kunne restituere.

”Hvis du virkelig er interesseret i at få styr på dine problemer, har du fuld støtte fra folk her. Det er derfor, jeg bor her nu, fordi jeg føler mig tryk,” siger Thomas og nikker hen mod lederen på Eirsgaard, Jannie Julin, som læner sig op ad væggen i fællesrummet, mens hun lytter med.

”Det her sted er trygt og roligt for dit sind,” tilføjer han.

#### **14 dage er bedre end to måneder**

Jannie Julin har arbejdet for Røde Kors siden 2014. Først i Thorsgade på Nørrebro i København og siden hos Eirsgaard i Siljengade i starten af Amager i et hus, som tidligere har tilhørt Hells Angels, men som nu er et hyggeligt sted med farver på væggene, tv-stue, et stort køkken og otte værelser med 10 senge.

Jannie og de andre ansatte har gjort sig umage med, at stedet skulle føles hjemligt. Der er derfor få hvide vægge. Alle værelserne har fået forskellige, rolige farver. Malingen har de fået gratis af Dyrup i Sydhavnen. Det er farver, som ved en fejl

Thomas er beboer på Eirsgaard



er blandet forkert og derfor er blevet til overs. En ting er dog vigtigt, og det er, at det er glans 25, så væggene er nemme at vaske, forklarer Jannie Julin, mens hun viser rundt i huset.

Udover Jannie, som selv er sygeplejerske er der også ansat to andre sygeplejersker, en socialrådgiver og en køkkenmedarbejder på 15 timer. Og så er der frivillige, som kommer forbi og bruger tid med beboerne.

Beboerne er ofte blevet henvist af en socialsygeplejerske, en gadeplansmedarbejder eller en ansat på en natcafé eller et rusmiddelcenter. Herefter kan de få lov til at blive på omsorgscentret i 14 dage og have eget værelse. De får også et varmt måltid mad om dagen, og der er et fyldt køleskab til dem. Hvis nogen har brug for ekstra tid, vurderer personalet, om det er en god idé. Men oftest giver de 14 dage bedst mening.

”Der er rigtig mange, der har sagt: ”Jamen hvorfor giver I ikke længere tid?” Og så tænkte vi under coronaen, at vi måske skulle skruet lidt på knapperne. Så vi prøvede med to måneder i stedet,” forklarer Jannie Julin og fortsætter:

”Der skete mindre med den enkelte borger på to måneder, end der gør på 14 dage. De sank ned i sofaen. Men det var ikke kun dem. Alle vores samarbejdspartnere omkring den pågældende borger – hjemløseenheder, kommunerne og andre steder – de sagde alle sammen: ”Jamen der er god tid”. Så vi nåede faktisk mindre på to måneder.”

### **Plads til stof-brug og hunde**

De beboere, som taler med STOF, fortæller alle, at de er meget glade for stedet. Som en beboer forklarer, så er der meget tydelige regler og konsekvenser, og det fungerer godt. Mange beboere har også hunde, og de er velkomne. Jannie har selv en lille hund, som fimser rundt og straks snuser sig frem til, at undertegnede har en banan i tasken.

Faktisk er der ret få regler på Eirsgaard. Den vigtigste er, at man skal opføre sig ordentligt overfor hinanden. Hvis man ikke kan det, ryger man ud. Til gengæld er der ikke et krav om, at man ikke må indtage rusmidler. Man må gerne tage sit stof eller drikke alkohol, man skal bare ikke gøre det på fællesarealerne, for der kan være beboere, som forsøger at være afholdende.

I det hele taget har de ansatte på stedet den tilgang, at beboerne sagtens kan passe på stedet efter almindelig arbejdstid. Beboerne er også de bedste til at vurdere, hvilke problemer der skal løses.

**”Hvis vi har en herre, der har en nyopdaget diabetes, og han ikke mener, at det er det store problem, jamen så kan jeg jo tale for døve øren ved at blive ved med at tale om diabetes, når hans største problem er, at han ikke har nogen gummistøvler, når han skal ud og sove i regnen. Så må jeg finde ud af at skaffe ham et par gummistøvler. Hvis jeg kan det, kan vi måske komme til at tale om diabetes. Så det er rækkefølgen på tingene,” siger Jannie Julin.**

Hun forklarer, at hun ikke forsøger at overtale beboerne til at stoppe deres brug af stoffer eller alkohol, hvis den enkelte ikke ønsker det. Nogle gange skal folk også bare restituere.

”Tidligere har der været et paradigme om, at hvis man skulle have hjælp, så skulle man have et ønske om at stoppe sit forbrug. Men i dag er der kommet mere fokus på, at man godt må få hjælp, også selvom man ikke lige passer ned i kasserne.”

### **Studie viser en stor effekt**

Det har da også vist sig at være en god tilgang, som ikke kun gavner borgerne, men også samfundet.

Et randomiseret studie fra 2017 viser, at borgere, der får lov til at blive udskrevet til omsorgscentret frem for vanlige tilbud på gaden, koster samfundet næsten 64.000 kr. mindre efter seks måneder og 95.000 kr. mindre efter tolv måneder.

Studiet blev gennemført ved, at Jannie Julin skulle trække lod, hver gang en socialsygeplejerske henviste en borger, som havde brug for at blive udskrevet fra hospitalet. På den måde fremkom der en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Det forklarer ph.d.-studerende Camilla Nygaard Bring, der står bag undersøgelsen.

”Vi fulgte de hjemløse gennem et år og kiggede på deres forbrug af sundhedsydelse. Vi kunne så se, at dem, der havde fået et omsorgsophold på 14 dage, brugte færre sundhedsydelse end dem, som vi udskrev direkte til gaden og de eksisterende tilbud.”



Hun understreger, at billigere ikke altid er bedre, men i dette tilfælde er der tale om en reel forbedring.

”Vi så på, hvilke sundhedsudgifter der var knyttet til dem. Og det var primært omkostninger til de akutte indlæggelser, som er en lidt uhensigtsmæssig måde at bruge sundhedsvæsenet på, fordi det er meget dyrt. Vi kunne så se, at kontrolgruppen brugte over dobbelt så mange penge i akutte indlæggelser som interventionsgruppen.”

Studiet blev i 2020 udgivet som forskningsartikel, der i dag også bliver brugt i udlandet. Den tidligere formand for Region Hovedstaden og nuværende overborgmester i København, Sophie Hæstorp Andersen (S), fulgte desuden dengang studiet tæt.

Studiet skabte evidens indenfor et område, som ellers har været meget erfaringsbaseret, og har været en af årsagerne til, at der i dag er flere omsorgscentre rundt om i landet. Resultaterne var så stærke, at de kunne bruges som et beslutningsværktøj. Fx besluttede Region Hovedstaden på baggrund af studiet at finansiere 80

pct. af omsorgscentrets udgifter. Resten finansieres af Røde Kors.

”Det, der i virkeligheden også er ret afgørende, er, at opholdet kan blive et *window of opportunity*, hvor man får mulighed for at sætte nogle andre ting i gang. Det er også der, hvor Jannie har været sindssygt god til at gribe dem og sige: ”Jamen hvad skal der ske nu?” understreger Camilla Nygaard Bring.

#### **Motivation til at ændre på tingene**

Thomas er en af de beboere, som har brugt sit ophold på omsorgscentret til at ændre sit liv. Han er stadig i sorg over sin søns død, men han er stoppet med at drikke alkohol.

Jannie har givet ham lov til at blive lidt længere tid på Eirsgaard, hvor han går til hånde, når de ansatte ikke er der.

”Jeg forbereder morgenmaden, jeg gør toiletterne rene og bager kager og pandekager til folk,” forklarer han.





Jannie Julin er leder af Eirsgaard

Vi sidder og snakker ved det store bord i køkken-alrummet. En anden beboer slår sig ned ved siden af os. Hun bor normalt på gaden og er 14 dage på Eirsgaard med sin hund, der bor sammen med hende på værelset. Hun vil ikke have sit navn i bladet, men hun er enig med Thomas i, at omsorgscentret er et rart sted, og at Jannie og de andre ansatte gør det godt.

Det er dog ikke kun Jannie, der gør det godt. Også beboerne får ros.

**”Stedet har eksisteret i over ni år. Og jeg har kun måttet tilkalde politiet to gange. Beboerne passer på det, og vi har aldrig fået stjålet en computer eller andre værdifulde ting. En gang imellem kan der ryge et tæppe eller en lysstæge, men det er det,” fortæller Jannie Julin.**

Om natten er der en akuttelefon, der går på omgang blandt personalet. Den kan beboerne ringe til, hvis der opstår problemer. Generelt er det ilde set i miljøet at ringe til politiet, så derfor føler beboerne sig mere trygge ved at ringe til personalet, som tager hånd om situationen.

Der har heller ikke været overdoser på stedet, selvom det er i orden at tage stoffer og drikke på værelserne.

”Vi havde engang en yngre kvinde, som var her i halvanden dag. Så ville hun ikke være her længere og ville ud på gaden igen. Bagefter fandt vi 74 brugte kanyler på hendes værelse. Men hun havde siddet derinde stille og roligt og havde ikke generet nogen,” siger Jannie Julin og understreger, at personalet selvfølgelig har medicin klar, hvis nogen skulle tage en overdosis.

#### **Frie rammer til faglighed**

Både beboerne og personalet har frie rammer på omsorgscentret. Det betyder også, at personalet i langt højere grad skal bruge deres faglighed. Heldigvis har de forskellige kompetencer at trække på.

De to andre sygeplejersker har en baggrund som socialsygeplejersker, så de er godt inde i de offentlige tilbud og systemer. Jannie har arbejdet som hjemmesygeplejerske i 21 år, inden hun var med til at starte omsorgscentret. Så hun har en høj faglighed på det sygefaglige.

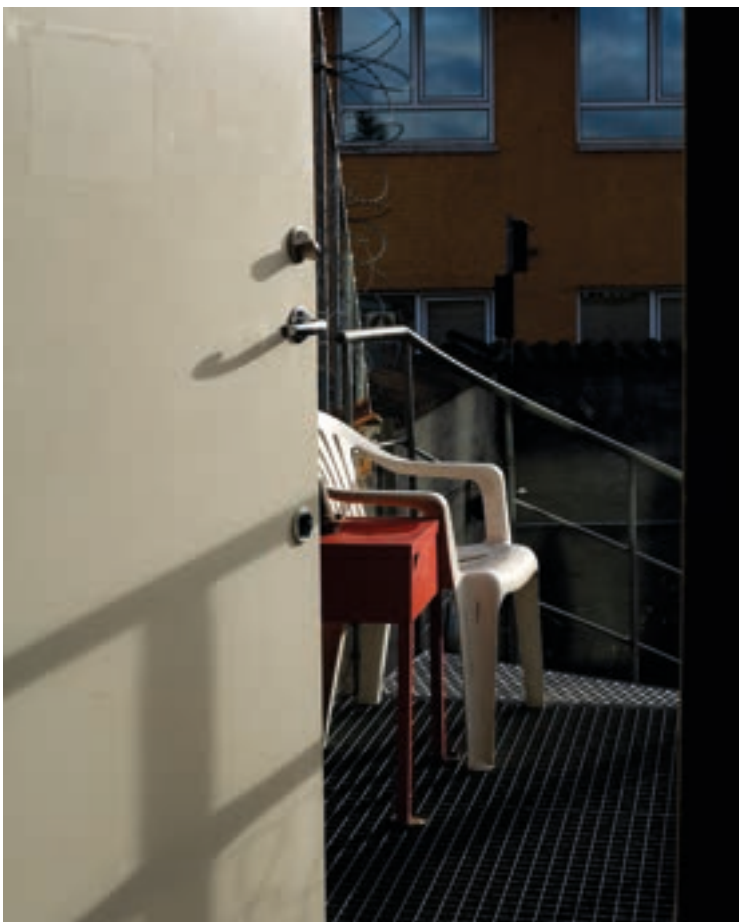


”Jeg startede med at være frivillig i det, der dengang hed Hjemmeløsehuset, fordi jeg altid har syntes, at folk, der er lidt anderledes, er spændende,” siger hun og fortsætter:

”Så begyndte jeg at kigge efter job inden for feltet. Men jeg blev meget hurtigt udfordret på, at der er nogle ret rigide rammer for de almindelige jobs inden for det her område. Og det er jeg ikke helt fan af. Så da den her stilling kom, var det selvfølgelig meget angstprovokerende, at vi skulle til at opfinde den dybe tallerken, men det har også været meget spændende.”

Netop kombinationen af, at der ikke er rigide regler, og at de ansatte kan bruge deres faglighed, gør også, at de kan tage sig af borgerne på alternative måder.

”Vi har en herre, der kommer her fast en gang om ugen. Han tager sit bad, får vasket en maskinfuld tøj, får doseret sin medicin, får sin antabus og tager tilbage på gaden. Han har prøvet at have bolig. Men det virker ikke. Det kunne han ikke. Men han har faktisk ikke drukket i to et halvt år.”



Generelt skal der helst gå tre måneder mellem et ophold, så det ikke er de samme beboere, som bruger stedet. Men personalet kan gøre undtagelser.

”Vi havde en fyr, som havde fået fjernet milten på Rigshospitalet og var blevet udskrevet til os.

Han vælger at tage ud til en kolonihave herude på Amager, efter vi udskriver ham om mandagen. Tirsdag morgen vågner han op med smerter i knæhasen, og det viser sig at være en blodprop, og det er jo ikke hans skyld. Så han blev indlagt igen og kom ud til os bagefter,” forklarer Jannie Julin.

”Alting skal jo ikke være hugget i sten. Vi skal finde ud af, om det giver mening.”

Omsorgscenter Eirsgaard er et tilbud hos Røde Kors til mennesker, der er hjemløse, og som har været indlagt på et hospitalet og er blevet udskrevet, men som endnu ikke er helt raske.  
Kilde: rodekors.dk

# At få behandlet sine traumer via kropsterapi kan være vejen ud af afhængighed

Mennesker, der har været udsat for traumer, har større sandsynlighed end andre for at udvikle afhængighed af rusmidler. Det taler for behandling af traumer som en afgørende del af rusmiddelbehandling. Symptomer på traumer er forstyrrelser af kroppens sanser, og psykoterapi med fokus på kroppens reaktioner kan derfor være hjælpsomt.

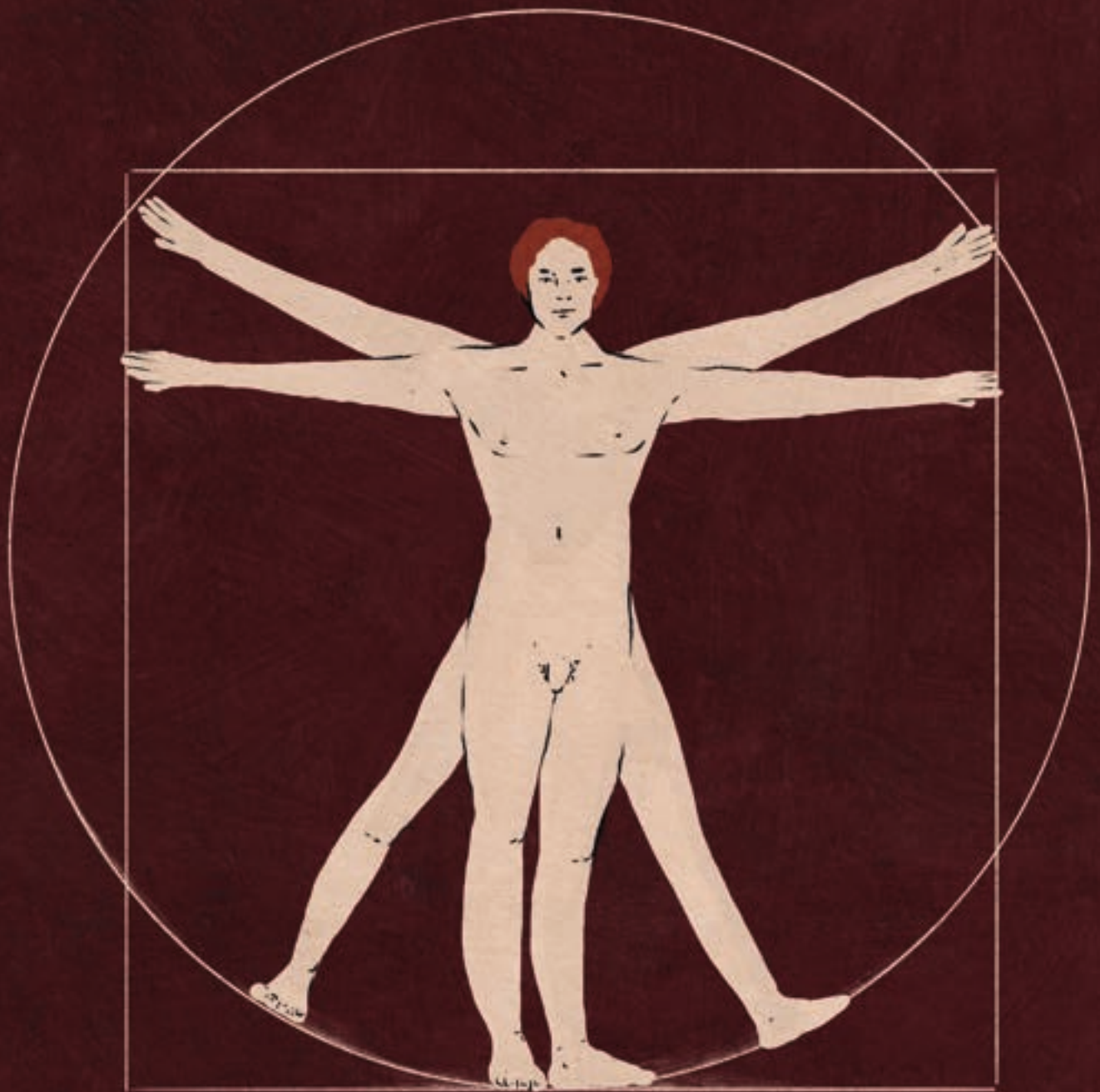
AF MAJA FROMMELT OG BENJAMIN JENSEN



Maja Frommelt er musikerapeut, cand. mag. og relationel traumeterapeut, KABS Stjernevang



Benjamin Jensen er tidligere rusmiddelbruger, der har været indskrevet i alkoholbehandling, KABS Stjernevang



Seksuelle overgreb og fysisk og psykisk vold er krænkelse af menneskets grænser, som kan give traumer og dermed påvirke sansesystemet og virkelighedsopfattelse. Senfølger fra traumer opstår, når det, der er hændt, er mere udfordrende, end hvad mennesker kan rumme, og når der ikke er mulighed for at regulere tilstandene med andre, det vil sige, at andre mennesker lytter og tilbyder omsorg, og at ens sociale behov dermed 'samreguleres' med andre (1). Der er op mod tre gange så stor sandsynlighed for at udvikle et overforbrug af rusmidler, hvis man har været udsat for traumer (2).

Denne artikels forfattere er Maja Frommelt, som er traumeterapeut ved rusmiddelcentret KABS Stjernevang i København, og Benjamin Jensen, som er tidligere rusmiddelbruger, der har været indskrevet i alkoholbehandling samme sted. Vi vil gøre opmærksom på, hvor vigtigt det er at have fokus på traumereaktioner for at hjælpe mennesker ud af den smerte, der dulmes med rusmidler, og som kan udvikle sig til afhængighed. Alkohol og andre stoffer bruges for at regulere kroppen. I psykoterapi med fokus på kroppen er det muligt at lære andre måder at regulere sig på, så afhængigheden kan brydes.

### **Kroppens reaktioner på traumer kan lede til afhængighed**

Forskning peger på, at størstedelen af traumatiske erindringer er repræsenteret som kropslige sansendeindringer (3). Der er derfor god grund til at interessere sig for kroppens reaktioner i traumebehandling.

Meget traumebehandling fokuserer på 'kamp/flugt' og opspænding, også kaldet 'hyperrespons'. Men et andet ofte overset aspekt af traumesymptomer er, hvor vi reagerer med opgivelse i muskler, følelser og impulser; dette kaldes 'hyporespons' (4,5).

Forskellen mellem hypo- og hyperrespons er musklernes grad af tonus, dvs. spænding. Ved hyperrespons er musklerne overspændte og kampklare, mens de ved hyporespons er præget af energiløshed og oplevelsen af manglende 'fylde', og man kan derved miste sansningen af sig selv og adgangen til sine handlefærdigheder (5). Udover reaktioner på muskelresponsniveau kan hele nervesystemet have for meget eller for lidt energi og dermed være enten overparat eller døsende ift. sansendeindringer. Det kalder man

'hyperarousal' og 'hypoarousal'. Både hypo- og hypertilstande er mestrings- eller forsvarsstrategier, som er en løsning med enten kontrol eller opgivelse, for at tilpasse sig, når mennesker ikke har ressourcer til at håndtere situationen (5). Alle mennesker har forskellige kombinationer af disse muskelreaktioner og arousaltilstande, og de afspejler, hvordan dele af én giver op, og andre dele kæmper.

Benjamin, 35 år, henvendte sig til KABS Stjernevang, hvor både rusmiddelproblemer og psykiske problemer behandles samtidigt. Han har videregående uddannelse, godt job og bor sammen med sin kæreste, men han var træt af at have svært ved at sige fra og sætte grænser. Alkohol var blevet hans middel til at holde pause fra den evige kamp, han følte, han kæmpede. Han drak store mængder alkohol, når han følte sig presset. Det gav ham oplevelsen af at kunne forsvinde fra sig selv og andre. Benjamin har flere forløb i psykiatrien bag sig, men sine kropslige reaktioner efter traumer, som blandt andet rummer operationer, han gennemgik som spædbarn, samt voldtægt, han har været udsat for, har han ikke fået bearbejdet i terapi.

Da han begyndte i terapi hos KABS, havde han en meget afkoblet opfattelse af sin krop. Han fortæller:

*"Jeg havde meget lidt kontakt til min krop. Den var nærmest en slags "amorf klat"."*

### **At skabe kontakt til kroppen og overtage styringen**

'Relationel traumeterapi' er en tilgang til at arbejde med traumer, som er skabt af psykoterapeuterne Merete Brantbjerg og Kolbjørn Vårdal. Metoden kombinerer kropssorienteret færdighedstræning med systemisk terapi, som har fokus på at 'samregulere' følelser og tilstande sammen med andre, og som man tidligere har været alene om at skulle håndtere.

**Ved at træne kropslige motoriske færdigheder såsom 'proprioception' (orienteringssansen knyttet til sansning af muskler og led), fleksibel bevægelse samt oplevelsen af jordforbindelse opbygges kapaciteten til at kunne regulere sig selv og sine følelser og kropsfølelser.** Fokus i begyndelsen af et terapi-forløb ligger på at udvikle erfaringen af at have autoritet over sin egen krop, hvor man lærer at

'dosere' de tillærte færdigheder på en individuel måde, så man føler sig mere tryk og kommer til stede i nuet (6).

Benjamin fortæller:

*"Jeg følte mig pludselig til stede i mig selv og i verden på en måde, jeg aldrig havde oplevet før, og det motiverede mig til at lave øvelserne hjemme. Jeg lærte at spore min hyper- og hyporespons i min krop, og fik mere kontakt til hypoområderne ved hjælp af bevægelse, berøring eller aktivering af musklerne. Jeg blev i stand til at være til stede uden at flyde sammen med det ydre, og det gav ro. En fysisk erfaring af at begynde at mærke mig selv indefra og orientere mig på en ny måde."*

Fra dette udgangspunkt af færdigheder er det målet at beholde orienteringen i nuet og få tilgang til valg og muligheder for bevægelse, som man ikke havde, dengang man blev udsat for traumatiserende hændelser. Man lærer at sanse og beskrive traumereaktioner og begivenheder i et faktaorienteret sprog, samtidig med at man forbliver til stede i nuet med adgang til handlemuligheder for hermed at undgå den overvældelse, der ofte fører til rusmiddelindtag.

I Benjamins terapeutiske forløb blev det tydeligt, at hans oplevelser af sin krop var præget af hyporespons og hypoarousal. Med kontinuerlig påmindelse om at bruge færdigheder til at holde sig til stede i nuet udforskede vi sammen Benjamins kropstilstand, og vi fik derigennem vigtig information om hans reaktioner på traumerne.

Benjamin husker:

*"Jeg havde en sansning af "at blive vat", en "bedøvet tåge", inde i en grotte. Jeg mærkede dyb forladthed – "frit fald". Samtidig mærkede jeg stor tiltrækning til disse tilstande ude over afgrunden og havde brug for konstant guidning for at forblive nærværende i kroppen. På et tidspunkt holdt jeg fast i stolekanten for ikke at flyve ud over afgrunden. Jeg mærkede suget til at være forbundet med alt – og lettelsen over ikke at eksistere som mig."*

Hvor han før brugte alkohol til at komme væk, var han nu til stede og undersøgende. Han lærte hypoarousal at kende som oplevelsen af opløsning af grænser, og han fik, gennem den gensidige regulering, som Maja som terapeut

tilbød, en erfaring af at kunne holde sig adskilt fra de tilstande af kaos i kroppen, som blev skabt af traumerne.

**At mærke afsky er en måde at finde sine grænser**

Benjamin har haft svært ved at mærke sig selv og sine grænser. Han stillede et spørgsmål, som ledte os på en ny opdagelsesrejse:

**"Hvordan ved jeg, hvor jeg skal sætte mine grænser, når jeg ikke kan mærke, hvor de er?"**

Benjamin havde i begyndelsen af sit forløb svært ved at mærke, hvad der specifikt gav ham behag, og hvad der gav ham ubehag. Det gjorde det svært for ham at orientere sig og træffe valg, der var funderede i, hvad hans krop sansede, og ikke bare, hvad han besluttede rationelt. Gennem nysgerrig undersøgelse i terapien blev det tydeligt, at der var noget, hans krop ikke brød sig om. Sansningen af afsky blev et nøgleord for ham for at mærke grænser. En måde at finde ud af, hvornår noget er for meget eller ikke rart, og dybt inde fra at mærke og at kunne etablere grænser.

Benjamin erindrer:

*"Jeg øvede mig i at sanse behag og ubehag. Når jeg er ude at handle, afprøver jeg at være sansende til stede og kropsligt forbinde mig med, hvordan varerne smager og føles i munden. Før i tiden havde jeg ingen forbindelse til, hvad jeg købte, og det var abstrakt for mig at finde ud af, hvad jeg havde lyst til."*

Afsky er blevet kaldt for 'grænsevogter-følelsen' (7). For mange mennesker er det uvant at give opmærksomhed til afsky, men der findes en masse information her (8). Afsky er nemlig menneskets krop og sinds måde at give signal om at udskille det, som føles, som om det 'forgifter' vores indre og truer vores integritet. Ofte viser sansningen af afsky sig ved, at hele ens krop siger nej, og at man fx får kvalme, fordi kroppen har trang til at skille sig af med det, den kan mærke, overtræder grænserne.

Afsky bliver også et nøgleord for Benjamin i orientering ift. sociale relationer.

Han husker:

*"Inden jeg skulle mødes med en ven, fik jeg sansning af en hånd, der strammer om hjertet. Som*

om jeg skulle tilsidesætte alt for min ven. Jeg mærker angst, og da jeg bruger mine kropslige færdigheder, mærker jeg tydeligt kvalme og afsky over et menneske, som kræver noget af mig, som jeg ikke har kræfter til at give. Jeg bruger afskyen til at formulere, at jeg kun har 20 minutter til at være sammen i.

*I alle mine relationer bliver det tydeligt, at afsky er min ven til at mærke, hvor mine grænser går, og hvad jeg ikke bryder mig om at være i. I stedet for at fjerne mig fra min krop og have forestillinger om ikke at måtte have det sådan tillader jeg mig nu at mærke afsky og bruge det som information.”*

Når mennesker er udsat for traumatiserende hændelser, bliver de naturlige grænser overskredet. At lære afsky at kende er en måde at genfinde grænser. Kontakten til disse dybe instinkter og impulser er vigtig for heling i traumearbejdet og en måde at vinde egen kontrol og autoritet tilbage fra de traumereaktioner, der har taget styringen, efter grænseoverskridelserne har fundet sted.

### **Et nyt perspektiv på sig selv og sin virkelighed**

I traumebehandling kommer man i kontakt med råheden i, hvad livet rummer. Ekstreme begivenheder og menneskets naturlige, voldsomme reaktioner på disse. Benjamin udvidede i terapien sit selv billede til at være et menneske, der kan inkludere flere tilstande fra det menneskelige repertoire – heriblandt afsky og dybe hypoarousal-tilstande med lyst til at forsvinde. Han oplevede at blive mødt, mens han lærte sine reaktioner at kende, og det udvidede hans opfattelse af, hvem han er, og hvad tilværelsen er. Det gjorde det lettere for ham at rumme sine reaktionsmønstre, samtidig med at han også udvidede sit perspektiv til at kunne handle på andre måder.

I Relationel Traumerapi bruges eksternalisering som en metode, og det vil sige, at man forestiller sig at lægge traumereaktioner eller begivenheder ud et konkret sted i rummet, og der arbejdes med at skabe færdigheder til sansning af at være her og nu, mens man etablerer et slags ’mellemmrum’ til det, som man har placeret væk fra sig selv i rummet. Afstanden gør det muligt at forholde sig til følelsen uden at blive overvældet af den. Det giver plads til nysgerrig udforskning.

Benjamin husker:

*”Jeg inviteres til at placere afskyen et sted i rummet. Det er lettere at give afsky lov til at findes, når den er på afstand. Jeg vover at udtrykke den afsky og vrede, jeg mærker i mine relationer, og opdager, at jeg kan det uden følelsen af at være forkert. Som om der har været to forskellige verdener – en med tilladte følelser og en med ikke tilladte følelser, som har haft hver deres krop. Som om jeg har været skeløjet, men at verdenerne nu samles, og jeg bliver én krop.”*

### **Skadeligt rusmiddelbrug har altid en årsag og en funktion**

Overforbrug af rusmidler opstår altid af en grund og er ofte en strategi for at løse et problem. Ofte bruger man rusmidler til at undgå at mærke sine traumereaktioner. At få hjælp til at forholde sig til den måde, kroppen reagerer på ift. de traumer, man har oplevet, kan være nøglen til at komme ud af rusmidlernes greb. Da Benjamin fik bedre kontakt til sig selv og fik etableret sine grænser mere klart, havde han ikke længere behov for at ’flygte’ ved hjælp af alkohol. Han blev i stand til at regulere sig selv gennem kropslige færdigheder i stedet for at ty til rusmidler, og han fik flere handlemuligheder og blev i stand til at styre i sit eget liv.

Han fortæller:

*”Før var alkohol og stoffer en måde, jeg kunne få outlet for de følelser, som der ellers ikke var plads til. Tidligere havde jeg en stor tiltrækning til at gå i opløsning og forsvinde. Jeg elskede at bedøve mig, være på hospitalet eller til tandlægen. Nu har jeg fundet ud af, at det største trip er at være til stede. Jeg kan være i kontakt med tilstande af opløsning, men uden helt at miste mine kropslige færdigheder og grænser. Ved at lære tilstandene at kende har jeg fundet ud af at slappe af og skabe pauser uden at kaste mig helt ud over afgrunden og miste mig selv.”*



## Referencer:

1. Meichenbaum, Donald (2017) *A constructive narrative perspective on Trauma and resilience: The role of cognitive and affective process*. Kapitel 22, s 429-442. Trykt i : APA Handbook of Trauma Psychology: Foundations in Knowledge, edited by S.N. Gold, American Association.
2. Van der Kolk, Bessel, A. (2003) The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 12, p.293-317.
3. Lund, M. , Sørensen, J.H., Christensen J.B. og Ølholm, A. (2008) *MTV om behandling og rehabilitering af PTSD - herunder traumatiserede flygtninge. Region Syddanmark. Medicinsk Teknologivurdering - 2008; Vejle.*
4. Porges, Steven W. (2011) *The Polyvagal theory. Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication and self-regulation. New York: W.W, Norton & Company.*
5. Brantbjerg, Merete Holm (2009) *Hyporespons - den skjulte udfordring i mestring af stress. Tilgængelig på hjemmesiden: moaiku.dk*
6. Brantbjerg, Merete Holm (2022) Om relationel traumeterapi beskrevet på hjemmesiden: *moaiku.dk*
7. Miller, S (2004) *Disgust. The Gatekeeper Emotion.*
8. Steenberger, Signe (2022) Om gaven i væmmelse og afsky beskrevet på hjemmesiden: [www.signesteenberger.com](http://www.signesteenberger.com)

TEKST: KARINA LUISE ANDERSEN

FOTO: DANIEL HJORTH

***”Fra jeg vågner, til jeg går i seng, har jeg fokus på at hjælpe mødre og fædre med stof- eller alkoholproblemer, så de kan skabe en tryk barndom for deres børn”***

*Anne-Camilla Nielskov  
– Direktør i 'Fri af Misbrug'*



Karina Luise Andersen er  
cand. mag. og redaktør på STOF

## ILDSJÆLENE

'Ildsjælene' er en artikelserie, hvor der i hvert nummer af STOF vil være et portræt af en medarbejder, der brænder helt særligt igennem i sit arbejde på rusmiddelfeltet. Hvis du kunne tænke dig at nominere en kollega til at blive portrætteret i serien, er du velkommen til at skrive en mail til [stof@crf.au.dk](mailto:stof@crf.au.dk), hvor du beskriver din kollegas navn, job og kontakinformation samt et par linjers motivation om, hvorfor netop denne kollega bør portrætteres som en ildsjæl i STOF.



STOF NR. 47 / FORÅR 2024

*"Hun stiftede foreningen ene kvinde for kun fem år siden og hjælper nu 300 børnefamilier om året".*

Sådan skrev Marie Hundebøll Plum bl.a. til STOF, da hun nominerede sin kollega, 46-årige Anne-Camilla Nielskov, til at blive portrætteret i serien 'Ildsjælene'. Marie Hundebøll Plum er kommunikationsansvarlig i foreningen 'Fri af Misbrug', hvor Anne-Camilla Nielskov er direktør. Fri af Misbrug tilbyder gratis telefonisk rådgivning til børnefamilier, hvor en forælder har rusmiddelproblemer.

Anne-Camilla er uddannet socialrådgiver, har en kognitiv terapeutisk efteruddannelse og en master i Socialt Entreprenørskab. Hun har tidligere arbejdet i Mødrehjælpen og som rusmiddelbehandler i Københavns Kommune. Som Marie Hundebøll Plum nævner, så startede Anne-Camilla Nielskov Fri af Misbrug for fem år siden på baggrund af en idé, hun fik, mens hun var på barsel.

"Da jeg arbejdede som rusmiddelbehandler i Københavns Kommune, blev jeg ved med at møde mødre og fædre, som ville ønske, de havde turdet bede om hjælp noget før, men deres største frygt var at miste deres børn, hvis nogen fandt ud af, hvor slemt det stod til derhjemme. Derfor startede jeg en frivillig rådgivning hjemme ved køkkenbordet under min barsel, og det blev starten på Fri af Misbrug. Fri af Misbrug er tænkt som et omsorgsfuldt og trygt sted, hvor børnefamilier kan blive mødt og hjulpet videre. Og her fem år senere brænder jeg fortsat for, at vi hver dag skal forbedre opvækstvilkår for børn i familier berørt af misbrug af alkohol eller stoffer," fortæller Anne-Camilla.

### **Mennesker er forskellige, så det bør metoder også være**

Filosofien bag Fri af Misbrug er ikke én bestemt behandlingsmetode, men det, som Anne-Camilla Nielskov og hendes kolleger vurderer, det enkelte menneske eller familie har behov for. Dog gør Fri af Misbrug brug af tre gennemgående metoder:

"Vi bruger to metoder til rådgivning af både mennesket med rusmiddelbruget og dets pårørende, nemlig den kognitive metode og den motiverende samtale, også kaldet MI. Begge metoder bruges til at undersøge, hvilke tanker og følelser der ligger bag en bestemt adfærd, og kan gøre et menneske med et problematisk

rusmiddelbrug mere bevidst om egne adfærdsmønstre," fortæller Anne-Camilla og uddyber:

"Den motiverende samtale bruges i de tilfælde, hvor en person fx oplever ambivalens ift. at stoppe eller fortsætte det problematiske indtag af rusmidler. Eller til en pårørende, hvor vedkommende kan opleve ambivalens ift., om de skal blive hos eller forlade den, der har et problematisk forbrug af rusmidler."

Anne-Camilla fortæller også, at Fri af Misbrug også bruger såkaldt 'Community Reinforcement and Family Training' – også kaldet CRAFT - til rådgivning af pårørende. CRAFT er en metode, der kan bruges, hvis den pårørende ønsker at blive i relationen og har brug for hjælp og støtte til at motivere deres pårørende til at ændre adfærdsmønstre og eventuelt søge behandling.

"De problemstillinger, som vi møder i Fri af Misbrug, er ofte yderst komplekse, og der kan være stor og varierende forskel på familiernes behov for hjælp og støtte. Vi ser derfor en styrke i at kunne hjælpe ved at tage afsæt i flere metodiske tilgange. **Vores rådgivere har gennem deres uddannelse tillært sig en høj faglighed, så de kan forholde sig reflekterende og nærværende til det, der sker under en samtale, og heraf aktivere deres metodiske værktøjskasse alt efter det behov, som det enkelte menneske eller familie har.** Derudover arbejder vi ud fra en helhedsorienteret tilgang og forsøger altid at afdække familiens samlede situation, samt hvem i deres netværk som kan støtte op om den forandring, der kan sikre barnet/børnenes tryghed. Det vil sige, at rådgiveren som hovedregel vil forsøge at inddrage den nære familie, venner eller andre tæt på," siger Anne-Camilla og uddyber:

"For mig er det ikke, hvor ofte du drikker, eller hvor meget du drikker, som definerer, om du har et skadeligt forbrug af alkohol. Selvfølgelig stiger skaderne ofte proportionelt, men jeg har fx også haft mange weekendafhængige i behandling. Hvis du ikke føler, du kan gå ud uden alkohol eller stoffer, hvis du fucker de mennesker, du elsker, op, hver gang du er påvirket, eller hvis du kommer alvorligt til skade i byen lørdag nat, kan det sagtens blive så skadeligt for dig, at du ønsker hjælp til at ændre det mønster. Og den skade, du oplever i dit og din families liv, vil vi gerne hjælpe dig med at reducere, og for at kunne gøre detskal vi kigge på dig og dine og

din families behov og ikke gå efter en specifik metode og 'one-size-fits-all'-løsning."

Anne-Camilla Nielskov fortæller, at de konkrete fokusområder i Fri af Misbrug først og fremmest er at forbedre opvækstvilkårene for børn i familier berørt af rusmiddelproblemer. Og derudover at formidle viden og skabe forståelse for de konsekvenser, der kan være af rusmiddelproblemer i en familie. Forebyggelse af de konsekvenser ligger også foreningens – og Anne-Camillas – hjerte nært, og ikke mindst ønsker de også at kunne bygge bro til kommunale, frivillige og andre sociale tilbud og derved forkorte den tid, børnene i familierne påvirkes af konsekvenserne.

**"Det er almindeligt kendt, at det kan vare 10-12 år, før et menneske med afhængighed går i behandling. Mange søger aldrig hjælp. For børn kan det være hele deres barndom. Derfor er vi nødt til at hjælpe familierne bedre og tidligere,"** siger Anne-Camilla og fortsætter:

"Min erfaring er, at børnefamilier, der kæmper med misbrug, typisk ikke har opsøgt hjælpen tidligere, fordi de skammer sig eller måske frygter, at der bliver lavet en underretning til kommunen, og at børnene bliver anbragt. Måske har de også mistillid til systemet på grund af tidligere oplevelser. Det kan også være, at forældrene ser sig selv som velfungerende og uden behov for hjælp – og ofte fungerer de jo også i hverdagen, men stadig på en måde, hvor misbruget har konsekvenser. Andre gange har forældrene ikke opsøgt hjælpen, fordi de ikke ved, der er hjælp at få – og at de har ret til den hjælp."

Opsporing er et meget vigtigt fokus for Anne-Camilla Nielskov. Fri af Misbrug rådgiver lige nu 300 familier om året, men Anne-Camillas mål er 3000 familier om året, fordi hun mener, at omfanget af børnefamilier med brug for hjælp er så stort, at der er behov for hjælp i den skala.

"Alene i Københavns Kommune estimeres det, at der er 15.000 børn, som vokser op i en familie belastet af alkohol eller stoffer. Vores opsporingsindsats har fokus på omsorgsfuldt at skabe kontakt til disse familier. Når vi har fået kontakt med familierne, hjælper vi dem omsorgsfuldt og trygt videre – fx brobygger vi til andre tilbud, herunder kommuner, behandlingstilbud og hjælpetilbud til pårørende," fortæller Anne-Camilla og uddyber:

"Som udgangspunkt brobygger vi håndholdt ved at tage den første kontakt og skabe en aftale med et navngivet menneske i den pågældende organisation. Derfor bruger jeg også tid på at have dialog med samarbejdspartnere i kommuner, andre civilsamfundsorganisationer og private tilbud. Vi skal ikke stå i stedet for kommunernes tilbud til familier med rusmiddelproblemer, men derimod være et supplement til opsporingen ved at drage nytte af de fordele, vi har som frivillig social forening, hvor vi er i kontakt med mennesker på mange forskellige måder."

### Fokus på mønsterbrud er vigtigt

Anne-Camilla har selv erfaringer som pårørende til et familiemedlem med rusmiddelproblemer, og det har haft afgørende betydning for, at hun i dag brænder så meget for sit arbejde med rusmiddelrådgivning og -behandling til børnefamilier. En særlig mærkesag for hende er mønsterbrud.

"En tredjedel af børn fra hjem med misbrug udvikler selv misbrug som voksne. Det mønster skal vi bryde. Vi skal til at kigge op! Og bruge nogle af vores kræfter på at kigge efter tegn hos forældrene. For hvis vi formår at skabe en tillidsfuld og omsorgsfuld dialog med mor eller far, så har vi samtidig "fundet" mange af de børn, som er i risiko for mistrivsel. FØR de udviser tegn på mistrivsel," siger Anne-Camilla og uddyber:

"Faktisk ved 56 procent af danskerne ikke, at de kan få gratis rådgivning, hvis de har rusmiddelproblemer. Det vil jeg gerne gøre noget ved. Og jeg vil ønske, at flere danskere og fagprofessionelle tog fat i børnefamilier med et misbrug og gav dem nummeret til en alkohol- eller stofrådgivning. For rapport efter rapport har peget på, at for at kunne tilbyde udsatte børn og unge relevant støtte, skal vi kigge efter tegn hos børnene. Det er jeg naturligvis enig i, men jeg vil gerne opfordre til, at vi "vender opsporing på hovedet" og begynder aktivt at bruge den viden, vi har om risikofaktorerne, til at "se" børnenes problemer, for de selv begynder at vise tegn på dem."

Anne-Camilla Nielskov ser mange udfordringer på rusmiddelområdet, som kan være barrierer for, at børnefamilier med rusmiddelproblemer får den hjælp, de har behov for.

"Jeg synes, det er problematisk, at rusmiddelområdet er så fragmenteret og kvaliteten så svingende både i de offentlige og private tilbud.

Vi mangler samlede politiske handleplaner – især på stofområdet. Vi skal have flere forældre i alkohol- og stofbehandling, og det skal ske tidligere, for i dag er kun 4 procent af forældre med misbrug i behandling. Det tal skal være meget højere. Derudover skal alle kommuner kunne tilbyde hjælp til pårørende til alkohol- og stofafhængige. De pårørende er en ressource, som skal aktiveres. Derudover prioriteres der ikke nok ressourcer til opsporing, afstigmatisering, rådgivning, forskningsbaseret viden om og statistik på området og meget andet. Jeg oplever desuden også, at stofområdet økonomisk er prioriteret lavere nationalt end alkoholområdet,” siger hun.

Selv har hun ingen tvivl om, hvad hendes prioriteter i hendes arbejde er:

”Da jeg er direktør i Fri af Misbrug, går en del af min tid med ledelse af ansatte og frivillige, dialog med eksterne samarbejdspartnere, fonde, vores bestyrelse, politikere og mange andre. Men overordnet set er mit overordnede mål med alt, hvad jeg gør i mit arbejde, at fra jeg vågner, til jeg går i seng, har jeg fokus på at hjælpe mødre og fædre med stof- eller alkoholproblemer, så de kan skabe en tryk barndom for deres børn.”

# Nyt fra Center for Rusmiddelforskning





# Sæt kryds i kalenderen, og kom til konferencen 'Rusmidler og samfund'!

Center for Rusmiddelforskning's årlige konference, 'Rusmidler og samfund' (tidl. 'Formidlingsdagen'), afholdes som vanligt i juni, helt præcist torsdag **d. 6. juni 2024**. Her får du en hel dag med oplæg fra vores forskere, som deler den nyeste samfundsvidenskabelige viden om rusmidler, forbrug, behandling, forebyggelse og politik.

Konferencen er målrettet alle, der arbejder på rusmiddelområdet som fx rusmiddelbehandler, socialrådgiver, politibetjent, læge, psykolog, forsker eller andet, men andre interesserede er også velkomne.

Følg med i nyt om konferencen på Facebook ved at følge profilen 'Rusmiddelforskning', på LinkedIn ved at følge Center for Rusmiddelforskning eller via vores hjemmeside [www.rusmiddelforskning.dk](http://www.rusmiddelforskning.dk). Du kan også holde dig orienteret gennem vores nyhedsmail, som du kan tilmelde dig på vores hjemmeside.

Find program og tilmelding på [www.rusmiddelforskning.dk](http://www.rusmiddelforskning.dk) i løbet af foråret 2024.

# Nyt fra Center for Rusmiddelforskning

## **Nyt ph.d.-projekt har fokus på, hvilken rolle alkohol og sociale medier spiller for unges seksuelle relationer**

Alkohol, sociale medier og seksuelle relationer er alle centrale omdrejningspunkter for de fleste danske teenagers liv. Eksisterende alkoholforskning peger på, at alkohol kan være med til at komplicere forståelsen af samtykke i 'offline' seksuelle interaktioner blandt unge. I takt med at de unge udlever en større del af deres liv på sociale medier, er det relevant at forstå, hvordan sociale medier, alkohol og seksuelle relationer blandt unge spiller sammen, samt om dette samspil giver anledning til situationer, der kan opleves som grænseoverskridende. Specifikt fokuseres der på, hvordan indhold på sociale medier har betydning for, hvorledes unge navigerer i seksuelle relationer, og hvordan forskellige apps anvendes af unge til at udveksle seksuelle beskeder og billeder i situationer, der involverer alkohol.

Ph.d.-projektet fokuserer specifikt på unge mellem 15 og 17 år og varer indtil september 2026.

Projektet er finansieret af Danmarks Frie Forskningsfond.

### **(U)synlige liv: Ph.d.-projekt vil undersøge stofbrug blandt migranter, der opholder sig uregistreret i Danmark**

Et nyt ph.d.-projekt har fokus på stofbrug blandt ikke-registrerede migranter i Danmark. Ikke-registrerede migranter er personer, som lever i Danmark, men ikke er registreret i Det Centrale Personregister (CPR) – og fx lever på gaden. Det kan bl.a. være afviste asylansøgere eller mennesker, der har været hyret som ulovlig arbejdskraft af arbejdsgivere i Danmark. Forskning viser, at ikke-registrerede migranter oplever betydelig dårlig somatisk og mental sundhed sammenlignet med andre borgere i Danmark, deriblandt også registrerede migranter. Det skyldes bl.a. belastninger og mangel på ordentlig sundhedspleje på migrationsruterne til Europa. Et væsentligt problem er den høje forekomst af stofbrug blandt ikke-registrerede migranter, som bl.a. kan være på grund af selvmedicinering for at klare psykiske helbredsproblemer, herunder traumer fra fx flugt.

Projektet vil søge at skabe ny nuanceret og kontekstbaseret viden om, hvordan miljøet, som ikke-registrerede migranter på kanten af velfærdssamfundet lever i, skaber udfordringer, risici, men også muligheder for dem. Projektet vil særligt fokusere på de individuelle, systemiske og sociale faktorer, som kan medvirke til udfordringer, risici og muligheder for dem.

Ph.d.-projektet består bl.a. af et længerevarende etnografisk feltarbejde i stof- og hjemløsemiljøet, hvor ikke-registrerede migranter bor og færdes, herunder stofindtagelsesrum, herberg, asyллеjre, udrejsecentre, varetægtsfængsel/fængsel og social- og sundhedscentre.

Fokus vil være på individuelle erfaringer og udfordringer med at få adgang til ressourcer og tjenester i miljøet, som er defineret af de politiske rammer fra dansk migrations- og sundhedspolitik.

Ph.d.-projektet varer indtil september 2026.

## TØMMERMÆND

Hjertets anstrengte tappenstreg  
paa denne skæve morgen  
hvor man retter paa værelsets udseende  
som paa et billede der ikke hænger lige.

I gaar var skæg.  
Husker du ham der drak øl gennem næsen?  
Var det mig?  
Nej, det var mig der bed Kirsten i armen!

Lykkelige stund hvor vi er sammen i sengen  
med hovedet som sønderskudte banegaarde.  
Fuglene flyver saa frit om vort hus,  
solen skinner, det er lyrik!

Og her ligger vi med lune tømmERMænd.

Med Florence Nightingales' milde  
krimkrigsøjne

stirrer to Albyler paa os:

Naade for den lette brigade.

Af Klaus Rifbjerg fra samlingen 'Under vejr  
med mig selv' udgivet første gang i 1956 på  
Det Schønbergske Forlag. Senere genoptrykt  
af Gyldendals Tranebøger.

Ad Hekkelfeldt til med K.F.U.M. og Danmarks  
Flora

hvad er en ærlig brandert ikke værd i  
maksimaltider som

disse?

Heste i stalden er vi nu  
vore vældige tunger kræver morgenvanding.

Ah, Niagara i badeværelset  
med lange sugende drag gaar vi ind til  
vandorgiet

tømmERMænds privilegium.

Vore ender staar spændte som hesterumper  
ud i værelset

naar vi drikker.

Og saa tanken om den lange, ugidelige graa  
dejlige søndag foran os som en behagelig  
rejse.

Lægger hovedet tilbage i puden og priser  
Lundstrøm:

Store syner, opstilling med karaffel og glas,  
langstrakt og underligt!

Ved siden af mig ligger den rareste klukflaske,  
Du Inge, bedste stykke almuekultur og fuld af  
kluk.

Godt at favne dig, du klarøjede snapsting,

Andendagens bedste hivert!

## Ønsker du at abonnere på STOF?

Så send mail til [stof@crf.au.dk](mailto:stof@crf.au.dk)

Bladet udkommer tre gange om året, og abonnementet er gratis.

OBS. Hvis du som abonnent flytter til en ny adresse, så er det vigtigt, at du meddeler det til os på [stof@crf.au.dk](mailto:stof@crf.au.dk), da din adresse ikke automatisk bliver opdateret hos os. Dette gælder også, hvis du modtager STOF på din arbejdsplads og skifter job.

Idéer og forslag til nye artikler er også altid meget velkomne. Skriv til [stof@crf.au.dk](mailto:stof@crf.au.dk) Hvis du ikke selv ønsker at skrive en artikel, men måske har faglige spørgsmål eller emner, du ønsker at foreslå os at skrive om i STOF, så hører vi også meget gerne fra dig.

Læs mere på [www.rusmiddelforskning.dk/stof](http://www.rusmiddelforskning.dk/stof)