

Drop behandlingsbegrebet, og styrk indsatsen for stofbrugere

Vi er låst fast i en blind tro på 'behandling' - uden at vi ved, hvad det er.

AF STEFFEN JÖHNCKE

Denne artikel er en gennemskrivning af et mundtligt indlæg, som forfatteren kom med på Servicestyrelsens konference 'Stofmisbrug i et socialfagligt perspektiv' den 12. april 2010 i Odense. Det er tilstræbt at bevare karakteren af et mundtligt oplæg, der stiller nogle oversete spørgsmål, snarere end at omarbejde det i en sædvanlig, videnskabelig artikelform. Eventuelle forespørgsler om artiklen kan rettes til forfatteren, der er ansat som seniorrådgiver i konsulentenheden *Antropologisk Analyse* på Institut for Antropologi, Københavns Universitet: steffen.johncke@anthro.ku.dk

Som udgangspunkt for mit oplæg har Servicestyrelsen sendt mig en række gode spørgsmål. Jeg vil lægge ud med at besvare dem kort. Så kan alle fra en start se, hvor jeg står. Og jeg kan bruge resten af tiden på at forklare, hvorfor jeg besvarer spørgsmålene, som jeg gør, og hvordan de leder til andre og mere grundlæggende spørgsmål, der også trænger til at blive kigget på. Servicestyrelsen har sat behandlingsbegrebet som overskrift for denne del af konferencen, og jeg er helt enig i, at det er selve begrebet – vore forestillinger om, hvad behandling er for noget som vi må blive bedre til at gå efter i sømmene.

Jeg har i varierende grad beskæftiget mig med dette felt som antropolog siden 1996 i forskellige roller som evaluator og som forsker. Lige siden min debut på området har jeg undret mig over, hvad dette begreb 'behandling' egentlig er for noget i indsatsen for at hjælpe stofmisbrugere. Hvad består det af i praksis, hvad skal der komme ud af det, og hvad er det for forestillinger man har om det i samfundet? Desværre må jeg sige, at min tvivl om, hvorvidt der er noget klart svar på, hvad behandling er, kun er blevet stærkere med årene. Til gengæld er jeg blevet mere sikker på, at 'behandling' lever højt på, at det er så vidunderligt uklart, hvad det vil sige. Jeg er også begyndt at mene, at det – altså selve begrebsliggørelsen af indsatsen som 'behandling', ikke bestræbelsen på at hjælpe brugerne – gør mere skade end gavn i forsøget på at forstå, hvordan man kan hjælpe medborgere, der har et for stort og for farligt forbrug af stoffer.

Behandling handler om os selv

'Hvad er social behandling?' er det første spørgsmål, jeg er blevet stillet. Hvortil jeg i lyset af det foregående kun kan svare: 'Ja, det må I nok spørge om..!' Jeg ved det heller ikke. Men spørgsmålet om definition er helt centralt, og noget vi alt for sjældent gør os den ulejlighed at forsøge at svare ordentligt på. Det gælder ikke blot i vores daglige, lidt skødesløse omgang med begrebet, men

sandelig også langt ind i forskning og politik, hvad jeg skal vende tilbage til senere med et par aktuelle eksempler, som er en del af anledningen til, at vi er samlet her i dag.

'Behandling' i forbindelse med stofmisbrug låner betydning fra en idé om lægens arbejde: En sygelig tilstand bliver diagnosticeret, og det for tiden bedste bud på en kur for lige præcis dén lidelse bliver ordineret og iværksat. Problemet er dermed (forhåbentlig) løst. Selvom dette end ikke er en særlig god beskrivelse af, hvad der faktisk foregår i den medicinske verden – også dér er der for eksempel langt mere prøven sig frem og mildning af symptomer, end vi som patienter bryder os om at vide – så passer det endnu dårligere på komplicerede sociale, fysiske og personlige problemer som stofmisbrug. Det bliver ikke just bedre af, at man med opfindelsen af begrebet 'social behandling' forsøger at isolere de medicinske og de socialfaglige dele af indsatsen fra hinanden. Måske er det bare udtryk for, at Sundhedsstyrelsen og Servicestyrelsen skal have delt butikken imellem sig? Men det ligner et velment og misforstået forsøg på at højne respekten for den socialfaglige indsats ved at iklæde den behandlingsbegrebet. Under alle omstændigheder er konsekvensen, at begrebets betydninger flytter med over i det sociale arbejde: Der er forventninger om identificering af årsager og symptomer og om kure og helbredelse i sving her.

'Hvorfor yder vi social behandling?' bliver jeg også spurgt. Hvortil mit svar må være: 'Fordi vi har behov for at gøre *noget* – og nogle gange hjælper det da også.' Det er værd at spekulere over, hvem 'vi' er i denne sammenhæng. Hvem er 'vi', der 'yder' noget til nogen? Er det behandlerne? Behandlingssystemet? Politikerne? Alle os normale, der ikke bruger stoffer? Jeg tror, der menes alle de nævnte, og svaret rummes da også allerede i spørgsmålet: Behandling af stofmisbrugere handler først og fremmest om os selv: Vi 'yder' social behandling, fordi sådan er vi – sådan gør man i et ordentligt velfærdssamfund som *vores*. Der er ikke tale om den rene kynisme, for der ligger også i det et reelt ønske om at hjælpe misbrugerne. Men de eventuelle resultater af indsatsen har meget lidt at gøre med begrundelserne for den. Behandling har vi, fordi det ligner en god løsning på et kompliceret problem – selvom vi ikke rigtig ved endnu, hvad løsningen går ud på. Vi kan ikke *ikke* have behandling, uanset om den leverer varen eller ej. Så må vi bare have noget mere af den, og også gerne i nye, bedre udgaver. Pointen er, at det er selve eksistensen af behandling, der er det vigtigste, så vi har et sted i vores hoveder at placere disse ulykkelige mennesker. Den sindsro er vi villige til at betale for over skatten.

Behandlingsforventninger

Det tredje spørgsmål lyder: 'Er der diskrepans mellem brugernes, behandlernes, befolkningens og politikernes forventninger til social behandling?', hvortil jeg vil svare: 'På nogle områder er der jo variationer, men grundlæggende faktisk *nej*: Vi forventer os vist allesammen urealistisk meget – behandling er sådan en besnærende idé.' Dette svar ligger i forlængelse af det foregående: Behandling er en fælles forestilling, et løfte om forbedring – ja, om en kur for misbruget. I udgangspunktet har brugerne rimeligvis de samme forventninger som alle os andre, men det er klart, at eftersom løftet i de fleste tilfælde ikke bliver indfriet, er deres skuffelse og frustrationer langt større, fordi de har så meget mere på spil – deres liv, for eksempel.

Er stofmisbrugsbehandling da bedre eller værre end sit rygte? Begge dele, fristes man til at sige. Det kommer an på, hvad man mener med behandling, og hvad forventningen til indsatsen er. På den ene side er den hyppigt hørte antagelse om, at behandling og andre former for hjælp til stofmisbrugere

nok ikke nytter noget som helst, bevisligt forkert. Man kan faktisk gøre mange forskellige indsatser, der forbedrer eller ligefrem redder stofbrugeres liv. På den anden side har forestillingen om behandling som løsningen på stofproblemer ikke meget for sig. De fleste brugere stopper deres misbrug uden at benytte sig af behandling, og de fleste forsøg på at opnå stoffrihed gennem behandling mislykkes. Center for Rusmiddelforskning kan desuden fortælle, at behandlingssystemet ikke er blevet mærkbart bedre til at producere stoffri klienter, end det var for 30-40 år siden – al evaluering og behandlingsforskning til trods. I søgningen efter evidensbaserede metoder kan man ganske vist vise, at nogle behandlingselementer er bedre end andre. Og man kan da også godt indføre lidt mere 'appreciative inquiry' (værdsættende undersøgelse) her og lidt 'motivational interviewing' (motiverende samtaler) dér, eller hvad man nu for tiden i en eller anden undersøgelse har fundet ud af virker lidt bedre end noget andet. Glimrende, mere af det. Men hånden på hjertet: Vi skal nok ikke bilde os selv ind, at den ene eller anden evidensbaserede terapiform kommer til at fylde noget videre i tid og volumen i forhold til behandlingssystemets daglige drift – eller skal vi sige: i den daglige kamp for at få institutionerne til at fungere. Evidensbaseret er en eftertænkning oven på det, man allerede har sat i værk: Behandling er opfundet, begrebet er vedtaget, pengene bevilliget, institutionerne indrettet, personalet ansat og brugerne indskrevet, uanset om nogen aner, hvad 'god behandling' er for en aktivitet.

Derfor må mit svar på spørgsmålet 'Hvilket rum giver det for handling i behandlingssystemet?' også blive: 'For lidt – vi er låst fast i en blind tro på 'behandling' (uden at vi ved, hvad det er).' Jeg tvivler på, at den store fornyelse kommer gennem evidensbaserede metoder. Så har jeg i og for sig større forventninger til medarbejdernes kreative og pragmatiske evner til at få tingene til at fungere fornuftigt i praksis. Når man for eksempel gerne vil have lov til at bruge et døgnbeholdningsophold for at redde livet på en dødssyg stofbruger, der er i desperat behov for et miljøskift og lidt fred og pleje på landet, men uden aktuel udsigt til stoffrihed. Det giver for mig at se rigtig god mening – selvom det er milevidt fra den populære og tågede forestilling om døgnbehandling som *rigtig* behandling, hvor man *ordentligt* kan få i nældens rod 24 timer i døgnnet og få drevet misbrugsuhvret ud. På samme konto har man haft store forventninger til behandling i fængslerne: Her kunne der rigtig tages fat – brugerne kunne ikke engang stikke af! Men den praktiske hverdag viser, at indsatsen overordnet må sigte til at være skadesreducerende snarere end opnåelse af stoffrihed. For det er i den grad misbrugsfremmende at sidde i fængsel, at forestillingen om, at det skulle være en særligt egnet situation til behandling, er ved at blive afløst af erkendelsen af, at man højst kan dæmme op for de værste skadevirkninger. Men det arbejde kan jo også give virkelig god, pragmatisk mening.

Endelig bliver jeg spurgt: 'Hvornår skal vi acceptere brugernes valg af livsstil, og hvornår kræves aktiv intervention?'. Det er et lidt anderledes og sværere spørgsmål end de andre, fordi det tilsyneladende handler om det overordnede syn på socialpolitikken. Mit svar er dette: 'Det er ikke op til os at acceptere eller ej – denne type moralsk stillingtagen er en del af problemet. Vi skal derimod aktivt intervenere, når brugerne ønsker det og har brug for det.' Hvis man gør hjælp til et spørgsmål om, hvilke måder at leve på, som *vi* – der var den igen: hvem er 'vi' her? – kan acceptere eller ej, gør man socialpolitikken afhængig af, hvilken moralsk målestok 'vi andre' kan finde på at anvende. Men hele øvelsen skulle måske gå ud på at lade være med endnu en gang at sætte os selv i centrum og i stedet prøve at forstå, hvordan forskellige brugere har forskellige behov for hjælp på

forskellige tidspunkter. Jeg har virkelig et problem med brugen af begrebet 'livsstil' i denne sammenhæng. 'Livsstil' – er det ikke noget med boligindretning og ferievaner? Når man kalder stofmisbrug for en livsstil, får man det til at ligne et forbrugsvalg som så mange andre: Nogle vælger økologisk kaffe, andre vælger heroin, sådan varierer smag og behag. Men uanset hvad man 'vælger', så er de valg, man overhovedet *kan* træffe, et udtryk for de livsbetingelser, man har.

Misbrug og behandling i det større billede

Omfanget og karakteren af misbrug i et samfund er ikke blot udtryk for en hel masse menneskers individuelle valg – for hvorfor 'vælger' de, som de gør? Overordnet er misbruget en afspejling af samfundsforholdene, dvs. ting som økonomien, befolkningens levevilkår, stoffernes tilgængelighed og pris og så videre. Når der er sket en voldsom stigning i stofbrug i lande som Rusland og Iran, er det jo ikke bare udtryk for en ny modedille, men for enorme sociale og økonomiske problemer – koblet til et stort flow af stoffer ind over grænserne, som kontrolpolitikken heller ikke dér har noget som helst styr på. Således afspejler misbrug i ét land også de globale forhold. Inden for landene afspejler misbruget forskelle og uligheder i familie- og opvækstvilkår, de ulige livsmuligheder som forskellige unge har, og forskelle i hvilke miljøer man har adgang til at blive en del af. Misbrugere *kan* komme fra alle samfundslag – men det gør de ikke: Selvom erfaringer med stoffer er vidt udbredte, er det ikke tilfældigt, hvem der i overvejende grad ender med at have så mange problemer med stoffer, at vi taler om misbrug og afhængighed. Det vender populært sagt den tunge sociale ende nedad, og det har det altid gjort. Endelig spiller personlige, individuelle forhold selvfølgelig en rolle – man er ikke forudprogrammeret til at blive misbruger på grund af sin sociale baggrund. Forskelle i personlighed, præferencer, indstilling, handlemuligheder og måske i genetisk disposition – hvad ved jeg – spiller ind og betyder, at for eksempel to søskende med en helt parallel opvækst alligevel får helt forskellige liv, også med hensyn til misbrug.

Min pointe med denne lynskitse af misbrugets sociale virkelighed er denne: Jo mindre indsats eller succes på de første niveauer, jo flere og større problemer skal forsøges løst på de næste, individuelle niveauer. Hvis vi som samfund ikke ønsker at gøre noget ved den sociale ulighed og de sociale problemer, der gør misbrug til en 'valgmulighed' eller en konsekvens for nogle mennesker, er vi henvist til at forsøge at løse problemet på det individuelle plan – også kaldet 'behandling'. Det er ikke sådan, at det ene udelukker det andet, for uanset hvad man gør, er man nok nødt til at gøre en indsats på mange niveauer. Men pointen er, at jo større forventninger vi (med urette) har til behandling som løsningen på misbrugsproblemer, jo mere fortoner et generelt samfundsansvar sig i indsatsen, bortset fra villigheden til at finansiere behandling.

Behandling er en attraktiv løsning på den måde, at den fritager alle os andre for ansvar. Holdningen synes at være denne: 'Det er jo synd for dem, der er blevet narkomaner, men deres problemer er jo ikke udtryk for, at der skulle være noget galt med den måde, vi bedriver samfund på.' Før behandling overhovedet er begyndt at virke på stofmisbrugerne, virker den på os andre og kurerer os for andel i problemerne. Det er attraktivt i en tid, hvor det er blevet strengt forbudt så meget som at antyde, at noget kan være 'samfundets skyld'. Nu er 'skyld' et juridisk og teologisk og ikke et samfundsvidenskabeligt begreb, så jeg vil holde mig til at tale om et 'samfundsanliggende', og spørgsmålet er faktisk, om vi overhovedet opfatter stofproblemer som et samfundsanliggende (længere), eller om vi i det hele taget er ved at afmontere 'samfundet' som noget, vi kan eller bør

gøre noget ved at forbedre. Eller sagt på en anden måde: Er vi ikke godt på vej til at erstatte en bred socialpolitik med en snæver behandlings- eller terapipolitik?

Global narkopolitik

Jeg var kort inde på de globale sammenhænge ovenfor, og jeg vil lige kort afrunde det emne, som er vigtigt for at forstå den måde, behandling bliver betragtet på i det internationale samfund. Det drivende hensyn i den globale narkopolitik, ikke mindst som den bliver varetaget af FN gennem narkopolitik-organisationen UNODC, er kampen mod stofferne. Det vil altså sige: ikke kampen mod stofmisbrugernes elendighed eller kampen mod narkosyndikaternes indtjening, men kampen mod, at illegale stoffer overhovedet findes. Verden har stadigvæk officielt stoffrihed som et fuldkommen urealistisk og stadig fjernere øverste mål, og det giver sig først og fremmest udslag i en kontrol- og straffepolitik, der hele tiden ekskalerer. Inden for denne ramme bliver behandling betragtet som et bidrag til at bekæmpe stoffer i samfundet, således at opnåelse af stoffrihed på individuelt niveau er et bidrag til at opnå stoffrihed på samfundsniveau. Det er meget sigende, at behandling i denne logik bl.a. betegnes som 'demand reduction', altså som en begrænsning af efterspørgslen. Her er der ingen illusion om, at behandling primært sker, fordi det er etisk påkrævet at hjælpe folk i nød – nej, behandling er et middel til at dæmpe markedet for illegale stoffer. Det betyder, at eftersom den overordnede politik hedder 'Kampen mod narko', også hos regeringen i vores eget land, så er stofmisbrugsbehandlere indrulleret som soldater på hjemmefronten i den krig. Denne forskydning af målet – at det er stoffernes eksistens i sig selv, man vil bekæmpe, og ikke de problemer, som stofferne indebærer – har ret absurde konsekvenser i praksis. Selvom det er rimeligt åbenlyst, at eksempelvis en nul-tolerance-politik over for besiddelse af stoffer driver brugerne til at skaffe flere stoffer og dermed øger hele markedet (foruden brugernes elendighed og deres kriminalitet osv.), er man fastlåst i en logik, der tilsiger, at enhver beslaglæggelse af stof er et skridt i den rigtige retning – som om noget tyder på, at man ville kunne beslægge alt stof i verden. Øgede straffe og politiindsats giver øget risiko, hvilket giver stigende priser, men dermed også større gevinst på stofhandel, når det går godt. I praksis gør kontrolpolitikken altså hele tiden markedet større og mere indbringende. Selvom man officielt henviser til brugernes elendighed som argument for at ville bekæmpe stofferne, så viger hensynet til brugerne i realiteten for hensynet til at bekæmpe stofforbrydelser. I enhver krig er der utilsigtede ofre blandt dem, man påstår at ville hjælpe – på engelsk kaldt 'collateral damage', hvad folk i Afghanistan og Iraq kan tale med om. I krigen mod stoffer er det stofbrugerne, der rammes i forbifarten, og meget af indsatsen for brugerne har karakter af nødhjælp på krigsskuepladsen. Skadesreduktion retter sig ikke kun mod skader som direkte følger af stofforbruget, men i høj grad også mod de 'krigsskader', som brugerne har pådraget sig som følge af kontrolpolitikken.

Selvom behandling og politiarbejde til tider opfattes som modsætninger, som henholdsvis den bløde og den hårde tilgang til stoffer, har begge dele altså i et større perspektiv stofbekæmpelse som formål. Det bidrager til, at behandling fortsat har svært ved at frigøre sig fra stoffrihed som et moralsk og politisk mere fremragende mål end alt andet, selvom andre mål såsom mindsket brug og bedre livskvalitet også har vundet indpas. Der er brug for at få revideret og nyformuleret indsatsen på et mere klart *socialpolitisk* grundlag, men det er svært, når så megen politik og forskning er låst

fast i bestemte former for vanetænkning. Måske er der dog alligevel et lille lys for enden af tunnelen, hvad jeg skal vende tilbage til som afslutning.

SFI, Servicestyrelsen og behandlingsspøgelset

At det også i Danmark er svært at tænke nyt blev jeg overbevist om ved læsning af den seneste rapport fra SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, med titlen 'Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark' (rapport 09:19). Rapporten fremlægger hovedresultaterne af en større undersøgelse og evaluering af den sociale behandlingsindsats i Danmark. Det er ikke, fordi denne rapport er værre end så mange andre – den er desværre ret typisk for, hvordan behandling tænkes – men den er et dansk, aktuelt og klart eksempel.

Også SFI kæmper med at fremsætte en definition af behandling (herunder social behandling), men uden at forfatterne af den grund sætter spørgsmålstegn ved, om vi overhovedet ved, hvad det er, og endnu mindre, at det er noget godt. SFI skriver i sin rapport (s.35): 'I forbindelse med oprettelsen af Stofmisbrugsdatabasen har Servicestyrelsen defineret indholdet af den sociale stofmisbrugsbehandling som social behandling, som har som formål at tilendebringe eller reducere et stofmisbrug eller stabilisere en opnået tilstand.'

Men en beskrivelse af formålet er jo netop ikke en definition af indholdet...? Hvad *består* behandling så af? Formålet er adfærdsændring og stabilisering – javel, men *hvordan*? Måske skal vi forstå det sådan, at aktiviteten 'behandling' består af alt, hvad der trækker i den rigtige retning?

Nej, åbenbart ikke, for fortsættelsen af citatet lyder: 'Aktiviteter såsom uddannelse, beskæftigelse, rekreative ydelser (fx væresteder) eller idræt er ikke defineret som behandling.'

Nå, hvorfor ikke det, om man må spørge? Hvad er det for nogle kriterier, som definerer disse aktiviteter ude? Er det, fordi de ikke hjælper noget? Det kan man nu godt finde eksempler på. På hvilken vægt er det da, at disse indsatsformer er vejlet og fundet for lette? – især i betragtning af, at man tidligere på samme side (s.35) har nævnt, at socialfaglige og omsorgsmæssige elementer også hører med i helheden? Mit bud er: På ingen anden vægt end noget taget-for-givet, en mavefornemmelse af, at rigtig behandling skal tage sig mere terapeutisk ud – det skal være noget med et direkte, individuelt og gerne personlighedsorienteret fokus på den enkeltes problemer med ikke at kunne styre stofferne. Det bud hænger også meget godt sammen med en af SFI's ellers noget frit i luften svævende hovedanbefalinger i rapporten, at der skal involveres flere psykologer i behandlingen.

Intensitet

Selvom SFI således ikke fremlægger nogen definition af behandling med hensyn til indholdet, holder det ikke forfatterne tilbage fra at låne en *gradbøjning* af behandling fra Servicestyrelsen (s.35-36): 'Behandlingen inddeles i fem intensiteter: døgnbehandling (her bor brugeren på behandlingsstedet), dagbehandling (tre til fem gange om ugen i mere end 2 timer hver dag), ambulans behandling (tre til fem gange om ugen i højst 2 timer), ambulans behandling (mindst to gange om måneden og højst otte gange om måneden) og ad-hoc-samtaler (under én samtale hver 14. dag).' SFI vælger dog for overskuelighedens skyld at slå dagbehandling og de to grader af ambulans behandling sammen til én kategori, men finder i øvrigt ikke anledning til at diskutere begreberne.

Altså tre eller fem niveauer af 'intensitet'. Intensitet af hvad, monstro? Det siges endnu en gang ikke eksplicit, men tilsyneladende har det noget at gøre med, hvor mange timers institutionsliv man som bruger bliver eksponeret for, og hvor mange timers samtale – samtaler hvordan og om hvad? – man skal holde i gang med personalet. Det lader til, at større intensitet er bedre end mindre, og at terapispøgelset fortsat svæver rundt her uden at blive omtalt ved navn.

Nu er det faktisk sådan, at der med hensyn til resultater af behandlingsforløb ikke er nogen entydig sammenhæng mellem 'behandlingsmængde' og succes, heller ikke selvom man snævert ser på opnåelse af stoffrihed. Tilsyneladende kan varigheden blive *for* kort og kontakten til personalet *for* ringe til, at indsatsen kan gøre nogen videre forskel, men ellers ser det ud til, at forskellige brugere først og fremmest har brug for forskellige tilbud på forskellige tidspunkter. Ambulant behandling står ikke tilbage i forhold til døgnbehandling, og det er i hvert fald slet ikke sådan for alle brugere, at jo længere og mere intenst man bliver udsat for institutioner og behandlere, jo bedre er udfaldet. Så hvad kan forklare Servicestyrelsens og SFI's gradbøjning? Først og fremmest giver den nok god bureaukratisk mening, da det er en måde at få et overblik over et kaotisk felt på: Der er tusindvis af brugere i gang med alle mulige forskellige forløb, men her er da et bud på, hvilke indsatser der leveres. At inddelingen så ikke fortæller frygtelig meget om, hvad indholdet er, kommer i anden række. For det andet trækker inddelingen på en lang tradition for at fejre døgnbehandling af stofmisbrugere som den *rigtige* behandling. Jeg har allerede været lidt inde på det i forbindelse med erfaringerne fra behandling i fængslerne. Den mytologiske forestilling om, at det bedste vil være at hive (alle) brugerne ud af deres dårlige miljø og give dem en ordentlig, helbredende omgang langt væk – 'deportationspædagogik' er et udtryk, kritikerne har brugt – nyder fortsat stor popularitet, selvom resultaterne ikke står mål med begejstringen. Hvis døgnbehandling er det bedste, bliver det målestok for alt andet, og i mangel af bedre bliver 'intensitet', som døgnophold antages at have mest af, kriteriet for at skelne.

Indlysende?

Men SFI's problemer med definitionerne er større endnu. I betragtning af vanskelighederne med at identificere indholdet af behandling, er det med nogen undren, at man må læse denne passage i rapporten (s.33): 'Mens man med begrebet 'behandling' tidligere refererede til terapeutiske og pædagogiske tilbud målrettet stoffrihed, så kan det være mindre indlysende, hvad begrebet behandling står for, når stoffrihed ikke nødvendigvis er det umiddelbare mål for behandlingen.' Øh, 'mindre indlysende'? Er det da indlysende, hvad behandling var for noget 'tidligere'? Hvis det var indlysende, burde der vel ikke være nogen problemer i at pinde det ud for den tålmodige læser? Hele sagen er jo netop, at der intet indlysende er i alt dette. Det kan godt være, at vi i det daglige kan slippe afsted med at mene, at det siger sig selv, hvad behandling er for noget. Af forskningen skal vi derimod forvente os nogle bedre definitioner.

Men måske er det ikke rimeligt at harcelere så stærkt over den første sætning, når det faktisk er den anden, der for alvor tænder de røde lamper. For hvorfor skulle det blive mindre indlysende, hvad behandling står for, når man udskifter målene? Eller mere til sagens kerne: Hvis behandling og stoffrihed af en eller anden grund hænger 'indlysende' sammen, og man så dropper stoffrihed som mål i nogle sammenhænge, hvorfor så ikke lade 'behandling' her gå samme vej og smide det på de historiske begrebs mødding på linje med åreladning, månesyge og jernbyrd? Hvorfor skal vi

partout opretholde behandlingsbegrebet, når vi nu åbenbart bliver stadig mere i tvivl om, hvad det reelt betyder? Hvis man ikke kan få sine forestillinger om 'behandling' til at passe på en indsats, der i øvrigt er nyttig og meningsfuld, så kunne man jo overveje at droppe det udtjente begreb i stedet for at bruge det til at betvivle indsatsen. Hvad er det, der gør behandlingsbegrebet så ukrænkeligt?

Behandling & ikke-behandling

Behandlingsbegrebet skal tilsyneladende holdes rent for tilsmudsning fra andre formål end stoffrihed. Det fremgår af fortsættelsen af citatet ovenfor (s.33): 'Specielt vanskeligt er begrebet 'social misbrugsbehandling'. Skal fx ordinær sagsbehandling (i forhold til økonomi, bolig, osv.) defineres som social misbrugsbehandling? Og skal aktivering, væresteder, kurser osv., som misbrugere bliver visiteret til, betragtes som social misbrugsbehandling? Samtlige af disse indsatsformer harmonerer i princippet med et skadesreduktionsperspektiv, hvor målet netop er at afbøde sociale skadevirkninger, men giver det mening at kalde dem misbrugsbehandling?' Det er vist det, man kalder retoriske spørgsmål. Vi skal svare 'nej' her, hvis nogen skulle være i tvivl. Hensigten er at få læseren overbevist om, at behandling og stoffrihed hænger sammen, og at andre indsatsformer også kan være gode, men de sigter jo kun til skadesreduktion, som er noget andet og mindre fint. Behandling er højerestående og skal som betegnelse ikke besmykke aktivering og den slags. Jeg instisterer imidlertid på at svare med et modspørgsmål: 'Tjah, hvorfor ikke?'. Hvilke konkrete kriterier er det, der dømmer for eksempel aktivering ude på forhånd? Effekten af SFI's øvelser på definitionsgulvet er for mig at se ikke at skabe større klarhed i begreberne, men at opretholde et bestemt moralsk hierarki i arbejdet med stofmisbrugere. 'Behandling', som sigter mod stoffrihed, er – uanset om det virker eller ej – noget moralsk mere fremragende, som andre aktiviteter (som måske er rigtig gode og nyttige) vejes op imod og findes for lette. Denne rangordning af 'behandling' med stoffrihedsmål over 'ikke-behandling' med skadesreduktionsmål er gennemgående for selve tilgangen i SFI's undersøgelse og de forskellige rapporter, den har udmøntet sig i. Det er altid problematisk, når bestemte værdiskøn fremstilles, som om de var neutrale og objektive, og ikke fremlægges klart. Hvad vi således efterlades med er ikke en definition af behandling, men en indsigt i, hvad der kendetegner behandlingsbegrebet inden for den kulturelle horisont, som udgøres af praksis og forskning i indsatsen for stofmisbrugere i Danmark. Her er SFI's rapport nyttig som kildemateriale, fordi den så at sige uforvarende læser højt af sine egne normative antagelser. Det kan udledes, at *som begreb er stofmisbrugsbehandling...*

- indholdsmæssigt tomt: Det indikerer ikke nogen bestemt aktivitet i sig selv, men fyldes med forskellige betydninger i forskellige sammenhænge.
- vagt: Det antyder og lover noget med helbredelse eller i hvert fald forandring, men *hvordan* er uklart – sandsynligvis noget med terapi og psykologer.
- helligt: Det er uangribeligt; det er ikke noget, man kan være imod eller diskutere som ideal, og det fungerer som moralsk målestok for andre indsatsformer. Helligheden styrkes af forbindelsen til et andet uangribeligt begreb: stoffrihed.
- fastlåsende: Det gør det vanskeligt overhovedet at overveje, om vi kunne se det hele anderledes.

Fra 'behandling' til helhedsindsats

Servicestyrelsen gør sig i bogen 'Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv' (s.39), der udkommer i dag (12. april 2010) også nogle forsøg på definition af behandling, som jeg kort vil omtale, uden at jeg vil gå ind i bogen i øvrigt. Som antydning tidligere i dette indlæg mener jeg, at der kan fremdrages et lyspunkt, og det finder jeg i Servicestyrelsens definition – hvis man fra den side er villig til at følge det op.

'Behandling kan overordnet defineres som *en målrettet indsats på baggrund af systematisk udredning*' skriver Servicestyrelsen først og fremmest. Nåh – hvis det var alt, hvad der skulle til, er der godt nok meget arbejde her i verden, der bliver til 'behandling'. Undervisning, togtrafik og tilrettelæggelse af en konference som denne er vel så også behandling forstået som 'en målrettet indsats på baggrund af systematisk udredning'... Men man mener vel, at behandling ikke kan være al mulig tilfældig snak med brugerne, men skal organiseres på en formålstjenlig måde. Det hedder videre: 'Kalder man noget *behandling*, betyder det, at dét, der tilbydes borgeren, er en individuelt tilrettelagt indsats, der tager udgangspunkt i en udredning, en visitation, en udarbejdet social handleplan og en behandlingsplan.' Her går der ren bureaukrat i den. Denne del af definitionen handler om, hvad man som borger – og som politiker, formentlig – kan forvente, at systemet stiller an med, en basal ydelsesbeskrivelse så at sige. Men gennemlevelse af disse procedurer giver i sig selv næppe megen mening for den enkelte bruger. Og det er vel heller ikke alt dette papirarbejde, behandlingen *går ud på?*

Vi bliver fortsat ikke klogere på den indholdsmæssige side af sagen i den sidste del af definitionen, men vi får dog en bredere formålsbeskrivelse end før hørt: 'Misbrugsbehandlingsens mål er en forandring eller bedring, der kommer til udtryk i en grundlæggende bedre livssituation og en mere hensigtsmæssig livsstil for brugeren.' Begrebet 'livsstil' har jeg allerede besvaret mig over tidligere, så det vil jeg lade ligge, selvom det ikke ligefrem bliver bedre af at få 'hensigtsmæssig' hæftet på sig: 'hensigtsmæssig' for hvad? Har en 'livsstil' da et formål? For ellers synes jeg, at der er noget at arbejde med her: '... en forandring eller bedring, der kommer til udtryk i en grundlæggende bedre livssituation...'. Det lægger for mig at se op til en forankring i brugerens egen forståelse og prioritering af problemer og behov, og der er ikke nogen forhåndsbeslutning om, at nogle områder eller indsatsformer har forrang (af den ene eller anden art) frem for andre. Det kunne pege hen imod den reelt fungerende helhedsindsats, som festtalerne altid hylder, men som er så svær at få til at fungere i praksis. Første skridt i den retning er for mig at se en begrebsmæssig ligestilling af de forskellige indsatsformer – uanset hvilke konkrete problemer hos brugerne, de sigter til at løse (økonomiske, sociale, uddannelsesmæssige, misbrugsrelaterede osv.). Det er nemlig ikke til at vide, i hvilken rækkefølge og kombination de bedst håndteres hos og af den enkelte, og hvordan arbejdet med stofproblemer bedst indpasses i helheden. Behandlingsindustrien vil gerne have os til at tro, at misbruget altid er det primære og det særligt vanskelige, og at alle andre problemer er afledt deraf. Sådan er det også for nogle, men for de fleste er situationen anderledes og ofte meget mere kompliceret. Og der er ikke mange, der 'kun' har et misbrugsproblem, når man først får taget hul på behovene for forandring.

Jeg vil foreslå, at tiden er inde til endegyldigt at droppe behandlingsbegrebet i indsatsen for stofmisbrugere og dermed forestillingen om, at stofproblemer kan udskilles og skal betragtes og kureres separat fra alle andre problemer og udfordringer i brugerens liv.

SFI's rapport advarer mod udviklingen af et todelt behandlingssystem, hvor 'rigtig' behandling tilbydes nogle få, mens de fleste må lade sig nøje med at være parkeret på tyndbenede tilbud, der er legitimerede af at blive kaldt 'skadesreduktion'. Den opdeling kan man kun være enig i at kritisere, selvom problemet med de tyndbenede tilbud nu nok snarere er manglende bevillinger og bemanning end begrebet skadesreduktion. SFI forestiller sig, at behandling skal udstrækkes til at omfatte flere / alle – tilsyneladende ud fra en idé om, at hvis man ikke spildte pengene på skadesreduktion, så kunne flere komme i reel (stoffri) behandling. Men faktisk er problemet *præcis* det omvendte: Der *findes* kun skadesreduktion i indsatsen for stofmisbrugere, og ideen om 'behandling' som noget helt særligt er kun med til fortsat at forplumre erkendelsen.

For at præcisere det: Fremfor at skelne mellem 'behandling med stoffrihed som mål' som det bedste og moralsk mest fremragende på den ene side, og 'skadesreduktion som sekundær målsætning' (for dem, der ikke kan nå videre) på den anden side, skal vi tegne et helt andet billede: Der er brug for alsidige og individuelt tilpassede, livsforbedrende og skadesreducerende indsatser med mange forskellige midler, *herunder* arbejde med at opnå stoffrihed som *ét middel* ud af flere. Stoffrihed er ikke et mål i sig selv, men et middel for mange brugere til at kunne opbygge en bedre tilværelse. Vi må anerkende, at der er brug for mange forskellige 'intensiteter' (i omfang og indhold) af *hele* indsatsen, ikke blot med hensyn til stoffrigørelsesarbejdet.

Jeg skal være den første til at indrømme, at 'stoffrigørelsesarbejde' ikke er noget smukt og mundret ord for det, vi førhen kaldte 'behandling', men det er mere præcist, fordi det gør brugeren til en mere aktiv part i sagen, og fordi det bedre kan glide ind som en del af helheden i indsatsen uden at påberåbe sig at være andet og mere, men heller ikke mindre, end det er. Under alle omstændigheder tør jeg love, at indlæring af et nyt ord ikke er den største udfordring, vi står over for i en styrket indsats for stofbrugere.

FORFATTER

STEFFEN JÖHNCKE

SENIORRÅDGIVER I KONSULENTENHEDEN ANTROPOLOGISK ANALYSE,
KØBENHAVNS UNIVERSITET