

# Stofmisbrug

blandt etniske minoriteter i Danmark

# Stofmisbrug

blandt etniske minoriteter i Danmark

Stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark

Copyright: Als Research ApS

Rådhusstræde 3, 2. sal

DK-1466 København K

[www.alsresearch.dk](http://www.alsresearch.dk)

Sats og Tryk: KopiService,

Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet

Layout: Jacob Bruun

1. oplag

ISBN 87-991031-0-9

# Stofmisbrug

blandt etniske minoriteter i Danmark



# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>9</b>
<b>Introduktion og hovedkonklusioner</b> .....	<b>11</b>
Baggrund.....	11
Formål .....	11
Datamateriale .....	12
Hovedkonklusioner .....	12
Statistiske profiler af etniske minoriteter i behandling .....	12
Almene problemer og særlige forhold .....	14
Migration .....	15
Minoritet .....	16
Etnicitet.....	16
Familien spiller en særlig rolle.....	16
Alternative behandlingsstrategier.....	17
Barrierer for adgangen til behandling.....	17
Behandlingserfaringer.....	18
Indfaldsvinkler til forskelle i behandlingssystemet .....	18
Ønsker om ændringer fra behandlere og brugere .....	21
<b>Anbefalinger</b> .....	<b>21</b>
<b>Rapportens opbygning</b> .....	<b>22</b>
<b>Del 1: Brugerne</b> .....	<b>25</b>
<b>Kapitel 1: Statistiske brugerprofiler</b> .....	<b>27</b>
Antal og etnisk sammensætning .....	27
Alder og køn .....	29
Uddannelse og indkomst .....	30
Bolig og civilstatus/børn/familie.....	31
<b>Kapitel 2: Migration, minoritet og etnicitet – særlige erfaringshorisonter</b> .....	<b>32</b>
Migration.....	32
Flygtninge, traumer og misbrug .....	32
Sent ankomne børn og unge .....	34
De små voksne.....	34

Familiesammenførte voksne .....	35
Minoritetspositioner.....	36
At være misbruger.....	37
At være en ikke-dansk minoritet.....	38
Udgrænsning og indhegning.....	38
Identifikation med det ikke-danske.....	40
At være uden for det etniske netværk og familien .....	40
Forhandlinger henover grænserne .....	42
Grænser mellem de etniske minoritetsgrupper .....	44
<b>Kapitel 3: Den betydningsfulde familie .....</b>	<b>46</b>
Belastet Barndom.....	46
Kontakten til familien opretholdes.....	48
Individ og fællesskaber/kollektiver .....	49
Familiens relation til gruppen (den etniske) og til det danske samfund .....	51
Fremtidsperspektiv og drømme.....	53
<b>Kapitel 4: Holdninger til stoffer og misbrug .....</b>	<b>54</b>
Stofmisbrug og religion.....	57
<b>Kapitel 5: Misbrugshistorier .....</b>	<b>58</b>
Hvorfor tager de stoffer? .....	59
At (op)leve.....	59
At overleve.....	59
Hvilke stoffer tages og hvordan? Forskelle og ligheder .....	61
Hvem kommer i behandling? Hvem ikke .....	63
Kriminalforsorgen .....	66
Mørketal: hvor mange stofmisbrugere er ikke i behandling? .....	67
 <b>Del 2: Behandling.....</b>	 <b>71</b>
<b>Kapitel 6: Brugernes behandlingshistorier .....</b>	<b>71</b>
Hvad er behandling? Døgn- vs. ambulant.....	72
Alternative behandlingsstrategier .....	74
At være i behandling.....	76
Døgnbehandling vs. familie .....	78
Skyld og skam .....	79
Positive og negative sider af behandlingen.....	80
Behandlerrelationer .....	81
At være barn i behandlingen .....	82
At være voksen i behandlingen.....	83

Omsorg og tillid gennem identifikation .....	85
Behandlingens form og indhold .....	86
<b>Kapitel 7: Behandlingssystemet.....</b>	<b>89</b>
Tilgange til forskelle i behandlingssystemet .....	89
Tøven og usikkerhed.....	90
Synsvinkler 1 – Minnesota-modellen .....	93
Synsvinkler 2 – det sociale arbejdes etik og pædagogiske vinkler.....	96
Synsvinkler 3 – evidens og forskel .....	98
Hvem er den centrale/normale bruger?.....	102
Afhængighedsforståelse og motivation .....	103
Forståelsen af misbrug og afhængighed .....	103
Motivation.....	104
Kravet om at tale .....	105
Behandlingen: at hjælpe og at modtage hjælp .....	106
Sværere at yde hjælp til de etniske minoriteter .....	106
Omsorg og kontrol .....	108
Familiereationen gør behandlingen vanskeligere.....	110
Kernefamilienorm?.....	111
Fokus på familien .....	113
Særlige problemstillinger og udpegning af behov .....	113
Traumatiserede flygtninge .....	113
Sprogkunderskaber.....	115
Behandlere med etnisk minoritetsbaggrund .....	115
Særlige institutioner/ambulatorier .....	116
<b>Del 3: Stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark i tal.....</b>	<b>117</b>
Kategorier og definitioner.....	118
Fejlkilder og metodiske overvejelser.....	119
Estimat over antallet af stofmisbrugere med etniske minoritetsbaggrund.....	120
Definitioner .....	121
Beregningsmetoder, forudsætninger og usikkerhed .....	121
Undersøgelsens estimater.....	122
<b>English Summary.....</b>	<b>177</b>
<b>Bilag: Undersøgelsens data og metoder .....</b>	<b>179</b>
Kategorier .....	182





# Forord

*Stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark* præsenterer resultaterne af en større undersøgelse foretaget i perioden maj 2004 – august 2005 og finansieret af Socialministeriet. Undersøgelsen er udført af cand.scient.pol. Helle Rahbæk, Ph.d. Kirsten Hvenegård og cand.scient.soc. Jacob Als Thomsen i regi af Als Research ApS. Herudover har Ph.d. Dorthe Stau-næs og cand.scient.anth. Anders Dahl været tilknyttet undersøgelsen som eksterne rådgivere, og cand.mag. Helle Balsby har foretaget nogle af undersøgelsens interviews.

Undersøgelsen har involveret en lang række personer og samarbejdspartnere, der undervejs har bidraget med gode råd og vigtige informationer til gavn for undersøgelsen. En særlig tak rettes til Ph.d. Mads Uffe Pedersen, Center for Rusmiddelforskning og til Socialoverlæge i København Peter Ege, der i sin tid anbefalede undersøgelsen til Socialministeriet og un-dervejs har været behjælpelige med diverse nyttige kontakter og informationer. Også tak til Therese Heltberg, Direktoratet for Kriminalforsorgen, som hjalp os på vej til afdelingerne i Kriminalforsorgen.

Den største tak går naturligvis til den store gruppe af brugere, behandlere, projektmedarbej-dere, imamer, foreninger, ansatte i Kriminalforsorgen, ansatte og frivillige i væresteder og mange andre som har stillet sig til rådighed for undersøgelsen og brugt deres ofte knappe tid på at fortælle om deres erfaringer. Vi er meget taknemmelige over, at så mange har fundet undersøgelsen relevant. Vi håber, at vores arbejde kan komme jer til gavn på den ene eller anden måde.

Endelig rettes en tak til Socialministeriet for finansiering af undersøgelsen.

Rapporten kan downloades fra [www.misbrug.alsresearch.dk](http://www.misbrug.alsresearch.dk).

Helle Rahbæk Kirsten Hvenegård Jacob Als Thomsen



# Introduktion og hovedkonklusioner

## Baggrund

Baggrunden for undersøgelsen er et projektforslag fra Als Research ApS, der blev forelagt Socialministeriet i september 2003. Bag projektforslaget lå et ønske om at kaste lys over sammenhængen mellem etnicitet, sociale forhold og stofmisbrug, bl.a. foranlediget af en rapport fra *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), der for det første advarede mod udviklingen af 'amerikanske tilstande' i EU, dvs. en situation hvor social eksklusion, etnisk tilhørsforhold og stofmisbrug gensidigt overlapper og forstærker hinanden, og for det andet pegede på Danmark som et af de lande med mindst kortlægning og forskning på dette område<sup>1</sup>. Nogle få mindre pilotstudier indikerede ligeledes, at der for gruppen af etniske minoriteter rejser sig nogle særlige problemstillinger i forhold til baggrundsvilkår og behandling for stofmisbrug<sup>2</sup>.

## Formål

På denne baggrund har undersøgelsens formål været at bidrage til en bedre forståelse af omfanget og karakteren af stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark. Hovedsigtet har været på den ene side at se på samspejlet mellem kulturelle og sociale faktorer i forhold til stofmisbrug blandt etniske minoriteter og på den anden side at undersøge, om der er særlige omstændigheder og barrierer for adgangen til og brugen af behandlingstilbud. Herunder er der lagt særlig vægt på at opsamle og analysere behandlingserfaringer fra både misbrugerne og fra behandlerne. Det har været højt prioriteret at få de etniske minoritetsbrugeres egne historier og oplevelser med i undersøgelsen.

Undersøgelsens formål har været

- at indsamle og analysere kvantitative data over andelen og sammensætningen af misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund i stofmisbrugsbehandling
- at undersøge om der er særlige sociale, livshistoriske og kulturelle forhold blandt de etniske minoritetsgrupper, der indvirker på misbrugsmønstre.
- at undersøge om der eksisterer særlige barrierer for adgangen til behandling for misbrugere med anden etnisk minoritetsbaggrund
- at systematisere og analysere erfaringerne med behandling af stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund

Etniske minoriteter er i denne rapport defineret som grupper, der udpeges som anderledes af majoriteten og/eller selv føler sig som sådan på baggrund af de kulturelle normer, som

<sup>1</sup> EMCDDA Scientific Rapport. Mapping Available Information on Social Exclusion and Drugs, Focusing on "Minorities" Across 15 EU Member States. EMCDDA 2000.

<sup>2</sup> Se Inge Wittrup (1997), *Også ung i Århus*, Århus Kommune/Center for Rusmiddelforskning; Dorthe Staunæs (1998), *En "Anden" bruger? Behandling af misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund*. Center for Rusmiddelforskning. Århus Universitet.

praktiseres i gruppens sociale netværk. Det er således ikke en statistisk kategori, men de personer, der havner i den, går formentlig for hovedpartens vedkommende igen i den statistiske kategori 'indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande.' Når de vestlige lande ikke er 'etniske minoriteter' er det fordi de udpeges som nogle, der er ligesom 'os', af den danske majoritet, og fordi de i øvrigt som hovedregel selv føler sig rimeligt hjemme i hovedparten af de kulturelle normer og den kulturelle praksis i Danmark.

## Datamateriale

Undersøgelsen bygger på dels et kvantitativt og dels et kvalitativt datamateriale. Det kvantitative datamateriale består af statistiske kørsler fra Danmarks Statistik, baseret på en samkørsel af Udlændingestatistikken og Sundhedsstyrelsens Stofmisbrugsregister. Herudover er der foretaget en statistisk beregning – et estimat - over det samlede antal stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund i og udenfor behandlingssystemet. Den kvalitative del af undersøgelsen består af et omfattende interviewmateriale. På den ene side er der foretaget interviews med en lang række kontekstinformanter, bl.a. væresteder, varmestuer, herberg, gadeplansmedarbejdere, projektmedarbejdere i diverse klubber, teams og sociale tilbud, psykiatrien, politiet, imamer, etniske minoritetsforeninger, fængsler og Kriminalforsorgen i Frihed. På den anden side er der foretaget interviews med misbrugere af både dansk og anden etnisk herkomst samt med behandlere fra en række behandlingsinstitutioner. Analyserne i rapporten bygger således på udsagn fra en række informantgrupper, som har forskellige perspektiver på etniske minoriteter og stofmisbrug. Der er både historier fortalt af misbrugerne og om misbrugerne, og de er ikke altid i overensstemmelse med hinanden, men på tværs af perspektiverne kan der alligevel tegnes nogle mønstre.

## Hovedkonklusioner

### **Statistiske profiler af etniske minoriteter i behandling**

Et af formålene med den foreliggende undersøgelse har været at fremkomme med en række kvantitative bud på omfanget og karakteren af stofmisbrugsproblemer blandt etniske minoriteter i Danmark, samt at undersøge om der er særlige socioøkonomiske karakteristika for denne gruppe. Statistikken, som gennemgås detaljeret i Del 3, indeholder tal om alle indvandrere og efterkommere. I denne korte gennemgang fokuserer vi særligt på de mest markante træk for indvandrere og efterkommere fra de ikke-vestlige lande, som er fokus for denne rapport.

I 2003 var i alt ca. 12.000 personer i behandling for stofmisbrug i Danmark. Af disse var 1005 personer, eller ca. 8 %, indvandrere eller efterkommere, hvilket ret præcist svarer til deres befolkningsandel. Der er langt flere indvandrere end efterkommere i behandling (ca. 88 %). Andelen af efterkommere i behandling i relation til deres andel af befolkningen som helhed er større end det er tilfældet for både indvandrerne og hele gruppen af misbrugere i behandling.

Ligesom for gruppen af misbrugere generelt, er der i den undersøgte periode (1996-2003) sket en kraft vækst i antallet af indvandrere/efterkommere i stofmisbrugsbehandling, men indekset for gruppen af indvandrere/efterkommere er steget mere end for gruppen med dansk oprindelse. For sidstnævnte er indeks gået fra 100 i 1996 til 277 i 2003, hvorimod udviklingen for indvandrere/efterkommere er gået fra 100 til 314.

Hvis man ser på gruppen af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande, tegner de sig for 65 % af indvandrerne/efterkommerne i behandling. Enkelte lande inden for kategorien er overrepræsenterede, det gælder i særdeleshed Iran, som udgør knap en femtedel af alle indvandrere og efterkommere i behandling.

Der er flere flygtninge end indvandrere i behandling i relation til de to gruppers andel af befolkningen, og flygtningene dominerer i stigende grad i den samlede gruppe af indvandrere/efterkommere i behandlingssystemet; en udvikling, der er særlig tydelig efter 2001.

Det er karakteristisk, at kvinder fra ikke-vestlige lande udgør en meget lille andel (6 %) i forhold til mændene. I den samlede gruppe af misbrugere i behandling udgør kvinderne 25 %. Kvinderne fra de ikke-vestlige lande er desuden markant yngre end den gennemsnitlige stofmisbruger i behandling. Der er en svag tendens til, at misbrugerne fra de ikke-vestlige lande i behandlingssystemet generelt er yngre end den samlede gruppe.

Indtægtskilden for hovedparten af alle brugere i behandling er kontanthjælp (51 %) og pension/efterløn (21,5 %). Indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande fordeler sig lidt anderledes, idet flere har kontanthjælp og en del færre har pension. Flygtningelandene skiller sig ud ved i højere grad end alle andre misbrugere at have en lønindkomst.

Når det gælder uddannelsesniveaut skiller flygtningene sig igen ud ved at være bedre uddannet end alle andre grupper i behandlingssystemet. Færre har således udelukkende grundskoleuddannelse og flere har en videregående uddannelse. Generelt er udgangspunktet for sammenligningen et meget lavt uddannelsesniveau i den samlede gruppe af misbrugere i behandling: 57,9 % har ingen uddannelse eller max. 10. klasse afgangseksamen, mens 3,7 % har en gymnasial uddannelse og 6,4% en videregående (kort, mellemlang eller lang) uddannelse.

Den typiske misbruger er enlig – det gælder således 70% af den samlede gruppe i behandling. I gruppen af indvandrere og efterkommere fra de ikke-vestlige lande er der fortsat en overvægt af enlige, men det er knap så typisk som for den samlede gruppe. I indvandringslandene (de ikke-vestlige) er der noget færre enlige, nemlig 55%.

Den mest hyppige boform blandt brugere i behandling er egen bolig (56,1%), mens 13,6% bor hos familie og venner og ca. 8,4% bor på gaden eller på herberg. Der er ikke store forskelle til indvandrerne-efterkommerne uanset om de kommer fra vestlige eller ikke-vestlige lande. Efterkommerne skiller sig til gengæld ud: hvor kun 36,4% af har egen bolig og 28,8% bor hos familie eller venner – det er dog ikke overraskende, når aldersprofilen i efterkommergruppen tages i betragtning. De statistiske kategorier samlivsform og boform er bygget om omkring den typiske norm i Danmark, og det er derfor ikke muligt at sige noget om hyppigheden af de samboende flergenerationsfamilier, vi støder på i interviewene med brugerne.

Det samlede omfang af stofmisbrugere blandt etniske minoriteter i Danmark har vi fået beregnet i form af et statistisk overslag. Her får vi således et fingerpeg om 'mørketallet', dvs. hvor mange stofmisbrugere, der er ikke i behandling. Det er blot et overslag, skal det understreges, og på grund af talstørrelser og registreringspraksis er tallet desuden beregnet for den samlede gruppe af indvandrere og efterkommere. Det vil sige, at f.eks. nordmændene også indgår i tallet – men jo altså ikke er en del af dem, vi benævner 'etniske minoriteter' i rapporten.

Det estimerede tal angiver, at der er cirka fire gange flere stofmisbrugere i indvandrer/efterkommergruppen end antallet i misbrugsbehandlingen viser, svarende til et samlet antal misbrugere (indenfor og udenfor behandling) på 3927 personer i 2003. Sammenligner man dette estimat med estimatet for gruppen af danske misbrugere er der kun 2,8 gange flere misbrugere med dansk baggrund uden for behandling i forhold til antallet i behandling.

Der er altså ifølge estimatet forholdsmeæssigt flere misbrugere med indvandrer/efterkommerbaggrund, som ikke får behandling for deres misbrug end det er tilfældet for misbrugergruppen med dansk oprindelse.

Sammenligner man til gengæld mørketallet for indvandrer/efterkommergruppen i 1996 med det for 2003, viser det sig, at en stigende andel faktisk når i behandling. Der var således i 1996 over 5 gange flere udenfor end i behandling, mens det som nævnt i 2003 var faldet til fire gange flere.

### **Almene problemer og særlige forhold**

De etniske minoriteter, vi har talt med i forbindelse med denne undersøgelse, er først og fremmest meget forskellige personer med meget forskellige baggrunde. Det er på sin plads at fremhæve her, hvor fokus ligger på de fælles træk og genren er konklusionernes noget unuanerede prog.

De etniske minoriteter deler en lang række af misbrugslivets årsager og omstændigheder med de danske misbrugere. Der tegner sig imidlertid tre typer af erfaringer, som er særlige for de etniske minoriteter og som ser ud til at farve misbrugslivet, om end på varierende måder for den enkelte misbruger. Det er erfaringer, som gælder for de etniske minoriteter i Danmark i almindelighed, men som for nogle bliver medvirkende årsager til stofmisbrug. Disse erfaringer knytter sig til migration, til det at være en minoritet i Danmark, og endelig til forholdet til den etniske gruppe, etniciteten, herunder familien.

### **Migration**

Alle misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund har en migrationshistorie, som har betydning både for dem, som selv er migreret og for deres børn. Der knytter sig nogle helt særlige vilkår til flygtningene, som ofte har været udsat for tortur og/eller har haft traumatiske oplevelser i forbindelse med flugten. Børnenes opvækst præges også af forældrenes traumer, og blandt både flygtninge og deres børn er stofmisbrug ofte en selvmedicinering. De tager stoffer for at overleve.

Indvandrerne og deres børn træder knap så tydeligt frem som flygtningene, men der ser ud til at være nogle succesmaal, som er knyttet til migrantdrømmen om økonomisk og social opstigen, og som lægger et særligt pres på både forældre og børn.

Flygtningenes og indvandrernes børn har det vanskeligt, når de ankommer til Danmark efter den skolepligtige alder. De kan ikke begå og hævde sig blandt de jævnaldrende i skolen og for nogle er løsningen at blive til en af de hårde, som bryder reglerne og hævder sig på den måde. Stofferne og de øvrige regelbrud giver basis for et fællesskab med jævnaldrende.

De børn, som er født og/eller opvokset i Danmark, kan få et stort ansvar for familien på et meget tidligt tidspunkt. De behersker dansk bedre end deres forældre, og kommer dermed i nogle tilfælde til at varetage store dele af kontakten mellem forældrene og det dansk-talende samfund.

De voksne familiesammenførte (i dette tilfælde ægtefæller) udgør også en gruppe, som på nogle måder træder frem i interviewene. Dels er der mænd, som familiesammenføres som ægtefæller til kvinder, der er opvokset i Danmark og har vanskeligt ved at håndtere denne situation. Det er dog kvinder, der familiesammenføres med misbrugende mænd, som led i en slags ægteskabsstrategi til behandling af stofmisbrugere, som fylder mest i vores undersøgelse. Disse kvinder bliver ikke selv misbrugere, men lever til gengæld under vanskelige vilkår.



## Minoritet

Erfaringen med at være i en minoritetsposition i det danske samfund går også igen som betydningsfuld. Et fælles vilkår for misbrugere er, at de befinder sig på grænsen til eller udenfor normaliteten i det danske samfund. For de etniske minoriteter lægger positionen som ikke-dansk sig ind ved siden af dette fælles vilkår. Følelsen blandt de misbrugere, vi har talt med, handler om at skille sig ud fra en dansk defineret normalitet og ikke føle sig accepteret som og på linie med danskere. Denne følelse af 'andethed' ansføres på den ene side af den løbende politiske debat og mediernes formidling, der opleves som ekskluderende og sårende og på den anden side af familierne, der har videreformidlet egne diskriminationsoplevelser og fordomme til børnene. Danskerne vil dig ikke noget godt, som nogle forældre siger til deres børn.

## Etnicitet

Familien og den etniske gruppe er rammen om den tredje type af særlige erfaringshorisonter for misbrugerne med etnisk minoritetsbaggrund. Udgrænsning fra det etniske netværk er en problemstilling, som lurer i baggrunden for nogle blandt de etniske minoriteter. Disse netværk ser i mange tilfælde ud til at være mere fordømmende i forhold til forbrug og misbrug af stoffer end den typiske danske familie. Misbrugerne såvel som deres familie er bange for sladder og mistet respekt i det etniske netværk, og dette påvirker håndteringen af misbruket. Særlige kulturelle normer og praksisser spiller her ind i stofmisbrugsproblematikken, og mange informanter taler i begreber som skyld og skam.

Mange af årsagsforklaringerne såvel som de karakteristiske træk ved misbrugslivet, er fælles for misbrugere uanset herkomst. De tre særlige erfaringshorisonter, som er særlige for de etniske minoriteter, kommer ofte ind som en særlig toning af de fælles problemstillinger. Der er med andre ord ofte tale om *gradsforskelle* snarere end *artsforskelle*. Et eksempel er stofafhængigheden, der for alle misbrugere er et tabu, men som for de etniske minoriteter får et særligt udtryk - en anden toning - i forhold til, hvordan det påvirker familierelationer, viljen til at søge behandling eller omdømmet i det etniske netværk. Denne særlige toning gælder ikke alene mange af de bagvedliggende problemstillinger for misbrugerne, men også adgangen til og oplevelsen med behandling.

## Familien spiller en særlig rolle

Baggrundshistorierne for misbrugerne med anden etnisk baggrund er, lige som det gælder for de fleste andre misbrugere, præget af socialt vanskelige forhold. Familierne karakteriseres ofte af brugerne selv som socialt belastede, dysfunktionelle og dårligt fungerende. Udover den sociale marginalisering, som er fælles for mange misbrugere, er belastningen som beskrevet tonet af de særlige erfaringshorisonter. Resultatet er genkendeligt: psykisk pres, tæsk,

skilsmisse og tvangsfjernelser tegner en del af billedet. Særligt er det imidlertid, at kontakten til – og i nogle tilfælde også bofællesskabet med – familien alligevel opretholdes. De etniske minoriteter, som er i behandling, har meget oftere familien som en del af deres nære relationer end de danske brugere. Konerne bliver sammen med deres misbrugende mænd og sørger for, at de ikke bliver alt for usle trods stoffivet, og for brugeren skal behandlingen ofte passes ind med hensynet til familien. Familien er blandt nogle af de etniske minoriteter af en anden art end den gennemsnitlige danske kernefamilie – den har betydning livet igennem som et kollektiv, der på mange måder definerer individet snarere end omvendt. Dertil kommer, at familien tager sig af sine egne og kun meget nødtvungent overlader omsorgen til det offentlige. Familien har som alle andre fællesskaber sine positive inkluderende sider og sine mere negative ekskluderende sider.

### **Alternative behandlingsstrategier**

Vi støder også på 'alternative behandlingsstrategier', som iværksættes af familien. Det drejer sig om afgiftningsophold i oprindelseslandet – nogle gange i form af 'en kold tyrker', andre gange i form af afgiftning på hospitaler i form af blodudskiftning. Nogle informanter siger, at 'den kolde tyrker' også påtvinges lænket til radiatorer eller låst inde på værelset i Danmark. Ganske ofte indgår ægteskab også som en strategi - behandlingen handler her om en ændring af dagliglivet og pålæggelsen af ansvar for kone (og børn). Endelig nævnes religion som en afvænningsstrategi – man skal gå i moskeen og bede. Imamerne, derimod, involveres tilsyneladende ikke i løsningsforsøgene.

### **Barrierer for adgangen til behandling**

I de etniske minoriteters livsvilkår og erfaringer kan der udpeges en række barrierer for at komme i behandling. Disse barrierer gælder ikke for alle misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund og hver af barriererne gælder særligt for nogle grupperinger. De brugere, vi har talt med i forbindelse med undersøgelsen, er 'kommet indenfor', men flere af dem fortæller om egne vanskeligheder undervejs og om andres vanskeligheder.

- Manglende viden om behandling, herunder på grund af dårlig sprogkundskaber på dansk.
- Mistro i forhold til offentlige myndigheder og anderledes opfattelser af opgavefordelingen mellem stat og familie.
- Angsten for sladder om familien i det etniske netværk. Tabubelægning af stoffer og stofmisbrug.
- Flugt-relaterede traumer, som kan havne i samme gråzone mellem det psykiatriske system og misbrugsbehandlingen som de såkaldte dobbeltdiagnoser, som er både misbrugere og har en psykisk lidelse.

## Behandlingserfaringer

I rapporten ser vi både på brugernes erfaringer med at være i behandling og behandlernes erfaringer med at etablere samarbejde med og forløb for de etniske minoriteter. Overordnet er hovedparten af de brugere, vi har talt med, tilfredse med behandlingen. Vi kan dog i deres historier se, at der også er et før og efter-element involveret, og mens de fleste udtrykker overvejende tilfredshed med den behandling, de befinder sig i nu, så er der mere kritik af tidligere behandlingsforløb. Behandlerne er imødekommende i forhold til de etniske minoriteter, men meget tydeligt også usikre og tøvende: på den ene side er der ikke forskel, på den anden side er der det nok alligevel. Det er tydeligt, at de gør deres erfaringer individuelt, og at behandlingssystemets håndtering af, herunder rummelighed i forhold til, de etniske minoriteter, ikke har været genstand for samlet diskussion i personalet på institutionerne, heller ikke på de døgninstitutioner, som eksplicit fremhæver, at etniske minoriteter indgår i deres målgruppe. Der er blandt de behandlere, vi har talt med, gode bud på, hvad det kræver at gennemføre behandlingsforløb med de etniske minoriteter. Det gælder i særlig grad behandlere, som selv har etnisk minoritetsbaggrund, og som tydeligt er mindre berøringsangste i forhold til at tage forskellene til efterretning og at handle på dem.

## Indfaldsvinkler til forskelle i behandlingssystemet

Grundsynet på forskelle er etableret på forskellige måder hos behandlerne *forud* for mødet med de etniske minoriteter, og dermed begrænser synsfeltet også, hvilke ligheder og forskelle mellem brugergrupperne, der kan komme til syne. I interviewene er der to synsvinkler i forhold til forskelle, som har med behandlingskoncepter eller tilgange at gøre. Den ene hænger sammen med 12-trinsprogrammets syn på afhængighed og behandling, sådan som det praktiseres i de Minnesota-inspirerede institutioner, den anden knytter sig til det syn på det sociale arbejdes etik, som er udbredt i de offentlige institutioner. Begge synsvinkler fokuserer på, at mennesker deler en fælles natur, om end på hver sin måde. Hvor individer godt kan være forskellige, er kollektive forskelle i stort omfang udgrænsede. Endvidere træder spørgsmålet om evidensbaseret behandling frem som en tredje synsvinkel, der synes at styre behandlernes refleksioner over behandlingen på måder, som kan have eller få betydning for håndteringen af forskelle.

Gennem de forskelle, som trækkes frem af behandlerne, er det muligt at tegne konturerne af den centrale/normale bruger af behandlingssystemet: En hvid (heteroseksuel) mand med lav socioøkonomisk status og uden andet netværk end det stofrelaterede. Den hvide mand inddeles i behandlingssystemet især efter alder og stofkarrierens længde. Kvinder, etniske minoriteter, psykisk syge osv. er særlige grupper netop ud fra denne norm.

De erfaringshorisonter, som er særlige for de etniske minoriteter og herunder især forhold, der har med relationen til familien at gøre, sætter også deres aftryk i forholdet til

behandlingssystemet, og betyder, at det for behandlerne er sværere at yde hjælp. Den modtages ofte ikke rigtig, er indtrykket. En række forhold trækkes frem af behandlerne som særlige for behandlingsforløb med etniske minoriteter. Nogle af disse bekræftes af brugerne. I det følgende opridses de gennemgående træk, som fremhæves af behandlerne:

*Forståelsen af afhængighed* blandt brugere med etnisk minoritetsbaggrund og/eller deres familie fokuserer ofte på den fysiske afhængighed, og derfor er opfattelsen, at når afgang er fundet sted, er brugeren kureret. De længerevarende behandlingsforløb, som arbejder med adfærdsmønstre m.v. opfattes som unødvendige.

*Motivationen* for at gå i behandling eller for at 'komme videre', når man først er i f.eks. substitutionsbehandling, kniber det med, mener behandlerne. Det er ofte ikke brugerne selv, der er motiverede, men derimod familien, som presser på. De gør det med andre ord for familiens skyld, og det tæller ikke som motivation i behandlingssystemet. Omvendt virker familien også demotiverende, fordi brugeren ikke bare kan træde ud af sine forpligtelser over for familien. Nogle af brugerne i vores undersøgelse mener til gengæld, at behandlingssystemet ikke er ambitiøst nok på brugernes vegne – og de ønsker, at behandlingen blandt andet skal sigte mod at give ansvaret tilbage til brugeren.

*Behandlingsomfanget* – det vil sige forholdet mellem døgnbehandling og ambulante behandling – ser anderledes ud for de etniske minoriteter end for den øvrige brugergruppe i kraft af, at de sjældnere er i døgnbehandling end de danske brugere, og at de oftere afbryder behandlingen (såvel døgn- som ambulante behandling). Her samstemmer brugere, behandlere og de tilgængelige statistikker. Døgnbehandlingen er vanskelig for brugere, som ikke vil/ikke kan være væk fra deres familie så længe. En af de institutioner, vi har besøgt, kombinerer korte døgnforløb med stoffri ambulante behandling, og her er hovedparten af brugerne etniske minoriteter, fordi de selv har valgt institutionen. Dertil kommer, at brugerne ofte har meget vage forestillinger om, hvad døgnbehandling indebærer. Jeg troede det var ligesom at være i fængsel, som en bruger siger. Og denne opfattelse er ikke helt ualmindelig. En behandler med anden etnisk baggrund fastslår, at i hans erfaring er det nødvendigt at inddrage familien uanset, at det kan være meget vanskeligt og uanset om familien har massive problemer, f.eks. på grund af flugt-relaterede traumer. Det går ikke nødvendigvis godt, siger han, men samtidig er han overbevist om, at resultatet ville være endnu ringere, hvis familien ikke var blevet inddraget. Som hovedregel optræder familien dog for behandlerne som en faktor, der skal overkommes i forbindelse med behandlingen.

*Fordringen* om at tale er virksom i alle behandlingsformer, som overskrider den rene substitutionsbehandling, og er særlig udtalt i døgninstitutionerne. Nogle behandlere nævner, at

de etniske minoriteter har andre grænser for, hvad de vil fortælle om i behandlingssystemets gruppeterapeutiske sammenhænge end de danske brugere, mens de gerne indgår åbent i enkeltsamtalerne med deres kontaktperson. De brugere, vi har talt med er alle glade for gruppesessionerne, om end en enkelt kommenterer, at man jo ikke går rundt og buser ud med alt om sig selv ude i den virkelige verden. Det viser sig imidlertid, at der er forskellige vurderinger af grænserne alt efter sammenhængen. Kravet til brugerne (uanset herkomst) er samtidig, at de ikke må være grænseløse eller –overskridende, hvorfor der bliver tale om en behandler- eller institutionsspecifik forventning til, hvornår og hvor meget man er privat, og hvor meget og på hvilken måde man er offentlig. Brugerne fanges her i et krydsfelt mellem (forskellige slags) kollektive fordringer og individuelle behov, som minder om det nogle af brugerne har oplevet i deres familie. Måske ville alle brugere uanset herkomst profitere af, at grænsesætningerne i højere grad stod til diskussion.

*Omsorg* er et element ved den ambulante behandling, og udgør en del af den skadesreduktion, som - underordnet målet om stoffrihed - kendetegner det danske behandlingssystem. Denne omsorg kan ifølge behandlerne være svær at komme igennem med og skyldes i høj grad, at familien ofte klarer den side af sagen. Det viser sig imidlertid at være svært at etablere et forhold til brugerne, når omsorgsdimensionen forsvinder. Brugerne luller rundt i deres metadontilværelse, som en behandler udtrykker det, og det gør ikke rigtig ondt på dem, fordi familien klarer de værste skær. Det viser sig på denne måde, at adgangen til at gribe ind i brugernes liv i høj grad ligger i omsorgen. Tilliden til behandleren etableres i kraft af, at denne kan gøre noget for brugeren. Behandleren har af samme årsag heller ingen kontrol med brugerens liv – omvendt hævder familien netop sin kontrol på denne måde også. Her kommer forskellige opfattelser af, hvad der hører til i familien, og hvad staten kan og skal tage sig af, konkret til udtryk i en slags stille kamp om kontrol. Nogle af brugerne i vores undersøgelse har haft en barndom uden megen omsorg, og de oplever ofte et vendepunkt i deres liv, når de i behandlingssystemet for første gang møder 'voksne', som de kan have tillid til. Her kommer relationen til behandlerne til at minde om en forælderrolle.

*Traumatiserede flygtninge* nævnes af rigtig mange behandlere som en problemstilling, der på mange måder rangerer på linje med danske brugere, der både har en psykisk lidelse og samtidig er stofmisbrugere (dobbeltdiagnoserne, som det hedder i daglig tale). Begge grupper er simpelthen svære at rumme i et behandlingssystem, som tager udgangspunkt i stofferne og dernæst tager sig af de sociale og personlige problemer, som er forbundet med disse. Samtidig er det vanskeligt at få de behandlingscentre, som tager sig af traumebehandling, til at indskrive flygtninge, der samtidig modtager substitutionsbehandling i misbrugsbehandlingscentret. Centrene har desuden meget lange ventetider.

*Sprogkunderskaber* er ret afgørende for at kunne profitere af behandlingen. Der bruges tolke i behandlingssystemet, men nogle behandlere melder, at de synes, det er vanskeligt at opbygge den nødvendige relation til brugerne, når alle samtaler foregår gennem tolk. Dertil kommer, at brugerne undertiden frygter, at tolken sladrer til det etniske netværk (hvilket en professionel tolk naturligvis ikke gør). I de Minnesota-inspirerede institutioner, som udgør en meget stor del af døgnbehandlingen i dag, indgår skriftlige opgaver ligeledes som en del af behandlingen. Institutionerne melder, at de løser dette problem ad hoc, men for brugerne puster det til følelsen af utilstrækkelighed.

### **Ønsker om ændringer fra behandlere og brugere**

Vi har spurgt både brugere og behandlere om, hvilke tiltag, om nogen, de ønsker i gennemført i behandlingssystemet. Den anbefaling hovedparten af både brugerne og behandlerne er enige om er, at der bør ansættes flere behandlere med etnisk minoritetsbaggrund i behandlingssystemet. Det afgørende i den forbindelse er ikke, at der skal være etnisk sammenfald mellem bruger og behandler, men derimod er det minoritetsdimensionen, som fremhæves. Det er altså blikket for, hvad det betyder at være anderledes og uden for normen, som er det afgørende. Nogle af behandlerne taler også om etablering af særlige institutioner eller særlige behandlingsforløb. Hvad angår sidstnævnte, er det en kombination af misbrugs- og traumebehandling, som efterlyses. Indholdet i de særlige institutioner præciseres ikke så meget, og en behandler mener, at *mindre* institutioner generelt ville være en fordel for de etniske minoriteter.

## **Anbefalinger**

På baggrund af undersøgelsen finder vi, at følgende ville være til gavn for både behandlernes og brugernes håndtering af behandlingsforløbene. Vi foreslår:

*At håndteringen af mangfoldigheden blandt brugerne gøres til et fælles anliggende for institutionerne.* Det ville befordre udvekslingen og opsamlingen af erfaringer, hvis håndteringen af forskelle blandt brugerne kom på dagsordenen på personalemødet, således at den enkelte behandler ikke tumler med dette på egen hånd. I den forbindelse vil vi også anbefale, at det overvejes, hvordan det stigende krav til evidensbaseret behandling står i forhold til håndteringen af den type forskelle, vi har skitseret i rapporten. Kan der tænkes måder at kvalitetssikre behandlingen som er følsomme over for forskelle?

*At familierelationerne udredes nøje for de etniske minoriteter* og at familien, når det på baggrund af denne udredning skønnes nødvendigt, inddrages i behandlingen. Afgørelsen af, hvorvidt dette er hensigtsmæssigt, må foretages individuelt. For nogle brugere kan familien være en nødvendig del af behandlingen, selv om den sociale belastning er tung, for andre vil det være

mere hensigtsmæssigt at støtte dem i, at de skal distancere sig fra familien. Det er svært at give håndfaste retningslinjer, men der kan løbende opbygges erfaringer på institutionerne.

*At behandlingsforholdene for de traumatiserede flygtninge forbedres.* Dette kan principielt ske på flere måder, og gerne i form af særlige kombinerede behandlingsforløb, som foreslået af en af behandlerne i undersøgelsen.

At der etableres flere fleksible stoffrie behandlingsforløb. Erfaringen er tilsyneladende, at kombinationen af ambulans stoffri behandling og korte døgnophold passer godt til i al fald nogle af de etniske minoriteter. Disse forløb kan eventuelt også kombineres med inddragelse af familien i behandlingsforløbene.

*At oplysning om stoffer, misbrug og behandling formidles gennem de etniske minoriteters egne netværk.* Det kan ikke entydigt forklares, hvorfor etniske minoriteter ikke kommer i behandling, men der er tilsyneladende skæve forestillinger om, hvad behandling er blandt misbrugerne og deres familier. Samtidig kan oplysningsvirksomheden på sigt have den effekt, at lukkethed og fordomme reduceres. Det vil i den forbindelse være vigtigt at involvere nøglepersoner i de etniske netværk i tilrettelæggelsen af en sådan oplysningskampagne.

## Rapportens opbygning

Rapporten falder i tre dele.

I Del 1 er det brugerne med etnisk minoritetsbaggrund og deres egne historier, som er i centrum, men tallenes, kontekstinformanternes og behandlernes historier om brugerne indgår også i analysen og fremstillingen. Som optakt beskrives i Kapitel 1 de demografiske profiler, der kan tegnes af brugergruppen med etnisk minoritetsbaggrund på baggrund af de statistiske oplysninger. I den resterende del af rapporten indgår talmaterialet i den relevante sammenhæng. Profilerne efterfølges i Kapitel 2 af en beskrivelse af de tre erfaringshorisonter, som er særlige for de etniske minoriteter: migration, minoritet og etnisk tilhørsforhold. Familien er næsten en fast ingrediens i de etniske minoriteters fortællinger, ligesom den præges af alle tre erfaringshorisonter, og familien er emnet for Kapitel 3. Herefter er de holdninger til stofmisbrug, som findes i familiernes etniske netværk genstand for behandling i Kapitel 4. Efter således at have indkredset brugernes baggrund og sociale/etniske omgivelser, vender vi os mod misbrugshistorierne, hvor spørgsmål omkring hvilke årsager, der angives, og hvilke stoffer, der indtages, belyses. Del 1 afsluttes således ved porten til behandlingssystemet med Kapitel 5, som handler om, hvem der kommer i behandling, og hvem der ikke gør. Det statistiske estimat over, hvor mange der ikke er i behandling fra gruppen af etniske minoriteter, indgår også i Kapitel 5.

Del 2 omhandler brugernes og behandlernes opfattelser af behandlingen og behandlingssystemet, men der trækkes også undervejs på kontekstinformanternes og tallenes udsagn. I Kapitel 6 er det brugernes behandlingshistorier, som er i centrum, mens kapitel 7 tager fat i behandlingssystemet og behandlernes opfattelser af, hvordan det er at gennemføre behandlingsforløb med og for de etniske minoriteter.

Del 3 omfatter den statistiske del af undersøgelsen. Her findes tabeller og grafer, såvel som kommentarer til disse, samt den detaljerede beskrivelse af, hvilke registre og hvilke metoder, der er anvendt.

Rapporten indeholder endelig et enkelt bilag, og her findes beskrivelsen af undersøgelsesdesignet, af delundersøgelserne, og at disses samspil med hinanden. Det er også her kriterierne for udvælgelsen af institutioner og informanter til undersøgelsen beskrives.





# Del 1: Brugerne

I denne første del af rapporten er fokus rettet mod de historier om livsforløb og misbrugsforløb, som fortælles af brugere med etnisk minoritetsbaggrund i behandlingssystemet.

I analysen af interview- og talmateriale er vi kommet frem til en tredeling af de erfaringer og livsomstændigheder, som særligt knytter sig til de etniske minoriteter – og som adskiller denne gruppe fra resten af brugere i behandlingssystemet. *For det første* er der forskelle, som hænger sammen med de migrationserfaringer, som er fælles for hele gruppen af etniske minoriteter, hvad enten det er dem selv eller deres forældre som er migreret. Migrationens karakter, opholdslængde i Danmark og alder ved ankomsttidspunktet, er yderligere skillelinjer, som har betydning i brugernes historier og i nogle tilfælde også i tallene (det drejer sig om flugt, traumatiske oplevelser i forbindelse med flugten eller i forbindelse med tortur og fængselsophold, barndom præget af forældrenes traumer, arbejdsmigration, familiesammenføring, sent ankomne børn og unge m.v.). *For det andet* er der forskelle som knytter sig til minoritetspositionen i det danske samfund (positioner som både har med den danske majoritets og minoriteternes håndtering af integrationen at gøre). Og *for det tredje* er der forskelle, som ser ud til at hænge sammen med kulturelle normer og praksiser omkring f.eks. køn, familie og netværk inden for den enkelte brugers etniske gruppe eller netværk.

Disse forskelle betyder ikke nødvendigvis, at de etniske minoriteters problemer er radikalt anderledes end den øvrige misbrugergruppes. I nogle tilfælde er der således tale om problemstillinger, som er dækkende for hele gruppen af stofmisbrugere, for eksempel vanskeligheder med at fortælle familien om misbruget, men som kan få en særlig 'etnisk toning' for nogle af brugerne. Det kan f.eks. være en hyperfølsomhed over for dårlig omtale i det etniske netværk, at familien som helhed lider et afgørende tab i prestige/status, og det kan handle om en særlig autoritetsstruktur i familien. I andre tilfælde ser der ud til at være problemstillinger, som er mere særlige for de etniske minoriteter (men som ikke gælder for alle brugere med denne baggrund), det kan f.eks. være praksis omkring indgåelse af ægteskab, inklusive ægteskabsindgåelse som en alternativ 'behandlingsstrategi' i forhold til misbruget. Det vil altså sige, at de forskelle, der er mellem de etniske minoriteter indbyrdes og mellem denne gruppe og de øvrige brugere, kan være gradforskelle snarere end artsforskelle.

Denne skelnen mellem tre typer af årsager eller kilder til særlige erfaringer og levevilkår i gruppen af etniske minoriteter samt mellem arts- og gradforskelle benyttes hele rapporten igennem.

I Del 1 starter vi med i Kapitel 1 at tegne nogle profiler af de etniske minoriteter i behandlingssystemet på baggrund af især de baggrundsvariable (køn, alder, indkomst m.v.), som indgår i Sundhedsstyrelsens Stofmisbrugsregister<sup>3</sup>. Herefter følger i Kapitel 2 en uddybende præsentation af migration, minoritetsposition og etnisk tilhørsforhold som de tre erfaringsstrukturerende kontekster, der er særlige for de etniske minoriteter. De etniske minoriteters familierelationer belyses derefter i Kapitel 3 som et særligt tema, der dukker op både i brugernes egne historier og i alle de andre informanternes historier om brugerne. Holdninger til forbrug og misbrug af stoffer er dernæst temaet for Kapitel 4. Efter disse tværgående problemstillinger, som omhandler brugernes livsomstændigheder, dykker vi i Kapitel 5 ned i misbrugets karakter og forløb og Del 1 afsluttes derefter med et afsnit om, hvem der kommer i behandling – og hvem der ikke gør. Dette sidste afsnit indeholder også et statistisk overslag over, hvor mange stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund der er i Danmark i alt. Brugernes er altså omdrejningspunkt for denne brede vifte af problemstillinger og temaer, der alle tjener som brikker til en forståelse af vilkårene udenom og udenfor behandlingen af stofmisbruget. Hvor rapportens Del 2 således fokuserer på behandlingserfaringer, er det formålet i Del 1 at kridte banen op i forhold til livsomstændighederne for disse brugere.

Fremstillingen i Del 1 bygger dels på den statistiske undersøgelse af brugere med ikke-dansk herkomst i behandlingssystemet (se også Del 3) og dels på interviews med brugere med etnisk minoritetsbaggrund, som er eller har været i behandling. Undervejs inddrages mere sekundært samtaler med forskellige aktører uden for behandlingssystemet, f.eks. væresteder og kriminalforsorgen (de såkaldte kontekstinformanter) og endelig indgår udsagn fra behandlere også i mindre omfang i fremstillingen (se Bilag for en oversigt over udvælgelsen af informanter og institutioner).

De interviewede brugere med etnisk minoritetsbaggrund *er* i behandling eller også har de været det. Det betyder, at de fleste fortæller deres historier på en bestemt måde, som vidner om, at (døgn)behandlingen blandt andet bygger på selvfortællinger. De flergangsbehandlede blandt brugerne (som er hovedparten af vores informanter) fortæller således relativt stramt strukturerede og sammenhængende historier. De, der aldrig har været i andet end substitutionsbehandling, eller er i terapeutisk orienteret behandling for første gang, fortæller derimod kaotiske historier, hvor flere indbyrdes modstridende plots optræder sideløbende uden at blive hæftet op på en central kronologi eller et centralt hændelsesforløb. Heraf følger også, at hovedparten af brugerne i vores undersøgelse i store træk har passet ind i eller hen ad vejen har tilpasset sig fordringerne i behandlingssystemet. Flere af dem fortæller om en noget mere kaotisk fortid, hvor de havde vanskeligt ved at finde sig til rette i behandlingssystemet og forsyner os dermed også med et udkig til de vanskeligheder de etniske minoriteter kan have. Vanskeligheder, som vi ydermere kan have en formodning om gør sig gældende for dem, der senere i Del 1, angives ikke at komme i behandling.

<sup>3</sup> De øvrige statistiske oplysninger om f.eks. stoftyper og behandling inddrages løbende i teksten i de relevante afsnit.

## Kapitel 1: Statistiske brugerprofiler

I det følgende gives en kort demografisk profil af misbrugergruppen med etnisk minoritetsbaggrund (det vil sige i denne sammenhæng: indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande), således som den kan skitseres på baggrund af statistiske oplysninger. I rapportens Del 3 præsenteres en samlet statistisk kortlægning over etniske minoriteter i stofmisbrugsbehandling, som bygger på en sammenkørsel af Danmarks Statistiks Statistik over indvandrere og efterkommere (Udlændingestatistikken) og Sundhedsstyrelsens Landsdækkende register over stofmisbrugere der har modtaget eller modtager behandling (Stofmisbrugsregistret). I afsnittet benyttes kategorierne indvandrere og efterkommere som omfatter alle indvandrere og efterkommere i Danmark uanset national oprindelse, og der skelnes endvidere mellem indvandrere og efterkommere fra vestlige og ikke-vestlige lande. Disse kategorier er alle i overensstemmelse med Danmarks Statistiks kategorier og definitioner. Dertil kommer, at vi i forbindelse med denne undersøgelse har opstillet kategorierne udvalgte flygtningelande og udvalgte indvandringslande<sup>4</sup>.

### Antal og etnisk sammensætning

I 2003 udgjorde indvandrere og efterkommere 8,2 % af det samlede antal personer (12.317) i stofmisbrugsbehandling i Danmark, dvs. en andel, der stemmer ganske nøjagtigt overens med den andel, indvandrere og efterkommere i øvrigt udgør af den danske befolkning, nemlig 8 %. Knap en fjerdedel af den samlede indvandrer-efterkommer-gruppe i Danmark udgøres af efterkommere, mens indvandrerne udgør godt tre fjerdedele. I stofmisbrugsbehandlingen dominerer indvandrergruppen endnu mere, idet efterkommerne blot udgør 11,7 % af indvandrer-efterkommer-gruppen i behandling. Man skal generelt være varsom med at tolke for meget på 'underrepræsentationer' af efterkommergruppen på grund af denne gruppes aldersmæssige tyngdepunkt i de yngre aldersgrupper. Optællingen af indvandrere og efterkommere inkluderer som nævnt alle, der ikke har dansk oprindelse, og er dermed større en den gruppe af etniske minoriteter, som er emnet for denne rapport.

Zoomer vi derfor ind og ser på fordelingen mellem vestlige og ikke vestlige lande i behandlingssystemet, så udgør misbrugere fra vestlige lande 35 % og fra ikke-vestlige 65 %. Og går vi yderligere detaljeret ind i gruppen af ikke vestlige lande, så udgør de udvalgte flygtningelande 49 %, mens indvandrelandene tegner sig for godt 33 %<sup>5</sup>. Det svarer til at 0,34 % af personer mellem 18 og 65 år med oprindelse i de udvalgte indvandrerlande er havnet i behandlingssystemet, mens 0,54 af samme aldersgruppe fra de udvalgte flygtningelande er gået samme sted hen. Til sammenligning var 0,36 % af den samlede befolkning i Danmark mellem 18 og 65 år indskrevet i behandlingssystemet i 2003. De udvalgte flygtninge- og indvandrerlande er inddraget som statistiske kategorier, fordi det meget hurtigt blev tydeligt,

<sup>4</sup> Se Del 3 for de præcise definitioner af de nævnte kategorier. Etniske minoriteter, som er det begreb, der anvendes her i rapporten er ikke en statistisk kategori, men er i grove træk sammenfaldende med kategorien indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande.

<sup>5</sup> Når indvandrerlande og flygtningelande ikke giver 100% tilsammen skyldes det at nogle af landene i kategorien 'ikke-vestlige lande' ikke optræder i de to førstnævnte kategorier. Se i øvrigt Del 3.

at der tegnede sig nogle forskelle i den kvalitative undersøgelse, som havde med migrationsårsager at gøre. Og det har da også vist sig, at der i statistikken tegner sig nogle forskelle mellem de udvalgte flygtninge- og indvandrerlande. Her ses i første række, at flygtningene hyppigere er i misbrugsbehandling end både personer med dansk herkomst og personer, der kommer fra de udvalgte indvandringslande. Som allerede nævnt knytter der sig i den kvalitative undersøgelse også en særlig betydning til flygtningene, som handler om krigstraumer, tortur og flugt.

I kategorien af vestlige lande er det Sverige, Norge og Tyskland, der topper listen over oprindelser for personer i misbrugsbehandling, mens det i gruppen af ikke-vestlige lande er Eksjugoslavien, Libanon, Tyrkiet og Iran, som er de største. Disse lande er tilsvarende blandt oprindelseslandene for de største grupper af indvandrere og efterkommere i Danmark i dag. Nogle af de nævnte lande skiller sig dog ud ved at være overrepræsenteret i misbrugsbehandlingen i forhold til deres andel af den samlede befolkning i Danmark, f.eks. Norge (med 100 %) og i særdeleshed Iran (500 %). Brugere af behandlingssystemet med iransk oprindelse udgør således 1,75 % af samtlige personer mellem 18 og 65 år med iransk herkomst i Danmark. Det er ikke muligt på baggrund af tallene alene at forklare denne overrepræsentation, og den kvalitative undersøgelse kan også kun antyde mulige forklaringer. At de iranske misbrugere hører til i gruppen af flygtninge, med voldsomme historier bag sig, er én forklaring – men iranerne har dog næppe været mere udsat for tortur og traumatiserende oplevelser end de øvrige flygtninge. En anden forklaring kunne være, at flygtningene fra Iran i højere grad opsøger behandlingssystemet end de andre grupper. Det er en formodning, vi støder på, blandt de behandlere, vi har udspurgt.

Det andet parameter i forhold til migrationshistorie, som har vist sig betydningsfuldt i den kvalitative undersøgelse, nemlig alder ved ankomsten til Danmark, kan ikke belyses med de kvantitative data, som indgår i denne undersøgelse.

Udviklingen over tid i antallet af indvandrere og efterkommere i stofmisbrugsbehandling følger den generelle tendens: nemlig en betydelig stigning i det samlede antal misbrugsklienter. I forhold til 1996 modtog behandlingssystemet i 2003 cirka tre gange så mange klienter, med en marginalt større stigningsfaktor for indvandrer/efterkommergruppen (se Del 3, figur 1.2). Af de to grupper tegner efterkommerne sig for en relativ større stigning. Blandt indvandrere/efterkommere tegner de udvalgte flygtningelande sig for den markant største stigning.

Stigningen skal (for alle gruppers vedkommende) blandt andet ses på baggrund af omstruktureringer i behandlingssystemet, herunder omlægningen af metadonordineringen fra de praktiserende læger til amterne. Når det gælder stigningen i gruppen af efterkommere skal medtænkes, at de 7 år, der går fra 1996 til 2003 faktisk betyder en forskydning i aldersfordelingen i gruppen, således at relativt flere når 'den behandlingsmodne alder'.

## Alder og køn

Blandt alle misbrugere i behandlingssystemet i 2003 var en fjerdedel kvinder og tre fjerdedele mænd. Denne fordeling ser noget anderledes ud for gruppen af indvandrere/efterkommere. Indenfor denne kategori har indvandrere/efterkommere fra vestlige lande den højeste andel af kvinder i behandlingssystemet overhovedet (34,2 %), mens gruppen fra ikke-vestlige lande har den laveste (6,9 %). Blandt de udvalgte indvandrings- og flygtningelande sættes dette på spidsen for Pakistan, Irak og Libanon, hvorfra ingen kvinder optræder i behandlingssystemet.

Den gennemsnitlige alder for en mandlig indvandrer/efterkommer i behandlingssystemet er 36,4 år, mens det for en kvindelig er 37,4 år – for begges vedkommende ældre end misbrugere med dansk oprindelse (hvis gennemsnitsalder er hhv. 35,3 og 35,7 år). Efterkommerne er forventeligt generelt yngre end indvandrerne.

Indvandrere/efterkommere fra vestlige lande er gennemsnitligt ældre (ca. 2 år for både kvinder og mænd) end den samlede indvandrer/efterkommergruppe. Heroverfor er misbrugere fra de ikke-vestlige gennemsnitligt yngre (5 år for kvinder og 1 år for mænd), hvilket betyder, at mændene nærmest har samme gennemsnitsalder som misbrugere med dansk oprindelse. Forskellen er særligt markant i forhold til kvinder fra udvalgte flygtningelande, der gennemsnitligt er 7 år yngre og mænd fra udvalgte indvandringslande, der gennemsnitligt er 3 år yngre. Gennemsnitsalderen for flygtningekvinderne er dog noget usikkert på grund af det meget lille antal i denne kategori.

De enkelte brugeres debutalder i forhold til stoffer er også registreret. Og her viser tallene, at langt størstedelen af misbrugerne uanset baggrund startede med at ryge hash før de var 18 år, om end den samlede gruppe af indvandrere og efterkommere samlet set starter lidt senere. Efterkommernes startmønster minder i stigende grad om det for danske misbrugere<sup>6</sup>, ikke alene i forhold til hash, men også til heroin. Generelt er starttidspunktet for heroin for alle misbrugere lidt senere. Selv om cirka en fjerdedel af misbrugerne i behandling har prøvet heroin første gang, da de var under 18, starter den største procentdel når de er mellem 18 og 24 år, men der er også mange heroindebutanter i alderen 25-34 år. Flygtningelandene skiller sig ud ved, at flere i denne gruppe starter sent.

Sammenholder man gennemsnitsalderen for indskrevne i behandlingssystemet med debutalderen kan man med en vis forsigtighed sige, at sammenlignet med den øvrige misbrugergruppe, så har en større andel af flygtningene i behandlingssystemet en relativt kort misbrugskarriere bag sig.

<sup>6</sup> Det skal her have sig i mente, at gruppen af efterkommere er så unge, at de i sagens natur ikke kan være registreret i flere af de ældste alderskategorier i statistikken.

## Uddannelse og indkomst

Uddannelsesniveaet er generelt lavt for hele gruppen af misbrugere i behandlingssystemet. Det gælder også for indvandrere/efterkommergruppen, som dog viser sig at have et forspring sammenlignet med misbrugere med dansk oprindelse. 58,8 % af misbrugerne med dansk oprindelse har ingen eller max. en 10. klasses afgangseksamen, mens dette kun gælder for 51,1 % af indvandrere/efterkommer-gruppen. Der er dobbelt så mange indvandrere/efterkommere, der har en studentereksamen, HF, HH eller HTX (7 % i forhold til 3,4 %). Flere misbrugere med dansk oprindelse har en erhvervsfaglig/lærlingeuddannelse (hvilket er et generelt mønster i den samlede befolkning). Når det gælder korte, mellemlange eller lange videregående uddannelser overhaler indvandrere og efterkommere imidlertid igen de danske misbrugere: 9,2 % af gruppen er i besiddelse af sådanne uddannelser, mens dette gælder for 6,1 % af gruppen med dansk oprindelse.

Interessant nok er efterkommernes uddannelsesniveau og mønster i store træk ligesom de danske misbruges, mens gruppen af indvandrere er bedre uddannet (færre har kun folkeskole, mange flere studentereksamen, HF, HH, HTX og flere på de videregående uddannelser). Dette billede gælder i lidt højere grad for de vestlige lande end for de ikke-vestlige.

Misbrugere fra udvalgte flygtningelande er de absolut bedst uddannede af alle misbrugerne, denne gruppe har den laveste andel af ingen eller max. 10 klasses afgangseksamen (44,9%), højeste andel af studentereksamen, HF, HH, HTX (10,3%) samt en væsentlig højere andel med en videregående uddannelse (10,9%).

Indkomstgrundlaget for misbrugere i behandlingssystemet er altovervejende baseret på offentlige overførselsindkomster. Det gennemsnitlige billede er, at kun 8,8 % har en løn-/erhvervsindkomst og den resterende del ernærer sig ved forskellige former for arbejdsløsheds-/aktiveringsydelse, kontanthjælp/revalidering eller pension/efterløn. Den væsentligste forskel tegnes igen af de udvalgte flygtningelande, der har den højeste procentdel med en løn-/erhvervsindkomst (10,9%). Sammenlignet med misbrugere af dansk oprindelse er den generelle tendens i den samlede indvandrere/efterkommergruppe, at en noget lavere andel har pension eller efterløn og en højere andel har kontanthjælp eller revalidering.

Det overordnede billede er således, at stofmisbrugere i behandling uanset etnisk baggrund udgør en gruppe med en lav uddannelsesgrad og en meget høj andel af folk på forskellige slags overførselsindkomster, om end nogle grupper af især indvandrere er lidt bedre uddannet end gennemsnittet. Det er værd at bemærke, at efterkommerne har den samme profil som de danske misbrugere på disse to parametre, og det er ligeledes værd at bemærke at flygtningene igen skiller sig ud.

## **Bolig og civilstatus/børn/familie**

Af alle klienter i behandling er cirka 70 % enlige og 20 % samlevende. I gruppen af indvandrere/efterkommere er der færre enlige og flere samlevende. Indenfor denne gruppe adskiller de udvalgte indvandringslande sig ved at have endnu færre enlige (55,1 %) og flere samlevende (36,4 %). Nogle oprindelseslande skiller sig ud ved at have betragtelig flere enlige og færre samlevende (f.eks. Sverige og Marokko), mens andre omvendt har færre enlige og flere samlevende (f.eks. Eksjugoslavien, Pakistan og Tyrkiet).

Reglen for alle misbrugere i behandling er altså, at de er uden partner, men indvandrere og efterkommere kommer i højere grad end misbrugere med dansk oprindelse i behandling, mens de lever sammen med en partner. Af den kvalitative undersøgelse kan vi ane, at det er mere almindeligt, at de etniske minoriteter befinder sig i 'blandede ægteskaber' – det vil sige, at de i modsætning til de danske misbrugere danner par med en ikke-misbruger. I hvilken grad denne observation er repræsentativ i kvantitative termer, kan vi ikke læse ud af tallene.

Over halvdelen af misbrugene i behandling har egen bolig, mens 13,6 % bor hos familie og venner og 8,4 % bor på gaden eller på herberg. Den samlede gruppe af indvandrere/efterkommere adskiller sig ikke i denne henseende. Til gengæld skiller efterkommerne sig lidt ud, idet en mindre del af har egen bolig og en noget større del bor hos familie eller venner (deres ofte unge alder taget i betragtning er dette ikke overraskende). I forhold til gennemsnittet adskiller de udvalgte flygtninge- og indvandrerlande sig ikke væsentligt; lidt flere fra flygtningelandene har egen bolig, mens lidt flere fra indvandringslandene bor hos familie og venner.

De statistiske kategoriseringer har kernefamilie-lignende samlivstyper som udgangspunkt, og opfanger ikke de flergenerationsfamilier, som vi af den kvalitative undersøgelse kan se forekommer i gruppen af etniske minoriteter. Det er derfor heller ikke muligt kvantitativt at belyse, hvor mange af misbrugerne fra denne gruppe, som er samlevende med både partner og forældre.

Opsummerende kan anføres, at den samlede indvandrer/efterkommergruppe ikke adskiller sig markant fra gennemsnittet, men når der ses ind i underopdelinger indenfor gruppen, træder der alligevel nogle forskelle frem. Mens de enkelte landes andele svinger meget, så er det tværgående for indvandrere og efterkommere særligt alder og kønsfordeling, der skiller sig ud i forhold til den samlede gruppe i misbrugsbehandling. Herudover er der mindre variationer i forhold til uddannelse og indkomst, men dog med den fællesnævner, at der generelt er tale om en lav uddannelsesgrad og en indkomst via offentlig forsørgelse, mens boligforholdene overordnet set ligner den samlede brugergruppes. Mens statistikken således kan tegne et billede af, hvilke kvantitative forskelle og ligheder, der findes indenfor misbrugergruppen, bevæger vi os nu videre til de kvalitative forskelle og ligheder.



## Kapitel 2: Migration, minoritet og etnicitet – særlige erfaringshorisonter

### **Migration**

Hele gruppen af misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund har en migrationshistorie, enten fordi de selv er immigreret til Danmark, eller fordi deres forældre er det. Et grundvilkår er således, at de alle har en direkte eller indirekte baggrund i en anden national, social og kulturel kontekst, og at omstillingen til og livet i det danske samfund er påvirket heraf. Dette træder frem på forskellige måder i interviewene med brugerne, ligesom migrationens karakter også kunne aflæses i den kvantitative undersøgelse i form af forskellene mellem de udvalgte indvandrings- og flygtningelande, samt forskelle mellem indvandrere og efterkommere.

Det ser altså ud til, at der knytter sig nogle betydningsfulde forskelle internt i gruppen af etniske minoriteter, som har at gøre med, hvorfor de er kommet til Danmark på den ene side, og hvornår de er kommet til Danmark på den anden side. Disse forskelle knytter sig bl.a. til årsagerne for stofmisbruget. Når det gælder årsagerne til bosættelsen i Danmark samler interessen sig om kategorierne arbejdsmigranter og deres børn samt flygtninge og deres børn og dertil kommer også gruppen af familiesammenførte, som tegner sig lidt mindre tydeligt i undersøgelsen. Ankomsttidspunktet har at gøre med dels, hvor længe den enkelte har været i Danmark, men dels også – og måske i særlig grad – hvilken alder den enkelte har haft ved ankomsttidspunktet (herunder også om de er født i landet). For børnenes vedkommende drejer det sig især om, hvorvidt de er kommet før eller efter skolealderen.

Det store flertal af interviewede brugere med etnisk minoritetsbaggrund kan kategoriseres som arbejdsmigranter. En enkelt af brugerne kom hertil fra Pakistan for at arbejde i slutningen af 1960'erne; de øvrige i denne kategori er kommet til Danmark – eller er født her – som følge af, at faderen har fundet arbejde her. Kun i få tilfælde er familien ankommet samlet. For de flestes vedkommende er familien først stødt til senere og i et enkelt tilfælde er familien gradvist blevet samlet over adskillige etaper. En enkelt misbruger samt en interviewet pårørende er blevet familiesammenført som voksne med herboende migranter.

En mindre del af de interviewede brugere er flygtninge fra hhv. Iran og Irak, eller de er børn af palæstinensiske og chilenske flygtninge.

### **Flygtninge, traumer og misbrug**

For flygtningenes vedkommende fungerer stofmisbruget ofte som en selvmedicinering, der skal døde traumer affødt af krig, tortur og undertiden også oplevelser undervejs under flugten.

Meldingen fra mange væresteder er, at der i stigende grad kommer brugere med traumer og psykiske problemer. Brugere af værestederne har generelt ikke kontakt med behandlingssystemet. Kontekstinformerer fra både København og Århus tegner et billede af traumatiserede misbrugere, som lider af og under mareridt, depression, medicinafhængighed og ofte også hjemløshed som følge af skilsmisse.

Amin fortæller ganske kortfattet om sine oplevelser med tortur før flugten fra Iran, om at de ikke sådan er til at glemme – og om stofferne, der giver ro:

Jeg har haft en periode i Iran. Bliver fængslet, var under tortur. Det var faktisk dengang jeg flygtede fra Iran. Jeg har ikke haft en stabil psykisk... jeg var meget deprimeret. Jeg tror jeg har glemt det. Men det var der, ikke, alligevel (...) Det gav mig den der ro. Uha, det var så dejligt, det var det jeg søgte... For mig er den tid ligesom at få en medicin.

Denne oplevelse af, at stofferne giver ro, genfindes hos andre brugere og kan her være relateret til lindring fra hverdagens krav og familiens pres f.eks., det kan altså ikke siges at være noget, der isoleret gælder torturofre, men torturoplevelserne er forbundet med en radikal nedbrydelse af tillid til omverdenen og en angst som er ganske vanskelig at bearbejde. Amin fortæller, at han har gennemført psykologbehandling på RCT, men alligevel sætter kriser i hverdagen i Danmark, som f.eks. et vakkende ægteskab med en dansk kvinde, gang i de natlige mareridt og dermed angsten for overhovedet at gå i seng. Han tilføjer, at man mister tillid til alt og alle, og det er ikke nemt at få den tilbage, særligt uniformerede personer får ham til at vende om helt pr automatik – jeg går den anden vej, som han siger.

Nogle af kontekstinformererne taler også om et fænomen, de kalder andengenerationstraumer, som dækker det forhold, at forældrenes traumer præger børnenes barndom på dybtgående måder – det kan f.eks. dreje sig om særlige krav til stilhed i hjemmet, eller krav til, at børnene skal påtage sig et stort ansvar for hverdagslivet i og udenfor hjemmet. Pedro fortæller:

Jeg kommer fra en flygtningefamilie. Jeg kommer fra et smadret hjem. På den måde sådan rent følelsesmæssigt og masser af skyldfølelse, som mine forældre kan se i dag, at de har haft masser af skyldfølelse omkring det at have forladt landet og deres kammerater. Mine forældre har været i fængsel [i oprindelseslandet, red.] og er meget, meget dysfunktionel.

En ung palæstinenser peger indirekte på en anden betydningsfuld ting for flygtningenes børn – nemlig det faktum, at flugten som regel er meningsfuld for forældrene: de har valgt at flygte som konsekvens af krig og/eller politiske, religiøse mv. forhold i oprindelseslandet.

Denne mening er ikke givet for flygtningenes børn. Taysir, som har boet i Danmark det meste af sit liv, siger om årsagen til, at han er her:

Jeg er politisk flygtning, så jeg ved ikke engang, hvorfor jeg er her. Det ved jeg ikke...  
Jeg aner det ikke. Jeg ved bare et eller andet at min mor og far, de har sikkert arbejdet for et eller andet, ikke også

De interviewede børn af flygtninge har generelt haft meget kaotiske liv i Danmark. Familierne har haft massive problemer, der har været skilsmisser og ganske meget tæv i luften, og de sociale myndigheder har været inde over familielivet f.eks. i form af tvangsfjernelse af børn og anbringelse i familiepleje.

### **Sent ankomne børn og unge**

Sent ankomne børn og unge udgør en kategori på tværs af migrationsårsager (altså hvorvidt man er flygtning eller arbejdsmigrant), og henviser i stedet til, hvornår i den enkeltes livsforløb flytningen til Danmark har fundet sted. Kategorien bruges her til at betegne børn og unge, der er kommet til Danmark senere end alderen for skolestart, dvs. over 6 år.

Denne gruppe børn og unge skal håndtere en omstilling til et nyt sprog og nye kulturelle og sociale normer og omgangsformer på et både sårbart og formende tidspunkt i deres liv, men samtidig også på et tidspunkt hvor oprindelseslandets normer og omgangsformer allerede er indoptaget. Ali, der kom til Danmark som 9-årig med sine forældre, siger f.eks.:

Det var et stort skifte, hold kæft, jeg græd i tre måneder. Jeg kunne slet ikke holde ud at være her, Men min far sagde også 'tag det nu roligt, du skal nok vænne dig til at være her, stille og roligt, ikke'. Det var hårdt. Det var ikke nemt, Jeg tror måske også, det var det med alle de problemer, du ved, skifte land og lige pludselig komme til et andet land, hvor du simpelthen er, ja, hvad skal jeg sige, du forstår ikke sproget, du kunne ikke noget. Det er ikke helt nemt.

Skolegangen udgør et problemfelt for brugerne i denne kategori. Utilstrækkelige sproglige og sociale kompetencer udstilles her, og for nogle betyder det, at skolen nærmest vælges fra – de udebliver fra skolen og forsøger i stedet at begå sig som 'de hårde' og dem, der ikke er bange for noget. For mange begynder et forbrug af stoffer allerede at komme ud af kontrol i skoletiden.

### **De små voksne**

Der er i interviewene med brugerne ganske mange eksempler på, at forældrene ikke har haft tilstrækkeligt overskud til at påtage sig deres voksenrolle i forhold til børnene. Dette gælder

også bredere end for de traumatiserede flygtninge, som er omtalt tidligere. Børnene får her et stort ansvar for familien, både indadtil og i forhold til interaktionen med det danske samfund. Dette ansvar knytter sig ganske ofte til manglende dansk-sproglige kompetencer hos forældrene. Fatima, hvis forældre kommer fra Tyrkiet, fortæller for eksempel:

Jeg tog så meget ansvar for min familie. Jeg skulle hjælpe mine forældre med papirarbejde og alt muligt, så jeg blev den lille voksne. Blev ret hurtigt voksen.

Pedro, som var 4 år, da han kom til Danmark, fortæller en lignende historie, og slår også ned på at han fik en udstrakt kontrol med sine forældre, som også betød, at råderummet eller friheden blev for stor på et for tidligt tidspunkt. Forældrenes manglende indsigt i det danske samfund – og manglende sprogkunderskaber i forhold til eventuelle henvendelser fra sociale myndigheder eller skolen vedrørende deres børns adfærd og/eller problemer – gør, at børnene tidligt kan løbe om hjørner med deres forældre.

En anden variant af den tidlige ansvarspåleggelse fortæller Rashid om. Han er som 10-årig den ældste dreng tilbage i oprindelseslandet efter, at faderen og nogle af de store brødre er rejst til Danmark. Hans lod er at tage sig af sin mor og de mindre søskende indtil han selv som 13-årig også flytter til Danmark. I Danmark tilbringer han 2 år i skole, og derefter skal han ud og tjene penge, således at han kan hjælpe med at forsørge moren og de mindre søskende, som på dette tidspunkt stadig befinder sig i oprindelseslandet. Ansvar har således både drejet sig om i oprindelseslandet at udfylde en faderrolle og i Danmark at tjene penge til forsørgelse af den familie, der endnu ikke var kommet hertil. For denne informant har dette ansvar i høj grad været et pres og har påvirket såvel hans videre færd i det danske samfund som forholdet til familien i negativ retning.

### **Familiesammenførte voksne**

De sent ankomne unge kan være familiesammenførte, men derudover støder vi også på voksne familiesammenførte. En af de kvindelige misbrugere i interviewundersøgelsen er familiesammenført til en herboende migrant, som hun nu er skilt fra – hendes misbrug har dog intet at gøre med hverken familiesammenføring eller skilsmisse, derimod synes det faktum, at hendes forældre og søskende er langt væk at have en betydning for den noget isolerede tilværelse, hun har i Danmark. I de tilfælde, hvor misbrug og familiesammenføring ser ud til at have berøring med hinanden, er det den mandlige ægtefælle, som er misbruger. Det mønster, der særligt tegner sig her, er at kvinder bliver familiesammenført til mænd, som er bosat i Danmark og som i forvejen er misbrugere. Ægteskab ser ud til at være en af 'behandlingsstrategierne' i familieregi, hvilket der er flere eksempler på blandt de interviewede brugere. Rushy er en af disse familiesammenførte kvinder, som kom til Danmark uden at

være bekendt med hendes nu fraseparerede mands misbrug. Hun fortæller om en vanskelig og ensom tilværelse uden familie, uden kendskab til landet og sproget:

Men det er et rigtig hårdt liv vi har haft. Specielt hvis man har ingen familie her. Ja, man har ikke nogen at snakke med. Det sker også med udenlandske koner, hvis de er hos misbrugere, fordi jeg har hørt fra mange kvinder, at de vil ikke møde – det var også for mig i starten, jeg kunne ikke og ville ikke møde andre mennesker. Jeg vil ikke, hvis de spørger mig om min mand, hvad laver han, eller de vil altid vide mere. Derfor er vi alene, meget alene.

Mandens familie var der heller ikke meget kontakt med, og Rushy fortæller, at han har haft en hård barndom. Der er imidlertid også eksempler på, at de familiesammenførte kvinder bliver indoptaget i den misbrugende mands familie, og på denne måde bliver en del af det familiekollektiv, som i forvejen har en vis andel i viften af grunde til stofmisbruget.

Det er imidlertid ikke kun kvinder, som bliver familiesammenført, og vi har et eksempel med en ung mand, der efter familiesammenføring med en kvinde, der er bosat i Danmark, flygtede fra presset fra kvindens familie ved hjælp af stoffer. Ligeledes kan kategorien af familiesammenførte også overlappe med de ovenfor skitserede kategorier, f.eks. sent ankomne børn og unge, som vi også møder i interviewmaterialet.

Samlet set er der altså for misbrugerne med anden etnisk baggrund det grundvilkår at leve i og med en migrationshistorie, som udover at være en fælleserfaring for gruppen, også er et af de træk, der adskiller sig radikalt fra misbrugere med dansk baggrund – og fra de fleste behandlere i øvrigt. Som vi har vist i det ovenstående, danner migrationsårsager og alder ved ankomst til Danmark et krydsfelt, hvorfra der rejser sig forskellige problemstillinger og livsomstændigheder. Erfaringen med migration og eksil spiller ydermere sammen med og kan formes af det at være minoritet i Danmark. Denne problemstilling behandles i det efterfølgende.

## **Minoritetspositioner**

Oplevelsen af at være udenfor, ikke passe ind, unormal og/eller utilstrækkelig indgår som en del af mange misbrugerers selvforståelse og erfaringer, uanset hvilken herkomst de har. Denne oplevelse svarer ganske godt til det faktum, at stofmisbrugerne bryder loven og i øvrigt lever et liv på samfundets margin.

Når det gælder misbrugerne med etnisk minoritetsbaggrund lægger der sig nogle yderligere oplevelser af at være udenfor ind over det fælles 'misbrugs-udenforskab'<sup>7</sup>. Det viser sig i vores undersøgelse som en fælles minoritetserfaring af at være ikke-dansk. Her er der ikke tale

<sup>7</sup> Udenforskab er et begreb som anvendes i Sverige for forskellige typer af 'væren uden for'. Begrebet har den fordel i forhold til det danske 'marginalisering', at det på samme tid refererer til at der foregår en eksklusion fra noget, men samtidig også at dem, der er marginaliserede lever deres liv på denne præmis.

om en særlig etnisk eller kulturel fremmedhed, idet erfaringen netop forener på tværs af de etniske forskelle mellem brugerne. Det svarer til den fælles kategorisering, vi her i rapporten anvender om gruppen: etniske minoriteter.

Brugerne i vores undersøgelse forholder sig ikke på samme måde til minoritetserfaringen, de forhandler på mange måder henover grænsen mellem dansk og ikke-dansk, og de, der er opvokset i Danmark, fortæller også, at de er blevet opdraget på forskellige måder i forhold til dette skel mellem dansk og ikke-dansk.

Den tredje type af 'udenforskab' ses hos de brugere, som oplever brud med og mere eller mindre delvis afsondring fra familien og fællesskabet inden for den etniske gruppe i Danmark, hvis normer og regler for god levevis, de også bryder med i kraft af misbruget.

### **At være misbruger**

Den fælles misbrugserfaring af at være udenfor, taler brugerne i vores undersøgelse om, når de fortæller om stoftilværelsen på gaden, og om hvem der er sammen med hvem i dette miljø. Derudover er det et grundvilkår for alle de brugere, vi har talt med, at de befinder sig i et behandlingssystem, der er struktureret ud fra det fælles træk, at alle er stofmisbrugere, og som derved også kommer til at understrege vægten af dette fælles vilkår.

Behandlingssystemet opleves i forlængelse heraf ikke i noget videre omfang som ekskluderende af brugerne med etnisk minoritetsbaggrund i vores undersøgelse. Rammen er den fælles identifikation som misbruger i behandling, og misbrugerne finder ofte sammen omkring at have de samme problemer og kæmpe for den samme løsning. Denne fælles identifikation befordres også af især døgnbehandlingsinstitutionernes behandlingskoncepter, og herunder særligt de Minnesota-inspirerede<sup>8</sup> institutioner. Ehab siger f.eks.:

Folk de er åbne over for alle, fordi de ved, at vi alle sammen sidder med det samme problem. Og vi har så kun hinanden her, ik?

Amin sætter behandlingssystemets inklusion på spidsen, når han siger: *Altså, hvis jeg skal være helt ærlig. Det er kun de her steder, jeg har været, jeg har følt mig velkommen. Ikke engang i samfundet...* Meget få brugere har i deres nuværende behandling følt sig anderledes eller dårligt behandlet pga. deres etniske herkomst. En enkelt nævner, at han under tidligere behandlingsforløb har fået racistiske kommentarer fra de andre misbrugere, ligesom en anden fortæller, at nogle af de konflikter han ryger ind i på institutionen handler om, at nogen ikke kan lide udlændinge. Omvendt taler nogle behandlere og kontekstinformanter om, at racisme til tider påberåbes i situationer, hvor det i virkeligheden handler om almindelige

<sup>8</sup> På de Minnesota-inspirerede institutioner tages der afsæt i 12-trinsprogrammets definition af afhængighed som en sygdom, der betyder at alle misbrugere deler bestemte træk. Denne fælles misbrugeridentitet er det kit, der forener misbrugerne i en slags skæbnefællesskab. Se også Del 2.

uoverensstemmelser mellem klienter eller om uvilje mod at opfylde institutionens pligter med opvask, madlavning, rengøring etc.

På samme måde opleves livet på gaden af Ehab og en del andre som stoffokuseret, hvorved misbrugernes baggrund bliver irrelevant:

Jamen, altså, jeg tror ikke, folk går så meget op i min kultur, det eneste de tænker på det er deres stoffer. Det er det, de er mest koncentreret om, ik'. Så de går ikke op i, hvem er ud..., hvem de skal købe af, om det er en udlænding eller en dansker.

Fællesskabet omkring misbruget kan til en vis grad tilsidesætte det ikke-danske, idet alle er i samme båd som misbrugere. På den anden side kan oplevelsen af at være ikke-dansk også gennemtrænge misbrugsidentifikationen, således at der opstår en kategori af misbrugere med anden etnisk baggrund til forskel fra danske misbrugere.

### **At være en ikke-dansk minoritet**

Oplevelsen af at være udgrænset som ikke-dansk fremtræder som en følelse af fremmedhed, af at skille sig ud og ikke blive accepteret på lige fod med eller af danskere. Sprog fungerer ofte som en konkret grænsemærke i forhold til ikke at føle sig fuldt accepteret eller inkluderet. Mange fremhæver, at deres mangelfulde danskundskaber er afgørende for oplevelsen af at være udenfor og flere nævner – endda undskylder – i interviewsituationen, at de har svært ved at tale 'rigtigt'.

Der er, som nævnt, ikke meget, der tyder på, at det er i behandlingssystemet, denne følelse næres.

Minoritetsoplevelsen er derimod langt mere udtalt i forhold til samfundet udenfor behandlinginstitutionerne, og her i form af en følelse af stigmatisering på baggrund af ikke at være dansker, eller som Fatima udtrykker det: *den forvirring og den smerte og frustrering, der er ved at være udlænding i Danmark. Fordi det fylder meget.*

### ***Udgrænsning og indhegning***

To kilder til denne følelse af udgrænsning fra det danske træder frem i interviewene: den ene har især udspring i den politiske debat og medierne og den anden i misbrugernes familiemiljøer.

Det er tydeligt, at den politiske debat om udlændinge ikke er gået upåagtet hen for mange af misbrugerne med etnisk minoritetsbaggrund. De føler, at der bliver tegnet et meget negativt billede, hvor alle udlændinge bliver hængt ud som potentielle forbrydere og et problem for

det danske samfund. Mediernes fremstilling af udlændinge opleves som ekskluderende og understreger følelsen af at være uden for. Amin siger f.eks.:

Jeg er meget nærtagende. Hvis jeg åbner for fjernsynet og hører snak om udlændinge, og hvor dårlige de er, eller radioen det samme, eller aviserne. Det kan give en ordentlig lussing lige fra morgen til aften.

Samtidig taler mange af brugerne om, at de hjemmefra har fået videregivet en opfattelse af danskerne hjemmefra som nogen, der ikke vil udlændinge det godt – nogen man skal holde sig langt væk fra. Dette har også lagt en grobund for at opfatte sig selv som anderledes og udenfor, som forældrene i hvert fald delvist har en aktie i. Forældrenes skepsis overfor danskerne kan skyldes mange ting; nogle brugere nævner forældrenes syn på religion: *hold dig væk fra danskere, de vil dig ikke godt. De er kristne, du er muslim*, mens andre peger på forældrenes egen oplevelse af forskelsbehandling og eksklusion:

Vi kan godt sige 'vi er gode og demokratiske', men der er racisme. Og når du møder det på arbejdspladsen og den er skjult og sådan noget, så kommer man hjem og så læser man det af til familien og så bliver der det der fjendebillede.

Denne afgrænsning fra begge sider – dvs. udgrænsning fra den danske majoritetsside og indhegning fra den ikke-danske minoritetsside – kan også spille en rolle i den tøven en del etniske minoriteter tilsyneladende har i forhold til at henvende sig til offentlige institutioner, herunder behandlingssystemet. Denne tøven er ikke karakteristisk for brugerne i vores undersøgelse, men dels siger brugerne selv, at det er en tendens blandt deres minoritetsfæller, og dels er det en opfattelse, som luftes af både kontekstinformanter og behandlere. En mere etnisk specifik effekt af udgrænsning og indhegning ser i nogle tilfælde ud til at blive en indadvendt vogten af normer og traditioner, som ikke mindst udspiller sig i fastholdelsen af ægteskaber inden for gruppen i form af arrangerede - og i nogle tilfælde tvangsægteskaber.

At grænsen mellem det danske og det ikke-danske er mærkbar og tilstede for alle brugerne med etniske minoritetsbaggrund betyder dog ikke, at vurderingen af Danmark og det danske samfund nødvendigvis er negativ. For mange af brugerne er der på samme tid to opfattelser i spil: Den ene opfattelse kan karakteriseres som et mulighedsperspektiv og den anden opfattelse som et begrænsningsperspektiv.

Synet på Danmark som et land med mange muligheder går igen hos flere brugere. Her nævnes forhold som uddannelse og børns vilkår, og mere specifikt og misbrugsrelateret taler brugerne også om de gode behandlingsforhold. Der er hos flere en udtalt taknemmelighed



over, at staten vil betale for deres behandling og således hjælpe dem. En enkelt udtrykker stor skam over, at mange udlændinge begår kriminalitet og optager så meget plads i fængslerne (han er selv en tilbagevendende gæst i disse institutioner), mens en anden glæder sig til igen at betale skat for at kunne give noget tilbage til samfundet.

Begrænsningsperspektivet optræder især i form af følelsen af at være udenfor, men er på ingen måde et fremtrædende element i de overordnede fortællinger. Den klassiske anklage om, 'at det er samfundets skyld' bruges stort set ikke som forklaring på den situation misbrugere befinder sig i. Der er dog også elementer af distance til det offentlige system hos enkelte misbrugere. Et par af de mere kaotiske unge misbrugere har f.eks. et ganske ambivalent forhold til autoriteter og andre systemaktører, især politiet og SSP-medarbejderne, men også f.eks. skolelærere.

### *Identifikation med det ikke-danske*

Et af de steder, hvor den fælles minoritetsoplevelse kommer tydeligst til udtryk er i ønsket om, at der ansættes flere behandlere med etnisk minoritetsbaggrund i behandlingssystemet. Nogle af brugernes gennemgående overvejelser handler om, at det er lettere at føle tillid, tryghed og at åbne sig overfor en anden ikke-dansk person. De forventer, at vedkommende har større forståelse for de vilkår, der hæfter sig til det at være anderledes - ved 'udenfor-skabet'. Forestillingen om, at personer med anden etnisk baggrund end dansk i højere grad forstår hinanden og taler indenfor samme koder, handler således ikke om at have bestemte kulturelle kompetencer, men snarere om at have en generel minoritetsrelateret kompetence. Rashid, som kommer fra Nordafrika fortæller f.eks. om sin NA-sponsor<sup>9</sup> fra Sydamerika:

Også fordi han kommer fra den baggrund ligesom mig, altså, den stolthed og den, jeg ved ikke, hvordan jeg skal forklare det, han er også fremmed og ved godt, hvad min problematik. Sådan, når jeg snakker om min familie (...) Det er sværere for en dansker, at ... han er ikke, han kender ikke til de ting der, han kender ikke vores baggrund

### **At være uden for det etniske netværk og familien**

Ligesom stofmisbrugere falder uden for samfundets normer, falder misbrugere med anden etnisk baggrund udenfor normerne i deres afgrænsede fællesskaber. Misbrugeren med anden etnisk baggrund er også i egen etniske gruppe ekskluderet som atypisk og som afvigende fra gruppens normer og regler. Kontekstinformerne og repræsentanter fra etniske minoritetsforeninger taler om, at holdningen til forbrug af stoffer og dermed naturligvis også misbrug, er endog meget negativ i minoritetsgrupperne, og at misbrugere isoleres og ekskluderes fra den øvrige gruppe, hvis misbruget bliver kendt.

<sup>9</sup> I selvhjælpsbevægelsen NA (Anonyme Narkomaner) har alle en 'sponsor', det vil sige en særlig kontaktperson, som man i princippet altid kan henvende sig til – f.eks. og særligt i situationer, hvor stoftrangen melder sig.

Danske såvel som etniske minoritetsbrugere har ofte problematiske familieforhold og kontakten til familien er for de danske brugeres vedkommende ofte ganske tynd. I mange tilfælde sparkes misbrugskarrieren i gang i anknytning til manglende accept, forståelse eller omsorg i familien, også dette gælder uanset herkomst.

Familien spiller dog for en del af de etniske minoriteter en særlig rolle som en fasttømret kollektiv enhed. Den almene problemstilling omkring familieforholdene får derfor også en særlig karakter for disse brugere, som føler sig udsatte inden for familiens fællesskab på grund af f.eks. et enormt forventningspres fra forældrene, en følelse af ikke at blive hørt og få individuelle ønsker og meninger anerkendt eller en usynliggørelse født af at skulle underlægge sig familiekollektivet og indpasse sig.

Rashid taler om 'programmering', og forklarer

Altså, hvis jeg skulle blive hos min familie, så skulle jeg ligesom leve deres liv. Jeg skulle bare være en robot eller et eller andet, jeg skulle ligesom leve de ting som de selv ville have, ikke leve mine egne erfaringer og leve mit eget liv.

Ord som undertrykkelse og frygt nævnes som beskrivelse af forholdet til familien, og til tider tales der om en umyndiggørelse, hvor faderen stadig anses som 'den voksne' og dermed bestemmende i forhold til sine voksne børn. Som det også er tilfældet for de danske brugere søger de etniske minoriteter, som er familieramte på denne måde, accept og støtte i andre netværk og grupper, som her altså er stofrelaterede, ligesom stofferne i sig selv tjener til at dulme smerten og slippe væk. Her er der altså tale om, at den problematiske relation til familien går forud for stofmisbruget.

Opfattelsen hos mange behandlere og kontekstinformanter er, at der er skyld og skam involveret i relationen til familien – og i familiens relation til den etniske omverden. I deres opfattelse ligger denne skyld- og skamfølelse bundet i nogle særlige kulturelle og i mindre grad religiøse forhold, som i høj grad skal ses i forhold til den tætte følelsesmæssige og sociale binding som mange etniske minoritetsbrugere har, eller forventes at have, til deres familie. En skam- og skyldfølelse hos misbrugerne opleves i højere grad at være rettet mod deres familier og det øvrige etniske netværk, end mod danskerne og det danske samfund.

Betydningen af skyld og skam kobles også sammen med en oplevelse af, at stofmisbrug generelt er underlagt en høj grad af fornægtelse i familier med anden etnisk baggrund. Fornægtelsen gælder i første omgang brugeren selv overfor familien, men kan også gælde familien overfor det øvrige etniske netværk. En behandler, Kemal, forklarer, at de etniske

minoritetsbrugere helst vil være meget private og kræver fuld diskretion. men han understreger samtidig, at det mere er styrken end indholdet i problemstillingen, der adskiller denne gruppe fra andre stofmisbrugere, og dermed er dette et godt eksempel på det, vi har kaldt en særlig – i dette tilfælde etnisk – toning af en almen problemstilling. Kemal siger:

Det er sladder og sniksnak i krogene, som skræmmer dem. Nogle af dem de løber nærmest herind, når de kommer, lige rundt om hjørnet og ind og så ud. 'Jeg skal ikke spottes'. Og der er, men jeg tror ikke, der er så meget anderledes som sådan for danske misbrugere. For generelt er det jo ikke noget at være stolt af, at jeg har et problem med stoffer, jeg har et afhængighedsproblem. Måske det bliver mere tydeligt for de etniske minoriteter, de vil helst være meget private om det.

En anden behandler har tilsvarende oplevet angsten for, at misbruget bliver offentligt i forbindelse med at bruge tolk. Frygten går her på, at fortrolige oplysninger via tolken vil nå de etniske netværk og misbruget dermed vil blive kendt.

Der er generelt en tendens til, at den negative side af de stærke familiebånd fremhæves mest af kontekstinformanter og behandlere. Det er dog tydeligt i brugerinterviewene, at der også er en positiv side af dette. Eller sagt på en anden måde, så er der en inkluderende side, som handler om tilhørsforhold til og loyalitet over for familien og gruppen, og om familien og gruppens omsorg for brugeren. I Kapitel 3 nedenfor uddybes forskellige aspekter af familieforholdene yderligere.

### **Forhandlinger henover grænserne**

I det foregående er det de skarpe grænser der er trukket op: man er misbruger – eller ikke misbruger, man er minoritet eller majoritet, og man er en del af eller ikke en del af familien og den etniske gruppe. Disse in- og eksklusioner er imidlertid generelle grundforhold, som de enkelte brugere med etnisk minoritetsbaggrund forhandler i deres refleksioner og hverdagsliv.

En af de forhandlinger, som viser sig i interviewene, drejer sig om integration og/eller om at føle sig dansk eller ikke. Det er primært brugere, som er opvokset i Danmark, der taler om, hvorvidt de føler sig som danske. Nogle af misbrugerne ser ingen konflikter i at have en anden etnisk baggrund/kultur – de føler sig danske og er blevet opdraget dansk, siger de. For andre har det været et spørgsmål, som fylder mere i den løbende identitetsproces. Fatima siger om dette:

Hvis jeg kommer ind, og jeg har den her splittelse 'hov, jeg er muslim og jeg lever i Danmark, hvem er jeg, hvor hører jeg til'. Det har jeg haft meget katastrofe med (...) Jeg sidder ikke med de danskere, de andre der er her, og fortæller faktisk, hvor svært

det egentlig er at være splittet, Jeg kommer her, jeg har en helt anden baggrund i mig, og alligevel er jeg jo dansk.

Forhandlingen foregår også på et mere konceptuelt plan: hvad indebærer det i det hele taget at være integreret? Forskellige markører fremhæves til at illustrere, hvad integreret betyder. Sproget er som nævnt en primær markør, men også statsborgerskab nævnes, ligesom den mere subjektive markør at føle sig dansk. Ehab udfordrer grænsedragningen ved at fremhæve, at han ikke forstår og ville have svært ved at leve i oprindelseslandet - han jo er dansk.

Opdragelse synes at spille en rolle i forhold til, hvordan informanterne forhandler om deres position. Flere nævner, at de føler sig danske, fordi de er blevet opdraget dansk af deres forældre. Andre udfordrer den betragtning, at man skal leve dansk for at være dansk. Her insisteres der på, at to kulturer kan kombineres i integrationen, og at man f.eks. ikke behøver at skifte religion for at være rigtig dansk. Pedro understreger i denne forbindelse, at det faktisk forholder sig modsat: man er ikke integreret, hvis man går på kompromis og ikke er sig selv:

Meget af det, jeg ser i dag, jeg tror helt klart på, at hvis du omfavner kulturarven, så er du mere integreret end hvis du bare prøver at assimilere og ligne nogen andre (...) Det er en kamp, det er en kamp, du har bare en fod i hver lejr, og du kan sagtens fungere selvom du er muslim og du respekterer din tro. Tværtimod, du fungerer meget bedre, fordi at lige pludselig, så har du omfavnet hele din kulturarv i stedet for, at du står og prøver at være noget, du egentlig ikke er.

Pedro selv er i temmelig høj grad resultatet af en kreativ forhandlingsproces, idet han kommer fra en katolsk sydamerikansk baggrund, men for relativt nylig har valgt at konvertere til Islam. Den kulturbaggrund, han omfavner, er altså et valgt fællesskab.

Flere af de brugere, som er opvokset i Danmark, taler om at de har skullet håndtere modsatrettede standarder for og forventninger til, hvad der er rigtig og forkert adfærd. Pedro siger:

Jeg snakkede jo perfekt dansk, ikke, men jeg har hele tiden kunne mærke den der barriere om, at jamen når jeg kommer ind af døren hjemme hos min mor, jamen så er det jo en helt anden kultur, jo, altså. Det kan godt være, jeg går og er sammen med danske venner, men når jeg kommer hjem, så bliver der snakket spansk og vi har den der kultur.

I behandlingssystemet kommer disse modsatrettede forventninger og standarder også til udtryk. Der ligger i behandlingssystemet nogle implicitte krav til, hvordan og hvornår man skal være individ, og hvordan og hvornår man skal være kollektiv, disse standarder er

ikke altid modsætningsfrit forenelige med de tilsvarende standarder i misbrugerens 'etniske bagland'. Kravet til misbrugerne bliver her, at de selv må finde ud af, hvordan de håndterer balancen mellem krav stillet af institutionen og behandlingstilgangen på den ene side og forventninger og loyaliteter i forhold til familien på den anden side.

Kontekstinformanter, der arbejder med udsatte unge, tegner et generelt billede af de unge med etnisk minoritetsbaggrund, hvor håndteringen af 'to verdener' er meget fremtrædende. Det at skulle håndtere to forskellige verdener – den indenfor og den udenfor hjemmets fire vægge – er ifølge disse informanter kilde til megen frustration hos de unge og kan give anledning til konflikter begge steder. I kontekstinformanternes arbejde med udsatte børn og unge på tværs af etnicitet er det typisk ikke stofferne, der er i fokus endsige det primære problem, men de opfattes snarere som et symptom på en række andre problemer, der handler om familien/forældrene, forældrenes problemer eller misbrug, uddannelse, arbejde, omsorgs-svigt, ensomhed etc. For de unge med anden etnisk baggrund er der igen tale om en særlig etnisk toning, hvor den oplevede splittelse handler om pendlingen mellem danske og oprindelseslandets normer og koder.

Flere kontekstinformanter taler om, at konsekvensen af adskillelsen mellem ude og hjemme er, at forældrene ikke kender til den anden – offentlige eller danske – del af deres børn og unge. Køn træder ind som en betydningsfuld forskel her. Drengens og pigernes forhandlingsmuligheder ser således ud til at være ganske forskellige. Pigerne er dels mere strikt kontrollerede og dels sanktioneres selv mindre regelbrud strengt.

Karakteristisk for mange af de interviewede brugere er, at de har haft et misbrug i en længere periode uden at forældrene eller den øvrige familie har haft kendskab til det. En kontekstinformant taler om, hvordan børnene lever et dobbeltliv, hvor de skjuler deres forbrug af alkohol og stoffer for forældrene. Først når forældrene har fundet 'noget' i deres lommer eller når de er kommet for lang ud i deres misbrug til at kunne skjule det, bliver forældrene delagtiggjort i problemet. Ingen af de unge informanter har således på egen hånd har valgt at inddrage forældrene i tacklingen af deres misbrug. Der er imidlertid flere, der giver udtryk for, at forældrene dybest set måtte kende til misbruget, men at de valgte at fortrænge problemet.

#### *Grænser mellem de etniske minoritetsgrupper*

Forhandlingen af tilhørsforhold sker ikke kun i forhold til dansk kultur og danskere, men også i forhold til andre etniske minoriteter. Dette sker for det første på det individuelle plan, hvor markøren er opholdslængde i Danmark og for det andet på det kollektive plan, hvor det handler om opfattelser af andre etniske gruppers kulturer og væremåder.

På individniveau sker der en positionering i forhold de andre med etnisk minoritetsbaggrund og typisk i forhold til, hvornår de er kommet i sammenligning med informanten selv. Dette bliver til en skala, som handler om, hvor integreret man er, og hvor godt det danske sprog beherskes. De, der er født og opvokset her understreger dette i forhold til andre, der er kommet senere:

Men det er også meget stor betydning, at jeg er født i Danmark og jeg er så integreret, som jeg er. Der er mange af de piger og mænd, som jeg kender, der kom, da de var 13-årig eller de kom som de var 19-årig eller 2-årig. Så jeg tror, der er meget forskel, meget forskel

De, der er kommet her som børn inden skolealderen, kontrasterer sig i forhold til dem, der er sent ankomne og dermed ikke har haft deres skolegang i Danmark

Jeg er vokset op her, jeg har gået her siden børnehaveklasse i skole, ikke også. Der er mange udlændinge, der kommer her i 6. klasse eller 7. klasse, det er der tror jeg, der er også forskel på udlændinge (...) Der er forskel på dem, der kommer i 6. klasse de kan ikke finde ud af at snakke dansk og sådan noget. De har kun boet her i ikke så mange år (...) Jeg tror, at dem der er integreret mest er dem, der har været her i lang tid (...) Jo ældre man bliver, jo sværere bliver det også at lære ting, at lære sproget og sådan, jo ældre man bliver.

På gruppeniveau er det kontrasten mellem egen og andre etniske grupper, som fremhæves. Ofte går distinktionen på adfærd og i hvor høj grad man holder sig for sig selv eller er en del af det danske samfund, og dermed udgør det danske rammen omkring denne type forhandling mellem de etniske grupper.

Der er en vis enighed mellem misbrugerne og kontekstinformerne om at udpege tyrkere og palæstinensere som grupper, der har et meget fasttømret netværk og holder sig meget for sig selv. Iranerne omtales bredt som 'de mest integrerede'. I nogle tilfælde trækkes grader af religiøs tilknytning frem som synonyme med isolation. Når brugerne trækker disse grænser drejer det sig som regel om at placere sig selv som anderledes og som hovedregel bedre og mere del af samfundet end de andre etniske minoriteter, og den fælles standard, der ligger for denne grænsedragning er hentet fra normerne i det danske samfund.

Minoritetspositionen har således mange grader af og udtryk for udenforskab, dog med det fælles udsping, at det handler om at føle sig og være defineret som på kanten af normaliteten, hvad enten det så er som stofmisbruger, som ikke-dansk eller som afviger indenfor

familien og det etniske fællesskab. Som ovenstående analyse har vist, bliver en vigtig faktor i historierne ofte familien og familierelationerne, både som med- og modspiller i forhold til brugerne og deres forhandling af grænser og selvforståelser. Næste kapitel fokuserer netop på familien og dens rolle både bagved og foran kulisserne i brugernes historie.

## Kapitel 3: Den betydningsfulde familie

Familien er allerede nævnt i det foregående og den optræder som en markant skikkelse i de fleste historier fra misbrugerne med etnisk minoritetsbaggrund. Familien optræder altså som en betydningsfuld figur, hvad enten det er som støttende og meningsgivende omdrejningspunkt i misbrugerens liv eller som kernen i misbrugets problemkompleks. Som det vil fremgå af Del 2 i rapporten, er familien også et hot emne i behandlernes udsagn om de etniske minoriteter. I dette afsnit er det familierelationerne, og brugernes fortællinger om dem, som er i centrum.

### **Belastet Barndom**

Et af de mest dominerende fællestræk blandt alle informanter uanset etnicitet er en socialt belastet barndom. Den sociale belastning kommer i forskellige grader og former, men er til stede som et grundvilkår eller en rød tråd i langt de fleste livshistorier.

Hovedparten af de misbrugere, som er vokset op i Danmark (dvs. både danske samt tidligt og sent ankomne børn af flygtninge og indvandrere) har i en eller anden grad været del af en belastet familie. Der er således ikke i vores undersøgelse belæg for den påstand, vi møder blandt især kontekstinformeranterne om, at danske misbrugere kommer fra belastede hjem, herunder hjem, hvor forældrene har været misbrugere, mens misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund kommer fra stærkere, mere velfungerende hjem. Der kan være tale om forskellige typer problemstillinger, men ikke mindre socialt belastede vilkår.

Flere af brugerne med etnisk minoritetsbaggrund baggrund beskriver deres familier med de institutionaliserede udtryk 'dysfunktionel' eller 'socialt belastet'. Rashid siger f.eks.:

Og jeg levede også i sådan en dusf..., hvad hedder det? [I: Dysfunktionel] Jeg har svært ved at sige det ord der.

I Rashids historie, sådan som han i øvrigt fortæller den, refererer det 'dysfunktionelle' tilsyneladende mest til det barske og krævende samliv i familien og det pres for at lykkes, som han oplever. I Fatimas barndomshistorie refererer 'social belastet' til forhold, der i højere grad ligner en klassisk definition af at være socialt udsat:

Min familie har altid været socialt belastet. Der har altid været kaos. Der har altid været, de har modtaget kontanthjælp og haft mange problemer og alt det her. Min far, det var en fiasko for ham, fordi han ikke kunne holde på sin familie.

Der indgår, som det også fremgik af Fatimas og Rashids udsagn ovenfor, varierende elementer i indholdsudfyldelsen af dysfunktionel og socialt belastet: forældrenes indbyrdes vanskeligheder (der ender i skilsmisse), vanskeligheder ved at håndtere migrationsoplevelser og omstillingen til det danske samfund, sproglige problemer, fysisk afstraffelse af børnene, enormt forventningspres på børnene, følelse af ikke at slå til for både voksne og børn etc. Andre brugere nævner sygdom som familiens problem.

Mange af brugerne har også været vidne til og genstand for forskellige slags misbrug i familien. To kvindelige misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund har haft fædre med misbrug (begge fædre er døde nu). Den ene er efterkommer og er vokset op med en misbrugende far og senere to misbrugende brødre:

Min far har altid haft et misbrug med hash, også fra Tyrkiet af, og han har altid drukket. Da kan kommer hertil, så har han flere penge på lommen, så misbruget det stiger. Dvs. han kommer hjem og det tærer på familien. Mine to storebrødre (...) de kommer også ind i et misbrug.

Den anden er blevet familiesammenført hertil, men har haft en alkoholisk far i oprindelseslandet. Tilsvarende har en enkelt dansk bruger haft en mor, som var misbruger. Ingen af de danske misbrugere har søskende med et kendt misbrug, mens ca. en tredjedel af brugerne med etnisk minoritetsbaggrund har brødre eller fætre, der også er stofafhængige.

Stoffer og alkohol er ikke den eneste slags misbrug, som dukker op i interviewene. En enkelt er blevet seksuelt misbrugt af sin far, og en del både mandlige og kvindelige brugere har fået tæsk af deres fædre som børn og unge.

En konsekvens af svære sociale vilkår har i nogle tilfælde været en direkte offentlig intervention i familien; en har fået sine yngre søskende tvangsfjernet, en anden har haft brødre inde og ude af institutioner, mens en tredje selv er blevet placeret i familiepleje en overgang.

Beskrevet på denne måde er de etniske minoriteters barndomsoplevelser ikke radikalt anderledes end det gælder for gruppen af misbrugere med dansk herkomst. Der er dog toninger i årsagerne til 'den sociale belastning' og 'dysfunktionaliteten'. For nogle af familierne ser det ud til at være forhold relateret til flygtninge-relaterede traumer. Og for andre



slår migrantdrømmen om succes og social opstigning ind. Dertil kommer, at kontakten til familien ofte opretholdes – også selvom forholdet betegnes som vanskeligt af brugerne selv.

### **Kontakten til familien opretholdes**

Med undtagelse af en enkelt tidligere misbruger, der selv har frasagt sig forbindelsen til sin familie, har alle dog stadig en eller anden form for kontakt med deres familie. Og Kun i ét tilfælde er vi stødt ind i, at en forælder ikke har villet vedholde forbindelsen pga. misbruget. Trods de vanskelige opvækstvilkår er familien altså fortsat til stede og i over halvdelen af interviewene fremstår familien som en betydningsfuld størrelse på godt og ondt i brugernes liv. Dette adskiller gruppen fra de danske brugere, vi har interviewet, hvor familien i alle interviewene er utydelig, mens dette blot gør sig gældende for få af de etniske minoritetsbrugere.

Mange af brugerne udviser en loyalitet overfor familiebandet selv om det er blandet med ambivalente følelser og udsagn. Rashid siger f.eks.:

Jeg fik tæsk allerede dengang jeg boede i Marokko, hvis jeg ikke kunne leve op til nogle ting eller ikke kunne følge med, fordi jeg var et barn (...) Altså, hvis jeg skulle blive hos min familie, så skulle jeg ligesom leve deres liv. Jeg skulle bare være en robot eller et eller andet, ligesom de ting, som de ligesom, ikke lave mine egne regler og leve mit eget liv (...) i dag er de glade for at se mig (...) Og de hører også efter mig, de sidder også og lytter. Hvor dengang, hvor de lukkede bare munden på mig hele tiden. I dag kan jeg godt komme med mine meninger, og jeg kan også godt sige, hvad der er rigtigt, hvad der er forkert

I nogle tilfælde er fremstillingen af forældrene tydeligt beskyttende, som når forældrene konsekvent omtales som søde og omsorgsfulde, mens det samtidig fremgår af fortællingen, at brugerens to søskende er blevet tvangsfjernet af myndighederne.

Nogle få brugere omtaler ikke direkte deres familie eller opvækst som problematisk, selvom de fortæller kortfattet om svære betingelser (en har mistet sin mor tidligt, en siger bare: *der er sket så meget for min familie (...) de støtter mig så godt de kan*). Familien fylder ikke i selv-fremstillingen i disse interviews, som indholdsmæssigt er præget af behandlingskoncepterne. For de danske brugere fylder misbruget og behandlingen generelt mere i selv-fremstillingerne end barndom, opvækst og familiemønstre. Flere har grundet deres misbrug ingen kontakt til forældre og/eller søskende om end en enkelt har genetableret forbindelsen efter 8 år, da han kom på metadon. Forældrene synes for de danske misbrugere at spille end mindre rolle end egne børn og tidligere partnere, og i nogle tilfælde søskende.

## Individ og fællesskaber/kollektiver

Der er, som nævnt i indledningen til dette afsnit, i de etniske minoritetsbrugeres fortællinger om deres liv med familien, elementer som stritter eller ser ud til at komme i konflikt med kravene i behandlingssystemet.

På kort form ser det ud til, at en gentagen konflikt drejer sig om, at når man træder ind i især døgnbehandlingsinstitutionerne, så træder man ind i en kollektiv, som kræver, at man hævder sig som individ i relation til familien. Denne problemstilling optræder ikke for de danske brugere, som ganske vist kan have andre vanskeligheder med at indpasse sig i døgnbehandlingens kollektive løsninger, men ikke lige denne familierelaterede.

I det følgende skal Mustafas historie genfortæles, fordi den er et særlig tydeligt eksempel på denne problemstilling omkring kollektiv og individ, som dukker op i ganske mange af de andre interviews også.

Mustafa er født kom til Danmark som 2-årig. Faren har tilsyneladende opfyldt migrantdrømmen om at skabe et bedre liv i materiel forstand og Mustafas to brødre har også klaret sig godt. Der er med andre ord ingen økonomiske problemer i familien, som bor i hus i et af de mere velhavende kvarterer i København. Mustafa klarer sig til gengæld ikke helt så godt, han hænger ikke rigtig i med uddannelsen og på et tidspunkt begynder han at spille. Familiens eller farens forventning til ham er primært, at han indordner sig familien – han behøver ikke tjene penge, familien klarer sig udmærket. Faren presser han, da han er omkring 18 år, til at være soldat i oprindelseslandet. Og denne tid er hård kost, han forstår ikke sproget. Faren betinger sig, at hvis han vil tilbage til Danmark så må han gifte sig, hvilket han gør, og flytter tilbage til Danmark med konen i familiens hus. På dette tidspunkt sælger han stoffer men tager fortsat ikke noget, det sker først i forbindelse med et fængselsophold i Danmark. Siger, at forældrene godt vidste, at han lavede 'noget' (han havde jo penge). men det er først, da det går ned af bakke, og han ryger ud i et økonomisk uføre, som også påvirker familien, at han går til bekendelse om sit misbrug. Og så ryger han ud. Hvorvidt det skyldes misbruget eller kriminaliteten, er svært at sige. Som 30-årig bliver Mustafa stoffri efter en fængselsbehandling, og flytter tilbage til familien efter at have været væk i ca. 2 år. Men, siger han:

Jeg kunne ikke leve efter de forhold, som de havde, principperne til det, efter deres behov, Jeg kunne ikke holde det ud, jeg havde hovedpine hele tiden, efter jeg blev clean (...). Så sagde jeg stop. For jeg sagde til dem: ”jeg kan lige så godt tage stoffer, hvis jeg skal være her. Det har altid været den der undertrykkelse, jeg har levet med min fars frygt. Fordi vi siger ikke ord tilbage til en far, for det er den voksne, der bestemmer hos os.

Et af problemerne er, at familien eller vel især faren ikke forstår, at han går til NA-møder, for nu er han jo ude af misbruget:

Men når jeg fortalte dem at det her var en sygdom for mig, at jeg havde brug for det, det kunne de ikke forstå. Så var det deres behov frem for mit. Mit behov er ligesom at have den her netværk, have de her venner for at holde mig clean. (...) til sidst sagde jeg: ”OK, det er mit liv, det er mit valg, jeg bestemmer her.

Mustafa er i første række nødt til at tage afstand fra familien, fordi de ikke vil acceptere, at han og konen bliver skilt. Men dertil kommer altså også, at de heller ikke vil acceptere, at han kan have individuelle behov, som adskiller sig fra familiens kollektive behov (sådan som de er defineret af Far og ’de voksne’). Dertil kommer, at de individuelle behov samtidig kobler sig sammen med et andet kollektiv, nemlig NA, som han har brug for – for at holde sig clean.

Mustafa gennemfører de afskæringer som er nødvendige for at kunne hævde sig som et individ med egne behov over for familien og samtidig træde ind i en anden slags fællesskab i behandlingssystemet og i NA. Dermed klarer han sig gennem skærene, bliver stoffri og har været det en del år nu. Der er andre af de interviewede brugere, som også klarer dette, og nogle lykkes ligefrem med at etablere kontakt til familien på andre vilkår efter gennemført behandling. Andre er ikke på samme måde bundet til et familiekollektiv og har derfor i udgangspunktet færre vanskeligheder ved at gennemføre denne del af øvelsen.

Det er imidlertid tydeligt, at nogle af de brugere med etnisk minoritetsbaggrund har vanskeligere ved at skære familien og tilhørsforholdet til familien væk eller at placere det i den rette hierarkiske orden i forhold til sig selv og i forhold til andre kollektiver. I nogle af disse tilfælde ser familien ud til i højere grad at være en støtte for misbrugerens, men i andre tilfælde er forholdet til familien stort set lige så anstrengt og/eller ambivalent, som det Mustafa har skildret.

Omar har f.eks. vanskeligheder både med at adskille sig fra og med være en del af sin familie, og det ser ud til at være en del af hans kaos. Han taler i parallelle spor, men familien optræder ret massivt ind over, selvom han stikker af fra den, får bank af den, sidder i fængsel utallige gange m.v. Han taler skiftevis i truende termer om familien og ydmygt om, at han har gjort dem meget ondt. Faren har, siger han, altid giver ham gode råd, men:

Jeg følger altid mine egen råd, og jeg tænker fuck dem, jeg vil ikke lytte til dem. Ligesom han har ødelagt mit liv, jeg vil også ødelægge det for ham.

Farens autoritet strækker altså ikke rigtigt til, Omar underlægger sig ikke. Men samtidig taler han beklagende om, hvordan hans familie ikke accepterer ham, og hvordan han er udenfor. Da han bliver spurgt om det er anderledes i forhold til familien at have stofproblemer som ikke-dansk end som dansk siger han:

Næ, det synes jeg ikke, fordi problemet er det samme. Da jeg var ung og jeg havde problemer med stoffer, jeg var ligeglad med min familie, og hvad de tænker og hvad andre folk tænker om deres opdragelse. Altså, det er kun mig selv det handler om den gang. Og dem jeg omgås med er ligesom, jeg skal sørge for dem, som de skal sørge for mig, det var det eneste jeg tænker på.

Han er altså ligeglad ligesom danskerne. Som dog næppe ville have lagt særlig vægt på at være ligeglade med, hvad andre mennesker tænker om deres forældres opdragelse. Når Omar taler om, hvad han skal efter døgnbehandlingen er det også familie, der præsenterer sig:

Jeg tænker mere på, at når jeg kommer ud, vil jeg gerne tage til Syrien eller her og finde en sød pige og gifte mig, og jeg skal nok holde mig clean, fordi jeg har, jeg har prøvet det nu selv, ikke at have styr over det med stofferne.

Her er der altså en afvisning af det alternative fællesskab, NA og familien bliver på denne måde både begyndelsen og slutningen på Omars (forestilling om sin) stofkarriere.

### **Familiens relation til gruppen (den etniske) og til det danske samfund**

Det pres, der i mange tilfælde ligger på informanterne for at konformere til familiens normer og levevis, ligger også på familien i relation til de etniske omgivelser og presset på den enkelte skabes givetvis delvist af at familien er klemt på denne måde.

Kontekstinformanter, som arbejder med udsatte unge, herunder også med etnisk minoritetsbaggrund mener, at det er tabubelagt for nogle etniske minoriteter at henvende sig til det offentlige system med problemer, som for dem at se bør klares inden for familiens rammer, eventuelt med en onkels eller en imams mellemkomst. Deres unge brugere har i kraft af henvendelsen til systemet brudt familiens tillid og den eksisterende familiealliance. Og familien er på sin side mere optaget af, hvordan den kommer til at stå i forhold til fællesskabet end af den unges problemer. Det virker dog ofte som om der snarere er tale om socialt pres end om eget normsæt: det har store konsekvenser om de anskues som gode forældre og disse konsekvenser rækker helt tilbage til oprindelseslandet og kan påvirke muligheden for at børnene bliver gift socialt opad.

Succes er vigtigt, siger også flere af brugerne. Det er vigtigt at være en succes, og det gælder for børnene i relation til familien; og for familien i relation til de andre familier i gruppen. Fatima siger i den forbindelse:

Det at komme fra en muslimsk familie. Faren har jo den her rolle, han skal samle på denne her familie, han skal holde denne her familie. De skal have succeser, de skal have forandring, tingene skal være i orden og økonomien.

Kravet om succes lægger sig også op af migrantdrømmen: mange af familierne er emigreret for at få bedre økonomiske vilkår og social opstigning.

Den opfattelse, at nogle problemstillinger hører til i familien, og ikke i et statsligt hjælpesystem, deles eksplicit af i al fald én af de brugere vi har interviewet. Hans egen familie befinder sig ganske vist fortsat i oprindelseslandet, men han brød sig afgjort ikke om at hans tidligere danske kæreste mente, at forældrene kunne rende hende noget så grusomt med henvisning til, at kommunen nok skulle passe på hende. Spørgsmålet om, hvad der retteligen hører hjemme i familien, og hvad det offentlige system kan gå ind i, er et felt, som giver anledning til gnidninger i forhold til behandlingssystemet. Det formuleres ganske ofte i termer af, at familien tager sig af misbrugerne på en sådan måde, at det ikke rigtig gør ondt, og derfor er der heller ingen motivation for at bruge behandlingssystemet til at 'komme videre'.

Det kan være ganske vanskeligt at afgøre, hvornår det at familien lukker sig om sig selv er udtryk for en stolthed/ære, der skal opretholdes i forhold til det etniske netværk, og hvornår det snarere drejer sig om en anden opfattelse af rollefordelingen mellem familie og stat end den gængse i det danske samfund. De to forklaringer udelukker naturligvis heller ikke hinanden. Alligevel er det påfaldende, at forklaringer omkring ære, skam og skyld fylder en del i interviewmaterialet.

F.eks. finder nogle informanter, at familiens ære er særlig betydningsfuld for 'arabiske kulturer'. Misbruget kommer her til at symbolisere et kontroltab, der opfattes som et stort prestigeproblem. Nogle brugere og kontekstinformanter beskriver således, hvordan særligt forventningen til, at faren som familiens overhoved har styr på sin familie er central. I en sådan tolkning er sønnens misbrug ikke alene et svigt i forhold til familien, men familien, og særligt faderen, kan komme til at fremstå som en, der ikke har levet op sin til forpligtelse som familieoverhoved. Sønnens misbrug underminerer dermed faderens autoritet i det etniske miljø også. Minoritetssituationen i Danmark kan forstærke det sociale netværk og dermed angsten for sladder. Man holder lav profil for at undgå social skam og udstødelse.

## Fremtidsperspektiv og drømme

Omars fremtidsdrøm om ægteskab og familie er helt typisk for brugerne med etnisk minoritetsbaggrund. På trods af ofte meget kaotiske liv i og uden for familien – eller måske netop på grund af – kredser drømmen typisk om en forestilling om normalitet og almindeligt medborgerskab. Øverst på listen for brugerne står familie, partner og børn, og i vilkårlig rækkefølge herefter uddannelse, arbejde samt en bolig for de, der ikke har en sådan. Som nedenstående viser, er der ikke store forskelle i, hvilke forestillingerne misbrugerne har om, hvad et godt og ikke mindst normalt liv indebærer:

Et stille og roligt liv, og måske blive selvstændig, elektriker eller et eller andet. Så få en bil, men det mest vigtige er at få en kone og børn og sådan noget. Altså først kone og sådan uddannelse. Kone og uddannelse, det vil jeg meget gerne have. Så bagefter blive selvstændig og så få et sted at bo sammen med min kone.

Clean. Et godt liv med familien og en uddannelse. Det er mine mål simpelthen. At kunne fungere normalt uden at jeg behøver at tage stoffer for at have det sjovt.

Min drøm den er, jeg drømmer stadigvæk om at få et barn. Det er mit største ønske. At få en dame og så et barn, ik'. Og så selvfølgelig også at få et arbejde, ik'. Almindelig borger, ik'. Som en almindelig borger nu er, altså. Det er mit største ønske.

Jeg ser mit liv som helt uden stoffer, uden hash, altså uden noget stoffer til sidst (...) Og så måske, altså ja, måske noget arbejde, noget arbejde ja, stille og roligt, sådan der. Et normalt liv. At blive forlovet og sådan noget der.

Enkelte brugere bryder med dette lidt distancerede glansbillede af normalitet i deres beskrivelse af, hvad de ønsker for fremtiden. Fællesnævnerne for disse brugere, at de er startet med at tage stoffer i en sen alder, at de ikke har en herboende familie samt at de er kommet til Danmark som voksne. Her bygger overvejelserne i højere grad på personlige erfaringer og refleksioner over det liv, de har levet. Amin siger:

Altså, det der med villa, vovse og Volvo, det siger mig ikke en skid mere. Det gør det virkelig ikke. Hvis jeg har det godt med mig selv. Hvis jeg kan mærke, at jeg bliver brugt, ikke misbrugt. Bare bliver brugt i samfundet. Det er jeg tilfreds med

De danske misbrugere er ikke slet så eksplicitte om deres drømme og håb for fremtiden. Der synes at være en tendens til, at de ikke i helt samme grad gør sig tanker om fremtiden; en enkelt nævner et ønske om tættere kontakt til familien, en anden taler om en uddannelse og

kørekort, mens et par stykker understreger stoffriheden som det primære ønske. Generelt er der dog ikke knyttet mange ord på drømmene.

Opsummerende fremgår det altså, at brugerne med etnisk minoritetsbaggrund ligesom mange brugere med dansk oprindelse kommer fra dårligt fungerende hjem. Men til forskel fra misbrugere med dansk baggrund, så ligger der i forholdet til familien nogle særlige bindinger og en vedholdenhed, der både kan give tryghed og fællesskab (som efterspørges i brugernes egne forestillinger om det gode liv), men som også begrænser og besværliggør individuelle ønsker og behov. Brugerens forhold til familien afspejles på sin vis i familiens forhold til det etniske netværk, hvor der også slås hårdt ned på afvigelser og brud på normer. Misbruget er et sådan normbrud, som helst ikke eksponeres for omverdenen. Disse forhold spiller sammen med holdningen til stoffer og det tabu, som stofmisbrug er for både brugerne og familierne. Sidstnævnte er genstand for nærmere analyse i det kommende kapitel.

## Kapitel 4: Holdninger til stoffer og misbrug

Som en del af alle de interviews og samtaler, vi har gennemført, har vi spurgt til, hvilke holdninger til forbrug/misbrug af stoffer, der er blandt etniske minoriteter<sup>10</sup>. Det viste sig meget hurtigt, at mange har en holdning til de etniske minoriteters holdninger og derfor har svarene på holdningsspørgsmålene udvidet dette fokus til også at inddrage behandlernes og kontekstinformanternes syn på og fortolkning af de etniske minoriteters holdning til og håndtering af misbrug.

Når man spørger misbrugerne med anden etnisk baggrund eller repræsentanter for etniske netværk/foreninger, er det generelle udsagn, at der hersker en meget negativ og afstandstagende holdning til såvel alkohol som stoffer. Hovedparten af de bud på holdninger, vi får præsenteret tager afsæt i denne tabubelæggelse. Der er imidlertid også undtagelser.

Mange af kontekstinformanterne mener, at hash er – eller i al fald er begyndt at være – en undtagelse fra den negative holdning til stoffer. De melder nærmest samstemmende om, at hash blandt de unge anses som almindeligt. Det ser ikke ud til at være et særkende for unge med etnisk minoritetsbaggrund – om end kontekstinformanterne fremhæver, at nogle af disse unge ryger rigtig meget hash. Kokain eller piller har dermed taget hashens plads som de stoffer, der eksperimenteres med. Flere af kontekstinformanterne mener, at forældre (uanset herkomst) også synes at acceptere hashrygning, og sætter i stedet grænsen ved hårdere stoffer og for de etniske minoriteters vedkommende: alkohol. Det er værd at bemærke, at den typiske etniske minoritet hermed også kommer til at fremtræde som muslim – idet alkoholforbudet er knyttet til oprindelseslande med islamisk kulturarv og eller islamiske regimer.

<sup>10</sup> Om holdninger til stoffer blandt etniske minoriteter se i øvrigt Inge Wittrup (1997), *Også ung i Århus*, Århus Kommune/Center for Rusmiddelforskning.

Mange kontekstinformanter, herunder fra Kriminalforsorgen, fremhæver, at somalierne – selvom de i hovedsiden er muslimer – har en anden holdning til stoffer, eller måske rettere: de har en tradition omkring social indtagelse af Khat. Somalierne er ikke i brugere af behandlingssystemet i noget videre omfang. Kontekstinformanterne taler også om, at alkohol har vundet indpas i den somaliske gruppe.

Som nævnt tidligere er det blot et par stykker af de brugere, vi har interviewet, som har oplevet stoffer i hjemmet. Heroverfor står nogle kontekstinformanters indtryk af en større accept af misbrug blandt nogle grupper af etniske minoriteter, og herunder at stofferne for nogle flygtningeforældre er en overlevelsesstrategi. Ligeledes er der en fornemmelse af, at indtagelse af stoffer foregår åbent i visse kredse. Med undtagelse af et par brugere med misbrugende fædre, synes stoffer ikke at være blandt de praksisser eller problemer, som optræder i de etniske familier. Ingen af brugerne har oplevelser eller erfaringer, der bakker op om, at holdningen til stoffer blandt etniske minoriteter adskiller sig fra andre grupper i samfundet.

Vender vi tilbage til den oftest forekommende opfattelse: at stofforbrug og -misbrug er et større tabu blandt etniske minoriteter end blandt danskere, så optræder dette i forskellige varianter i interviewene. Mange af brugerne selv mener på forespørgsel, at misbrug er mere tabubelagt blandt de etniske minoriteter end blandt danske familier. Denne iagttagelse findes også hos kontekstinformanterne, der på den anden side også mener, at mange danske misbrugere har tilsvarende oplevelser. Ofte pendles der i samme interview mellem en opfattelse af tabu som noget særligt for misbrugere med anden etnisk baggrund og tabu som noget alment for alle stofmisbrugere.

Når tabubelæggelsen skal forklares, udpeger især behandlere og kontekstinformanter skyld og skam som et særligt tema for misbrugerne med etniske minoritetsbaggrund. Oplevelsen er, at dette har betydning både for brugernes håndtering af misbrugssituation og for deres møde med og brug af behandlingssystemet<sup>11</sup>. Begrebsparret 'skyld og skam' dækker imidlertid også over meget forskellige betydninger og opfattelser af, hvad der betinger denne særlige problematik. Meget tyder således på, at 'skyld og skam' bruges som en samlebetegnelse og generel forklaringsmodel for bl.a. anderledes reaktionsmønstre, der antages at bunde i anderledes kulturelle eller religiøse normer.

Der er, som nævnt i et tidligere afsnit, en vis enighed om, at misbruget er omgærdet af en anden form for lukkethed end det er tilfældet for misbrugere med dansk baggrund, der ofte hellere end gerne vil fortælle deres historie. Det tab af kontrol, som for alle er forbundet med afhængigheden af stoffer, opfattes som særlig vanskeligt at have med at gøre for de etniske minoriteter på grund af en personlig og kollektiv stolthed. Hvor den personlige stolthed

<sup>11</sup> Om tabuiseringen af stofmisbrug blandt etniske minoritetsgrupper se i øvrigt, Rødgaard, Danny (2004), 'Sig det ikke til nogen', i: Socialrådgiveren, nr. 18.



binder sig til misbrugeren selv, kommer stolthed også i en mere kollektiv form, der handler om omgivelsernes håndtering af andres kontroltab. Både den personlige og den kollektive stolthed har en etnisk toning, men er også træk, der findes i mange danskeres holdning til misbrug af forskellige slags. Den etniske toning ligger ikke så meget i den oplevede skam, og måske heller ikke i fornægtelsen af misbruget, men mere i graderne af problemstillingen og håndteringen af problemet.

Der er fingerpeg i interviewene mod, at afhængigheden er forbundet med større skam end de kriminelle aktiviteter, som følger med og af misbruget. Fra et fængsel hører vi for eksempel historien om to indsatte brødre, hvor den ene er stofmisbruger og derfor ikke får, endstige ønsker besøg af forældrene, når de besøger den anden bror. Skammen over misbruget er tilsyneladende for stort for både forældre og søn.

En kontekstinformant mener, at forældrene har svært ved at erkende problemerne og sænker et *kulturelt slør*, der lader dem forblive i forestillingen om, at deres børn er *gode muslimer*. En anden kontekstinformant fortæller om, hvordan forældrene ofte reagerer med van- eller mistro, når de kontaktes om deres børns misbrug. De forstår ingenting og gør ingenting, udstiller en form for skinaccept.

Den manglende åbenhed om misbruget betragtes også som et udslag af en generel berøringsangst overfor at tale om personlige problemer. Mange brugere, kontekstinformanter og behandlere synes at være enige om, at familierne er mere lukkede overfor at diskutere følsomme problemer. For drengenes vedkommende handler det ifølge flere behandlere om, at man ofte er opdraget til ikke at blotte sig og være hård. For pigernes vedkommende handler det om, at det i høj grad er tabu at bryde med familiens normer og forventninger. Fatima fortæller:

En udenlandsk mor, dem kan man ikke sidde og snakke med og fortælle ting...fordi der ikke er nogen problemer. De indser ikke, det er benægtelse, fuld benægtelse. Du tager din uddannelse, du arbejder, du får en familie, nu skal du giftes, du skal huske at giftes og skabe en familie, fordi familie har så meget at sige. Så kommunikerer man ikke med sin familie. Det gjorde jeg heller ikke med min mor og far

I forbindelse med det at tale ud om sine problemer, har flere kontekstinformanter peget på, at de i deres arbejde med socialt udsatte unge med anden etnisk baggrund ofte møder en decideret modstand i forhold til at modtage psykologhjælp. Omvendt har denne undersøgelses kvinder med anden etnisk baggrund i ambulans behandling fremhævet det at kunne tale om sine problemer som helt enestående og for nogle af dem noget af et vendepunkt. Som en af kvinderne siger om at gå til psykolog:

I hele mit liv har jeg aldrig, det var første gang jeg startede og jeg vidste ikke, at man kan komme til at sige det hele til en person, for hele tiden, nej, det skal vi gemme.

Det er muligt at se nogle af anstødsstenene i de etniske minoritetsfamiliers reaktionsmønstre og holdninger i nogle oprindelseslandes normer og æresbegreber. Det er dog ikke enkelt at afgøre på baggrund af materialet. Der kan være antydninger af, at nogle af konflikterne mellem bruger og familie og måden at håndtere misbruget på kan tilskrives, at familien simpelthen er skruet sammen på en anden måde end den gennemsnitlige danske kernefamilie. Det vil sige, at familien ikke er en ansamling af enkeltstående individer, men derimod et kollektiv, hvor individerne kommer til at repræsentere familien. Stofmisbruget bliver således et kollektivt familieanliggende; et negativt forhold, der rammer alle og dermed noget negativt, det påføres familien, vel at mærke af brugeren. En kollektivistisk familieforståelse kan være med til at anskueliggøre, hvorfor nogle misbrugere ikke har forventning om forståelse, men i højere grad føler sig skyldige over at have bragt ulykke over familien. Samtidig er mange af de unge opvokset i Danmark og ser samtidig sig selv som individer adskilt fra familien.

### **Stofmisbrug og religion**

Religionen bringes ofte på banen i forhold til holdninger, skam og tabuer på en forholdsvis uspecifik måde – og ved nærmere eftertanke ender de fleste med at konkludere, at det nok i virkeligheden handler mere om oprindelseslandets traditioner og kulturelle normer end det handler om religiøse forskrifter.

I det hele taget optræder religion noget udefinerligt og bekræfter egentlig mere end noget andet, at der eksisterer mange holdninger til og fortolkninger af, hvad religion og i særdeleshed Islam indebærer – både blandt brugerne og blandt de professionelle i marken. Kontekstinformerne oplever, at mange unge med etnisk minoritetsbaggrund bekender sig til Islam og erklærer sig troende, men mere i ord end gerning og mere som kulturel tommelfingerregel end som egentlig forskrift. På mange måder er de unges forhold til religion at sammenligne med den hyppigst praktiserede danske kulturkristendom, hvor der er en umiddelbar viden om værdier og anerkendelse af højtider, uden at det religiøse optræder som et gennemgående træk i den daglige levevis. For nogle af misbrugerne med etnisk minoritetsbaggrund er religionen også en minoritets-markør overfor et majoritetssamfund, der opleves som ekskluderende. Herudover bliver nogle mere aktive i deres tro i processen mod at blive stoffri.

Hvad angår den religiøst sanktionerede skam, mener flere kontekstinformerne, at brugere med muslimsk baggrund af religiøse grunde i højere grad holder sig fra at sprøjte heroin og i stedet ryger det. I det statistiske materiale fremtræder forskellen mellem vestlige og ikke-vestlige lande meget klart i forhold til indtagelsesmåde. Mens næsten halvdelen af de danske

brugere injicerer, er det kun omkring hver fjerde af brugerne med ikke-vestlig baggrund. Ifølge en imam er der i teologisk forstand ikke nogen særlig tabuisering af indtagelsesformen i Islam. Her er det selve anvendelsen af stoffer, der er forbudt. Blandt undersøgelsens misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund er der da heller ikke nogen, der refererer til religion som forklaring på præferencen for rygeheroin.

Der ser ud til at være en generel enighed blandt misbrugerne om, at rigtige narkomaner – det er dem der fixer. Det er en enighed, der deles af offentligheden generelt – den prototypiske narkoman hænger sammen med sprøjten. En af behandlerne, Kemal, gør opmærksom på, at da rygeheroinen dukkede op i gadebilledet for efterhånden en del år siden, gik oplysningskampagnerne også på, at det her er altså heroin, selvom det ryges, og det er akkurat lige så afhængighedsskabende som at injicere. Han tilføjer, at dette muligvis ikke helt er sevet ind blandt de af de etniske minoriteter som i dag er mellem 25 og 30 år, mens de yngre udmærket er klar over stoffernes virkninger.

Forskellen mellem de etniske minoriteter og de danske misbrugere ser på holdningsplanet ud til at være en gradsforskel snarere end en artsforskel. Den fælles forestilling om eller billede af, hvad en 'rigtig narkoman' er, synes at påvirke praksis blandt misbrugerne i forskellige grader.

Mere end religion er det tilsyneladende den tætte relation til familien, der er grundlaget for følelser af skam og skyld. Når brugerne selv taler om stofmisbrug som noget der er svært at tale om, er det således overvejende, fordi det implicerer en skam over ikke at have levet op til de krav og forventninger, der ligger hos familien – forventninger som mange af brugerne mener, de burde leve op til. De etniske minoritetsbrugere udtrykker i højere grad end danske brugere en følelse af loyalitet og en ofte tæt følelsesmæssig og social binding til familien, og det er snarere denne, der udgør logikken skyld- og skamproblematikken end det er en bekendelse til Islam.

## Kapitel 5: Misbrugshistorier

I den foregående dele af Del 1 har det drejet sig om en de karakteristika og livsomstændigheder, som ifølge både brugere og andre informanter knytter sig til gruppen af misbrugende etniske minoriteter. Nu zoomes der ind på misbruget, som belyses både ud fra de statistiske oplysninger om f.eks. stoftyper og indtagemåde, og ud fra brugernes egne fortællinger. Herefter nærmer vi os efterhånden behandlingssystemet, som er rammen om Del 2, men inden da afsluttes Del 1 med et afsnit om, hvem blandt de etniske minoriteter, som kommer i behandling – og hvem, som ikke gør det. Heri indgår også et statistisk overslag over, hvor stor den samlede gruppe af misbrugende etniske minoriteter i Danmark er – det vil sige både dem, som er i behandling og dem, som ikke er.

## Hvorfor tager de stoffer?

Årsagerne eller de udløsende faktorer til misbrug blandt etniske minoriteter er overordnet ikke anderledes end for danske misbrugere og kan findes i sociale, økonomiske og personlige omstændigheder – hvoraf nogle kan have en særlig toning, bl.a. forbundet med minoritetspositionen, den etniske gruppe og migrationshistorierne. Det er i udgangspunktet vanskeligt at tale om direkte årsager eller udløsende faktorer, idet det skaber en forventning om et entydigt og afklaret hændelsesforløb, hvor en begivenhed udløste, at en given person blev stofmisbruger. Sådan forholder det sig som oftest ikke, og i stedet for årsager er det måske mere præcist at henvise til bagvedliggende faktorer og vilkår, der har gjort stofferne til en løsningsmodel for den enkelte.

En kontekstinformant, der selv tidligere har været misbruger, siger, at stofmisbrug tager sit afsæt i et almenmenneskeligt behov for at blive set og have værdi som noget særligt. Når dette fejler for nogle, og der opstår et tomrum, bliver stoffer en løsning, en ekstrem måde at forsøge at udfylde tomrummet. Hvorvidt der kan tales om almenmenneskelige behov på denne måde, er i denne sammenhæng ikke det væsentlige, men beskrivelsen af tomrummet er meget dækkende for den røde tråd i mange af de misbrugshistorier, vi er blevet præsenteret for. Tomrummet kan være skabt af varierende omstændigheder og den løsning, som stofferne skal tilvejebringe synes at handle enten om at (op)leve eller at overleve – om end overlevelse med tiden bliver det centrale uanset udgangspunktet.

### At (op)leve

Det er oftest de unge (uanset herkomst), der prøver stoffer for at leve eller opleve. Af kedsomhed eller lyst til eventyr og risici eksperimenterer de som et led i en social praksis med vennerne: *Kedsomhed, tror jeg, for at prøve at få noget sjovt ud af det, tror jeg (...)* *Venerne slappede af og så om aftenen skulle vi ryge*, siger Taysir f.eks.. Langt de fleste unge stopper selv efter få gange, eller når de bliver ældre og uddannelse, arbejde osv. ikke længere tillader det<sup>12</sup>. For nogle få udvikler det sig til et reelt misbrug – det nikker Taysir også genkendende til: *Jeg var 15 år første gang jeg røg hash, og så var det hver weekend, og så blev det til hver dag...* At tage stoffer for at (op)leve er ikke udgangspunktet for ret mange af de unge i undersøgelsen. For de, der er startet i en ung alder og er blevet afhængige, har stofferne snarere været et element i et sammensat billede af problemer med familien, kæresten, skolen.

### At overleve

Der er ikke mange af de unge i vores undersøgelse som tager stoffer for at opleve. For hovedparten handler det i første række om at flygte fra problematiske omstændigheder og ubehagelige følelser. Stofferne bruges til at dulme følelsen af utilstrækkelighed og giver en oplevelse af accept og frihed indenfor nye fællesskaber og venskabsgrupper. Dette har også en særlig

<sup>12</sup> Om unge og misbrug se også Peter Ege (2004), *Stofmisbrug og afhængighed*, København.

etnisk toning, der handler om ikke at føle sig accepteret pga. en anden kulturel og/eller etnisk baggrund. For nogle har oplevelsen derfor været, at stofferne gav adgang til fællesskaber, hvor der ikke var etniske og kulturelle udskillelseskriterier, dvs. hvor hudfarve, kulturel baggrund el.a. ikke virkede ekskluderende, men hvor det derimod var kriterier som kriminalitet og stofbrug, der skabte respekt og venner. Rashid siger:

Jeg begyndte at stjæle, og folk de så op til mig, fordi jeg stjal og sådan noget. Så langsomt har det bare taget fart, ikke, og så kommer jeg ind, og så fandt jeg ud af, da jeg begyndte at ryge og drikke, der var slet ikke noget, jeg glemte alt om, at jeg var fremmed, og alt jeg ikke var ligesom dem.

Den samstemmende melding fra misbrugerne er, at stofferne i udgangspunktet fik problemerne til at forsvinde og gav en følelse af ro og velvære.

Fællesnævneren for de unge misbrugere handler altså om en oplevelse af at være udsat, som tager næring fra sociale vilkår, der ligner de danske misbruges på mange måder, men også fra vilkår, som har med migrationshistorie og håndtering af forskellen mellem hjemmets og samfundets normer. De fleste af dem, der er født eller vokset op i Danmark, er startet med at ryge hash relativt tidligt (13-17 år), og det har udviklet sig hurtigt til hårdere stoffer og afhængighed. Den samstemmende historie er, at det er gået stærkt med at blive psykisk afhængige, og at den fysiske afhængighed er kommet i løbet af nogle måneder. Mange er altså startet som teenagere og typisk mens de har været i skole. Flere kontekstinformanter har i denne anledning anført en vis undren over, at skolerne ikke opdager et for nogle allerede massivt misbrug, og peger på, at der ville kunne sættes hurtigere ind overfor de unge misbrugere, hvis der var opmærksomhed og ressourcer på skolerne til at håndtere disse problemer.

Der er en relativ klar opdeling i, hvornår misbrugerne med etnisk minoritetsbaggrund i denne undersøgelse er startet med at tage stoffer. Den gruppe, der er kommet til Danmark som voksne er startet i en relativ sen alder (22-45 år) og har ikke haft den traditionelle udvikling fra hash til hårdere stoffer. Ingen af disse har været misbrugere i deres oprindelseslande, men er havnet i stofmisbrug efter ankomsten til Danmark eller under flugten hertil som en selvmedicinering for at dulme traumatiske oplevelser eller psykiske problemer. Disse oplevelser og problemer er for norges vedkommende grundlagt i en flygtningehistorie, med bl.a. tortur, og for andre i personlige anliggender såsom psykisk stress, seksuelt misbrug i barndommen m.v. Ser man på tallene fra Danmarks Statistik over debutalder på heroin, starter en markant større andel af personer fra de traditionelle flygtningelande da også senere med tage stoffer i sammenligning med både danske misbrugere og andre misbrugere med anden etnisk baggrund.

Det er ikke i alle interviews, at vi får direkte svar på omstændighederne omkring starten på stofkarrieren, men der, hvor vi gør, er det meget ofte familien eller kæresten, der optræder – i nogle tilfælde er det dødsfald i familien (som også kan være årsag til tilbagefald, og at man går fra døgnbehandling). Det er ikke altid, at resten af historien hænger helt godt sammen med angivelsen af årsagerne fra brugerens side.

### **Hvilke stoffer tages og hvordan? Forskelle og ligheder**

Til trods for, at kokain ifølge både misbrugere, behandlere og kontekstinformanter er kraftigt i stigning på gadeplan, er dette endnu ikke slået igennem i de statistiske opgørelser fra behandlingssystemet. Mange af misbrugerne har ganske vist også taget kokain tidligere, men for de fleste har det været del af et blandingsmisbrug, hvor heroinen har været hovedstoffet - og dermed det stof, der behandles for. Flere taler om, at miljøet på gaden er meget påvirket af, at kokain nu fylder så relativt meget: adfærden er mere larmende og aggressiv.

Med undtagelse af den gruppe af misbrugere, der er startet i en voksen alder, er alle brugerne startet med hash. Hash er nu det hyppigst benyttede stof for nytilkomne i behandling, hvilket både kan skyldes en reel stigning i antallet af rene hashmisbrugere, men formentlig drejer det sig om også det øgede fokus på hash hos politi, medier og politikere igennem de seneste par år.

Ligesom det gælder for den samlede brugergruppe i behandlingssystemet, er heroin så afgjort det mest dominerende stof blandt brugerne uanset etnisk oprindelse, som er interviewet i denne undersøgelse. Tallene fra Danmarks Statistik viser, at sammenlignet med den øvrige misbrugergruppe, så har en større andel af indvandrere og efterkommere i behandling heroin som hovedstof. Mest markant er dette for indvandrere og efterkommere med baggrund i ikke-vestlige lande, i særdeleshed de udvalgte indvandrings- og flygtningelande.

En anden forskel ses i forhold til måden at indtage stoffet på; med undtagelse af en enkelt med etnisk minoritetsbaggrund, er der for den øvrige gruppe tale om at ryge frem for at fixe. Vi er af kontekstinformanter blevet præsenteret for flere forskellige forklaringer herpå. De hyppigst tilbagevendende handler, som nævnt i afsnittet om holdninger, på den ene side om en formodning om noget religiøst, der gør det mere urent at fixe og på den anden side om progression i misbrugskarrieren, hvor påstanden er, at alle der kommer langt nok ud i misbruget ender med at fixe uanset etnisk og religiøs baggrund. Talmaterialet bekræfter, at i sammenligning med misbrugere af dansk oprindelse, er andelen af indvandrere og efterkommere, der ryger frem for at injicere, markant større<sup>13</sup>. Dette gælder i særdeleshed gruppen af efterkommere. Der synes dog at være en generel udviklingstendens blandt brugerne i behandlingssystemet til at flere ryger og

<sup>13</sup> Interessant nok er der store amtslige forskelle på andelen, der hhv. ryger og fixer, til trods for nogle amters spinkle talgrundlag. Dette gælder for såvel misbrugere med dansk som med anden etnisk baggrund; se også Sundhedsstyrelsen, *Stofmisbrugere i behandling 2003*. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2004:15.

færre fixer<sup>14</sup>, men der er fortsat betydelige forskelle mellem grupperne på dette område. For de danske misbrugere i behandling er injektion stadig det hyppigst forekommende, selv om statistikken viser, at der er sket en markant forskydning fra fixning til rygning hos førstegangs-behandlede danske stofmisbrugere.

I forhold til varigheden af misbrugskarrieren er der tale om individuelle variationer frem for om forskelle baseret på etnisk baggrund. Som skrevet, er en stor del af misbrugerne i interview-undersøgelsen startet i en tidlig alder og har derfor allerede været et anseeligt antal år i misbrugsverdenen, selv om de ikke er mere end 30 år eller under. Omvendt er de kommet i behandling i en relativt tidlig alder og en del har allerede flere behandlingsforløb bag sig. I forhold til, hvor lang tid misbrugerne er i behandling, er et generelt statistisk billede af samtlige grupper i behandling i 2003, at halvdelen er indskrevet samme år, en fjerdedel er indskrevet i år 2002 og er altså i behandling på 2. år, en ottendedel er indskrevet i 2001 og modtager behandling på 3. år og så fremdeles.

Det igangværende skift fra heroin til kokain i stofmiljøet kan at dømme efter misbrugscentrenes erfaringer også betyde, at kunderne i misbrugsbehandlingen bliver en mere heterogen gruppe. Misbrugscentrenes fortæller, at det er blevet vanskeligere at tegne en profil af den typiske bruger, fordi det i dag kan være den kokain-afhængige bankmand, hvis chef har sendt ham til afvæning, såvel som det kan være den traditionelle stiknarkoman. Hvis kokainen for alvor slår igennem vil den meget omfangsrige metadonbaserede del af behandlingen også få mindre betydning.

Misbrugshistorierne er i udgangspunktet meget ens, uanset hvilken etnisk baggrund brugerne har. Fællestrækkene er således, at størstedelen er startet i en tidlig alder og en mindre del er startet som voksne, samt at hash og heroin er de primære stoffer om end i varierende omfang mellem især indvandrere og misbrugere med dansk oprindelse. Lighederne består desuden i, at brugerne har været i en position eller situation, hvor stofferne er blevet valgt som et middel til at overleve. For alle har afhængigheden dernæst skabt et nyt problemkompleks, hvor det at skaffe penge til at dække misbruget og de fysiske og psykiske følgevirkninger heraf meget hurtigt er kommet til at dominere og dermed skygge for de problemer, som stofferne i udgangspunktet blev brugt til at flygte fra.

Når brugerne får kontrol med eller kommer i behandling for misbruget åbnes dermed også for den vifte af andre problemstillinger, som misbruget har dulmet eller underlagt. Behandlingssituationen kan i forlængelse af dette være det forum, hvori grads- og/eller artsforskelle mellem forskellige individer og grupper af misbrugere træder frem, herunder de problemstillinger, der er forbundet med at være etnisk minoritet.

<sup>14</sup> Sundhedsstyrelsen, *Stofmisbrugere i behandling 2003*. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2004:15.



## **Hvem kommer i behandling? Hvem ikke**

De misbrugere, der kommer til behandlingssystemet, har overvejende en oplevelse af, at de har været en forholdsvis fremkommelig adgang til rådgivningscentrene og til behandling. Den kritik, der alligevel udtrykkes går på, at ventetiden til en døgnbehandlingsplads for nogle opleves som for lang, ligesom nogle føler at forbehandlingen er unødigt lang, og at de i den forbindelse i overdreven grad skal bevise, at de er klar og motiverede til at indgå i et døgnbehandlingsforløb. Andre igen får ikke den ønskede døgninstitution, men udtrykker dog tilfredshed med, at de så får en anden i stedet. Der er en vis forståelse for, at det er et spørgsmål om bevillinger og ressourcer, og at det egentlig er rimeligt nok, at procedurer og tidligere erfaringer må indgå i overvejelserne omkring at blive visiteret videre i systemet. Mange kontekstinformanter og nogle behandlere har givet udtryk for, at misbrugere med anden etnisk baggrund ofte er noget mere beskedne og tilbageholdende med krav og ønsker end de danske og mere systemvante misbrugere er. Dette modbevises i hvert fald ikke af interviewene, hvor der netop i mange tilfælde ytres en stor taknemmelighed over den hjælp der gives, både økonomisk, medicinsk og terapeutisk.

Adgangen til at søge hjælp kommer via en række forskellige instanser. Flere af de unge misbrugere med anden etnisk baggrund er af forældrene blevet taget med til egen læge eller direkte til rådgivningscentrene, de mere voksne og selvhjulpne misbrugere har selv opsøgt praktiserende læge og rigtig mange har via andre misbrugende søskende, venner, bekendte, naboer eller medindsatte i fængslet fået udpeget rådgivningscentrene.

Til trods for, at de interviewede misbrugere er i behandlingssystemet, har flere udtalt sig om potentielle eller faktiske barrierer i forhold at tage kontakt til og komme i behandling. Disse udtalelser er i nogle tilfælde baseret på egne oplevelser og i andre tilfælde på erfaringer og historier fra gaden. Disse barrierer kan altså for nogle misbrugere blokere for, at der overhovedet tages kontakt til misbrugscentrene, men kan også for andre vanskeliggøre chancerne for at gennemføre en behandling efter adgangen til systemet er opnået.

En hyppigt nævnt problemstilling fra kontekstinformanter drejer sig om dobbeltdiagnoserne, dvs. stofmisbrugere med psykiatriske problemer. De dukker i stigende grad op på gaden og i værestederne, hvor deres adfærd opleves som vanskelig at forene med de øvrige misbrugere og med stedernes kompetence og funktion i øvrigt. Heriblandt er der nogle efterhånden mere tydelige grupper af misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund, som forsøger at medicinere sig ud af traumatiske oplevelser ved hjælp af stoffer. Varmestuer med natfaciliteter fortæller om nætter med mareridt og yderst udsatte mænd med usikre netværk og uvis forbindelse til offentlige hjælpeforanstaltninger. Flere af behandlingsstederne peger også den psykiatriske misbrugergruppe ud som en vanskelig – ofte umulig – gruppe at rumme i behandlingen.



Størstedelen af traumatiserede misbrugere med flygtningebaggrund vil ligesom andre dobbeltdiagnoser ofte falde i gråzonen mellem psykiatrien/rehabiliteringscentre og behandlingssystemet, hvor de to instanser gensidigt kommer til at udelukke denne gruppe ved at insistere på og forudsætte kontrol med det andet problemkompleks.

Misbrugerne nævner en lang række andre barrierer, der vanskeliggør adgangen til behandling. Som en potentiel forhindring for alle misbrugere peges på den personlige barriere i form af frygten for at skulle arbejde med og erkende sine problemer, og dermed en frygt for at blive stoffri. Taysir påpeger, at dette er en frygt som mange misbrugere deler:

De er måske bange for at blive clean. Det er de fleste, De er bange for at komme tilbage til virkeligheden. At skulle mærke efter deres følelser, og hvad de har gennemgået af ting og sager, hvem der er død i deres liv.

Julie og Kate fortæller med udgangspunkt i deres egne erfaringer om frygten for at få børn fjernet, hvorfor mange til at starte med hellere ville skjule misbruget og klare sig igennem end at opsøge de offentlige myndigheder. Endelig bringes alder ind som en barriere relateret til, hvor langt en person er i sin misbrugskarriere – eller i Minnesota-termer, om en person har nået sin bund. Argumentet er her, at hvis misbrugeren så at sige ikke har fået nok og selv har erkendt, at der skal gribes ind før det går galt, så er denne ikke motiveret for at modtage hjælp og vil ikke være egnet til at indgå i et døgnbehandlingsforløb. Heroverfor siger mange misbrugere dog selv, at de har fået meget ud af at være i behandling, også selv om de ikke gennemførte eller senere fik tilbagefald. Der lagrer sig nogle erfaringer og ikke mindst et ønske om et andet liv, der gradvist kan gro større og forberede til at indgå i nye behandlingsforløb.

Herudover peges der på barrierer, der i særlig grad gør sig gældende for misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund, f.eks. sprog, familie og en distancering fra eller mistillid til danskere og/eller det danske system. Sproget nævnes af flere som en barriere særligt i forhold til at indgå i døgnbehandling, hvor både mundtlige og skriftlige dansk kundskaber ofte er forudsætninger for at kunne deltage og profitere af behandlingen. Manglende sprogkundskaber kan dog også spille en rolle i forhold til viden om, hvor og til hvem man skal henvende sig for at få hjælp til sit misbrug. Familien fremhæves også som en barriere i forhold til at opsøge behandlingstilbud, og som en faktor i afbrudt behandling. Og endelig kan en følelse af at være anderledes – ikke en del af 'det danske' blive omsat i en generel mistillid til det offentlige system. Det skal påpeges, at mange af misbrugerne i undersøgelsen kun i mindre grad eller slet ikke har følt disse barrierer væsentlige for deres egen adgang til behandling. Dog kommer de alligevel i spil i interviewene som en blanding af egne og andres oplevelser og erfaringer.

Somalierne som gruppe påkalder sig mange kontekstinformanters særskilte opmærksomhed. De omtales både fra dele af Kriminalforsorgen, gadeplansmedarbejdere og ungdomspsykiatrien som en gruppe, der adskiller sig fra andre etniske minoriteter. Somalierne findes ikke i særlig høj grad indenfor stofmisbrugsbehandlingen, hvor de statistisk er markant underrepræsenteret i forhold til deres befolkningsandel. Dette er selvsagt ikke et problem i sig selv, men meldingerne fra gaden tyder på, at der faktisk er stofproblemer. Mange peger på, at khat-tygningen i stigende omfang er blevet til et misbrug – både blandt unge mænd og deres fædre. Oplevelsen fra gaden er, at der er tale om et betydeligt forbrug af alkohol oveni og for de unges vedkommende også af andre stoffer. Khat synes dog det gennemgående stof. Det er det eneste eksempel, vi støder ind i, som har konturerne af et 'kulturstof': det er begrænset til den somaliske gruppe og forbruges af praktisk taget alle, hvor det for nogle så bliver et misbrug<sup>15</sup>. Nogle kontekstinformanter laver en sammenligning med den danske alkoholkultur. Udover khat-misbruget, karakteriseres de udsatte somaliere ved psykiske problemer, der for manges vedkommende handler om krigstraumer. Der er altså en særlig flygtningeproblematik i spil også, der både gælder for voksne traumatiserede og uledsagede børn. Gruppen opleves generelt som vanskelig at arbejde med, hvilket begrundes med bl.a. en særlig familie- og klanstruktur og en stærk gruppefølelse, der gør det svært at tale direkte med den enkelte misbruger og at fastholde dem i individuelle forløb. Ungepsykiatrien oplever, at somaliernes problemer er meget sammensatte, udover psykiatriske/traume problemer er der også misbrug, kriminalitet og manglende sociale kompetencer til at begå sig i det danske samfund. Fra Kriminalforsorgen er billedet lidt mere varieret. Mens de KiF-afdelinger, vi har talt med, ikke har mange tilsynsklienter med somalisk oprindelse, nævnes gruppen af flere og særligt i én afdeling opleves somalierne og deres khat-misbrug som et stort problem. En karakteristik, der går igen blandt mange er, at somalierne ligger absolut nederst i 'det etniske hierarki', og at de er meget ugleset blandt andre etniske minoriteter. Endelig fremhæves skilsmisser og for mændenes vedkommende ofte deraf følgende hjemløshed<sup>16</sup> som en problemstilling i stigning for denne gruppe. Da somaliere som nævnt ikke optræder i særlig høj grad indenfor misbrugsbehandlingen, er dette derfor ikke en problematik, der berøres yderligere i denne rapport. Både Århus og København barsler med særlige projekter rettet imod gruppen af somaliere.

En del kontekstinformanter nævner også grønlænderne som en gruppe, hvori der optræder lignende problemstillinger i forhold til socialt udsathed, misbrug, hjemløshed og deraf vanskelige vilkår med adgang til og fastholdelse i systemet. På trods af dette problemkompleks, er grønlænderne imidlertid ikke at regne for en etnisk minoritet i Danmark, og er af den grund ikke en del af nærværende undersøgelse.

<sup>15</sup> Det antydes i interviewmaterialet at der er en særlig forbindelse mellem iranerne og opium, men det er for spinkelt til at konkludere noget på.

<sup>16</sup> Problemstillingen omkring hjemløshed er ikke indeholdt i denne undersøgelse. For viden om etniske minoriteter og hjemløshed henvises til Margaretha Järvinen (2004): *Hjemløse flygtninge og indvandrere*. København: Hans Reitzels Forlag; Lisbeth Iversen (2003), *Hjemløshed blandt flygtninge og indvandrere i Hovedstadsområdet. Rapport om udredning af problemfeltet*. Dansk Flygtningehjælp, april 2003; Missionen blandt hjemløse: 'Hjemløshedens mangfoldighed. Om hjemløse med vidt forskellige baggrunde'. *Hjemløs*, august 2/2004.

## Kriminalforsorgen

Især Kriminalforsorgen udgør en interessant instans i forbindelse med adgangen til behandling, idet der er et stort overlap mellem stofmisbrug og kriminalitet. Mange misbrugere har regelmæssig kontakt med kriminalforsorgen og eftersom fængslet ikke er en institution, man går fra, er det her i princippet muligt at nå mange (mandlige) misbrugere – også dem, der ikke på egen hånd ville have opsøgt et misbrugscenter. Der er blandt de interviewede misbrugere tegn på, at afsoning både kan virke muliggørende og begrænsende i forhold til at komme i behandling. Nogle af misbrugerne beretter, at fængselsophold har konfliktet med planlagt behandling, hvorfor motivationsforløb og forbehandling afbrydes for at skulle genstartes, når afsoningen er overstået. Andre misbrugere har oplevet ophold i fængslet som et tiltrængt afbræk, hvor de har taget over hovedet, mad tre gange om dagen og en mulighed for at komme til kræfter igen. En kontekstinformant fra Kriminalforsorgen bemærker, at de nok holder en god del af Københavns hårdest udsatte misbrugere levende ved deres jævnlige besøg indenfor murene. Fængselsophold kan virke nedsættende i forhold til forbruget af de hårde stoffer – en del ryger kun hash, mens de sidder inde – men på den anden side er andre netop under fængselsophold blevet introduceret til de hårde stoffer, som de siden er blevet afhængige af. Endelig kan Kriminalforsorgen være den direkte katalysator for at komme i behandling. Således er en del af misbrugerne i denne undersøgelse kommet i behandling enten via narkovilkår som en del af strafudmålingen eller via motivationsgrupper i fængslet.

De indsatte i behandling er ikke en del af Sundhedsstyrelsens Stofmisbrugsregister og dermed heller ikke af denne undersøgelses statistiske oplysninger. Kontekstinformerne i Kriminalforsorgen tegner et billede af de indsatte med etnisk minoritetsbaggrund, der svarer til det generelle billede præsenteret på baggrund af interviewmaterialet. Ifølge både interviews med ansatte i Kriminalforsorgen og en netop udgivet rapport om etniske minoriteter i kriminalforsorgen<sup>17</sup>, er det de unge, der har den mest kaotiske adfærd og de mest presserende problemer med i bagagen. En stor del af de unge indsatte med etnisk minoritetsbaggrund har samme slags problemer som de sent ankomne børn og unge, omtalt tidligere i denne del af rapporten. De har dårlige sprogkunderskaber, sporadisk tilknytning til skolen og en tidlig og hyppig kontakt med især politiet og Kriminalforsorgen. Hindringerne for at komme i behandling indenfor fængslet er også tilsvarende nogle af de barrierer, der er for de øvrige stofmisbrugere med anden etnisk baggrund, nemlig uvilje mod at erkende og indrømme et misbrug, frygt for at forældrene opdager misbruget, gruppepres for ikke at modtage behandling og endelig af afstandstagen fra en behandling, der bygger på danske værdier og normer. I modsætning til de interviewede brugere i behandlingssystemet, synes fængslets indsatte at demonstrere netop den mistillid til og det had mod det danske system og samfund, som flere kontekstinformeranter på gadeplan fortæller om. Ligeledes er problemstillingen omkring familierne tilsyneladende sat endnu mere på spidsen for den unge gruppe indsatte med etnisk

<sup>17</sup> Se Direktoratet for Kriminalforsorgen: *Undersøgelse og anbefalinger vedrørende etniske minoriteter i Kriminalforsorgen 2005*. Se også tidligere undersøgelse af Britta Kyvsgaard: *Etniske minoriteter i Kriminalforsorgen*, september 2000, i *Kriminalforsorgen, Klientundersøgelsen*, 2000.

minoritetsbaggrund: familien enten ved ikke eller vælger at ignorere deres børns problemer, de tror typisk ikke på, at deres børn har gjort, hvad de er anklaget for og det synes nærliggende at gætte på, hvor de unges afstandtagen og mistillid til systemet kommer fra.

Med den øgede fokus på behandlingstiltag, stoffri afdelinger og behandlingsafdelinger synes Kriminalforsorgen at påtage sig et stadig stigende ansvar i forhold til indsatte med et stofmisbrug og dermed netop udnytte den position, som de tvungne ophold i dens afdelinger giver. Fra Kriminalforsorgen selv er der delte meninger om misbrugssituationen blandt de indsatte. Ovennævnte rapport viser, at indsatte med etnisk minoritetsbaggrund fortsat synes at have et mindre misbrug af hårde stoffer end danske indsatte, om end rygeheroin opleves i stigning, primært blandt de unge mænd med etnisk minoritetsbaggrund. Dette er også meldingen fra kontekstinformerne i både fængsler og Kriminalforsorgen i Frihed. Hashforbruget vurderes at være det samme som for danske indsatte eller tilsynsklienter, mens færre med etnisk minoritetsbaggrund bruger hårdere stoffer. Mens der er stigende fokus på behandlingsmuligheder indenfor murene, melder nogle ansatte i fængslerne om deraf følgende vanskeligheder med og modvilje fra amterne mod at visitere indsatte med en behandlingsdom videre til behandlingsinstitutioner udenfor murene, hvilket i nogle sammenhænge kan have en vigtig resocialiserende og for etniske minoriteter en integrerende funktion.

### **Mørketal: hvor mange stofmisbrugere er ikke i behandling?**

Mens det er vanskeligt at tegne et entydigt billede af de, der er i behandling, er det straks endnu vanskeligere at skitsere dem, der ikke er. Som ovenstående dog viser, er det muligt at udlede visse formodninger og erfaringer, der peger på, hvilke barrierer, der eksisterer for adgangen til behandling. Samtidig tegnes så nogle konturer af gruppen af stofmisbrugere uden kontakt til behandlingssystemet. I forhold til at vurdere omfanget af denne ukendte gruppe, har Sundhedsstyrelsen<sup>18</sup> foretaget en beregning af et estimat over mørketallet for alle stofmisbrugere. Ud fra Stofmisbrugsregisteret og Landspatientregisteret er der således foretaget et statistisk bud på det antal stofmisbrugere, der er ukendte i behandlingssystemet – deraf betegnelsen mørketal – og dermed et bud på, hvor mange stofmisbrugere, der er i alt i Danmark (se Del 3 for uddybende forklaringer på den statistiske metode samt tabeller fra de statistiske kørsler). Danmarks Statistik har til denne rapport foretaget en tilsvarende og opdateret beregning, hvor det er muligt at udskille gruppen af indvandrere og efterkommere. På denne måde er det muligt at give et bud på, hvor mange stofmisbrugere med anden etnisk baggrund, der statistisk må formodes at være i Danmark. En sådan statistisk størrelse har i sig selv en begrænset udsagnskraft, men koblet sammen med mere kvalitative beskrivelser fra kontekstinformerne, der har deres daglige gang på gadeplan, kan den som minimum udstikke nogle rammer for det formodede omfang af stofmisbrugsproblematikken og udviklingen her indenfor og dermed skærpe opmærksomheden på et område, om hvilket der er meget lidt viden.

<sup>18</sup> Sundhedsstyrelsen: *Stofmisbrugere i Danmark 2001*. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2003:16

De statistisk beregnede estimater kan i denne undersøgelse udsige fire forskellige slags informationer: for det første hvor mange misbrugere med anden etnisk oprindelse end dansk, der formodes at være i Danmark; for det andet hvilket forhold der er imellem antallet i misbrugsbehandling (det kendte antal) og mørketallet (det ukendte antal); for det tredje hvordan dette mørketal ser ud i forhold til mørketallet for misbrugere med dansk oprindelse; og for det fjerde hvordan udviklingen har været for begge grupper fra 1996 til 2003.

Hvis man ser på estimatet for det samlede antal stofmisbrugere i Danmark, er det i 2003 på 35.173 personer<sup>19</sup>. Til sammenligning er der i 2003 registreret 12.317 personer i Stofmisbrugsregisteret og 3838 personer med en stofrelateret diagnose i Landspatientregisteret<sup>20</sup>. Dvs. at det beregnede mørketal for stofmisbrugere i 2003 er på 20.362, hvilket altså giver et formodet samlet antal, der er mere end dobbelt så stort som det kendte antal – en faktor, der er faldet siden 1996, hvor det formodede antal var knap tre en halv gange større end det kendte antal.

Ser man udelukkende på gruppen af indvandrere og efterkommere har estimatet på det samlede antal udviklet sig fra 1811 personer i 1996 til 3926 personer i 2003. Igen kan sammenlignes med det registrerede antal, der i 2003 viser 1005 personer i Stofmisbrugsregisteret og 422 personer med en stofrelateret diagnose i Landspatientregisteret<sup>21</sup>. Det beregnede mørketal for indvandrere/efterkommere er således 2607 personer. Dette giver et formodet samlet antal, der er tre gange større end det kendte antal i de to registre. Denne faktor er faldet fra at være knap fire gange større end antallet i behandling i 1996, dvs. at mørketallet beregnet i 2003 for misbrugere med anden etnisk baggrund også er forholdsmæssigt mindre end det var i 1996 selv om det naturligvis i absolutte tal er vokset ligesom det samlede absolutte tal af personer i behandlingssystemet.

Hvis man sammenholder tallene udelukkende med Stofmisbrugsregisteret, kan man udlede, hvor mange personer der formodes at have et stofmisbrug uden at være i decideret misbrugsbehandling (dvs. kun optræder i Stofmisbrugsregisteret). Det er i 2003 knap 3000 personer, hvilket er over dobbelt så mange som det formodede antal udenfor stofmisbrugsbehandlingen i 1996. Omvendt er antallet af personer i behandlingssystemet jo steget kraftigt over denne periode, og hvis man derfor ser relativt på tallene var der faktisk i 1996 en noget større andel af det formodede samlede antal misbrugere med anden etnisk baggrund, der ikke modtog behandling (nemlig 5,6 gange flere misbrugere udenfor behandlingssystemet end indenfor) i forhold til 2003, hvor den formodede andel udenfor behandling er knap fire gange

<sup>19</sup> Dette estimat afviger fra Sundhedsstyrelsens, idet Danmarks Statistik har beregnet ud fra det samlede antal i døgnbehandling det pågældende år, mens Sundhedsstyrelsen har beregnet på baggrund af nyindskrevne i behandling det pågældende år. Sundhedsstyrelsens tal er derfor mindre end det her præsenterede. Der er i begge beregninger arbejdet med en forudsætning om afgrænsede populationer.

<sup>20</sup> 1344 af disse personer er opført i begge registre, hvilket der tages højde for ved kun at regne dem med én gang i den statistiske

<sup>21</sup> Hvoraf en gruppe på 108 personer optræder i begge registre.

større end den i behandling. Sammenligner man med gruppen af misbrugere med dansk oprindelse er andelen, der formodes at være misbrugere uden at få behandling også faldet således at den i 1996 var fem gange større end antallet i behandling og i 2003 var 2,8 gange større end antallet i behandling. Med andre ord er mørketallet for gruppen af indvandrere og efterkommere altså relativt set lidt større end for danske misbrugere, dvs. at der må formodes at være en lidt større andel af stofmisbrugere med anden etnisk baggrund, der ikke kommer i behandling for deres misbrug (eller sagt på en anden måde, at der er en mindre andel af misbrugere med anden etnisk baggrund, der er i behandling).

Sammenholdes disse kvantitative informationer med informanternes udsagn og oplevelser med situationen i stofmiljøet og på gaden, er der visse fællestræk. Fokus for undersøgelsen på gaden har været København, da der her findes den største samlede andel af stofmisbrugere i landet og dermed landets største stofscene. Samtaler med informanter fra alle bydele har ikke overraskende peget entydigt på Vesterbro i København som det område, hvor der er den største koncentration af stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund. Politiet fortæller, at det samlede antal af stofmisbrugere i dette område er faldet markant de senere år og nu er på omkring 40 % af, hvad det var tidligere. Omvendt er der i løbet af de sidste 10-15 år kommet et stigende antal udenlandske misbrugere, der nu udgør over halvdelen af den faste kerne af stofmisbrugere på Vesterbro – en udmelding, der bekræftes bl.a. fra Mariatjenesten og Mændenes Hjem, der har daglig kontakt med mange af misbrugerne. Heraf er en gruppe på omkring 40 stykker, der er ekstremt hårdt belastede og ligeledes er en stor belastning for miljøet, politiet og beboere<sup>22</sup>. De øvrige etniske minoritetsbrugere har i lighed med andre misbrugere daglig omgang på Vesterbro selv om mange ikke nødvendigvis bor der. Væresteder på Nørrebro og Vesterbro fortæller alle om et stigende antal misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund. Der er altså ikke nogen tvivl om, at der er kommet flere stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund i gadebilledet, men der præsenteres forskellige forklaringer på, hvad der ligger bag denne udvikling.

En tidligere misbruger, Pedro, der har haft sin daglige gang i området omkring Hovedbanegården mener, at 90 % af misbrugerne i Istedgade har etnisk minoritetsbaggrund. Her er dog mere tale om en socioøkonomisk problemstilling end om en stigning i stofmisbruget blandt etniske minoriteter i Danmark. Han henviser til, at hvor mange misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund tidligere ville opholde sig i lejligheder og have et liv, der delvist fungerede, så er de i dag langt dårligere stillet og ender derfor på gaden, hvor de bliver mere synlige. Årsagen skal findes i, at 'systemet' og Danmark er blevet hårdere, og at det er lettere at ryge hele vejen igennem. At de sociale omstændigheder er blevet hårdere bekræftes fra væresteder, der oplever en stigning i antallet af besøgende, der ikke har tilstrækkelige midler til at klare sig igennem.

<sup>22</sup> Denne gruppe er særskilt genstand for en undersøgelse, der foretages i et samarbejde mellem bl.a. Københavns Kommune, Mændenes hjem og politiet. Undersøgelsen løber indtil slutningen af 2005.

Ligeledes er stofmiljøet blevet langt mere råt, bl.a. som en konsekvens af, at kokain er blevet det dominerende stof i gadebilledet og dermed er en langt mere aggressiv, voldelig og hurtig adfærd blevet dominerende. Flere henviser også i denne sammenhæng til den voksende gruppe af stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund. Især den førnævnte hårde gruppe fylder meget i gadebilledet og ikke mindst i politiets tilhold, hvor de udgør 75 %. Udover, at de antalmæssigt fylder en god del i miljøet, beskrives denne gruppe som meget tung. Der er tale om massive problemer, der udover stofmisbruget involverer psykiske problemer (inklusive traumer), ingen uddannelse, intet arbejde, ingen eller kun sporadisk kontakt til det offentlige system og meget ringe danskkundskaber. Herudover karakteriseres de som yngre (25-35 år) end gennemsnitligt for gruppen af stofmisbrugere på gaden og uden kontakt til andre end stofrelaterede netværk, dvs. de er skubbet ud af deres respektive familie- og etniske netværk. Denne gruppe er et eksempel på de misbrugere, der er gemt i mørketallet uden kontakt til behandlingstilbud. Samtidig er der også tegn på, at påvirkningen er meget lokal, idet andre kontekstinformeranter ikke har oplevet en lige så massiv stigning i antallet af misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund, endsiige samme grad af problemer.

Udover denne meget udsatte gruppe af stofmisbrugere, må mørketallet forventes at dække over en meget varieret gruppe, både hvad angår etnicitet, sociale og økonomiske forhold, bopæl osv. En del af gruppen er givetvis også nogle af de unge, som Kriminalforsorgen har jævnligt kontakt med. Undersøgelsens analyser vil være med at pege på, hvilke problemstillinger, der kan være involveret for gruppen, der ikke når eller nås af behandlingssystemet. Rapportens Del 2 åbner døren til behandlingssystemet for at se på oplevelser og erfaringer med stofmisbrugsbehandling. Herigennem vil det analyseres frem, hvilke problemstillinger og forhold, der henholdsvis muliggør og begrænser vellykkede behandlingsforløb. Opsamlingen og analysen af behandlingserfaringer sker ikke alene for at belyse situationen for og med de etniske minoritetsbrugere *indenfor* institutionerne, men også for at blive klogere på, hvad det er der potentielt holder endnu flere etniske minoritetsbrugere *udenfor* institutionerne. Med afsæt i den kortlægning af brugernes migrations-, baggrunds- og misbrugshistorier, som er præsenteret her i Del 1, fortsætter Del 2 således med behandlingshistorier fra både brugernes egne og systemets side.



## Del 2: Behandling

Som det vil være fremgået af Del 1, er gruppen af etniske minoriteter i behandling en sammensat størrelse, der er formet både individuelt og kollektivt af migration, opvækst og misbrug.

Vi har interviewet oprørske og kritiske kvinder, passive og pressede mænd, voksne og selvstændige mænd, kvinder og mænd med og uden uddannelse, med og uden erhvervs erfaring, med og uden kriminelle karrierer og fængselsophold. Kvinder og mænd med og uden familie og børn, unge og ældre. Kvinder og mænd med varierende misbrugskarrierer, herunder varierende længder af denne. Blandt de interviewede er der både nogle, som bekender sig til et religiøst livssyn og en religiøs livspraksis, nogle som praktiserer udvalgte religiøse forskrifter og lader andre ligge, og nogle som aktivt tager afstand fra religiøse anskuelser og praksisser. Og blandt de interviewede er der desuden varierende grader af dansksproglig kompetence. Listen kunne fortsættes. Vores opgave har været i denne vrimmel af forskelle at forsøge at udskille nogle, som kan siges at karakterisere livserfaringerne på tværs af de individer med ikke-dansk etnisk baggrund, som henvender sig til behandlingssystemet og på denne baggrund også at vurdere, om der kan udskilles særskilte erfaringer for forskellige grupperinger, og endelig om der eventuelt kan være barrierer for kontakten til behandlingssystemet.

Med afsæt i ovenstående, tager vi nu fat på selve behandlingen af stofmisbrugerne med anden etnisk baggrund. Del 2 er inddelt i to kapitler. I kapitel 6 er det brugernes egne fortællinger om behandlingsoplevelser og –erfaringer, der er fokus for analysen. I kapitel 7 er det så behandlernes erfaringer med de etniske minoriteter samt behandlingssystemet med dets logikker og virkemåder, der tages op.

### Kapitel 6: Brugernes behandlingshistorier

De interviewede brugere i undersøgelsen er alle kontaktet via behandlingsinstitutioner og deler dermed den præmis, at de har været eller er i gang med et behandlingsforløb for deres stofmisbrug. Langt de fleste har erfaring med både substitutionsbehandling og døgnbehandling og for norges vedkommende også ambulante behandling. I det følgende kigges der nærmere på brugernes syn på og erfaring med at være i behandling, hvordan de oplever systemet og dets positive og negative sider, og hvilke problemstillinger, der fremtræder i behandlingen. Fokus er primært rettet på misbrugerne med anden etnisk baggrund, og hvor det er relevant sammenlignes med misbrugerne med dansk oprindelse.



## Hvad er behandling? Døgn- vs. ambulant.

Der tegner sig et ret klart billede af, hvad brugerne opfatter som behandling af deres misbrug. Når der tales om at komme i behandling eller være i behandling er det stoffri døgnbehandling, der hentydes til og ikke substitutionsbehandling og sjældent ambulant behandling. Således er der brugere, der har været på metadon i mange år, der fortæller, at de ikke har været i behandling endnu eller er på vej i behandling for første gang, og de knytter svar på spørgsmål om behandlingsoplevelser op på de ophold, som de har haft på forskellige døgninstitutioner<sup>23</sup>.

Herudover er der et særskilt fokus på metadonbehandling som problematisk. Der tales om ubehagelige bivirkninger ved lang tids brug af metadon og det dermed stigende behov for at dulme disse med andre stoffer. Også det faktum, at én afhængighed – oftest af rygeheroin – erstattes med en metadonafhængighed opfattes som kontraproduktivt og meget lidt fremadrettet. Dette til trods for, at hensigten med metadon jo netop er at give det afbræk fra den ellers hektiske jagt på penge og stoffer, der kan give det nødvendige overskud til at søge helt ud af misbruget.

Selv om stoffri døgnbehandling ifølge misbrugerne selv er 'rigtig behandling', så er denne opfattelse for flere et produkt af en længere erkendelsesproces, der fødes af stigende problemer forårsaget af misbruget, mislykkede forsøg med at stoppe på egen hånd og ofte længere perioder med substitutionsbehandling. Ehab fortæller om denne erkendelse, der for ham blev nået efter et selvbestaltet forsøg på at blive stoffri:

Der skal noget behandling til, simpelthen. Jeg har heller aldrig rigtig troet på behandling. Det har jeg ikke (...) jeg troede ikke, altså jeg har aldrig troet, at der skulle så meget til, at der er problemer, der skal løses, og du skal vide, hvad det er du ryger ned på og sådan nogle ting (...) Jeg har altid troet, at jeg kunne gøre det selv og ville selv. Selv om det vil jeg også gerne nu, men jeg ved bare, at det er altså anderledes, ik'.

En del har i udgangspunktet en noget vag fornemmelse af, hvad døgnbehandling egentlig er og har også en frygt for, hvad det vil indebære at gå igennem et sådan forløb. Taysir siger om hans tanker forud for at have prøvet et døgnforløb:

Jamen, jeg troede det var sådan noget ligesom fængsel, altså sådan noget døgnbehandling, sådan hvor man bliver lukket inde, ikke også. Jeg sagde altid nej tak til dem, fordi jeg ikke ville væk fra min familie, men da jeg prøvede det syntes jeg det var rigtig godt.

<sup>23</sup> Om brugernes oplevelse af behandlingssystemet se i øvrigt Steffen Jöhnchke (1997), *Brugererfaringer. Undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktscentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97*. Københavns Kommune

Der kan ses konturer af en før-efter-kronologi, hvor langt de fleste efter at have været i døgnbehandling er glade for det, uanset om det i udgangspunktet skete af egen eller andres vilje (f.eks. familiens eller Kriminalforsorgens). Der synes i denne forbindelse ikke at være nævneværdige forskelle i forhold til, om behandlingen blev gennemført eller afbrudt før tid; de fleste synes, at de har fået meget ud af det, og at de har taget noget med sig selv om forløbet ikke blev færdiggjort.

Vi har flere gange mødt en antagelse, der siger, at etniske minoriteter i mindre grad end misbrugere med dansk oprindelse er at finde i døgnbehandling. De dertil fremsatte forklaringer går oftest på, at de ikke vil være væk fra familien, at en eventuel forsørgerrolle i familien ikke tillader den mandlige misbruger at være væk hjemmefra i længere tid, og/eller at de har svært ved at tilpasse sig den danske institutions- og snakkekultur. Ser man på behandlingsomfanget i statistikken, er knap tre fjerdedele af alle misbrugere i behandling i en ambulant behandlingsform, mens godt 8 % befinder sig i en døgnbehandling<sup>24</sup>. Indvandrerne/efterkommerne ligger samlet set lidt højere i ambulant behandling og lidt lavere i døgnbehandling. Disse forhold dækker dog over nogle forskelle grupperne imellem. F.eks. har efterkommerne den absolut højeste andel i ambulant behandling (85,6 %). Dette kan både pege på det faktum, at de generelt er unge og måske derfor ikke er så langt i deres misbrugskarriere, men det kan også være udtryk for egne ønsker eller adgangen til systemet. De ikke-vestlige lande har i forhold til de vestlige lande en højere andel i ambulant behandling og en mindre andel i døgnbehandling, hvilket dermed også er kendetegnende for de oprindelseslande, som vores informanter tilhører. De udvalgte flygtningelande har den mindste andel i døgnbehandling af alle, hvilket kan indikere en sammenhæng med den nævnte flygtninge- og traumeprøblematik. Det er f.eks. en anelse overraskende, at der ikke er flere iranere i døgnbehandling. De udgør i absolutte tal den største gruppe af indvandrere og efterkommere i behandlingssystemet og er efter manges mening en gruppe, som er meget integreret – som det netop også kan tyde på, når de optræder i så stort omfang indenfor det offentlige system. Med forbehold for den statistiske usikkerhed, er der meget få i døgnbehandling, og relativt udgør de en langt mindre gruppe end forventeligt ud fra deres samlede antal i behandling. At traumeprøblematikken spiller ind for denne flygtningegruppe er en anden forklaring, for som det vil fremgå i den videre analyse af behandling og behandlingssystem, så udgør brugere med psykiatriske problemer en særlig gruppe, som behandlingssystemet har meget svært ved at håndtere.

Der er således indenfor gruppen af indvandrere og efterkommere en del variationer i andelen i døgnbehandling. Antagelsen om, at etniske minoriteter ikke findes i døgnbehandling er på

<sup>24</sup> Fordelingsnøglen mellem andelen af misbrugere i ambulant behandling og i døgnbehandling svinger en del amterne imellem uanset misbrugernes etniske baggrund. Opgørelsen over behandlingsomfang i 2003 lider af en betydelig procentdel uoplyste fra nogle amter og derfor er der en vis andel af misbrugere i behandling, som ikke er registreret i hhv. ambulant og døgnbehandling. Fire amter/amtskommuner har omkring 50 % uoplyste; heraf glimrer Frederiksberg Kommune og Storstrøms Amt ved at have mellem 80 og 90 % uoplyste! Ligeledes er tallene for nogle af amterne så små, at en enkelt misbruger fra eller til kan betyde meget store udsving i procentangivelserne. Sundhedsstyrelsen har nu ændret registreringspraksis bl.a. i forhold til behandlingsomfang for at minimere antallet af uoplyste. Se Sundhedsstyrelsen (2004), *Fællesindhold for registrering af stofmisbrugere i behandling*.

den ene side ikke korrekt ud fra en overordnet betragtning, men på den anden side synes den at passe for nogle grupper. Sammenholdes dette med, at der for nogle grupper af indvandrere og efterkommere er forsvindende få, der faktisk gennemfører behandlingen (mere herom senere), er der grund til at være opmærksom på, om nogle grupper i højere grad end andre oplever barrierer for at komme i døgnbehandling, og om de i lige så høj grad gennemfører, når de er der.

### **Alternative behandlingsstrategier**

Flere af brugerne har selv forsøgt eller været udsat for alternative behandlingsstrategier for at komme ud af misbruget. Oftest er disse iværksat af familierne i forhold til at 'håndtere' og/eller 'kurere' stofmisbruget. Nogle af strategierne træder i stedet for behandlingssystemet, andre kombineres med dette. Generelt opfattes de dog som problematiske fra behandlingssystemets side.

Der er en del forskellige former for afvænningsstrategier i spil i misbrugernes historier. Fællesnævneren for disse synes at være et rationale om, at hvis misbrugeren tages væk fra miljøet eller holdes fysisk væk fra stofferne, så vil vedkommende blive kureret. Stoffriheden antages altså af misbrugeren eller ofte af familierne at kunne opnås ved egen hjælp.

En af strategierne i denne sammenhæng har været at tage en selvbestaltet afvænnings, ofte i forældrenes oprindelsesland. Et par af vores misbrugere med anden etnisk baggrund har forsøgt sig med denne strategi, den ene tre gange, dog med det resultat, at de røg tilbage på stoffer så snart de var tilbage i Danmark. I begge tilfælde var denne strategi selvvalgt, men vi hører fra en del af vores kontekstinformanter, at hjemsendelse eller såkaldte genopdragelses-ture også forekommer i mindre frivillige varianter.

Flere gange dukker historier op om hospitalsophold i f.eks. Tyrkiet eller Iran for at få skiftet blod med det formål at kurere afhængigheden. Ingen af informanterne har selv været igennem en sådan løsningsmodel, men nogle kontekstinformanter bekræfter, at det er en benyttet strategi blandt nogle etniske minoriteter. Vi hører om en enkelt, for hvem det faktisk er lykkedes at kombinere denne metode med et clean-gruppeforløb i Danmark. For de øvrige vedkommende har strategien ikke virket, idet afhængigheden ikke er fjernet og i et enkelt tilfælde har udgangen endog været misbrugers død. Vi er senere blevet fortalt, at blodudskiftning var almen praksis i det tidligere Sovjetunionen.

Andre strategier som indespærring eller at blive lænket til en radiator optræder som historier på andenhånd fra nogle misbrugere og kontekstinformanter. Logikken er tilsvarende de øvrige afvænningsstrategier at opnå stoffrihed ved at tvinge misbrugeren væk fra miljøet og stofferne, der antages at være årsagen til problemet. En gruppe unge drenge i Ringe Fængsel nævner selv denne strategi på forespørgsel om, hvad de ville gøre, hvis en af deres venner havde et stofmisbrug.

Ægteskab er en anden form for alternativ behandlingsstrategi. Den omtales primært af misbrugerne selv. Et par af misbrugerne har været igennem et sådan forsøg uden at forhåbentlig lykkedes. Rashid blev gift på forældrenes foranledning, men endte med at bryde ud af ægteskabet (ikke stofferne), mens Omar flygtede inden faren fik sendt ham af sted til oprindelseslandet. Sidstnævnte er dog ikke imod metoden som sådan. På tidspunktet følte han sig for ung til at blive gift, men synes nu at være kommet frem til, at det også kunne være en løsning for ham – muligvis med blik på, at hans bror opnåede stoffrihed ad denne vej. Ægteskabsstrategien er som afvænningsstrategi et forsøg på at ændre livsomstændighederne for misbrugeren ved at introducere et ansvar og en normalitet, der skal tvinge misbrugers livsvej i en anden retning. I strategien ligger en forståelse af, at problemet ikke blot bunder i indtagelsen af stoffer, men også i en måde at leve på, som altså ved en ægtefælles mellemkomst kan ændres. Dette kunne antyde, at forståelsen af afhængighed ikke udelukkende er medicinsk betinget, som ofte anført af kontekstinformanter og behandlere om etniske minoriteter. Samtidig er det en form for cementering af familiens centrale position, der i ægteskabsstrategien reproduceres i forestillingerne om, hvordan livet kan gøres anderledes og bedre. Kontekstinformanter fra Kriminalforsorgen i Frihed nikker genkendende til denne strategi. Én forklarer, hvordan fædre tilsyneladende ser arbejde og ægteskab som løsningen på sønners problemer, men siger samtidig, at det faktisk virker for nogle.

Endelig er det nogle kontekstinformanters indtryk, at der ligger en alternativ behandlingsstrategi i at opsøge en imam frem for det offentlige behandlingssystem, dvs. at familierne søger en løsning hos en religiøs autoritet, som de har tillid til, hellere end at søge hjælp i det danske system, som nogle omvendt har dårlige erfaringer med eller fordomme overfor. Dette er ikke en model, som imamerne i denne undersøgelse har erfaringer med. Én mener tværtimod, at mange netop ikke ville have den tillid til imamen, og at dennes autoritet og ophøjethed ville forhindre familierne i at rådføre sig med ham pga. frygt for prestigetab. Vi møder til gengæld to andre varianter af religion som behandlingsstrategi: Den ene præsenteres fra en etnisk minoritetsforening, hvor der er oplevelser med, at forældre tvinger deres kaotiske sønner i moské i håbet om, at kuren for deres kaotiske adfærd skal findes her. Dette læses af informanten som en magtesløshed og en manglende viden om alternative muligheder fra forældrenes side. Den anden præsenteres af en imam, der ved, at mange af de helt udsatte unge med anden etnisk baggrund, deriblandt stofmisbrugere, opfanges af grupper som Hizb ut Tahrir. Den opleves som en ung, entusiastisk organisation, der formår at formidle et simpelt budskab og herigennem at give de unge udsatte den mening og det faste holdepunkt, som de så desperat eftersøger. Det er samtidig hans erfaring, at de unge ofte rykker videre efter et par år, men at det altså inden da lykkes at give dem et alternativ til bl.a. problemer med misbrug.

## At være i behandling

Det er tydeligt i interviewene, at mange af misbrugerne med anden etnisk baggrund ikke er fremmede over for systemterminologien i deres fortællinger om kontakten til behandlingssystemet og i deres erfaringer med det offentlige system i det hele taget. Det mærkes, at mange af misbrugerne har fortalt deres historier mange gange og ofte bruges helt enslydende vendinger hos forskellige personer<sup>25</sup>. Det tegner et billede af, at de har lært at fortælle og positionere sig i de forskellige myndighedsfelter, hvad enten det så er i forhold til socialhjælp generelt eller misbrugsbehandling mere specifikt. Flere beskriver deres barndom og opvækst ud fra en slags socialhjælps-terminologi: begreber som *socialt belastet*, *dysfunktionel*, *problembarn* bruges uden tøven og forklaringer. Herudover kommer så terminologier tilhørende behandlingsverdenen. Fra den mere socialpædagogiske orientering kan fremhæves misbrugernes tale om at få *redskaber*, om at *arbejde med sig selv* og *gøre en indsats* og om at det er *godt at tale ud om sine problemer*. Endelig høres der fra flere af dem, der har været i Minnesota-behandlinger, at de har *nået bunden*, at de har *overgivet sig*, at det er vigtigt *at dele* osv.

Der er en tendens til, at det er de mere (døgn-)behandlingsgarvede misbrugerne, der således mestrer deres fortælling på en sammenhængende og behandlingskonsistent måde, mens andre uden eller med sparsom behandlingserfaring har sværere ved at præsentere en sammenhængende og fremadskridende historie, der forløber forholdsvis lineært fra barndom over problemer der udløste stofmisbrug til problemer udløst af stofmisbrug og endelig til behandling. Dette skal ses i sammenhæng med, at brugerne taler fra forskellige udgangspositioner alt efter, hvor og hvor langt de er i et behandlingsforløb. De interviewede i døgnbehandling befinder sig i en position, hvor de ofte har været igennem adskillige døgnbehandlingsforløb, og hvor tilbagefald, metadon osv. anskues i tilbageblik under ordnede forhold. De har typisk et ganske positivt syn på deres behandling, og de er i det hele taget meget lidt kritiske, særligt i forhold til de behandlingssteder, som de pt. opholder sig på. Heroverfor er misbrugerne i ambulans eller substitutionsbehandling i en mere midlertidig position, hvor nogle afventer at komme i døgnbehandling, mens andre blot henter deres metadon og i øvrigt glæder sig over, når dosen heraf kan sættes ned. Der er her en tendens til, at mange af dem (endnu) ikke har fået placeret enkeltdele i fortiden i en forståelig og sammenhængende kronologi, og at de generelt er noget mere kritiske overfor behandlingssituationen.

Præsentationen af de mere eller mindre sammenhængende historier er misbrugernes selv-fremstilling i behandlingen, og dermed udgør de det refleksionsvindue, som vi som interviewere får lov til at kigge ind af og fortolke ud fra. Det er på denne baggrund, at der ses nærmere på behandlingsoplevelser og -erfaringer.

<sup>25</sup> Om misbrugerens fortællinger se i øvrigt: Dorthe Olesen Hecksher (2004), *Identitet, forandring og idealtypiske strategier. Tidligere stofmisbrugerens fortællinger*. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet 2004:6.

I tråd med forestillingen om, hvad rigtig behandling indebærer, er det i interviewene primært døgnbehandling, der fortælles om, når der spørges til oplevelser med behandling. Undtagelsen til dette billede udgøres af de interviewede kvinder i ambulans behandling. Om dette er en generel kønsforskel er vanskeligt at sige. Hverken behandlere eller brugere har peget på, at det skulle forholde sig sådan. Samtidig er alle tre kvinder tilknyttet samme behandlingssted, hvorfor det også kan være specifikt for denne institution, at der i højere grad tilbydes og opfordres til at deltage i aktiviteter. Det er både kvinder med dansk og anden etnisk baggrund, og de benytter sig af tilbud om samtaler, psykolog, syning, maling, sprogundervisning m.m.

Der synes at være en særlig bevidsthed blandt især de 'voksne' misbrugere med anden etnisk baggrund om, at substitutionsbehandling ikke skal være permanent, men skal trappes gradvist ned for at ende med stoffrihed. I denne forbindelse er et af de hyppigst fremsatte kritikpunkter af substitutionsbehandlingen, at det er for let for misbrugerne at manipulere med udleveringen af metadon, f.eks. for at få større doser, eller at metadonen sælges på gaden for at finansiere køb af andre stoffer. Den primære grund til ikke at benytte sig mere af de ambulante behandlingssteders aktiviteter er da også, at der er for mange stoffer på og omkring stederne, og flere af misbrugerne er simpelthen bange for at blive fristet over evne ved at opholde sig der i længere tid. Derfor kommer behandlingen i disse tilfælde som oftest til at bestå udelukkende af medicinudlevering. Dette afføder for nogle af misbrugerne en følelse af at være overladt til sig selv kombineret med følelser af ensomhed, kedsomhed, ikke at rykke sig i forhold til misbruget og en følelse af midlertidighed før et døgnophold kan bevilliges.

Næsten alle misbrugerne med anden etnisk baggrund har erfaring med metadonbehandling i kortere eller længere perioder. Tallene fra Danmarks Statistik viser da også, at de i højere grad er i metadonbehandling end i stoffri behandling: 45 % af indvandrere/efterkommere var i metadonbehandling i 2003 overfor 27,9 % i stoffri behandling. De tilsvarende tal for misbrugere med dansk baggrund er hhv. 40,4 % og 36,3 %. Flere fortæller stolt om, hvor langt de er kommet ned i dosis sammenlignet med udgangspunktet og har som udtalt mål at blive helt fri for at tage det.

Yeti fortæller, at der synes at være en logik, der siger, at jo flere problemer eller jo større ud-sathed en person har, desto mere hjælp og opmærksomhed får vedkommende i behandlingen. Pointen er her, at anden etnisk baggrund end dansk kan opfattes som endnu en faktor i problempuljen, som snarere afføder en slags positiv særbehandling end en forfordeling indenfor behandlingen. På den anden side er der nogle problemstillinger for de etniske minoritetsbrugere, som kan påvirke behandlingsforløbet og for nogle misbrugere vanskeliggøre dette. Der er da også nogle behandlere, der efter nærmere overvejelse mener, at der muligvis er et noget større frafald i denne gruppe – det er dog ikke umiddelbart en tanke, der ligger først for i snakken

om eventuelt særlige kendetegn ved gruppen af stofmisbrugere med anden etnisk baggrund. Kigger man på statistikken over udskrivningsårsager for klienter i behandling i 2003, er der da også nogle nævneværdige forskelle mellem grupperne. Hvor den gennemsnitlige andel af færdigbehandlede ligger på en beskedent fjerdedel, er den for stofmisbrugere med en ikke-vestlig baggrund kun halvdelen heraf (12,9 %). Tilsvarende er andelen af udeblevne i behandling for denne gruppe på over 37,5 % mod den gennemsnitlige andel på 29,1 %. Efterkommerne skiller sig ud ved at placere sig ekstremt på begge parametre: de har den højeste gennemførselsandel af alle grupper (25,7 %) og samtidig den højeste andel af udeblevne fra behandling (48,6 %)

Statistikken tegner således et billede af, at gruppen af indvandrere og efterkommere, særligt med ikke-vestlige baggrunde, ikke i samme grad som misbrugere med vestlig eller dansk baggrund fastholder eller gennemfører behandling. Der er altså tale om personer, som allerede er i behandlingssystemet, men som af forskellige årsager ikke kan eller vil fortsætte med den planlagte behandling. I det efterfølgende præsenteres nogle af de problemstillinger, som ses at påvirke de etniske minoritetsbrugeres behandlingsforløb, hvorefter nogle samlede betragtninger omkring gode og mindre gode oplevelser i behandlingen vil blive fremhævet. Et sådan indblik vil kunne kaste lys over de forudsætninger, som misbrugerne med anden etnisk baggrund bringer til behandlingen samt på, hvordan de spiller sammen med deres behandlingsoplevelser. Samtidig tjener et sådan indblik til en større forståelse af, hvad der virker og ikke virker ifølge misbrugerne selv og dermed i hvilken retning, der kan arbejdes i forebyggende øjemed for at reducere den betragtelige andel fra især ikke-vestlige grupper, der falder fra i behandlingsforløbene.

### **Døgnbehandling vs. familie**

De etniske minoritetsmisbrugeres familierelationer er en af de problemstillinger, der går igen i fortællingerne om behandling. Problemstillingen optræder lidt dobbelt, idet der på den ene side fra behandlernes side tales om, at familien ofte er en hindring for, at misbrugerne kommer i døgnbehandling, og på den anden side tales der også om det problematiske i, når det er familien, som ønsker døgnbehandling, mens misbrugeren selv ikke er motiveret. Dvs. at det opleves som problematisk, at misbrugerne går i behandling for familiens skyld og ikke for deres egen. Denne betragtning minder på interessant vis om udmeldingerne om familiernes relation til behandlingssystemet. På den ene side peges der her på, at misbruget forsøges holdt indenfor familien, som ikke ønsker at henvende sig til systemet, men hellere vil holde problemerne indenfor familiens rammer. På den anden side er det faktisk ikke så sjældent familien, der i sidste instans henvender sig sammen med eller på vegne af misbrugeren for at få denne i behandling. Ehab fortæller, hvordan hans far hjalp ham i behandling, mens Ali beretter, at både hans far og søster har opsøgt rådgivningscenteret for at få ham i behandling. Fra andre kontekstinformanter hører vi også om dette, f.eks. om søskende, der henvender



sig anonymt på rådgivninger for at høre om mulighederne for behandling. Der fortælles om familier, der i desperation over, at deres barn ikke kommer ud af sit misbrug flytter væk fra byen eller endda fra landet. Og endelig bliver vi præsenteret for fortællinger om familier, der framelder misbrugeren Folkeregisteret i et forsøg på at tvinge den udmeldte til at gøre noget selv, henvende sig til systemet eller komme i behandling. Logikken i disse historier konflikter med nogle behandleres melding om, at familien holder misbrugerne kørende og dermed forhindrer, at det bliver så desperat og gør så ondt, at behandling bliver nødvendig. Familiens omsorg opfattes på denne måde som en hindring for at få hjælp, mens ovenstående eksempler omvendt viser familier, der går til yderligheder for at tvinge misbrugeren til at søge hjælp.

Samtidig er der andre eksempler i behandlingshistorierne på, at misbrugerne afbryder døgnbehandlingen pga. familien. Hari siger selv, at han har 7-9 afbrudte døgnbehandlinger bag sig, fordi familien har store problemer, som han skal hjælpe til med. Rushy fortæller, at hendes mand ikke kunne klare at være væk fra hende og sønnen og derfor forlod døgninstitutionen. Mustafa taler om sine fætre, der bliver forhindret i at søge behandling af deres mor, der vil have dem hjemme hos familierne. Som det vil fremgå af afsnittet omkring gode og dårlige tiltag i behandlingen, har nogle brugere følt sig meget positivt imødekommet i forhold til denne problemstilling i behandlingen og har haft eller skal have behandlingsforløb, der netop tager højde for relationen til familien.

### **Skyld og skam**

Følelser af skyld og skam er en anden problemstilling, der kan have betydning i behandlingen for nogle misbrugere med anden etnisk baggrund. En del af problemstillingen omhandler, at det kan være svært at åbne sig, og at det tager længere tid at erkende problemets omfang og karakter. Hos brugerne selv er der flere forskellige forklaringer på, hvad der ligger bag denne lukkethed og fornægtelse. Nogle peger på, at mandlige etniske minoritetsbrugere er opdraget til at være hårde, dvs. til ikke at vise og udtrykke følelser og til at være loyale over for deres familier. Fatima forklarer denne problemstilling med et eksempel fra NA:

Mange mænd de tænker, man skal sidde her og tale om sin familie og sine dybe følelser. Det gør en mand fra Tyrkiet eller Marokko ikke. Han har styr på det, det er indgroet fra vores forældre, hvor det er manden der har magten, det er manden der har styr på det her. Han skal ikke sidde og flæbe, han skal være hård og sej og bare køre igennem. Så det kommer som et chok. De bliver forskrækkede. Selvom mange mænd sidder og åbner sig og bliver kede af det og frustrerede og alle de her ting, der bliver delt om, også i behandling, så tager de afstand fra det. Det kan de ikke rumme. Det er meget med kultur, det er meget med hvad man er blevet opdraget med og hvad man har med sig.



Netop loyaliteten overfor familien nævnes også af Julie som en forskel mellem misbrugere med dansk og anden etnisk baggrund, hvor det f.eks. i gruppeforløbene kan vise sig svært at bryde igennem familieskjoldet:

Fordi man skal ind og rokke ved noget, der er så dybt. Det skal du med alle narkomaner, det er ikke kun for dem, jeg tror bare tit, det er sværere at gå ind og rokke i en tyrkisk baggrund og stille spørgsmål ved forældrene end det er for os. Vi er opdraget på en anden måde med godt at kunne stille spørgsmål ved tingene. De fleste af os i hvert fald. Det er i hvert fald ikke så unormalt... i skolen, og det er på en anden måde, tror jeg.

Her er igen træk af logikken om at holde problemerne indenfor familien og ikke bryde den gensidige loyalitet og stolthed ved at udstille familiens problemer offentligt.

Lukketheden handler ifølge Pedro (der selv har konverteret til Islam) i høj grad om skammen ved at erkende afhængigheden, altså igen en slags skam over mistet kontrol og over ikke at leve op til de idealer, som forældrene har for misbrugeren. Han ser årsagen til det i de miljøer, som mange misbrugere med anden etnisk baggrund kommer fra:

Jeg tror bare, at den islamiske kultur, den islamiske baggrund, den gør, at det er meget, meget svært at erkende nederlag omkring de ting.

Han understreger, at det er skamfuldt for alle, men at de meget stramme normer og forskrifter for, hvordan man skal leve som god muslim gør tabuet for erkendelse af misbruget større for misbrugere med muslimsk kulturbaggrund:

Jeg tror, det er meget mere tabuiseret på grund af det, at man har alle de der flotte idealer, det der billede udadtil, at vi fungerer, at vi er muslimer og vi går i moskeen, så har vi altså bare en søn, som vi går og finansierer.

### **Positive og negative sider af behandlingen**

Overskriften for mange af misbrugernes beretninger om at være i behandling kunne hedde tid, tillid og tryghed - både fremhævet som de ting, der er gode i behandlingen og som de ting, der er vigtige for et vellykket behandlingsforløb. Med blik på, at det er døgnbehandling, der hentydes til, når der tales om 'rigtig' behandling, så er det måske netop forhold, hvor døgninstitutioner har en fordel frem for ambulans behandling. Hari fremhæver denne oplevede forskel, når han siger:

Du får den der støtte, det er noget andet, hvis du er i dagbehandling, ik'. Der mener jeg ikke, du får den 100 % støtte, som du gør i døgnbehandling, fordi der er du i nærheden

af pædagoger og medarbejdere hele tiden. Faktisk holder de øje med dig, og man tror ikke, de holder øje med en, men du kan tro. Nu har jeg været i behandling så mange gange, og jeg ved sådan noget. Jeg ved godt, de holder øje med en og sådan noget.

Ligheder og forskelle i de forskellige misbrugeres beretningerne om behandlingen synes at ordne sig mere ud fra baggrunds- og misbrugshistorier end ud fra etnicitet, om end det fortsat er misbrugerne med anden etnisk oprindelse, der er i fokus. I det følgende vil brugernes historier om, hvad der er godt og dårligt i behandling, grupperes omkring to typer betragtninger: på den ene side relationen mellem misbrugerne og behandlerne og på den anden side behandlingens form og indhold. I det efterfølgende behandles disse to emner separat, selv om de i behandlingsforløbene er en del af den samme interaktion og behandlingsproces. I kapitel 7 analyseres disse temaer set fra behandlingssystemets side.

### **Behandlerrelationer**

Omsorg – kontrol er elementer i behandlingen, som mange af brugernes meldinger på relationen til behandlerne udspiller sig omkring. Relationen mellem brugere og behandlere er farvet af behandlernes dobbeltrolle som omsorgsgivere på den ene side (de skal give støtte, tryghed, forståelse, nærvær) og som kontrollører (af stofindtag, adfærd, hverdag) på den anden side<sup>26</sup>. Det er denne dobbeltbinding i systemet, som Mustafa oplever, da han føler det som et politiforhør første gang han skal fortælle sin historie i behandlingen. Yeti peger på den samme problemstilling ved at henvise til urinprøverne, som hun godt kan se er til hendes eget bedste, men som samtidig opleves som meget grænseoverskridende og ydmygende.

Tillid nævnes i flere af interviewene som et afgørende omdrejningspunkt i relationen, og den sættes i mere eller mindre direkte modsætning til systemrelationer, som ikke har noget med tillid at gøre (Kriminalforsorgen og politiet som de mest tydelige). Tillidens modstykke er mistillid, og denne ligger lige under overfladen flere steder i interviewene. Problemstillingen rejser spørgsmålet om, af hvem der kan forventes omsorg og støtte, og på hvilken måde. Anken fra dele af systemet lyder på, at misbrugerne med anden etnisk baggrund er sværere at nå og etablere tætte relationer til. En sådan anke tydeliggør en logik, der på sin vis tilsiger misbrugerne at have deres primære tillidsrelationer rettet mod behandlerne frem for rettet mod individer og kollektiver udenfor. Relationen søges altså indlagt i et ordensforhold, hvor behandleren viser tillid og giver omsorg, og misbrugeren svarer igen med åbenhed. Selv om de etniske minoritetsmisbrugeres særlige binding til familien spiller ind i forhold til, hvem der udgør de primære omsorgsrelationer for dem (behandlerne eller familien), så er det ikke kun en problemstilling, der udspiller sig langs etniske linier. Hari siger f.eks., at behandlerne er der for at hjælpe og støtte, og det er uforståeligt, at det ikke er alle brugere der indser dette. Dennis siger omvendt, at en god behandler er en, som ikke er over en hele tiden og

<sup>26</sup> Se i øvrigt Mads Uffe Pedersen (2000), *Evalueringsrapport - Delrapport 4. Arbejdssalliancen mellem behandlere og stofmisbrugere i døgnbehandling*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

henviser til kontrolelementerne og angsten for at miste det man har (metadonen) og ryge på gaden. Der tegner sig nogle tværgående mønstre, hvor nogle misbrugere ser relationen i et barn-voksen perspektiv, mens andre misbrugere ser relationen i et voksen-voksen perspektiv.

### *At være barn i behandlingen*

Mulighederne for faste rammer og opmærksomhed fremhæves af mange som vigtige elementer i behandlingen. Dette gælder særligt for den gruppe, der er unge eller har startet misbrug i en ung alder, og hvor opvækst og familierelationer har været svære. Disse misbrugeres opfattelse af og udmeldinger om gode og vigtige elementer i behandlingen, leder tankerne over på et stort behov for voksenkontakt og tillidsfulde menneskelige relationer på den ene side og om en stabil og forudsigelig hverdag på den anden side. Dét at møde en voksen (behandler), som har tiltro til og støtter misbrugeren, præsenteres af flere som noget ganske nyt og et absolut vendepunkt. På mange måder skal behandlerne indtage en slags konstruktiv forælderrolle, hvor misbrugeren bliver det barn, der skal overbevises om sit værd og langsomt, via omsorg og kærlige forventninger, skal bygges op som et selvstændigt individ.

Omsorgsrelationen som vendepunkt er meget tydelig i Fatimas behandlingshistorie. Her er det en kontaktperson, der bliver ved med at holde fast i hende og som hele tiden er der, uanset hvor umuligt hun opfører sig, og hvor mange gange hun tester tilliden og støtten. Oplevelsen af *trygheden, at der er nogle voksne, der vil mig* er det, der gør hele forskellen. Hun har manglet opmærksomhed, rammer og struktur: *Jeg har jo aldrig haft det her, jeg har ikke haft respekt for min familie, slet ikke for nogen voksne mennesker.* Hun siger om den gode behandler, at vedkommende skal *lytte og give enormt meget med omsorg og kærlighed. Være der døgnet rundt, støtte* – og det er jo tæt på at være den forestilling, som forbindes med familien. Senere tillægges NA også denne omsorgs- eller kærlighedsfunktion.

Fatimas historie er ikke enestående i interviewmaterialet. Flere af de misbrugere, der har haft en manglende eller højst svingende voksenkontakt i opvæksten, udtrykker en lignende oplevelse af, at behandlerne bliver en slags erstatning for de familiære omsorgsrelationer.

Også Taysir siger om sin kontaktperson, at *han er rigtig flink, jeg har aldrig haft en som ham, min bedste ven.* Omdrejningspunktet er igen tillid, og det går igen, når der svares på, hvad en god behandler er. Det er meget tydeligt i dette interview, at relationen til kontaktpersonen kommer til at stå i modsætning til den øvrige del af systemet, der er præget af mistillid og en mere nøgen kontrol (SSP, kriminalforsorgen). Han har en følelse af, at systemet har svigtet ham mange gange, og kontaktpersonen i behandlingssystemet bliver altså undtagelsen hertil og på den måde et vendepunkt i form af at have en voksenfigur og ven i sit liv – men måske også i form af at mindske den oplevede distance til systemet.

Selv Omar med en meget højspændt tilværelse, hvor manglende tillids- og omsorgsrelationer nærmest udgør den røde tråd i fortællingen, oplever en åbning i forhold til behandlere, der med tid og tålmodighed holder ved. Han overgiver sig ikke let, hverken for faderens autoritet eller for behandlingsinstitutionens kontrol, men har alligevel reageret på og taget imod en behandlers omsorg. Der er anstrøg af vendepunkter i hans oplevelser med voksenkontakten på institutionen. Den udløsende faktor for at gennembryde hans mistænksomhed synes at stamme fra det faktum, at en behandler tog sig tid til ham og snakkede længe, selv om andre misbrugere på institutionen stod og ventede på at komme afsted på tur med samme behandler. Han fik altså på en eller anden måde et bevis for, at denne behandler oprigtigt ville ham, selv om han egentlig skulle være noget andet for nogle andre.

#### *At være voksen i behandlingen*

På den anden side er der nogle misbrugere med anden etnisk baggrund, som er kommet ind i behandlingssystemet som voksne og som også har prøvet en voksentilværelse uden misbrug. Her er både tale om misbrugere i døgn- og ambulant behandling. Hos disse misbrugere er der en anden indgangsvinkel til synet på behandling og kravet om omsorg. De leder ikke efter en voksen rollemodel eller en bedste ven, men forventer derimod, at behandlerne er fagligt kompetente og professionelle. De er mere reflekterende i forhold til indholdet i behandlingen; de forholder sig kritisk til det, der bydes dem og er meget bevidste om behandlingsforløbets midlertidige status i deres egen stræben efter at komme videre ud i den 'virkelige verden'. Det er meget muligt, at disse misbrugeres tilgang til behandlingen på visse måder kommer i konflikt med den herskende omsorgs- og kontrolmodel i behandlingssystemet, der netop synes indrettet på at påtage sig en voksenrolle overfor mere eller mindre hjælpeløse klienter. Til forskel herfra siger Amim, at det er familien, der skal 'passe på' og ikke systemet. Gennem hans egen historie bliver det klart, at familien i oprindelseslandet for ham repræsenterer den primære følelses- og omsorgsrelation, som hverken hans tidligere eller nuværende danske kæreste endsige behandlerne på misbrugsinstitutionerne kan træde i stedet for. Amin kommer på denne måde til at distancere sig fra behandlernes omsorg, som han ser som en professionel relation fra ansatte til brugere, der foregår indenfor et lukket system frem for i den virkelige verden, og hvor omsorgsrelationen er medieret via penge (behandlerne får betaling for at give omsorg til misbrugerne). Hans 'voksne' tilgang påvirker altså hans relation til behandlerne.

De voksne misbrugere efterspørger en behandling, hvor ansvaret gives tilbage til klienten – både ansvaret for at være blevet misbruger og ansvaret for at blive stoffri. Yeti udtrykker denne kritik meget klart og kommer dermed til at udfordre den behandlingsfacon, der er

i mange institutioner og som netop er, hvad de yngre eller mindre selvhjulpne misbrugere efterspørger. Hun siger om behandlere generelt:

Fordi jeg forventer lige så meget, at jeg giver respekt, jeg forventer, at jeg får respekt tilbage. Og de folk, der er her, de er her, fordi folk som mig eksisterer (...) De kan skrive ting, der kan gøre, at min datter bliver fjernet, og det er ligesom at dø, ik', hvis man fjerner min datter (...) Det er ikke så rart, at det er mennesker, som har deres egne problemer ik', der har denne her magt. Det forskrækker mig meget (...) Altså, jeg spurgte engang, om de gik til psykolog selv ... Ja, og terapi. For man behøver ikke være syg for at snakke med terapeut og lære sig selv at kende. Det har jeg gjort, men jeg føler ikke, at de har.

Forventningen er her, at behandleren og misbrugeren har et jævnbyrdigt forhold med gensidig respekt, og en del af frustrationen over behandlerne går da også på at blive talt til og behandlet som et barn. Behandlernes magt over misbrugerne er også central i kritikken. Et par af de yngre misbrugere berører også irritationen over behandlernes magt, men mere som en trodsighed, en form for forældreoprør, hvor 'de skal sgu ikke komme her og fortælle mig...'. Den mere voksne pointering af magten synes at bunde i en modstand mod at blive umyndiggjort og frataget kontrollen over eget liv, og en bekymring og frygt over det potentielle magtmisbrug, som følger i kølvandet heraf.

Ligeledes forholder Yeti sig til misbrugsbehandlingen ud fra et mere metarefleksivt perspektiv og igen bliver omdrejningspunktet, at misbrugere er voksne mennesker, som man godt kan stille krav til og forvente af, at de opfører sig som sådan i behandlingen:

Altså for mig er god behandling at komme ud af misbrug og blive derude, altså. Men det er ikke det, der sker her. Det er så nemt at være misbruger. Der er folk, der arbejder så meget og som har problemer, der ikke er relateret til stoffer osv., men folk som har mere brug for hjælp, og som ikke får det. Men hvis man siger, at man er stofmisbruger, så får man alt det der hjælp, fordi altså, jeg vil ikke sige, at der er vores skyld, men det er vores ansvar. Det skal være sådan hele tiden. Det skal ikke være deres ansvar, og det er mere eller mindre på den måde tingene er sat op. Det er dem, der har ansvaret. Jeg har snakket med folk, der har været her i 11 år. Jeg vil ikke sige, at personen har været i behandling, ikke rigtigt, fordi det skal være måden, hvor man kan være stoffri, medicinfri og prøve at være normal, altså gåseøjne, ik'. Et normalt menneske, der giver noget i stedet for at modtage hele tiden. Men folk kommer her, de har ingen penge, fordi de har brugt det på stoffer. Så får de et buskort, og de får det her og det der. Hvis man ikke er særligt motiveret, så kan man blive her hele tiden, for evigt, ik'. Så der skal være en måde at give ansvar tilbage til personen. Det er god behandling, synes jeg..

Nu udgør Yeti, Amin og andre 'voksne' nok kun en brøkdel af den samlede klientskare i behandlingssystemet og dermed ikke den brede fællesnævner, som behandlingen er defineret efter. Men det rejser nogle interessante spørgsmål omkring rummeligheden i systemet, og hvorvidt den kan omfavne veluddannede og i øvrigt velfungerende personer, der stiller andre krav til behandlerne og behandlingsforløbet. Ironisk nok udgør denne gruppe vel på papiret en slags socialhjælps idealklienter, der er selvhjulpne, motiverede og reflekterende, men i realiteten er det også disse egenskaber, der kan være vanskelige for et system at imødekomme med den mangfoldighed af krav, forventninger og løsningsstrategier, som hermed bringes på bane. Rummelighed er altså ikke kun et spørgsmål om kultur og etnicitet, men også om uddannelse, socioøkonomiske forhold og graden af selvstændighed.

### *Omsorg og tillid gennem identifikation*

En betragtning, der optræder hos flere af de unge med både dansk og anden etnisk baggrund er, at behandlere, der selv har erfaringer med misbrug, har en særlig betydning i behandling. De opleves som mere troværdige, fordi de selv har været i en lignende situation og som sådan tjener de samtidig som rollemodeller for stoffrihed og en anden type liv. Denne misbrugsidentifikation er en iboende del af Minnesota-inspirerede behandlinger, og det er da også af misbrugere i netop disse institutioner, at den præsenteres, hvorimod den ikke optræder hos de voksne eller misbrugere i ambulante eller substitutionsbehandling.

Behandlere med anden etnisk baggrund er et ønske, der udtrykkes af mange etniske minoritetsmisbrugere. Udgangspunktet er også her en forestilling om, at det i behandlingen vil være lettere at åbne sig og arbejde med behandlere, med hvem man kan identificere sig. Ræsonnementet er, at en anden etnisk baggrund former på en særlig måde, der muliggør gensidig forståelse og tillid. Denne identifikationsmodel bryder så at sige med stoffokuseringen, fordi det ikke er stof erfaringen, der er i centrum (der tales ikke om etniske minoriteter med misbrugserfaring), men derimod den minoritære erfaring; en identifikation via det ikke-danske. På den måde går dette ønske på tværs af misbrugsidentifikationen og sætter etnicitet som den primære markør i omsorgsrelationen.

Identifikation ligger også bag manges begejstring for og brug af NA. Dette gælder for de interviewede misbrugere, der tidligere har været eller nu er i døgnbehandling på Minnesota-inspirerede institutioner, mens misbrugerne i ambulante og substitutionsbehandling ikke omtaler NA. Dette skal ses i sammenhæng med, at der som oftest under disse døgnbehandlingsforløb introduceres og opfordres til at deltage i fællesskabet. Mange har følt sig meget velkomne og accepterede og føler et slægtskab med andre i samme situation. Deltagelsen i NA forklares ud fra enten en funktionel eller en identifikationsmæssig tilknytning. Den første handler om *fællesskabets funktion* og er den mindst dominerende af de to. Den optræder

som en strategi til at pålægge sig selv en slags ekstern kontrol gennem mødedeltagelse. Den anden handler mere om *fællesskabet i sig selv* og om at have et netværk af ligesindede mennesker i samme situation, som kan yde støtte og hjælp til hinanden. På sin vis er NA et forum, hvor behandlingssystemets fordring om 'offentlig privathed' overføres til en (semi-)offentlig sfære. Behandlingsinstitutionens trygge rammer og følelse af fællesskab fortsættes i NA, og de omsorgs- og tillidsrelationer som behandlerne (også eksmisbrugere) tidligere stod for, tilvejebringes nu af andre eksmisbrugere.

### **Behandlingens form og indhold**

Større frihed i behandlingen er et træk, der defineres af mange som positivt i døgnbehandlingen. Mange fremhæver, at den form, de benævner 'Minnesota-light', som nu opleves på mange døgninstitutioner, er en positiv udvikling i forhold til den 'hårde Minnesota', som tidligere blev praktiseret. I det hele taget er denne 'hårde Minnesota' referencepunkt for mange misbrugerens tale om positive og negative ting i døgnbehandlingen. Flere har selv tidligere været igennem eller har hørt om sådanne forløb, og de fortæller bl.a. om nedbrydende oplevelser med gruppeprocesser, ingen adgang til at kontakte forældre og kæreste før 30 dages clean og meget lidt rum for den enkelte misbruger. Ehab fortæller, at han netop gerne ville til den pågældende institution, fordi

det er ikke den hårde Minnesota (...) Jeg har hørt om den og set folk, der er gået ned med nakken på den. Så det var ikke det, jeg ville. Jeg ville gerne have et sted, hvor jeg også har min frihed. Hvor jeg kan få lov til at sige fra, hvis jeg føler, at det er for meget, eller....

Omkring gruppeprocesserne i den 'hårde Minnesota' fortæller han:

Det er simpelthen gruppemøder, hvor folk har siddet og kørt på dem, så de er kørt psykisk ned, og så har de måtte køre dem ud på en psykiatristalt. Og sådan noget gider jeg ikke, jeg er kørt langt nok ned i forvejen. Jeg mangler ikke, at der er en der skal sidde og køre mig længere ned.

I modsætning hertil fremhæves, at der i dag er større mulighed for at sige fra, at der er mere tid til sig selv, og at der i det hele taget lyttes mere til misbrugerens behov i løbet af både afgiftnings- og behandlingsprocessen. Som eksempel på, at der opleves en større tilpasning til individuelle behov og ønsker indenfor 'Minnesota-light'-modellen fortæller Rashid:

Det, der virkede for mig herinde, det var det der frihed, at behandling og samtidig havde man også fri og det, der er bedst herinde, det, jeg synes har været bedst, jamen,



ens egen erfaring, de lader en have sin egen erfaring, fordi de siger selv, at det der har virket for en anden, det behøver ikke virke for mig.

Julie sammenligner de to Minnesota-modeller ved at kontrastere en tidligere behandling i den hårde variant med den nuværende light-model:

Og der var det sådan meget på frygt ' hvis du ikke gør sådan, så tager du noget' og 'hvis du ikke gør sådan, så tager du noget'. Det var meget hårdt dengang. Hvor det der med det der overbevisninger, jeg har haft, der bare ikke har været sunde, med at jeg ikke kunne tillade mig at komme lidt ud på kanten, fordi så tog jeg noget. Det har hjulpet mig meget at finde mine egne overbevisninger. Sådan mere finde mig selv i det end ikke bare sådan en lille NA-robot og skal gøre sådan og sådan, for ellers går det galt. Det, synes jeg, der er meget (...) de er gode til at gøre det individuelt og se på, hvad man har brug for. For nogen er skadet af at være for meget i behandling, hvor de så piller lidt af det fra og får rykket ved de der overbevisninger, man er blevet fodret med.

Friheden og det mere individuelle fokus er altså vigtige elementer i et godt behandlingsforløb.

Det individuelle fokus hænger sammen med at blive lyttet til og få hjælp til selv at komme frem til egne løsninger. Dette nævnes af flere, inklusive de føromtalte 'voksne' brugere. Tiltag som coaching og psykoterapi falder indenfor de løsningsstrategier, som i denne forbindelse opleves som positive tiltag. Flere brugere med anden etnisk baggrund nævner i denne sammenhæng også enesamtaler som et behandlingsselement, der virkelig rykker noget for dem, fordi der her er en mere direkte kommunikation rettet mod den enkeltes behov og problemer.

Nogle behandlere og kontekstinformanter har udtrykt en vis skepsis omkring egnetheden af 'snakkekuren'<sup>27</sup> for etniske minoriteter. Brugernes egne oplevelser med at indgå i gruppeprocesserne er dog overvejende positive. Et fællestræk for alle misbrugere i behandling uanset etnisk baggrund er, at de har fundet de første gange i gruppen svære og hårde, men med tiden og erfaringen er de blevet glade for at deltage og ikke mindst i at få del i og identificere sig med andres erfaringer og historier. Samtidig er der også nogle stykker, der har et mere instrumentelt forhold til processerne, hvor bevidstheden om en potentiel sårbarhed i at blotte sig selv overfor gruppen sidder i baghovedet. Et eksempel herpå er Omar, der er i behandling for første gang, og som har anlagt en mere distanceret strategi på deltagelse i møderne: udvalgte ting deles i gruppen, mens andre holdes for sig selv. Det handler delvist om en frygt for at blive konfronteret med egne afsløringer på gaden en dag, men også om at opretholde et forsvar, en vis privathed.

<sup>27</sup> Elin Berg (2003), *Et studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Sirius rapport nr. 1/2003*, Statens Institutt for Rusmiddelforskning, Oslo 2003. Se også Elin Berg (2002), 'Terapeutisk offentlighet – en kompleks hybrid. Hvorfor avbryter (en del) innvandrere behandlingen?' I: *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift*, vol. 19, 2002(3).



Jeg var nysgerrig og hele tiden jeg tænker, nu tænker de mærkeligt om mig, fordi jeg ikke vidste om de havde det på sammen måde som mig. Men det varede et stykke tid, og vi snakkede til gruppemøder, og så var det helt normalt. Så snakke jeg åbent om mig selv og sådan nogle ting, men ikke alle ting, fordi jeg har brug for nogle forsvar stadigvæk i mit liv. Jeg føler, at jeg ikke behøver at snakke med dem om alt det, jeg har inde i mig.

Den manglende privathed er også et element, der kan skabe en form for distancering, hvor dét at indgå i gruppen og fortælle om sig selv, bliver en slags systemkompetence, som tillæres og bruges, når det er påkrævet. En af de 'voksne' brugere anfægter gruppeformens konstruerede parallel-univers ved at påpege, at man jo altså ikke går rundt ude på den anden side og deler alt ud om sig selv.

Misbrugerne med anden etnisk baggrund i denne undersøgelse synes altså ikke at have uvilje mod at indgå i denne del af behandlingskulturen. Som det er nævnt tidligere, er disse informanter netop i systemet, og de fleste har medbragt en vis bruger- og behandlingserfaring. Af samme grund er det måske ikke så overraskende, at formen kan tilpasses uden de store vanskeligheder. Behandlernes og kontekstinformanternes forbehold omkring større lukkethed og uegnet til at indgå i terapeutiske snakkeforløb, kendetegner måske derfor i højere grad mindre systemvante og måske mindre tillidsfulde klienter med anden etnisk baggrund.

Et sidste element, der skal nævnes i forbindelse med positivt vurderede tiltag i behandling, har at gøre med familien og mange etniske minoritetsbrugeres tilknytning hertil. Vi har fået to konkrete historier, hvor brugerne fremhæver imødekommenhed på netop dette punkt som absolut udslagsgivende. Rashids tilknytning til familien og manglende mulighed for kontakt med den under døgnbehandling, har tidligere været årsag til at forlade behandlingsforløb. Denne gang har kontakten været bevaret hele vejen igennem og familien har været på besøg regelmæssigt – en proces, der også har været vigtig for samleveren og børnene:

Og det har også været godt for hende, at se mig heroppe, ligesom at kunne se den forandring, der bliver med mig, så hun kunne få mig hjem pludselig som en helt anden, fordi man bliver jo en helt anden (...) Så det har også været rigtig godt for hende (...) Og børnene.

Forskellige strategier, der involverer familier i højere grad, kunne være en løsning på mange af de problemer, som særligt etniske minoriteter oplever i forhold til både at søge hjælp, men også på at gennemføre behandlingen. Et andet eksempel er Hari, der efter 7-9 afbrudte døgnophold pga. familieproblemer, nu har fået lavet en løsningsmodel, hvor hans involvering

i familiens akutte behov (primært morens sygdom) imødekommes praktisk ved et stående løfte fra institutionen om at tillade og hjælpe ham af sted, hvis det bliver nødvendigt. Alene muligheden herfor synes i hans vedkommende at virke som en anerkendelse af hans behov og en håndsrækning i forhold til at kunne tilrettelægge et behandlingsforløb ud fra de eksisterende forudsætninger.

## Kapitel 7: Behandlingssystemet

Som det vil være fremgået af det portræt af de etniske minoriteter i behandlingssystemet som vi har skitseret i rapporten, er den interne og individuelle variation i gruppen af etniske minoriteter stor. Som nævnt er det især på baggrund af brugerinterviews og talmateriale, at denne skitse er tegnet. I behandlerinterviewene er billedet af etniske minoriteter med enkelte - men vigtige - undtagelser ganske utydeligt. Et gennemgående træk er, at de enkelte behandlere i udgangspunktet har et syn på, hvorvidt og hvordan forskelle, og herunder især kulturelle forskelle, kan og skal udpeges, og på hvilken måde en sådan udpegning i anden række kan eller skal have konsekvenser for institutionen og organiseringen af behandlingsforløb. Der ligger på denne måde nogle bestemte måder at se på *forud* for mødet med de etniske minoriteter, og disse synsvinkler bliver i stort omfang bestemmende for, hvordan forskelle kan komme til syne<sup>28</sup>.

I den første del af dette kapitel om behandlingssystemet beskrives tilgangen til forskelle blandt behandlerne mere detaljeret. Dernæst følger nogle betragtninger omkring indgangsporten til behandlingssystemet, dvs. om forståelsen af afhængighed blandt de etniske minoriteter og om behandlingsmotivationen, som begge er felter, der udpeges af behandlerne. I afsnittet *Behandlingen – at hjælpe og at modtage hjælp*, bevæger vi os ind i institutionerne og ser på hvilke muligheder og begrænsninger behandlerne ser i forhold til at yde hjælp til de etniske minoriteter. Det er særligt familien og familierelationerne, som træder frem her. Det følgende afsnit om *Særlige problemstillinger og udpegning af behov* fortsætter i samme bane, men her er det mere særlige problemstillinger i brugergruppen, som sprogvanskeligheder og traumer, der er genstand for opmærksomhed.

### Tilgange til forskelle i behandlingssystemet

I det følgende er det institutionernes og behandlernes syn på forskelle, og herunder særligt de forskelle, der har med etniske minoriteter at gøre, som er i fokus. Vi har på tværs af materialet udskilt to overordnede problemstillinger. *For det første* og måske mest fremtrædende er der en generel usikkerhed blandt behandlerne i forhold til, hvilke forskelle, der kan siges at være, og hvordan disse skal håndteres. Dertil kommer, at det ser ud til at være overladt til

<sup>28</sup> Dorthe Staunæs kommer frem til en lignende konklusion på baggrund af hendes undersøgelse fra slutningen af 1990'erne af hvordan misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund fremtræder i hhv. misbrugsinstitutioner og i institutioner, hvis målgruppe særligt er etniske minoriteter, Dorthe Staunæs (1998), *En "Anden" bruger? Behandling af misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund*. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet.

den enkelte behandler at reflektere over disse forhold – det er ikke spørgsmål, som kommer op på personale- eller behandlingsmøder. Hovedparten af de behandlere, vi har talt med mener, at grundlæggende er problemerne de samme for alle misbrugere, og at behandlingen af de etniske minoriteter derfor også kan rummes i behandlingssystemet som det ser ud nu. *For det andet* er der en række forskellige synsvinkler, hvoraf to har at gøre med synet på afhængighed og behandling og knytter sig til forskellige behandlingskoncepter, mens én omhandler en trend i måling af behandlingseffekter, der på forskellig vis spiller ind i de eksisterende behandlingspraksisser. Den første synsvinkel hænger sammen med 12-trinsprogrammets syn og den måde dette optræder på i de Minnesota-inspirerede institutioner, som indgår i undersøgelsen, mens den anden synsvinkel knytter sig mere til de offentlige institutioner og er præget af et syn på det sociale arbejdes etik. Som en tredje synsvinkel træder spørgsmålet om evidensbaseret af behandlingen relativt tydeligt frem i interviewene – tydeligere end håndteringen af de etniske minoriteter. Her rejser vi snarere et spørgsmål om, hvad dette betyder for håndteringen af forskelle, end vi leverer et svar. Afslutningsvis ser vi på baggrund af datamaterialet på, hvem der optræder som den centrale eller normale bruger i behandlingssystemet samt på forskellige problemstillinger, der optræder særligt omkring det at have etniske minoriteter i misbrugsbehandlingen.

### **Tøven og usikkerhed**

På tværs af institutioner og behandlingskoncepter er der generelt en tøven eller usikkerhed i forhold til at tale om og håndtere forskelle, når det gælder gruppen af etniske minoriteter. Dette kommer til udtryk i interviewene på flere måder, som peger mod, at refleksionen over forskelle og deres håndtering tilsyneladende ikke har slået rod i behandlingssystemets praksis endnu. Overvejelserne herover befinder sig således på et overordnet niveau og drejer sig om principielle og normative forhold<sup>29</sup> - dvs.: hvordan *bør* man forholde sig til, at mennesker har forskellige gruppetilhørsforhold, og hvad forårsager forskelle; er det kulturelle normer eller sociale vilkår, som har mest betydning? Og hvorfor bliver man misbruger? Dette betyder også, at den enkelte behandler selv må finde ud af, hvordan han eller hun gør i praksis. Kemal og Sasko som begge selv har etnisk minoritetsbaggrund, er de to behandlere i undersøgelsen, som mest håndfast har indarbejdet håndteringen af forskelle i deres praksis. Kemal siger generelt om forholdet mellem behandlingssystemet og de etniske minoriteter, at der klart er vilje til at møde de etniske minoriteter fordomsfrit, men tilføjer han:

Om man så er gearet til det, den praktiske udførelse af arbejdet og forstå det (...) behandlerne skal selvfølgelig indstille sig på at det bliver mere turbulente forløb, og at ting tager lidt mere tid end man er vant til (...) Jeg tror man skal være sådan lidt indstillet på at der er nogle andre problematikker her.

<sup>29</sup> Det er tydeligt i en del af interviewene, at den offentlige debat om etniske minoriteters tilstedeværelse i Danmark er med til at skabe en vis berøringsangst i relation til at tale om forskelle. Det kommer f.eks. til udtryk i en tøven i forhold til hvordan man overhovedet kan benævne gruppen. Feltet er politiseret, og det mærkes.

Tøven og usikkerhed er imidlertid ikke ensbetydende med lukkethed blandt behandlerne. Tværtimod har vi oplevet stor imødekommenhed på institutionerne, som gerne ville tale med os og som fandt undersøgelsen relevant. I forbindelse med udvælgelsen af institutioner til undersøgelsen, talte vi i telefon med alle de institutioner Københavns Kommune havde visiteret til i 2004 (se bilag for udvælgelseskriterierne). I disse telefonsamtaler var meldingen fra mange, at de gerne ville have mere viden, også selv om hovedparten af institutionerne ikke i særlig høj grad så de etniske minoriteter.

Morten fortæller, at etnicitet ikke er noget, der har været på personalemødets dagsorden, og på spørgsmålet om, hvorvidt det skyldes, at det ikke er en ekstra udfordring, svarer han:

Det er altid en udfordring. Men stadigvæk synes jeg, vi er klædt på til at håndtere det. Det er ikke sådan, at man sidder i mange situationer og tænker i baner af, at det kunne have været gjort anderledes. Fordi de har jo så stadig heller ikke, vi har ikke andre tilbud til dem heller. Det jeg tidligere nævnte med, at man kunne godt gå ind og undersøge noget mere om man skulle lave nogle specifikke tilbud. Men det er ikke noget, der har været oppe i systemet generelt som en problematik.

At tilgangen til (gruppe)forskelle er individualiseret, kommer i nogle af interviewene til udtryk som en udtalt usikkerhed i forhold til håndteringen af etniske minoriteter. Mest tydelig er Tom, som efterlyser et 'forståelseskursus', og beskriver sin egen mangel på forståelse med følgende billede:

Jeg har også siddet i en lejlighed hos en af mine brugere og siddet og drukket æblete. Og hele familien bare sidder og smiler til mig, fordi de synes, det er godt, at jeg kommer som en del af systemet og gerne vil hjælpe deres far. Så sidder de alle sammen bare og smiler, de siger ingenting, de sidder bare og smiler og vi drikker æblete. Så tænker man, hvad laver jeg her. Jamen, jeg ved det ikke (...)

En anden behandler, siger, at behandlingen af etniske minoriteter er en gråzone, og tilføjer: *Vi har godt nok haft dem i en del år, men jeg synes alligevel det er et område, hvor vi virkelig mangler noget erfaring.*

Usikkerheden kommer også frem ved, at behandlerne forslår nogle forskellige ting som særligt karakteristisk for brugere med etnisk minoritetsbaggrund, for så umiddelbart bagefter at korrigere sig selv: nej det gælder egentlig for alle brugere. Det kommer f.eks. til udtryk i følgende udveksling:

Lars      Jeg synes ikke, der er den store forskel. Vi har haft nogen, der har været i Eksjugoslavien og oplevet krig og har fået nogle traumer og på den baggrund har

dulmet med alkohol, og så har de måttet fortsætte med hårde stoffer, (...) de har medicineret sig selv på deres traumer. Men ellers så er det noget med, at de har været generte, de har ikke følt sig tilstrækkelige og så videre og har fundet det her alkohol eller har fundet det her hash til at starte med, som har dulmet dem, eller har givet dem lige præcis det, som de havde brug for, amfetamin og måske ikke så meget stiknarkomaner, mere rygeheroin, fordi det der med at være narkoman, altså en der stikker sig med en nål, så er man beskidt, men altså det er et spørgsmål om tid, så er der også flere, der er røget på nålen, som man siger. De har lidt den der med: hvis jeg hare ryger heroin, så er jeg ikke rigtig narkoman, men dem finder man også blandt danskere...

Kirsten Har danskere det ikke også sådan?

Lars Jo fuldstændig

Kirsten Altså den der typiske narkoman...

Lars Jeg synes ikke, der er den store forskel.

Udover, at Lars i citatet ovenfor pendler frem og tilbage på, hvorvidt det er særligt for etniske minoriteter, at de ikke fixer, eller at de forbinder det at være narkoman med at være på sprøjten, så er fremhævelsen af traumerne også typisk – det er den type af forskel som vi her i rapporten sætter under overskriften migration. Det interessante er, at det både tæller som en forskel – og ikke. Det har muligvis at gøre med, at det ikke er en kulturel forskel, og når vi spørger til forskelle i interviewene, så er det – af årsager som sikkert har at gøre med tidens fokus på kulturelle skel - denne type af forskel, behandlerne tænker over.

Nogle af de (døgn)institutioner, som indgår i undersøgelsen, fremhæver eksplicit, at etniske minoriteter er en del af deres målgruppe<sup>30</sup>, i andre tilfælde udgør denne gruppe en ganske stor del af institutionens brugere. Alligevel er det tydeligt, at refleksionen over forskelle og konsekvenserne af disse i forhold til behandlingen, ikke indgår i personalegruppens kollektive diskussioner. I flere interviews er det således tydeligt, at denne refleksion finder sted i købet af interviewet. Lars starter f.eks. med at fremhæve, at kvindesyn og mad er de to felter, hvor han kan udpege forskelle mellem etniske minoriteter og andre brugere. I løbet af interviewet spørger vi uddybende ind til nogle konkrete eksempler på behandlingsforløb, hvor Lars taler om familiens betydning. Dette fokus på familien, som opstår i interview-sammenhængen, fører til, at Lars til slut fremhæver

<sup>30</sup> Det skal tilføjes, at der også er tale om en forretningsstrategi – de etniske minoriteter er en forholdsvis ny brugergruppe, og er dermed også nye kunder i butikken hos de private døgninstitutioner.

behovet for familiebehandling som en særlig påkrævet foranstaltning, når det gælder etniske minoriteter. I et gruppeinterview med tre behandlere fører den indbyrdes samtale mellem de tre koblet med spørgsmålene fra interviewer til, at behandlerne begynder at diskutere og generalisere deres erfaringer.

### Synsvinkler 1 – Minnesota-modellen

Som nævnt er den måde forskelle opfattes på af de enkelte behandlere også relateret til behandlingskoncepter og opfattelser af socialt arbejde<sup>31</sup>.

En type formning forekommer i interview, hvor behandleren orienterer sig mod Minnesota-modellen eller 12-trinsprogrammets grundsætninger<sup>32</sup>. Udgangspunktet er, at afhængighed forstås som en kronisk og medfødt sygdom, som misbrugerer er disponeret for og dermed også er uden skyld i at have pådraget sig. Konsekvensen af sygdommen er, at 'den afhængige personlighed' kommer til at skygge for selvet eller personligheden inde bag ved, og afhængigheden virker f.eks. gennem påberåbelsen af forskelle (f.eks. jeg er ikke narkoman, jeg er anderledes end narkomanerne), som munder ud i, at sygdommen (afhængigheden) får overtaget. Susan formulerer det således:

Men afhængigheden vil jo gerne fokusere på, at jeg er anderledes end dig: jeg kan godt det, jeg har jo slet ikke været helt derude, hvor han har været ude, så jeg kan jo godt en gang imellem. Det er jo det afhængigheden og sygdommen gerne vil.

Første skridt i bekæmpelsen af afhængigheden er således, at den erkendes. At misbrugerer altså indser, at han deler identitet med alle andre misbrugere, og at han må overgive sig til dette faktum. Derfra kan der så arbejdes med symptomerne på afhængigheden, således at personen eller selvet nedenunder kan træde frem. Forskelle mellem mennesker kan på denne måde både opfattes som udtryk for afhængigheden, som noget afhængigheden 'arbejder i', og det kan være noget, der tilhører selvet nedenunder sygdommen. På denne måde bliver det afgørende for håndteringen af forskelle således spørgsmålet om, hvor grænsen fastlægges – grænsen mellem de forskelle, som er sygdomsudtryk på den ene side og de forskelle, som tilhører selvets orden frem for sygdommens<sup>33</sup>.

<sup>31</sup> Se i øvrigt Mads Uffe Pedersen (2000), *Stofmisbrugere før under efter Døgnbehandling*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

<sup>32</sup> Om Minnesota-modellen se i øvrigt Vibeke Steffen (1996), *Erfaring, fællesskab og forandring. Minnesota-modellen og Anonyme Alkoholikere i Danmark*, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

<sup>33</sup> Louise Grønbæk Østergaard beskriver denne grænsesætning og dilemmaet ved den som forholdet mellem sygdommen og mennesket inde bag ved, og tvivlen om hvor hvilke konkrete udtryk hører til. Louise Grønbæk Østergaard (1999), *Behandling på den selvejende institution Kongens Ø. En udviklingssammenhæng med flydende overgange og skarpe grænser*. CRF Publikationer, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet. Margaretha Järvinen påpeger i relation til alkoholbehandlingen på Minnesota-hjemmene og i AA, at forståelses- og forklaringsmodellerne bliver standardiserede på godt og ondt: "en standardisering af livshistorier, som kan inkludere (og hjælpe) nogle misbrugere og ekskludere andre", Margarethe Järvinen, 'Alkoholfortællinger i et institutionelt landskab', I: Järvinen & Mik-Meyer (2003), *At skabe en klient*, København, p.57.

I interviewet med Susan bliver denne grænse lagt således, at de forskelle som ikke hører til sygdommens orden er individuelle. Det vil sige, at alle mennesker grundlæggende er forskellige, og at nedenunder sygdommen er misbrugere det også. Hun påpeger i den forbindelse, at kravet til behandlernes kompetence har været stigende gennem årene. Der stilles større krav fra de visiterende myndigheders side, og brugerne ved mere og kræver mere, siger hun. Udover afhængigheden vil de også kigge på alle de andre ting 'nedenunder' og mere konkret:

(...) det, det meget handler om, det er, at vi som personale, uanset hvem der kommer ind her, har som mål at lære vedkommende bedst at kende. Jo mere jeg kan få at vide om en, der kommer ind i behandlingen, jo bedre er jeg rustet. Ikke omkring afhængigheden, fordi den er den samme, men alle de ting der ligger nedenunder. Så jo mere nysgerrig jeg er, jo mere undersøgende jeg er, og jo mere individuelle vi er ud over afhængigheden, jo bedre behandling laver vi.

Susan mener altså, at der over tid er sket en forskydning i den Minnesota-inspirerede behandling fra et mere entydigt fokus på den universelle eller kollektive identitet, som defineres af afhængigheden, over mod de individuelle forskelle, som ligger neden under afhængigheden. I den klassiske 12-trinsforståelse er opfattelsen, at afhængigheden skygger for individets personlighed eller selvet, og behandlingen har først og fremmest fokuseret på at afdække afhængighedens udtryk og dernæst på at hjælpe den enkelte til at indse, at ansvaret for, at personligheden får overtaget i kampen mod sygdommen, er hans eller hendes eget. Hjælpen til at påtage sig dette ansvar har i høj grad ligget i selvhjælpsgrupperne (NA). Dette skift viser sig på institutionerne i form af inddragelse af forskellige terapiformer, f.eks. kognitiv og/eller adfærdsterapi og coaching. Terapiformerne passer godt ind i det fokus på individets ansvar for egen rehabilitering, som har været 12-trinsprogrammets (udviklet i USA i 1930'erne) og senere Minnesota-modellens (udviklet i USA i 1940'erne og '50'erne) særkende, men som efterhånden også er blevet et centralt træk ved den danske socialpolitik.

De forskelle, som er synlige i dette blik, er altså de individuelle forskelle, hvorimod kollektive forskelle ikke umiddelbart lader sig fange ind. Eller måske rettere kollektive tilhørsforhold, der kommer i konflikt med misbrugeridentiteten som den absolut overordnede, er vanskeligt håndterbare inden for modellens rammer.

Familien udgør for nogle af brugerne med etnisk minoritetsbaggrund et sådan kollektivt tilhørsforhold, som kan komme i konflikt med misbrugeridentiteten som den øverste instans. Det fremgår også indirekte af interviewet med Susan:

(...) det vigtigste er at de pårørende ved noget om den her sygdom og hvordan man arbejder med den: for det er hverken familie eller arbejde, der holder dig clean – det allervigtigste er ikke at tage stoffer hver dag, og det kommer før familie og børn og mødre og arbejde.

For brugerne (dvs. for alle brugere) betyder den Minnesota-inspirerede model, at de for det første skal kunne afgrænse eller adskille sig fra andre kollektive identiteter, eller i al fald sætte misbrugeridentiteten øverst i hierarkiet og for det andet, at de i al fremtid skal kunne have egen kamp med sygdommen som livets førstprioritet.

Spørgsmålet er, om disse forudsætninger i en gennemsnitsbetragtning er vanskeligere at møde for de etniske minoriteter end for de øvrige brugere. Fra behandler- såvel som brugerinterviewene har vi eksempler på, at familien er et kollektivt tilhørsforhold for nogle af de etniske minoriteter, som ikke er så let at bringe ind i et underordningsforhold til en anden identitet. Lars fortæller om NA og de etniske minoriteter:

Ja fordi højere magt og det der med at skulle sidde i et eller andet fællesskab med danskere og sådan noget, det (...) nej: det er ikke den måde jeg holder mig clean på, siger én med anden etnisk baggrund, jeg skal hjem, og så skal jeg være sammen med min familie og mine søskende og mine venner, og der er på den måde jeg skal holde mig clean.

I Del 1 har vi blandt andet genfortalt Mustafas historie som et eksempel på, at behandlingssystemet har nogle implicitte krav til, at man skal være individuel og kollektiv på bestemte måder. De Minnesota-inspirerede behandlingskoncepter turnerer, som beskrevet, disse krav på deres egen måde. I interviewene med brugerne er der eksempler på, hvordan de kollektive identiteter og sygdomsforståelsen konkret forhandles af brugerne. Pedro siger f.eks.:

(...) når man kommer ind – også for danskerne – at den der frygt man har for at forandre sig, den vil hive alle mulige ting ned. Og der er det klart, der vil det være tydeligere for en udlænding, fordi han har en anden hudfarve, han har en anden baggrund, han har en anden religion. Så er der mange flere ting at rive ned, som han kan sætte imellem det at skulle overgive sig til at få et nyt liv. (...) Min sygdom den siger mig jo altid: de kan ikke lide mig, og de forstår mig ikke, og alle de der ting. Men det er mig, det er først når jeg ændrer min holdning til det, så kommer der en åbning.

Forskellene, eller måske rettere påberåbelsen af dem, fremstår her meget tydeligt som noget, der hører sygdommen til, som en af de ting sygdommen kan virke igennem og dermed forhindre, at overgivelsen kan finde sted. Samtidig er det også tydeligt, at det er individet selv,



der må ændre sig. For Pedro er familien ikke nærværende – den har skåret ham af på et tidligere tidspunkt i hans stofkarriere, derved er det ikke familien, han skal navigere i forhold til. Han er konverteret til Islam og praktiserer denne på 'rettroende' vis, men også her forhandler han med afhængighedsidentiteten. Religionen er ikke nok, hvis du har denne her sygdom, siger han, afhængigheden kan ligefrem arbejde i religionen. Man kan fikse i den, som han udtrykker det. Derfor er det nødvendigt at have 'nogle principper med' uanset, hvad man rører ved. For Pedro er forhandlingen lykkedes; han er nået frem til at overgive sig, som det hedder i programsproget.

Mette arbejder på en ambulansinstitution med en høj andel af brugere med etnisk minoritetsbaggrund. Hun har ganske meget samarbejde om korte døgnforløb, som kombineres med stoffri ambulansbehandling med Minnesota-inspirerede døgninstitutioner. Hun anfører på den ene side, at den Minnesota-inspirerede behandling er den mest effektive, den der virker bedst, men at på den anden side så har de ikke været særlig gode til de etniske minoriteter. Det kræver noget tillem্পning, som hun da også mener har fundet sted som følge af samarbejdet. Det er først og fremmest de traumatiserede flygtninge, som giver problemer – de tager stoffer, fordi de ikke kan holde livet ud, som hun udtrykker det, og profiterer derfor ikke nok af en behandling som fokuserer på afhængigheden. Hun påpeger samtidig, at nu er institutionerne blevet bedre til ikke at være så konsekvente – en betragtning, som også sås hos brugerne i deres omtale af Minnesota-light:

Det har meget været, at der er firkantede retningslinjer, og at alt, når du klager, er en del af din sygdom, det er din afhængighed, der snakker, hvor de er blevet bedre til at... og lidt mere runde i det.

### **Synsvinkler 2 – det sociale arbejdes etik og pædagogiske vinkler**

Det er som nævnt ikke særligt for de Minnesota-inspirerede institutioner, at forskelle bliver synlige og usynlige på bestemte måder. For døgninstitutionerne gælder særligt, at de alle baserer sig på kollektive løsninger. For de Minnesota-inspirerede institutioner drejer det kollektive sig om den fælles identitet som misbruger og kravet om at dele erfaringer med hinanden i gruppesessionerne. I de socialpædagogiske institutioner har gruppeterapien en anden retning og et andet udgangspunkt, men forudsætter på samme måde, at man kan identificere sig med de pædagogiske og psykologiske grundforståelser af adfærd eller psyke. Som Jonas, der er ansat i en ambulansinstitution udtrykker det:

mange døgnbehandlingstilbud, de er jo ganske kollektive i sin løsning. Der skal man jo passe ind. Her (...) er det jo ikke sådan, så kan man jo tilpasse sig tilbuddet enormt meget ud fra den enkelte, sådan er det jo sjældent i døgnbehandling.

Selvom dette utvivlsomt er rigtigt, så bliver synet på forskelle alligevel også vinklet på de ambulante institutioner. Den socialpædagogiske døgninstitution, som indgår i vores undersøgelse, er offentlig lige som alle ambulante institutioner på nær en enkelt, og der er i disse institutioner en tendens til, at synet på socialt arbejde bredt forstået – det sociale arbejdes etik – træder frem som betydningsfuldt. I denne optik fremhæves det universelt menneskelige som udgangspunktet, og forskelle mellem mennesker tilskrives i den forbindelse de sociale omstændigheder, disse mennesker har været udsat for. Kulturelle eller andre kollektive forskelle er vanskelige at indplacere i dette syn, fordi de opfattes som værende i modsætning til det almenmenneskelige udgangspunkt. Individuelle forskelle er det derimod ikke problematisk at tale om.

Morten siger f.eks. om tilgangen til behandlingen af de etniske minoriteter:

Tilgangen er den samme. Det er den menneskelige tilgang, der, synes jeg, er indgangen til klienten. Men der også nogle gange, der kan være nogle sprogmæssige barrierer, som gør at man ikke altid kommer helt ned til substansen af, hvad det egentlig drejer sig om.

Heller ikke Jens mener, at der er noget særligt, der presser sig på i forhold til, hvordan behandlingen tilrettelægges, når det gælder brugere med etnisk minoritetsbaggrund:

(...) fordi der taler man jo meget om adfærdsanalyser og –træning, og der er det jo noget med krop og tanker og følelser, og det fandme lige meget hvor på kloden, du er født, så er det noget du kan forholde dig til. Det er noget, vi alle sammen kan relatere til. På den måde der virker det. Måske også fordi jeg ikke har forstand på så mange andre måder at behandle på. Det kan være, alle virker (...)

Såvel i Minnesota-tilgangen som i den socialpædagogiske tilgang, er der altså en universel opfattelse af, at menneskeheden deler 'natur', og at alle individer samtidig er forskellige. Afhængigheden forstås derimod forskelligt – i Minnesota-aftapning er det en sygdom, der rammer nogle individer, mens det i den socialpædagogiske tilgang er noget, der indtræffer som konsekvens af sociale omstændigheder, eventuelt som et valg den enkelte træffer på baggrund af sådanne omstændigheder. Konsekvensen af denne sortering er, at andre slags forskelle, som kan være både kulturelle og/eller etniske, eller f.eks. kønsrelaterede kommer til at havne dels hos de enkelte individer og dels også i den boks, der omhandler de differentierende sociale omstændigheder.

At menneskeheden deler natur, er desuden en indfaldsvinkel, som kan indebære en almenførelse af træk, som er del af det miljø, det samfund og de kulturelle normsæt, som behandlerne er opvokset i og med. Det kommer måske tydeligst frem i vores interviews i

forhold til opfattelser af, hvornår og hvordan man er et fritstående individ, og hvornår og hvordan man omvendt er en del af et kollektiv. Det er blandt andet denne problemstilling, vi har trukket frem i Del 1 i forbindelse med Mustafas historie. Det har f.eks. konsekvenser i forhold til vurderingen af den rette motivation for at komme i behandling, som vi vender tilbage til nedenfor.

### Synsvinkler 3 – evidens og forskel

I forbindelse med interviewene med behandlerne (og med brugerne) har vi både spurgt direkte om, hvad det er ved behandlingen, der virker, og hvornår det virker og bedt om eksempler på gode og dårlige behandlingsforløb. Endelig har vi spurgt, om der er nogle forskelle, når det er etniske minoriteter. Det er tydeligt i ganske mange af interviewene, at den pågående diskussion i misbrugsbehandlingsmiljøet om, at behandlingspraksisen skal være evidensbaseret<sup>34</sup>, dvs. at den skal være tilrettelagt på baggrund af generaliserende forskningsresultater udledt på baggrund af især randomiserede eksperimenter, slår igenem på forskellige måder hos de enkelte behandlere og på institutionerne. Opmærksomheden på 'evidens' synes således at være en langt mere virksom faktor end spørgsmålet om, hvordan forskelle i brugergruppen håndteres. 'Evidens' optræder ofte i interviewene som et mere eller mindre specificeret krav udefra, men indholdsmæssigt dukker det op på ganske forskellige måder – og i flere tilfælde er der en vis afstand imellem evidenskravene på den ene side og behandlernes erfaringer af det virksomme ved behandlingen på den anden. Det skal i denne forbindelse understreges, at den måde behandlerne opfatter evidens på ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med konceptet sådan som det praktiseres i en forsknings- og evalueringssammenhæng, men til gengæld har behandlernes opfattelse af, hvad der er evidensbaseret, og hvilken betydning, det skal tilskrives, i høj grad betydning for, hvilken praksis, der kan udøves dagligt.

I det følgende skal tre forskellige måder at forholde sig til spørgsmålet om 'evidens' trækkes frem. I den første 'tilgang' foregår der en slags kritisk distancering til evidenskravene, som vedrører afstanden mellem statistikken, individet og erfaringerne. I den anden er forståelsen af evidenskrav indholdsmæssigt så langt fremme i behandlingshverdagen, at de sorterer det, der tales om på afgørende vis. Og i den tredje er 'evidens' knyttet til et økonomisk rationale – det er et krav, der tiltrækker sig opmærksomhed, fordi 'varen', dvs. behandlingsformen skal sælges, og her viser det sig, at det stærke sprog, tallenes som evidensbaserede metoder trækker på, sælger godt.

<sup>34</sup> Evidens i betydningen 'standardiseret virkning' knytter sig som begreb til den medicinske forskning baseret på kontrollerede og randomiserede eksperimenter og kvantitative opmålinger baseret på kausalitetsforståelser. Den evidensbaserede praksis har til formål at give beslutningstagere og praktikere sorteringsredskaber i hånden, der kan hjælpe dem med at skelne det nyttige fra det ikke nyttige, det effektive fra det ikke effektive, og herigennem kunne tilbyde en professionel behandling til forskel fra lægfolks praksis og allokere ressourcer i forhold til dette. Se f.eks. Uffe Juul Jensen (2004), 'Evidens, viden og sundhedsfaglig praksis i filosofisk perspektiv – eller faren ved at være mere katolsk end paven' I: Bruun, JJ; Hanak, NL; Kofoed BG (red.), Sundhedsstyrelsens Viden- og dokumentationsenheden: *Viden og evidens i forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen, 2004. Se også Kristiansen, Ivar S. & Gavn Mooney (eds.)(2004), *Evidence-Based Medicine. In Its Place*, London.

Jens siger om det virkningsfulde på 'hans' institution:

Det er meget det kognitive. Det skal være fagligt, det skal være kognitivt, men hvis jeg sidder, hvis vi sidder alle sammen på samme måde og er utroligt kognitive, det er sådan meget med at registrere og skemaer, hvis vi gør det på samme måde, og der ikke samtidig kan være luft til andre ting, der kan være noget menneskeligt, der kan være noget smil, der kan være noget uforpligtethed, og der kan være noget tryk, tillid, så tror jeg du kan lave nok så mange fine ting, så tror jeg ikke, det virker.

I interviewet udfolder dette sig videre til en diskussion om tillid vs. kontrol, og de dilemmaer der ligger her. Jens giver konkrete eksempler på gode forløb, som er dem, hvor tilliden virker som en faktor, der får brugerne selv til at tage stilling til, hvad de skal. Men:

(...) hvad er det, jeg forlanger, hvad er det jeg forventer af brugeren, hvornår er det deres syn på tingene, hvornår er det min vurdering, der gør at de kan komme det næste skridt? Hvis de gerne vil videre fra [institutionens navn]: er det dem der bestemmer, eller er det mig der bestemmer? Dybest set så ved jeg det ikke. Man tager fejl mange gange: jeg synes du skal vente, eller: nej, jeg kan ikke anbefale det. Men har jeg ret til det, hvis jeg virkelig skal mærke efter? Det kan godt være, jeg har en masse fagligt og en masse erfaring og en masse ting, hvor jeg kan sige: statistisk set bla bla bla, men det er et individ jeg sidder med, og vi er jo også forskellige. Så det kan være et dilemma også. Det er i hvert fald noget som kommer op. Og det forskellige er jo også på personalemøderne, når man sidder og snakker og fortæller om brugerne.

Det er primært de individuelle forskelle og de situationsbestemte afgørelser, som ikke direkte er relateret til behandlingskonceptet, men som har at gøre med brugerens progression, Jens har i kikkerten her. Spørgsmålet er, om evidenskravet til behandlingen melder sig for Jens som en slags spændetrøje: statistikken siger – men er det individ, der sidder foran mig i overensstemmelse med den statistiske signifikans? er hans ræsonnement. Det skal tilføjes, at Jens anskuer forskellene som individuelle og finder, at det kognitive adfærdsprogram forholder sig til universelle menneskelige forhold (se i øvrigt det foregående afsnit).

Behandlererfaringen i denne 'tilgang' til evidensspørgsmålet (som er ganske udbredt blandt de behandlere, vi har talt med) er altså her, at det kan være svært at afgøre, hvad der virker uden for den statistiske verden, og at erfaring og evidens på denne måde kommer til at ligge på afstand af hinanden, men at kravet om evidensbaseret samtidig står med en løftet pegefinger i baggrunden.

Klaus er behandler i en institution, hvor forståelser af evidensbaseret praksis er helt fremme og inkorporeret i hverdagens aktiviteter. Det ses bl.a. ved, at begreber som f.eks. 'dokumentation' dukker op som et nøgleord i interviewet og på spørgsmål som f.eks.: "typisk hvor tit ser du dem [brugerne] så?", lyder svaret:

Vi ser dem, vi har nogle standarder (...) og der har vi lagt nogle standarder ned og sagt, minimum hver 14. dag har de det, der hedder en individuel rådgivningssamtale, som indholdsmæssigt er det, vi lige har snakket om. Og derudover så er der hver tredje måned en opfølgning, hvor vi dokumenterer, hvordan det går rent faktisk. Det er ASI og SF36, vi bruger til at følge med i, hvordan går det med behandlingen, hvor belastet oplever klienterne selv, de er i forhold til det. (...) Vi bruger noget, der hedder ORL og SRS til at gå ud og sikre, at behandlingsalliancen bliver så god som overhovedet mulig. Og det er der mange klienter, der er meget overraskede over. De tror selvfølgelig først, at vi skal bruge det til at slå dem oven i hovedet, sådan så de skal tilpasse sig os. Men det er rent faktisk fuldkommen modsat (...) et af spørgsmålet kan for eksempel være: har du oplevet at du blev set hørt, respekteret eller forstået? , og så kan man sætte et kryds på en tidslinje, og så er det vores opgave til næste gang at kigge på den og sige: du har kun sat den på 2/3, den sidste 1/3 hvad kan jeg så gøre anderledes for at det kan blive endnu bedre i forhold til de samtaler vi har?

Målestandarderne bliver her den egentlige centrale komponent i behandlingskonceptet. Det er ikke muligt for os at vurdere, hvad dette betyder i praksis, men i behandlernes refleksion over deres praksis, fylder standarder mere end brugerne og på den måde bliver hele det finmaskede net af forskellige måder at måle det, der foregår på, mere virkelige end brugernes forskellige problemstillinger. Ser vi på, hvordan etniske minoriteter bliver opfattet her, så er svaret egentlig parallelt med det vi fik fra Jens:

Det korte svar [på om der er forskelle i det der virker] vil være nej. Fordi hvis man går ind og sikrer en god behandlingsalliance, så er det sådan set uanset om man er muslim eller jøde eller krisen, eller hvad man nu måtte være. Det har ikke noget med – på det tidspunkt - kulturel og etnisk baggrund. Det har noget at gøre med at vi grundlæggende er mennesker og at vi grundlæggende som mennesker gerne vil behandle hinanden ... behandles respektfuldt og værdigt.

Det er altså igen det universelt menneskelige, der lægges til grund for den behandleralliance, som Klaus også fortæller os tæller 30 – 40 % vægt i forhold til et succesfuldt udfald af et behandlingsforløb.

Den tredje tilgang til evidenskravene er økonomisk, og den er derfor også mest tydelig på de private døgnbehandlingsinstitutioner, vi har besøgt. Her er behandlingspraksisen en vare, som skal sælges til de visiterende og bevilgende offentlige myndigheder i Danmark, og her viser det sig som i medicinens verden, at tal og statistikker er det bedste salgsargument. Lars siger

Det er mit indtryk, at de [et bestemt amt] ikke er så meget for Minnesota, altså på den måde. De vil gerne have noget kvalificeret faglighed, noget som, altså de vil gerne have doku... Det er igen det der med dokumentation, vi skal dokumentere mere og mere og mere, hvad er det vi laver, og det er vi godt klar over. Og så vil vi jo gerne matche, vi vil gerne tale deres sprog. Der er jo også, som sagt en virksomhed, og det handler også om, at vi skal overleve, og vi skal også eksistere om 5 til 10 år, 20 år. Så derfor bliver vi selvfølgelig også nødt til at... vi vil jo nødig gå på kompromis, fordi vi mener, at det vi laver, det er noget helt, det er specielt, det er anderledes fra så mange andre netop via coaching, det nye tiltag. Det er jo meget trendy i USA blandt andet, at man har sin egen coach, men vi forsøger så på en eller anden måde at få det integreret i vores behandling. Og alligevel kigger vi også på de pædagogiske principper, dem skal vi jo også have med ind over.

Her fremstår en tydelig balancegang og et behov for oversættelse mellem forskellige videnssystemer. Det handler om udefrakommende krav, der tænker i evidens og tal, som må opfyldes af hensyn til virksomhedens fremtidige eksistens, på den ene side og det idégrundlag, som tænker i coaching og pædagogik som behandlingen hviler på, på den anden. Det skal tilføjes, at Lars tidligere i interviewet har talt om, hvad det er, der virker:

Men så er der også (...) det er et spændende spørgsmål, fordi hvad er det der gør at der er nogen, der får mere ud af behandlingen end andre? Der er mange faktorer, det er der. Det handler om i hvert fald på en eller anden måde at få fat i dem fra starten (...) hurtigt finder man ud af, altså hvis der er en, han er indstillet på: jeg skal trappes ud af det her misbrug, og jeg vil ikke trappes for hurtigt ud, men det skal heller ikke tage for lang tid, allerede der kan man ligesom få en indikator på, at denne her person er interesseret i alt blive stoffri (...) Der er sådan hele indfaldsvinklen til det at være i behandling. Hvorimod, kan man sige, dem, som ikke vil være her, det bygger meget på fornemmelser det her, tror jeg, erfaring som behandler, at jeg som behandler har noget erfaring omkring de her personer, om de er motiveret for behandling, eller om de ikke er.

Her er der den samme intuitive og eftertænksomme tvivl, som også Jens gav udtryk for i sit bud på, hvad det er, der virker. Og igen er relationen mellem denne erfaring og evidenskravene ulden. Lisbeth udtrykker det på kontant vis:

[vi] prøver jo utrolig mange ting med den her gruppe, for at afdække det og få fod på det. Jeg ved ikke, det får man jo nok aldrig. Det er jo ikke en pølsemaskine.

Diskussionen om, hvordan og i hvilket omfang det er ønskeligt og muligt at basere professionaliseringen af behandlingssystemet på kvantitative evidensmål, knytter sig ikke direkte til emnet for denne rapport. Men det er et ret grundlæggende forhold, når det gælder de fremtidige retningslinjer for tilrettelæggelsen af behandlingen og udviklingen af behandlingskoncepterne, ligesom det tydeligt manifesterer sig i interviewmaterialet. Kravene om at leve op til standardiserede metoder og målbare resultater på den ene side og ønsket om at imødekomme individualiserede behov og forventninger på den anden side, er ikke umiddelbart forenelige. Det stigende fokus på evidensbaseret synes at indebære en risiko for ensretning, hvilket er svært at tilpasse en stadig mere sammensat brugerskare og et stadig mere divergeret stofbillede.

Vi ønsker derfor at rejse spørgsmålet om, hvilken plads den mangfoldighed vi i øvrigt skitserer her i rapporten har og kan have i en evidensbaseret behandlingsverden. Det skal ikke forstås sådan, at der under de eksisterende behandlingstilgange er indarbejdet et fokus på mangfoldighed som noget der virker, som det også vil være fremgået af citaterne ovenfor. Den type af forskelle, som vi skitserer i rapporten, har ikke nogen synlig plads i udsagn om det virkningsfulde, men samtidig er det højst tvivlsomt om det er statistisk baserede evidenskrav, som kan udbedre dette. Som beslutningstager og praktiker på dette område må man derfor være opmærksom på, om fokuseringen på standardisering kommer til at skygge for fokus på mangfoldighed og kompleksitet.

### **Hvem er den centrale/normale bruger?**

I forlængelse af spørgsmålet om, hvordan behandlere og behandlingskoncepter ser og retter synet på bestemte måder i forhold til mangfoldigheden i brugergruppen, rejser der sig yderligere et spørgsmål om, hvem der er den centrale eller normale bruger i systemet. De svar, som kommer til syne i vores datamateriale, gør det i form af udskillelser af *det særlige*.

Groft sagt, så er den normale kernebruger en *hvid (heteroseksuel) mand*. Minnesota-konceptet har endvidere gennem den oprindelige 12-trinsmodel (som jo sigtede på alkoholmisbrug) udgangspunkt i, at det er en hvid *middelklassemand* med et bestemt individualiseret gudsbegreb, og hvis eneste problem er afhængigheden. Dette sidste er der klart blødt op på, blandt

andet er behandlingsforløbene for stofmisbrugere meget længere end de er og var for alkoholmisbrugere, og dertil kommer, at sociale problemstillinger inddrages i behandlingsforløbene. Tilbage står dog fortsat den fælles misbrugsidentitet som en grundpille, der er klasse-, køns- og etnicitetsløs.

I behandlingssystemet er den hvide mand især inddelt efter alder og stofkarrierens længde. Kvinder, etniske minoriteter, psykisk syge osv. er dermed grupper som har *særlige problemer*. Det kommer mere eller mindre tydeligt til udtryk. F.eks. taler døgninstitutionerne om, at grupper sammensættes sådan, at der tages hensyn til antallet af kvinder, og altså ikke til antallet af mænd. Og i det skriftlige materiale fra institutionerne tales der om, hvilke særlige grupper (herunder altså også kvinder), der kan profitere af behandlingen.

I forlængelse af dette kunne man spørge, om behandlingskoncepterne bærer præg af dette billede af normalbrugeren. Er resultaterne bedre for normal- eller kernebrugeren? Susan som er ansat på en Minnesota-inspireret institution siger f.eks., at det er sværere for kvinderne at blive clean. Og insisterer i den forbindelse på, at det ikke er koncepterne, der har en særlig retning, men derimod brugerne som har nogle særlige problemer. For kvindernes vedkommende er dette skammen over prostitution og manglende omsorg for deres børn, der er årsagen til, at det er sværere for dem, at blive clean. De etniske minoriteter udgør en anden særlig gruppe, hvor flere behandlere ved nærmere eftertanke melder, at de nok i højere grad dropper ud. Her henvises typisk til familien og det formodede medfølgende kompleks af ansvars- og/eller skyldfølelse, som den udløsende faktor. Årsagen til, at nogle etniske minoritetsmisbrugere således ikke kommer igennem, er igen at finde udenfor systemet selv og i brugerne. Gruppen af etniske minoriteter, der har en flygtningeproblematik med sig, distanceres yderligere fra den normale bruger.

Én af behandlerne i undersøgelsen går imod hovedstrømmen, idet han omvendt insisterer på at tale om behandlingskoncepterne og ikke om brugerne.

## **Afhængighedsforståelse og motivation**

### **Forståelsen af misbrug og afhængighed**

Sasko peger på, at de etniske minoriteters familie ikke forstår, hvad afhængighed er for noget. Dette trækkes også frem af andre behandlere: det halter både hos forældre og brugere med at forstå afhængigheden som noget der rækker ud over den fysiske afhængighed, der står på, mens man er på stoffer. Som nævnt ovenfor kommer dette blandt andet til udtryk i, at brugerne og/eller familien tror, at misbruget er et overstået stadium, når afgiftningen er overstået.



Der fremtræder i interviewundersøgelsen to forskellige bud på, hvad der mangler i forståelsen: en Minnesota-inspireret tankegang, der efterlyser en forståelse af, at afhængighed er en *kronisk* sygdom og en mere socialpsykologisk-pædagogisk tilgang, der skelner mellem fysisk og psykisk afhængighed. Hvad de to tilgange har til fælles er imidlertid en forestilling om, at brugerne med etnisk minoritetsbaggrund ikke forstår, hvorfor det egentlig er, 'jeg gør som jeg gør', som Kemal udtrykker det. Samtidig henvises der implicit til, at der, uenighederne i behandlingssystemet og i behandlingsforskningen til trods, er enighed om, at der er mere til stoffernes virkning end den umiddelbare rus og afhængighed. Problemidentifikationen har under alle omstændigheder stofferne i centrum<sup>35</sup>. Og der knytter sig i alle tilfælde psykologiske problemstillinger til afhængigheden.

For en overfladisk betragtning kunne der tales om en overensstemmelse mellem Minnesota-modellen og 12-trinsprogrammets sygdomsforståelse og de etniske minoriteters (eller deres familiers) tilgang til, at behandling er en slags medicinsk kur for en opstået anomali. Der tales også om en generel tendens til at 'somatisere' i flere af interviewene, om end på lidt forskellige måder. Mette siger, at psykologiske problemer oversættes til fysiologiske lidelser. Og Lars taler om den somatiserende tendens:

Mange af dem med anden etnisk baggrund, de er bange for at blive stoffri, bange for at mærke sig selv, bange for at komme i kontakt med følelser. Det er danskerne også, men der er en tilbøjelighed til at de er lidt pivede (...) det må helst ikke gøre ondt.

Brugerne taler også, som det vil være fremgået tidligere, om hvilke problemer, der kan være forbundet med at åbne sig i behandlingskonteksten, men synes som også nævnt alle at have profiteret af og været glade for både gruppe- og individuel terapi. Forældrenes forståelse for kravet om og behovet for at tale, har det derimod i nogle tilfælde knebet lidt mere med.

I forhold til Minnesota-modellen og 12-trinsprogrammet viser det sig, at problemet handler om, at de etniske minoriteter i nogle tilfælde har 'en forkert' sygdomsforståelse, fordi sygdom ser ud til at være et somatisk begreb. Den mere (adfærds)psykologiserende side omkring 'den afhængige personlighed' fanges ikke ind af det somatiserende begreb.

## Motivation

Spørgsmålet om motivation dukker op flere gange i interviewene. Motivationen knytter sig både til spørgsmålet om overhovedet at kontakte behandlingssystemet og til at være motiveret for at komme i døgnbehandling eller på anden vis at 'ville noget'. Generelt fremhæves det, at brugene ikke selv er motiverede, eller ganske ofte – de er ikke motiverede på grund af, eller af hensyn til sig selv – men på grund af og af hensyn til familien.

<sup>35</sup> Det er der ikke noget mærkeligt i, behandlingssystemet er jo organiseret med udgangspunkt i stofproblemstillingen. Et faktum der især i forhold til de unge brugere, kritiseres af én af kontekstinformerne. Morten taler om og kritiserer at der er en tendens til at tilsidesætte andre problemstillinger (arbejde/uddannelse og bolig, f.eks.) fordi stofferne fylder så meget.

Den foreskrevne måde er altså, at man skal at være motiveret selv – individuelt og for sig selv, for sin egen skyld. Når man ser nærmere efter i interviewene dukker der imidlertid nogle undtagelser op, som synes at være acceptable, f.eks. er det i orden at gå i behandling af hensyn til *sine børn*. Det tæller som en god motivation. Hanne fortæller, at hun også - og i stigende grad – får brugere ind, som er blevet motiverede af deres arbejdsgiver til at gå i behandling, og det fremstår også som en legitim motivationsfaktor, at gå i behandling af hensyn til at *beholde sit arbejde*. Sat på spidsen kan spørgsmålene i forhold til den problematiske motivation blandt etniske minoriteter i forlængelse heraf stilles således: er det i orden at gå i behandling af hensyn til *ægtefællen*? Og videre: er det i orden af gå i behandling af hensyn til *mor og far*?

Det er især det sidste, som ser ud til at volde problemer i behandlingssystemet. Når brugerne forklarer deres motiv for at gå i behandling med dårlig samvittighed overfor familien og et ønske om at kunne genindtræde i familien og blive forsonet, er det tydeligt, at behandlerne ikke betragter dette som et legitimt ønske, men snarere som en tankegang, der udgør et problem. Båndet mellem forældre og børn betragtes altså som en relation, hvor det er legitimt, at forældrene gør noget for deres børn, mens de omvendte ikke er tilfældet. Denne opfattelse deles åbenbart ikke altid af de etniske minoriteter.

Hvorvidt det at gå i behandling for sine forældres skyld virker som en relevant indgang til at få noget ud af behandlingen, kan ikke afgøres på det generelle plan. For nogen virker det muligvis, mens det for andre ikke gør. På denne måde er det et spørgsmål, der må afgøres individuelt. Men måske er det en god idé ikke at udelukke denne type af motivation som illegitim på forhånd.

### **Kravet om at tale**

Der ligger særligt i døgnbehandlingen en fordring om at tale – eller dele – som et redskab til at erkende konsekvenserne af misbruget og dermed lære at håndtere de udløsende problemer uden indtagelse af stoffer. Brugernes forståelse og italesættelse af deres misbrug er altså en forudsætning for at kunne bekæmpe det. Heri ligger fra behandlingssystemets side en bestemt forventning til den enkelte bruger om at indtræde i behandlingskollektivet og som sådan gøre den individuelle historie og erfaring til kollektiv ejendom. Vi har allerede nævnt, at flere behandlere finder det svært at nå ind til misbrugere med anden etnisk baggrund, dvs. at den åbenhed og vilje til at delagtiggøre behandleren i tanker, liv og problemer opleves som vanskelig at opnå i forhold til denne gruppe. Vanskeligheden ved at se indad, skammen over at erkende behovet for hjælp, frygten for at sætte familien i et dårligt lys og kompromittere den ære samt angsten for at miste stolthed ved at blotte sig, foreslås som forskellige forklaringer herpå.

Forventningen om, at misbrugeren fortæller, rejser spørgsmålet om, hvem man deler hvad (og hvor meget) med. Hvilke grænser skal nedbrydes, og hvilke grænser må opretholdes, når man indtræder som bruger i misbrugsbehandlingen? Anken om den manglende åbenhed for misbrugerne med anden etnisk baggrund antyder, at i hvert fald nogle behandlere oplever, at disse grænser er trukket forkert, dvs. for privat, og at det vanskeliggør behandlingen. Denne vurdering kan også vendes om, som f.eks. af Jens, der i modsætning hertil synes, at de etniske minoriteter generelt er bedre til at opretholde nogle fornuftige grænser omkring sig selv og i forhold til, hvad de vil tale om. Her bliver tilbageholdenhed altså en positiv egenskab frem for en barriere for behandlingen. På samme måde fortæller Lars, at man under afgiftningen af misbrugerne ikke skal gå for dybt, fordi de er sårbare og buser ud med alting. Lars går altså her som behandler ind og trækker grænsen for misbrugerne, dvs. at han i en eller anden grad lægger op til, at misbrugernes inderste i en eller anden grad skal beskyttes på et tidspunkt, hvor de selv har svært ved at kontrollere grænsedragningen, eller i hvert fald, at de skal ville og vælge åbenheden selv. Mette fortæller tilsvarende, at en del misbrugere (ikke specifikt med anden etnisk baggrund) er fuldstændig grænseløse, fortæller deres livshistorie til enhver de møder og plaprer op om deres misbrug. Her er en del af behandlingen så at lære dem at trække grænser og opretholde en privathed for sig selv.

Der er altså rigtige og forkerte måder at have grænser på i behandlingen; rigtige og forkerte måder at være individuel (åben vs. lukket) og kollektiv (dele med og lukke andre ind vs. buse alt ud og være grænseløs). Præcis hvor grænserne skal trækkes, og hvor omfattende tale- og delekravene er til misbrugerne, er dog til forhandling blandt behandlerne og bliver dermed en fordring i bevægelse, som misbrugerne skal afkode og indlære, og som måske handler i lige så høj grad handler om den pågældende beholders og behandlingsinstitutions grænser som det handler om misbrugernes.

### **Behandlingen: at hjælpe og at modtage hjælp**

I behandlingssystemet og –forløbene tegner der sig nogle linjer, som handler om, hvorvidt de etniske minoriteter modtager hjælpen i samme omfang og på samme måde, som danske brugere gør det. Det drejer sig både om, hvorvidt det er muligt at skabe en god alliance eller relation mellem behandler og bruger og om, hvorvidt der er særlige forhold i gruppen af etniske minoriteter, som gør det at yde og modtage hjælp mere besværligt. Det er særligt familien og familierelationerne, som fremhæves af behandlerne. Dertil kommer nogle særlige problemstillinger, som f.eks. omhandler sprog og traumer, som dog ikke fylder slet så meget, og som vi vender tilbage til i næste afsnit.

### **Svære at yde hjælp til de etniske minoriteter**

Tillid er en faktor, der trækkes frem som afgørende i etableringen af en god relation eller alliance mellem behandler og bruger<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> Se i øvrigt Mads Uffe Pedersen (2000), *Evalueringsrapport - Delrapport 4. Arbejdsalliancen mellem behandlere og stofmisbrugere i døgnbehandling*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Morten siger:

Tillid er meget væsentligt i det her arbejde. Tillidsskabende virksomhed. Når man har fået skabt den tillid, at man får åbnet medmenneskets øjne omkring, at der er et bedre liv, der er en mulighed for et bedre liv.

Tom kalder det at komme ind under huden på brugerne. Det, at have en god kontakt med brugerne, er en forudsætning for at hjælpe, og det er – ikke underligt - vigtigt for behandlerne at føle, at de rent faktisk gør en forskel, at de hjælper. Som Tom siger:

Altså, folk der gerne vil flytte og flyttes med, og gerne, som måske også gerne vil have noget støtte eller noget hjælp til, eller noget vejledning i, hvordan man bedst kommer videre. Det er dem, der får mest opmærksomhed fra mig (...)

Toms frustration i forhold til brugere med etniske minoritetsbaggrund er præcis, at de ofte er blandt dem, der er svære at flytte eller ikke vil flyttes med. Når Tom skal beskrive, hvori barrieren for hjælpen nærmere består, siger han, at de er autoritetstro og 'pleaser' behandleren – de siger ofte ja, når de egentlig mener nej. En anden udgave af dette kommer fra Morten, der opfatter det som ydmyghed – en ydmyghed, som betyder, at de forsvinder lidt i mængden af mere højtråbende og kravstillende brugere, og dermed kommer de til at tulle rundt i deres metadontilværelse. Susan taler om, at etniske minoriteter måske har sværere ved at række ud efter hjælp. Jens taler til gengæld positivt om, at de etniske minoriteter blandt hans brugere er høflige, og at de er gode til at sætte grænser omkring sig selv – grænser for, hvad de vil tale om med hvem.

Det ser på denne måde ud til, at de etniske minoriteter (eller i al fald en del af dem) i behandlerens øjne undslipper eller glider uden om den hjælp, behandlingssystemet kan tilbyde. De bliver ikke indfanget af den tillidsrelation, som søges etableret af behandlerne og sat på spidsen så modtager de ikke rigtig hjælpen.

Konkret kommer denne 'undslippen' også til udtryk i, hvor de etniske minoriteter havner i behandlingssystemet. Ganske mange af behandlerne på de ambulante behandlingssteder fortæller, at de etniske minoriteter ikke vil i døgnbehandling, fordi de ikke vil væk fra deres familie og netværk. At der er variationer i dette mønster demonstreres af Lisbeth, som på den ene side bekræfter, at *der er ikke så mange (...) der søger om døgn* og præciserer, at dette både handler om sprogkunderskab, og om at man ikke vil væk fra *det normale miljø*. Men på den anden side fortæller hun kort efter, at det er karakteristisk, at familien stiller krav om døgnbehandling omgående, og at de desuden ikke altid er tilfredse med det konkrete tilbud, der gives.

Det ser umiddelbart ud som en modsætning, men handler muligvis om, at hun taler om forskellige grupperinger af brugere med etnisk minoritetsbaggrund.

Nogle af behandlerne er imidlertid også inde på, at det ikke alene er karakteristika ved brugergruppen, der har betydning for andelen af brugere, som kommer i døgnbehandling, men at det også handler om den måde institutionerne bedriver behandling på. En meget konkret barriere er f.eks. kravet til skriftlighed, som indgår i den opgaveskrivning, som er helt gængs på Minnesota-institutionerne<sup>37</sup>. Og flere behandlere efterlyser et bredere spektrum af behandlingskoncepter i døgninstitutionslandskabet. En af de institutioner, som indgår i undersøgelsen, har baseret behandlingskonceptet på stoffri ambulat behandling. I princippet er der altså ikke døgninstitutionsophold, ej heller til afgiftning, involveret i forløbet. Denne institution får hovedsagelig visiteret brugere med etnisk minoritetsbaggrund, hvilket formentlig, mener Mette, har at gøre med, at det er brugernes ønske<sup>38</sup>.

De brugere, vi har talt med er ikke imod døgnbehandling, men det giver også sig selv i kraft af, at en del af dem, vi har talt med har bragt sig selv – eller er sluppet – gennem nåleøjet. Flere har også været i døgnbehandling tidligere. Som vist, er andelen af etniske minoriteter i døgnbehandling lavere for særligt nogle, ikke-vestlige, gruppers vedkommende, og samtidig er der færre, der gennemfører behandlingen og flere, der går fra behandlingen. Tallene fordrer således en opmærksomhed på, om der er barrierer for adgangen til døgnbehandling på den ene side og tilsvarende om der er barrierer i døgnbehandlingen på den anden side.

### Omsorg og kontrol

Flere af behandlerne taler om, at et af de dilemmaer, som helt generelt skal håndteres i forbindelse med behandlingen, handler om forholdet mellem tillid til og kontrol af brugerne. Jens taler f.eks. om, at med til det virkningsfulde behandlingsforløb hører en empati, som kan være lidt svær at beskrive nøjere. Et af de dilemmaer, som han trækker frem, er urinprøverne:

Jens      Urinprøver synes jeg kan være problematisk, og det er omsorg stadigvæk, men jeg synes stadig der ligger noget dobbelt i det selvfølgelig...

Jacob:    Det er kontrol?

Jens      Det er det jo alt andet lige. Det ved både brugerne og jeg. Men hvis jeg så siger, det er 70 % omsorg og 30 % kontrol, på den måde, ej det ved jeg ikke (...).

<sup>37</sup> I et af brugerinterviewene kan man se, at det har været en hurdle at skulle bemestre dette, men det er til gengæld også en forhindring, som han er stolt af at have passeret på den måde, at det er ok for ham at indrømme, at det behersker han ikke til fuldkommenhed. Af behandlerinterviewene fremgår det, at institutionerne søger at løse disse sprogproblemer ad hoc f.eks. ved at brugere med skriveproblemer får hjælp af andre brugere. I øvrigt er der ikke tale om en problemstilling som udelukkende har at gøre med brugere, der ikke har dansk som modersmål. F.eks. er den ene af de danske brugere, vi har interviewet, efter eget udsagn funktionel analfabet.

<sup>38</sup> I praksis er der alligevel næsten altid et kort (30-60 dage) døgninstitutionsophold (på en Minnesota-inspireret institution) indlagt i forløbet og det lykkes som regel at overtale brugerne til at det er ok.

Tom peger på modsætningen mellem på den ene side gerne at ville 'ind under huden på' dem, og på den anden side netop i kraft af dette at få en viden, som man egentlig bør gå videre med: en viden om, hvordan de lever deres liv, som kan inkludere f.eks. kriminalitet og socialt bedrageri. Denne tillidsrelation drejer sig også om at åbne for, at der kan ydes omsorg, og omsorgen synes generelt at være en vej ind til brugerne, som får behandlerne til at føle, at de faktisk hjælper. Tom siger:

Ham som jeg fortalte om, som er i skånejob, der handler det nok meget om, tror jeg, at være tæt på. Det tror jeg har en anden funktion. Der kan jeg hjælpe ham til at... der kan jeg spørge ham om, hvordan det går, ligesom tage lidt af ansvaret fra hans skuldre, fordi det er en stor opgave, han har sat sig selv på. Så der har jeg indflydelse.

Noget af det, som er tydeligt især i interviewene med behandlere, der er ansat på ambulante institutioner, er, at familiens tilstedeværelse betyder, at den omsorgsorienterede del af behandlingen slipper dem af hænde. Familien sørger som nævnt for rent tøj og mad, og der er ikke alarmerende sår eller superusle vilkår i det daglige. Dermed svinder behandlerens rolle ind, og i de ambulante institutioner, som har skadesreduktion som en stor del af deres virksomhed, bliver kontakten reduceret til metadon-udlevering. Karin siger om familiens omsorg:

Og man kan sige, at det er der både fordele og ulemper ved. Ulempen er også, at de bliver passet på og der bliver vasket tøj og der bliver lavet mad, og altså de klarer sig, og de klarer sig i deres misbrug, ikke? De kommer her og får metadon eller hvad de får, og så kan have et sidemisbrug, men der bliver passet på dem. De når ikke at komme helt ned i rendestenen, eller hvad man skal sige, indtil de kunne komme så vidt, at konen kunne blive træt af det (...)

Strengt taget kan man sige, at det blot er omsorgsfunktionen, der er rykket ud af det offentlige regi og ind i familien. Problemet for behandlerne er, at de mister deres vej ind til brugerne. Og her bliver det tydeligt, at omsorg eller hjælp også er en slags kontrol. Det er behandlerens mulighed for at trænge ind i en ellers håbløs situation, og derfra at (forsøge at) styre mod lysere horisonter.

Den anden side af dette er, at omsorgen også er familiens måde at holde kontrol over misbrugeren på – og det gør de på godt og ondt, som vi også har set i brugernes historier. Mens behandlerne ikke er opmærksomme på sammenhængen mellem omsorg og kontrol inden for institutionens rammer, træder det derimod ganske tydeligt frem i omtalen af det etniske minoriteters familierelationer.

### **Familierelationen gør behandlingen vanskeligere**

Familien dukker massivt op som en faktor i behandlingsforløbene for de etniske minoriteter. De er med, når sønnen skal til sin første samtale og taler hele tiden, hvis man ikke beder dem tie stille, siger Lisbeth; de forstår ikke, at det hele ikke er overstået, når afgiftningen er gennemført; de tvinger deres børn i behandling og tvinger dem ud igen, de forhindrer også børn – eller mænd – i at gå i døgnbehandling; de hjælper i en sådan udstrækning, at de også ind i mellem sørger for at skaffe stoffer til det abstinensplagede familiemedlem med meget mere. Familien er der altid – på godt, men mest på ondt, er behandlernes opfattelse.

Der er ikke så mange specifikationer på, hvad det gode ved familietilknytningen er. Jens siger, at familiefundamentet er bedre i udgangspunktet, og at den er parat til at modtage brugeren efter behandlingen, selv om de har været på stand-by, som han udtrykker det. Hanne mener, at familien er en styrke og taler her om den støtte, som de kvindelige ægtefæller yder deres misbrugende mænd og kontrasterer dette med, at der ikke er mange danske kvinder, der ville finde sig i, at deres mænd var misbrugere i den grad.

'På ondt' får derimod flere ord med på vejen, og det er tydeligt, at behandlerne i ret udstrakt grad opfatter familien som en barriere, der skal overkommes i behandlingsforløbene. På de ambulante institutioner tales der mest om, at familien sørger for, at det ikke gør ondt (nok) på misbrugeren ved at tage sig af de basale fornødenheder. Motivationen for at komme videre udebliver derfor, eller også er det familien, der presser en sådan frem. På døgninstitutionerne trækkes den manglende egenmotivation også frem, men dertil kommer også, at brugerne presses for hurtigt væk fra behandlingen enten direkte af familien eller fordi brugeren gerne vil opfylde udtalte forventninger. Endelig er der også nogle af behandlerne på døgninstitutioner, som fremhæver, at det er vanskeligt for brugere med etniske minoritetsbaggrund at 'hænge familien ud' (oven i købet over for danskere) i gruppesammenhængene.

Interessant nok er det kun to af de interviewede behandlere, som for alvor drager konsekvenserne af at familien altid er der – og de har begge selv minoritetsbaggrund. Der er dog i enkelte af de andre interviews lidt tøvende overvejelser over justeringer af praksis på baggrund af de observerede forskelle (kortere døgnophold kombineret med efterfølgende ambulante behandling, forslag om mindre institutioner, påpegning af at familiebehandling er en mangel).

Generelt betragtes familierelationen som en problematik, der ligger uden for behandlingskonteksten, hvor Sasko og Kemal snarere bringer den ind som et nødvendigt element i forbindelse med behandlingen – uanset hvordan familierelationen er. Det er en forudsætning (om end ikke altid nok) for at få resultater ud af indsatsen. Sasko taler om nødvendigheden af *at fortælle familierne, hvad det omhandler om det her*. Og fokuserer især på, at det halter

med forståelsen af afhængighed og misbrug. Kemal har flere specifikationer på det. Han fremhæver flere gange i interviewet behovet for at tage på familiebesøg uanset brugerens alder. Man er, siger han:

Nødt til at forholde sig til familien, den vil være der hele tiden. Der må laves aftaler med familien om hvordan 'vi bedst kan komme igennem det her'. Når de er i døgnbehandling skal der ringes hjem hver dag, kontakten skal opretholdes. Det kan være skadeligt, hvis der er massive problemer (...)

Kemal nævner i denne forbindelse traumatiserede flygtninge, som ikke har overskud til at være forældre. Han understreger, at selvom resultaterne af forløb med denne type brugere og deres forældre er svingende, så er han alligevel overbevist om, at det ville være gået endnu dårligere, hvis forældrene ikke var med.

### **Kernefamilienorm?**

Vi bliver nødt til ligesom, vi skal sgu på hjemmebesøg her, så skal vi hjem og tale med far og mor, selvom den pågældende måske er 30 år, ik'?

siger Kemal, og sætter dermed spot på, at familien er en anden slags end blandt de øvrige brugere. Når behandlerne og behandlingssystemet inddrager familien direkte i behandlingsforløbene, ser familie ud til at være ensbetydende med par, hvor begge er misbrugere og deres børn, eller enlige (oftest kvinder) med børn. Der er altså tale om at kernefamilienormen er udgangspunktet.

Som nævnt tidligere skiller en del af brugerne med etnisk minoritetsbaggrund sig ud fra denne norm. Blandt ægteparrene er det oftest manden som er misbruger, mens kvinden ikke er det, og at dømme ud fra den statistiske undersøgelse ser ægteskaberne ud til at holde i større grad for de etniske minoriteter end for de øvrige brugere.

Kvindelige misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund er det lidt sværere at sige noget generelt om. De to, som indgår i vores interviewundersøgelse, er begge enlige og har begge børn. For Fatimas vedkommende er faren til barnet misbruger (med samme etniske oprindelse som hun selv), og ham har hun også levet sammen med. Nogle af kontekstinformerne fortæller os, at de piger, som bliver misbrugere eller på anden vis 'kvalder ud', ofte er børn af blandede ægteskaber, hvor forældrene er skilt. De bliver samlet op af 'misbrugsdrengene' og ender derefter selv som misbrugere – dette sidste er en ret præcis karakteristik af Fatimas forløb. De blandede ægteskaber optræder nogle af andenhåndshistorierne især fra behandlerne. Det handler om ægteskaber uden for den etniske gruppe i al almindelighed og ikke om ægteskaber med danske mænd.



Som det også vil være fremgået af Del 1 drejer forskellene sig imidlertid også om, at selvom misbrugerne er gift og har børn, er det ikke ensbetydende med, at de er flyttet hjemmefra. Forældrene kan derfor fortsat være den betydningsfulde og bestemmende familierelation. Til Kemals udsagn om, at hjemmebesøg er relevant selvom misbrugereren er 30 år, kan derfor også tilføjes, at forældrene *kan være* relevante selvom misbrugereren er gift.

De statistiske kategorier i Sundhedsstyrelsens talmateriale om brugerne i behandlingssystemet afspejler også kernefamilienormen: Man er enlig eller samlevende, og samlevende er ensbetydende med parforhold/ægteskab. Og så kan man i forhold til boformen bo *hos* familie eller venner. Det forhold, at man kan være a) myndig og samlevende med sine forældre, eller/og: b) myndig, samlevende med ægtefælle og forældre, som det er tilfældet/har været det med nogle af brugerne i vores interviewundersøgelse, er ikke et sorteringsprincip i den statistiske kategorisering.

På nogle af de ambulante institutioner, vi har talt med, er familien mere central end på andre. Der synes dog at være en tendens til, at familien ikke optræder som en enhed, men i stedet som en ansamling af individer. Vurderingen af 'behandlingspotentiale' sker således med udgangspunkt først og fremmest i misbrugerens stofsituation, og et fokus på familie ser ud til at være synonymt med et fokus på børnene.

Lisbeth fortæller ligesom de øvrige behandlere om de vanskeligheder familiens tilstedeværelse giver i forhold til behandlingsforløbene for de etniske minoriteter. Hen imod afslutningen af interviewet taler vi om forskellige behandlingskoncepter, og hvordan de virker. Hun siger blandt andet om døgnbehandlingen, at den måske nok er for domineret af Minnesota-inspirerede institutioner: Minnesota er jo en livsholdning, siger hun, og mener at et socialpædagogisk sted måske ville være mere passende for indvanderne. I den forbindelse kommer hun så i tanker om, at hun i sin tid har visiteret et par stykker med etnisk minoritetsbaggrund til Projekt Menneske.

Men Projekt Menneske fra starten det var den der spagettimodel, den dernede, hvad er det, det hedder, den der Ceis-model fra Italien. Og den spillede jo totalt fallit (...) fordi den var jo baseret på de der italienske ideologier med familien. Det holdt jo ingen steder. De havde jo nogle filosofier om, at de skulle kunne gå på stenbroen i 14 dage og være afgiftet. Det var noget hø. Men ok, man skal jo også være åben for noget nyt. Det skal man jo.

Man kunne i den forbindelse overveje om den 'familieideologi' der ligger i Ceis-modellen<sup>39</sup> – at familien er en integreret del af behandlingen – for nogle af de etniske minoriteter ville svare bedre til deres tilhørsforhold til familien, end det har været tilfældet for de danske misbrugere?

<sup>39</sup> Se Annalise Kongstad & Jan Limborg Madsen (1997): Midtvejsrapport Projekt Menneske. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet. Solberg, U (1999): Projekt Menneske. Slutrapport. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet.

## **Fokus på familien**

Familien og familierelationerne er så afgjort det element, som mest systematisk optræder som problemstilling i forbindelse med behandlingen af etniske minoriteter i interviewene med behandlerne. Som det vil være fremgået af Del 1, så er familien ligeledes fremtrædende i brugernes udsagn, og her er det som hos behandlerne også på godt og ondt.

Det virker med Kemals udsagn in mente som om, det ville være hensigtsmæssigt at fokusere på forholdet til familien i forbindelse med den indledende udredning af nyttilkomne brugere med etnisk minoritetsbaggrund i behandlingssystemet. Familiebegrebet synes også at skulle udvides i forhold til de relationer, som er karakteristiske for de danske misbrugere. Om familien skal indgå i behandlingsforløbene må være en afgørelse, som tages med udgangspunkt i den enkelte brugers situation, men som Kemal også gør opmærksom på, så kan det være nødvendigt at inddrage familien *selv om* relationen er problematisk, fordi det ikke nødvendigvis er muligt for brugeren at afskære sin relation til familien.

Lidt mere utydeligt synes der at være nogle kønsforskelle, som behandlerne skal tage med i betragtning i forhold til inddragelsen af familien. Det er muligvis mere oplagt at inddrage familien, når misbrugerne er drenge eller mænd, end når det er piger eller kvinder.

## **Særlige problemstillinger og udpegning af behov**

I interviewene nævnes sprogkunderskaber og traumer næsten konsekvent som særlige problemstillinger, der har med (nogle) etniske minoriteter at gøre. Som hovedregel er det ikke noget, der tales mere udførligt om, men ikke desto mindre er det ganske konkrete problemstillinger, som skal håndteres af institutionerne. Hvad betyder dårlig dansksproglig beherskelse for behandlingsforløbene – idet al behandling, bortset fra substitutionsbehandlingen, bygger på (sam)tale? Hvornår skal man bruge tolk? Og hvad betyder tolkede samtaler for etableringen af en tillidsrelation mellem behandler og bruger? Når det gælder traumerne så omtales de ofte af behandlerne på samme måde som 'dobbeldiagnoserne', og begge dele er vanskelige at rumme i behandlingssystemet.

## **Traumatiserede flygtninge**

Traumer som følge af tortur, fængsel, krig og flugt blandt flygtninge dukker altså ganske ofte op i interviewene og i øvrigt også blandt kontekstinformanterne. De indgår ofte på linje med 'dobbeldiagnoserne' – det vil sige brugere som er misbrugere og har en eller anden form for psykisk lidelse. Ofte hænger misbruget sammen med den psykiske lidelse eller traumerne således, at der er tale om selvmedicinering. Over hele linjen er budskabet fra behandlerne, at det er vanskeligt at rumme de traumatiserede og de dobbelt-diagnosticerede i behandlingssystemet.

Tom taler om de traumatiserede flygtninge på følgende måde:

Der er også mange af dem, der har mange andre ting med sig, krigstraumer. Det er utrolig svært at nå ind til dem. Det er svært at opnå den rigtig gode kontakt, synes jeg, meget ofte. Fordi de er ødelagt på mange måder, med den opvækst de har haft.

Problemstillingen får en særlig karakter, når behandlingsforløbet sigter mod stoffrihed. Afgiftning af misbrugere kan således bringe traumer ud i lys lue, og det er institutionerne ikke gearret til at tackle.

Lisbeth fortæller om dobbeltdiagnoserne i almindelighed, at de simpelthen ikke kan rummes i behandlingssystemet, og at de derfor henvises til hospitalerne, som dog ifølge kontekstinformeranterne heller ikke kan rumme denne brugergruppe – i nogle tilfælde på grund af deres misbrug. Nogle af de ambulante institutioner, som indgår i undersøgelsen, har dog adskillige flygtninge indskrevet, som er diagnosticeret med og medicineret for posttraumatisk stressyndrom, og det kunne tyde på, at der alligevel skelnes mellem traumer og andre psykiske lidelser. Men i øvrigt havner de traumatiserede flygtninge, som er misbrugere, også mellem institutioner, idet de centre i Danmark, som behandler for posttraumatisk stressyndrom som hovedregel ikke modtager misbrugere. Hanne nævner specifikt ét traumebehandlingscenter, der har åbnet for at tage klient ind samtidig med, at vedkommende er i substitutionsbehandling med metadon, men understreger at ventetiderne er alenlange. Det fremgår ikke, om dette er en generel åbning i forhold til de traumatiserede misbrugere eller om det er et enestående tilfælde.

Trods vanskelighederne melder flere af behandlerne, at de undertiden indskriver denne brugergruppe alligevel. Jens siger f.eks.:

Der er jo dobbeltdiagnoserne, gråzonerne, folk der bliver kastet rundt, fordi ”de hører ikke til hos os” (...), hvor vi bilder os selv ind – jeg ved ikke, hvorfor vi gør det, men vi gør det i al fald – bilder os ind at der er rummelighed (...) faktisk åbner dørene for dem en gang imellem, fordi man står jo faktisk også med nogle etiske problemer, hvis man siger nej, og man bare ved, at der er karruselturen rundt til ingenting.

Mette siger, at traumerne er blevet hendes kæphest. De er der næsten altid i hendes brugergruppe, også blandt børnene, som har levet med deres forældres traumer hele livet. Hendes ønske er institutioner, som kombinerer stoffribehandling der tackler afhængigheden – gerne ud fra en Minnesota-inspireret model – og samtidig har tilknyttet traumebehandling.

## **Sprogkundskaber**

Sprogkundskaber nævnes ligeledes med meget jævne mellemrum i interviewene, mest som en konstatering af, at her er i nogle tilfælde en forhindring, som skal overkommes. Sprogkundskaberne spiller en rolle i hele processen, også i forhold til at komme i nærheden af behandlingssystemet i første omgang. Oplysninger om behandling kræver også sprogkundskaber.

På de ambulante institutioner er det samtalerne med behandlere og socialrådgivere, som giver anledning til problemer. Så kan man jo bruge tolk, som Morten siger. Tom finder det vanskeligt at etablere en nærhed, når samtalen foregår gennem tolk, men siger også, at der i nogle tilfælde kan være meget afvigende opfattelser af, hvad der er aftalt – og at det nogen gange kan være svært at vurdere den sproglige kompetence. Selv i tilfælde, hvor sprogbeholderskelsen virker ok, kan det glippe. En behandler fremhæver, at omsorgsdelen af behandlingen ikke når de brugere, som ikke forstår dansk.

På døgninstitutionerne kræver den gruppeorienterede behandling under alle omstændigheder en vis sprogfærdighed af brugerne. De Minnesota-inspirerede institutioner benytter sig desuden af skriftlige opgaver, og nogle af behandlerne fremhæver, at det derfor kan være svært at finde døgnbehandlingstilbud til en del af brugerne med etnisk minoritetsbaggrund. En enkelt af de institutioner, vi har besøgt, og som har mange indskrevne med etnisk minoritetsbaggrund, har tilbud om danskundervisning, men melder om, at det ikke er det store tilløbsstykke. En anden institution har i nogle tilfælde håndteret sprogproblemet pragmatisk ved at kommunikere på engelsk i stedet (hvilket dog igen kræver gode engelskkundskaber fra både bruger og behandler side).

## **Behandlere med etnisk minoritetsbaggrund**

Et fælles ønske fra brugere og behandlere er, at der bliver ansat (flere) behandlere med etnisk minoritetsbaggrund på institutionerne. En enkelt behandler kan ikke se pointen i dette og argumenterer med, at de etniske minoriteter har så mange forskellige baggrunde og dermed hjælper det alligevel ikke noget. I andre interviews viser det sig, at begrundelsen for at ansætte behandlere med etnisk minoritetsbaggrund ikke nødvendigvis er samme kulturbaggrund. Tom siger, at det handler om at skabe større forståelse i behandlergruppen, men at det ikke skal være sådan at denne behandler så bliver ansvarlig for alle brugere med etnisk minoritetsbaggrund. Dette svarer nærmest til, at ønsket i brugergruppen ser ud til at være forbundet med det, vi har kaldt minoritetspositionen i Del 1. Det betydningsfulde er altså, at der er behandlere, som deler en minoritetserfaring snarere end at de deler tilhørsforhold til en specifik etnisk gruppe.

På døgninstitutionerne kobler spørgsmålet sig også an til det faktum, at hovedparten af behandlerne på i al fald de Minnesota-inspirerede institutioner er eksmisbrugere. At have en behandler med etnisk minoritetsbaggrund kommer således til at knytte delvist an til samme type af identifikation.

To af de interviewede behandlere i denne undersøgelse har etnisk minoritetsbaggrund, og det er tydeligt, at de går til håndteringen af forskelle på en anden måde end de øvrige behandlere i undersøgelsen. Som det vil være fremgået tidligere, så baserer vi blandt andet vores anbefalinger i forhold til udredning af familieforholdene og inddragelsen af familien i behandlingsforløbene på disse behandleres udsagn.

### **Særlige institutioner/ambulatorier**

Ønsket om at etablere tilbud til gruppen af etniske minoriteter i form af særlige institutioner er ikke særlig udbredt. Kemal ser for sig, at der etableres et specialambulatorium til denne gruppe, og Hanne siger lidt mere tøvende, at man kunne forestille sig et særligt center, som havde med denne gruppe at gøre. *Vi behandler dem jo på fuldstændig samme måde. Det kan godt være, de skal behandles på en anden måde. Jeg ved det ikke*, siger hun. Mette kunne, som nævnt, godt tænke sig, at der kom nogle særlige tilbud, som kombinerede traume- og misbrugsbehandling. Brugerne har med udtagelse af en enkelt ikke noget ønske om særlige institutioner, men i den forbindelse spiller det antagelig ind, at vi netop har talt med brugere, som faktisk har fundet sig til rette i behandlingssystemet på den ene eller den anden måde.

At etablere særlige institutioner for misbrugende etniske minoriteter – eller for undergrupper (de traumatiserede flygtninge f.eks.) er en diskussion, som antagelig vil støde på udbredt modstand i det sociale system, fordi udskillelsen af grupper som særlige, og måske især institutionaliseringen af denne udskillelse, er vanskelig at forene med det almenmenneskelige grundsyn i det sociale arbejde. Overvejelserne bør måske heller ikke bide sig fast i institutionaliseringen, men der ser ud til på nogle punkter at være behov for nogle særlige tilbud – det mest oplagte at pege på her er de traumatiserede flygtninge. Men som det vil være fremgået ovenfor er der også andre elementer, som med fordel kunne tillempes. Udover etnicitet og psykiatriske problemer som tværgående markører, er der også andre som køn, alder og uddannelse/socioøkonomiske forhold, der kan trække grænserne mellem behov og tilbud i behandlingen på forskellig vis. På denne måde er der nok snarere behov for en kollektiv refleksion over, hvordan forskelle kan anerkendes uden at ligheder underkendes, samt hvordan mangfoldigheden kan indarbejdes uden at fællesskabet modarbejdes.

## Del 3:

# Stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark i tal

Et af hovedformålene med den foreliggende undersøgelse har været at fremkomme med en række kvantitative bud på omfanget og karakteren af stofmisbrugsproblemer blandt etniske minoriteter i Danmark. I udgangspunktet var det planlagt, at gennemføre denne statistiske kortlægningsundersøgelse med udgangspunkt i Center for Rusmiddelforsknings registrerings- og monitoreringssystem DANRIS (Dansk Registrerings- og Informationssystem), der er et registreringssystem for alle døgnbehandlingsinstitutioner i Danmark<sup>40</sup>. Skønt DANRIS principielt set giver mulighed for en lang række relevante udtræk på klienter med etnisk minoritetsbaggrund, viste en række prøveudtræk, at registreringspraksis mht. etnisk oprindelse var for usikker til at give troværdige data. Hertil kommer, at DANRIS kun dækker døgnbehandlingsinstitutioner. I stedet har vi fået foretaget en række statistiske kørsler af Danmarks Statistik i efteråret 2004, baseret på en samkørsel af Sundhedsstyrelsens *Landsdækkende register over stofmisbrugere der har modtaget eller modtager behandling* (herefter Stofmisbrugsregistret) og Danmarks Statistiks *Statistik over indvandrere og efterkommere* (Udlændingestatistikken). Disse samkørsler er baseret på cpr.nr. sammenfald.

Herudover er foretaget et estimat af det såkaldte *mørketal* over antallet af stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund i Danmark (dvs. også udenfor behandlingssystemet), via en sammenkørsel af de to nævnte registre med Sundhedsstyrelsens *Landspatientregister*.

Hensigten med den statistiske samkørsel af Stofmisbrugsregistret og Udlændingestatistikken har for det første været, at kortlægge udviklingen i antallet af stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund i behandlingssystemet, for det andet at få oplyst type, omfang og behandlingsindsats i forhold til misbruget, og for det tredje at få en etnisk og socioøkonomisk profil på de personer, der optræder i registret. I undersøgelsens Del 3 vil man således være i stand til se sammensætningen af gruppen af stofmisbrugere i behandling med etnisk minoritetsbaggrund på følgende på områder:

- det samlede antal i behandling og udviklingen i perioden 1996-2003
- sammensætning af gruppen i forhold til alder, køn og etnisk herkomst

<sup>40</sup> Fra 1. januar 2005 er indberetninger til DANRIS obligatorisk på stofmisbrug, mens andre indberetninger fortsat er på frivillig basis.

- misbrugs- og behandlingsprofil (alder ved førstegangsb brug af hash og heroin, fordeling på hovedstof, behandlingsomfang (døgn/ambulant), behandlingstype (stoffri/metadon), udskrivningsårsager, hovedstof fordelt efter behandlingsstatus, indtagelsesmåde for heroin som hovedstof, anvendte stoffer, indtagelsesmåde, indskrivningstidspunkt, behandlingsomfang, behandlingstype, udskrivningsårsager,
- indtægtskilder, samlivsstatus, boligforhold og uddannelsesniveau

De valgte parametre i den statistiske undersøgelse følger i meget højt grad de parametre, der forefindes i Sundhedsstyrelsens løbende publikationer over stofmisbrugere i behandling<sup>41</sup>. Dette er gjort for så vidt muligt at gøre undersøgelsens statistiske opgørelser sammenlignelige med Sundhedsstyrelsens tal for den samlede gruppe af misbrugere i behandling. De forskellige tal for stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund bliver i materialet således løbende sammenlignet med gruppen af misbrugere generelt. Herigenem er det muligt at se, om der er særlige forhold, der gør sig gældende for gruppen med etnisk minoritetsbaggrund.

Undersøgelsens talmateriale adskiller sig dog bl.a. fra Sundhedsstyrelsen ved generelt at udelade det amtslige niveau, hvilket skyldes, at populationen af stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund når en statistisk uforsvarlig/kritisk størrelse på dette niveau, ligesom visse af Sundhedsstyrelsens udtræk har været mindre væsentlig for denne undersøgelse.

Til brug for undersøgelsen har det ligeledes været hensigtsmæssigt at operere med en række særlige kategorier, der på forskellig måde gør det muligt at differentiere og analysere på forskelle indenfor gruppen af etniske minoritetsbrugere i behandlingssystemet. Nogen af disse kategorier er overtaget fra Danmarks Statistiks Udlændingestatistik, mens andre er særlige kategoriseringer, vi selv har konstrueret, dels på baggrund af interviewundersøgelsen, der har synliggjort en række temaer og baggrundsforhold, der synes at have betydning for gruppen af etniske minoritetsbrugere, og dels som produktet af en række initiale udtræk i datamaterialet, der viste, at særlige lande og landegrupper optrådte med en særlig vægt i materialet (se næste afsnit).

## Kategorier og definitioner

Undersøgelsen benytter sig af Danmarks Statistiks definition af indvandrere og efterkommere:

En *indvandrer* er en person født i udlandet af forældre, der begge er udenlandske statsborgere (eller den ene, hvis der ikke findes oplysninger om den anden) eller født i udlandet. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, defineres personen også som indvandrer.

<sup>41</sup> Se *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2003 (ændret opgørelse), 2004:15 og Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2005:12* på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

En *efterkommer* er en person født i Danmark af forældre, hvoraf ingen er dansk statsborger født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og den pågældende er udenlandsk statsborger, betragtes den pågældende også som efterkommer.

Resten af befolkningen har *dansk oprindelse*. Derudover opereres der med Udlændingestatistikens opdeling i vestlige og ikke-vestlige lande<sup>42</sup>.

En særlig kategori af udvalgte indvandrings- og flygtninge lande er konstrueret til undersøgelsen fordi disse lande fremtræder med særlig vægt i behandlingssystemet og samtidig er blandt de største etniske minoritetsgrupper i Danmark. De udvalgte indvandringslande består af Eks-Jugoslavien, Marokko, Pakistan og Tyrkiet, mens de udvalgte flygtningelande består af Polen, Somalia, Iran, Irak, Libanon, Vietnam.

## Fejlkilder og metodiske overvejelser

Sundhedsstyrelsens Stofmisbrugsregister er et landsdækkende register over stofmisbrugere der har modtaget eller modtager behandling og bygger (siden 1. januar 1996) på oplysninger om stofmisbrugere i behandling over 18 år indberettet elektronisk fra de visitationsansvarlige amter/delegationskommuner samt fra Københavns og Frederiksberg kommuner. Registrets data bygger på oplysninger indhentet ved klientens indskrivning i behandling, dvs. det er en indskrivningsstatistik. Registret er baseret på CPR-numre. Registret omfatter personer, der visiteres til behandling uafhængigt af, om klienten visiteres til ambulante eller døgnbehandling, som metadonunderstøttet eller stoffri behandling.

Data er indsamlet siden 1996 (jf. at 1996 og til dels 1997 er usikre pga. omlægninger i behandlingssystemet). Registeret er revideret per 1. januar 2002, hvilket har påvirket data bagud, dvs. udgivelser fra Sundhedsstyrelsen fra tidligere end 2003 vil ikke afspejle data i det reviderede register<sup>43</sup>.

Ud fra Stofmisbrugsregistret er det muligt at få oplysninger om antallet af stofmisbrugere i behandling, hvilke stoffer der bruges, hvordan de indtages, misbrugernes alder, geografisk herkomst og deres socioøkonomiske karakteristika. Fra år 2000 er det endvidere indsamlet oplysninger om behandlingstype og -omfang, om årsager til udskrivning og om alder ved første gangsbrug af hash og heroin. I stofmisbrugsregistret registreres også for etnisk herkomst (indvanderer/flygtninge og 1. og 2. generation), men der er tale om selvrapporteringer, hvilket gør data på dette område usikre.

<sup>42</sup> Se [www.dst.dk](http://www.dst.dk)

<sup>43</sup> Et sæt af ændringer trådte i kraft pr. 1. juli 2004. Ændringerne består i, at det ikke længere er muligt at indberette 'uoplyst' i variable, som behandlingsinstitutionerne er ansvarlige for, dvs. udskrivningsårsag, behandlingstype- og omfang. Desuden er kategorierne for hovedstof ændret. En nærmere gennemgang af ændringerne samt registret generelt findes i *Fællesindhold for registrering af stofmisbrugere i behandling*, Sundhedsstyrelsen, 2004.



Stofmisbrugsregistrets pålidelighed regnes generelt for at være høj. Ifølge Sundhedsstyrelsen er *Opgørelsen næsten komplet, hvad angår stofmisbrugsbehandling udenfor sygehusene. Dog indberetter Kriminalforsorgen ikke til det landsdækkende register over stofmisbrugere i behandling*<sup>44</sup>. Alle oplysninger er imidlertid selvrapporterede, dvs. en vis usikkerhed må forventes og der er ikke lavet en egentlige opgørelser over usikkerhed og pålidelighed. Hertil kommer, at variable om behandlingsomfang og -type for en stor del er uoplyste, hvilket ligeledes gælder for klientens risikoadfærd samt alder ved første injektion. Listen over behandlingsinstitutioner bliver løbende opdateret; den vedligeholdes af amterne selv.

## Estimat over antallet af stofmisbrugere med etnisk minoritetsbaggrund

For at vurdere omfanget af den samlede gruppe af misbrugere i Danmark, har Sundhedsstyrelsen, senest for 2001<sup>45</sup>, foretaget et estimat over mørketallet for stofmisbrugere. Ud fra kendte talstørrelser i Stofmisbrugsregisteret og Landspatientregisteret<sup>46</sup>, er der således beregnet et estimat over det antal stofmisbrugere, der er ukendte i behandlingssystemet – deraf betegnelsen mørketal – og derud fra et bud på, hvor mange stofmisbrugere, der er i alt i Danmark. Danmarks Statistik har til denne undersøgelse foretaget en lignende og opdateret beregning, hvor det er muligt at udskille gruppen af indvandrere og efterkommere. På denne måde er det muligt at give et bud på, hvor mange stofmisbrugere med anden etnisk baggrund, der statistisk må formodes at være i Danmark<sup>47</sup>.

<sup>44</sup> *Stofmisbrugere i Danmark 2001*, Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2003:16. En registrering af stofmisbruger i behandling i Kriminalforsorgen blev iværksat 1. november 2000 (BASK). Der er imidlertid kun tale om personer der på kriminalforsorgens initiativ eller medvirken, påbegynder et behandlingsforløb eller overgår til en ny og ikke tidligere planlagt fase i et allerede igangværende forløb. Det vil sige, at der ikke foretages indberetninger for klienter som i Kriminalforsorgen blot forsætter en allerede påbegyndt behandling eller alene kommer i afgang/nedtrapning, der alene har til formål at nedsætte abstinenssymptomer. Om stofmisbrug i Kriminalforsorgen se i øvrigt, *Rusmiddelundersøgelsen*, Kriminalforsorgen 2003.

<sup>45</sup> Sundhedsstyrelsen: *Stofmisbrugere i Danmark 2001*. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2003:16

<sup>46</sup> Sundhedsstyrelsens Landspatientregister er baseret på obligatorisk månedlig indberetning fra alle sygehuse, inkl. visse privathospitaler. Registret omfatter i princippet alle patienter i kontakt med hospitalssektoren (fra 1977 somatiske patienter; siden 1990 også ambulante patienter (inkl. skadestuer) og siden 1995 også Det Psykiatriske Centralregister). En undersøgelse af Det Psykiatriske Centralregister har imidlertid vist en underdiagnosticering af stofmisbrug blandt psykiatriske patienter. Ved at foretage et studie sample af 942 registrerede indlæggelser i oktober 1996 på 12 psykiatriske afdelinger i DK (stikprøven udgør 376 heraf; 2/3 interviewet, 1/3 ud fra journal) og sammenholde det med den tilsvarende rapportering til det Psykiatriske Centralregister viste undersøgelsen, at 26% var registreret i PCR for misbrugsdiagnose, mens stikprøven viste 50%. Af årsager til underrapporteringen peges på manglende observationstid og manglende viden og at psykotiske symptomer skygger for misbruget. Mest sandsynlig er forklaringen dog en generel lav diagnostisk opmærksomhed på "misbrugs-disorders", der har tendens til at blive ignoreret. Hansen, Søren Søberg et. Al, 'Psychoactive substance use diagnosis among psychiatric in-patients'. In *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 2000: pp. 432-438.

<sup>47</sup> Der skal gøres opmærksom på, at populationerne i de to estimater er forskellige. Danmarks Statistiks estimat adskiller sig fra Sundhedsstyrelsens ved at benytte det samlede antal af stofmisbrugere i behandling i et givent år, hvorimod Sundhedsstyrelsen kun benytter antallet af stofmisbrugere indskrevet i behandling i et givent år til estimatet. Dertil kommer, at Sundhedsstyrelsens beregninger opererer med en aldersmæssig afgrænsning i Landspatientregisteret på 18-65 år, hvorimod Danmarks statistik medregner dem over 65 år (der er dog tale om ganske få personer). Dermed kommer Danmarks Statistiks estimat til at ligge højere end tallene fra Sundhedsstyrelsen. Således er der i Sundhedsstyrelsens version estimeret 25.500 (afrundet fra 25.544) stofmisbrugere i Danmark i 2001, mens tallet hos Danmarks Statistik siger 32.000 (afrundet fra 32.026).

## Definitioner

Opgørelsen omfatter ikke det eksperimenterende stofmisbrug, men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotiske stoffer, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Egentlig stofafhængighed er således medtaget i estimatet, herunder også stabiliserende stofafhængighed (f.eks. metadonbehandlede). Estimatet omfatter såvel misbrugere af centralstimulerende stoffer, opioider mfl. og er baseret på nedenstående misbrugsdiagnosekoder (bygger på ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10. revision)):

- F11.1 Skadeligt brug af opioider
- F11.2 Afhængighedssyndrom som følge af opioider
- F11.9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af opiatmisbrug
- F12.1 Skadeligt brug af cannabis
- F12.2 Afhængighedssyndrom som følge af cannabis
- F12.9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af cannabis
- F14.1 Skadeligt brug af kokain
- F14.2 Afhængighedssyndrom som følge af kokain
- F14.9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af kokainmisbrug
- F15.1 Skadeligt brug af andre centralstimulerende stoffer
- F15.2 Afhængighedssyndrom som følge af andre stimulerende stoffer
- F15.9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af andre centralstimulerende stoffer
- F19.1 Skadeligt brug af andre multiple og andre psykoaktive stoffer
- F19.2 Afhængighedssyndrom som følge af multiple og andre psykoaktive stoffer
- F19.9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af multiple og andre psykoaktive stoffer

## Beregningsmetoder, forudsætninger og usikkerhed

Estimatet over stofmisbrugere er baseret på den såkaldte Capture-recapture metode, der bruges til at beregne størrelsen af en ukendt population og stammer oprindeligt fra biologiens verden<sup>48</sup>.

Et eksempel kunne være estimationen af mængden af fisk i en sø. Metoden består i, at der fanges et antal fisk. Disse fisk mærkes, så de kan genkendes og sættes derefter ud igen. Der fanges så endnu en omgang fisk og de mærkede fisk i fangsten opgøres. Modellen antager, at størrelsen af den ukendte population af fisk i søen, er lig forholdet mellem de fisk, der kun fanges én gang og de fisk der fanges to gange. Adderes estimatet af den ukendte population med mængden af kendte fisk, have det totale antal fisk i søen<sup>49</sup>.

<sup>48</sup> Om Capture-recapture metoden, se bl.a.: Ernest B. Hook and Ronald R. Regal, 'Capture-Recapture Methods in Epidemiology: Methods and limitations', I *Epidemiologic Reviews* vol. 17, no. 2, 1995, pp. 243-264, og EMCDDA: *Scientific Review of the Literature on Estimating the Prevalence of Drug Misuse on the Local Level. Chapter Four: Capture-recapture methods*. Lisbon: EMCDDA, July 1999; pp. 9-21, og EMCDDA: *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level*. Lisbon: EMCDDA, December 1999, pp. 11-47.

<sup>49</sup> *Stofmisbrugere i Danmark 2001*, Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2003:16.

Ved estimatet af stofmisbrugere baseret på en sammenkørsel af Stofmisbrugsregistret og Landspatientregistret opstå der fire grupper: én gruppe, der er registreret i begge (a), to grupper registreret i hhv. Stofmisbrugsregistret (b) og Landspatientregistret (c), og én gruppe der ikke er registreret (d), men hvis størrelse skal estimeres ud fra forholdet til de kendte grupper og dernæst adderes til disses antal for at få et samlet skøn. Den ukendte gruppe findes således ved, at antal registrerede i Stofmisbrugsregistret (b) ganges med antal registrerede fundet i Landspatientregistret (c) og divideres med summen af de to samlede antal fundet i de to registre (a).

Dvs.:  $b * c / a = d$ ,

Hvor samlet skøn over antal stofmisbrugere så er  $a+b+c+d$

Capture-recapture metoden bygger på tre forudsætninger:

1. De udvalgte skal være repræsentative for den gruppe, der ønskes estimeret, og gruppen skal være konstant, dvs. at der ikke må være hverken tilgang eller afgang i studieperioden.
2. De udvalgte skal være homogene, dvs. at sandsynligheden for at blive udvalgt skal være konstant for alle individer.
3. Udvælgelsen skal være uafhængig, dvs. at sandsynligheden for at blive udvalgt i ét tilfælde ikke må påvirke muligheden for udvælgelse i et andet tilfælde.

I det foreliggende estimat (såvel som i Sundhedsstyrelsens) over antallet af stofmisbrugere er grupperne ikke fuldstændig homogene. F.eks. findes der lidt udsving i køns- og aldersfordeling og ligeledes vil nogle dødsfald optræde i løbet af studieperioden. I forhold til uafhængighed er det meget sandsynligt, at de to registre er positivt afhængige, dvs. at der er en større sandsynlighed for, at en klient der optræder i det ene også vil optræde i det andet register. Dette betyder, at metoden underestimerer antallet i populationen, dvs. bliver et konservativt estimat.

## Undersøgelsens estimater

Undersøgelsen har beregnet 3 estimater: *Estimat 1* viser udviklinger i mørketallet for den samlede gruppe af stofmisbrugere set i årene 1996, 1998, 2001 og 2003, *Estimat 2* viser den samme udvikling for gruppen med danske oprindelse, mens *Estimat 3* viser udviklingen for gruppen af indvandrere/efterkommere. Tallet N angiver estimatet af det samlede antal misbrugere i alle estimater.

Af *Estimat 3* fremgår følgende tal for gruppen af indvandrere/efterkommere:

	I behandling <sup>50</sup>	Mørketal	Samlet antal <sup>51</sup>
1996	320	1341	1811
1998	638	1570	2396
2001	850	2328	3440
2003	1005	2608	3927

De statistisk beregnede estimater kan i denne undersøgelse imidlertid udsige fire forskellige slags informationer: for det første, som nævnt, hvor stort mørketallet er for gruppen af indvandrere og efterkommere; for det andet, hvilket forhold der er imellem mørketallet (det ukendte antal) og antallet i misbrugsbehandling (det kendte antal); for det tredje hvordan dette mørketal ser ud i forhold til mørketallet for misbrugere med dansk oprindelse; og for det fjerde, hvordan udviklingen for mørketallet har været for begge grupper fra 1996 til 2003.

Hvis man ser på *Estimat 1* over det samlede antal stofmisbrugere i Danmark, er det steget fra 22.241 personer i 1996 til 35.173 i 2003. I sammenligning er der i 2003 registreret 12.317 personer i Stofmisbrugsregisteret og 3838 personer med en stofrelateret diagnose i Landspatientregisteret<sup>52</sup>. Dvs. at det beregnede mørketal for stofmisbrugere er på 20.362, hvilket altså giver et formodet samlet antal, der er mere end dobbelt så stort som det kendte antal – en faktor, der er faldet siden 1996, hvor det formodede antal var knap tre en halv gange større end det kendte antal.

Ser man udelukkende på gruppen af indvandrere og efterkommere (*Estimat 3*) har estimatet på det samlede antal udviklet sig fra 1811 personer i 1996 til 3927 personer i 2003. Igen kan sammenlignes med det registrerede antal, der i 2003 viser 1005 personer i Stofmisbrugsregisteret og 422 personer med en stofrelateret diagnose i Landspatientregisteret<sup>53</sup>. Det beregnede mørketal for indvandrere/efterkommere er således 2608 personer, hvilket i dette tilfælde giver et formodet samlet antal, der er tre gange større end det kendte antal fra de to registre. For gruppen af indvandrere/efterkommere er denne faktor faldet fra at være knap fire gange større end antallet i behandling i 1996, dvs. at mørketallet beregnet i 2003 for misbrugere med anden etnisk baggrund også er forholdsmæssigt mindre end det var i 1996 selv om det naturligvis i absolutte tal er vokset sammen med det samlede absolutte antal af personer i behandlingssystemet.

<sup>50</sup> Med antallet i behandling menes kun de, der er i decideret stofmisbrugsbehandling og derfor er registreret i Stofmisbrugsregistret.

<sup>51</sup> Det samlede antal udgør mørketallet adderet med antallet af stofmisbrugere registreret i Stofmisbrugsregistret og Landspatientregistret.

<sup>52</sup> 1344 af disse personer er opført i begge registre, hvilket der tages højde for ved kun at regne dem med én gang i den statistiske beregning.

<sup>53</sup> Hvoraf en gruppe på 108 personer optræder i begge registre.

Hvis man sammenholder tallene udelukkende med Stofmisbrugsregisteret kan man udlede, hvor mange personer der formodes at have et stofmisbrug uden at være i decideret misbrugsbehandling. Det er i 2003 knap 3000 personer, hvilket er over dobbelt så mange som det formodede antal udenfor stofmisbrugsbehandlingen i 1996<sup>54</sup>. Omvendt er antallet af personer i behandlingssystemet steget kraftigt over denne periode, og hvis man derfor ser relativt på tallene var der faktisk i 1996 en noget større andel af det formodede samlede antal misbrugere med anden etnisk baggrund, der ikke modtog behandling (nemlig 5,6 gange flere udenfor behandlingssystemet) i forhold til 2003, hvor den formodede andel udenfor behandling er knap fire gange større end den i behandling. Sammenligner man med gruppen af misbrugere med dansk oprindelse er andelen, der formodes at være misbrugere uden at få behandling også faldet således at den i 1996 var fem gange større end antallet i behandling og i 2003 var 2,8 gange større end antallet i behandling. Med andre ord er mørketallet for gruppen af indvandrere og efterkommere altså relativt set lidt større end for danske misbrugere, dvs. at der må formodes at være en lidt større andel af stofmisbrugere med anden etnisk baggrund, der ikke får behandling for deres misbrug (eller sagt på en anden måde, at der er en mindre andel af den samlede misbrugergruppe af indvandrere og efterkommere, der er i behandling).

<sup>54</sup> (1811-322=1489)

## Estimat 1

### Hele landet

1996 Stofmisbrugsregistret	Landspatientregistret		
	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	513	3894	4407
Ej fundet	2076	15758,17544	
I alt	2589		
N	22241,17544		
VAR(N)	683197,5527		
SE	826,5576524		
CI	20621,12244	23861,22844	

1998 Stofmisbrugsregistret	Landspatientregistret		
	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	800	7656	8456
Ej fundet	2056	19675,92	
I alt	2856		
N	30187,92		
VAR(N)	742468,8736		
SE	861,6663354		
CI	28499,05398	31876,78602	

2001 Stofmisbrugsregistret	Landspatientregistret		
	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	1112	9014	10126
Ej fundet	2405	19495,20683	
I alt	3517		
N	32026,20683		
VAR(N)	561472,5957		
SE	749,3147507		
CI	30557,54992	33494,86375	

2003 Stofmisbrugsregistret	Landspatientregistret		
	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	1344	10973	12317
Ej fundet	2494	20362,0997	
I alt	3838		
N	35173,0997		
VAR(N)	532885,5379		
SE	729,9900944		
CI	33742,31912	36603,88029	

## Estimat 2

### Dansk oprindelse

1996			
	Landspatientregistret		
Stofmisbrugsregistret	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	481	3604	4085
Ej fundet	1928	14445,97089	
I alt	2409		
N	20458,97089		
VAR(N)	614448,4367		
SE	783,8676143		
CI	18922,59037	21995,35142	
1998			
	Landspatientregistret		
Stofmisbrugsregistret	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	732	7085	7817
Ej fundet	1869	18089,97951	
I alt	2601		
N	27775,97951		
VAR(N)	686430,1914		
SE	828,5108276		
CI	26152,09829	29399,86073	
2001			
	Landspatientregistret		
Stofmisbrugsregistret	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	1026	8250	9276
Ej fundet	2143	17231,72515	
I alt	3169		
N	28650,72515		
VAR(N)	481190,4688		
SE	693,6789378		
CI	27291,11443	30010,33586	
2003			
	Landspatientregistret		
Stofmisbrugsregistret	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	1236	10076	11312
Ej fundet	2180	17771,58576	
I alt	3416		
N	31263,58576		
VAR(N)	449517,3912		
SE	670,4605814		
CI	29949,48302	32577,6885	

### Estimat 3

#### Indvandrerefterkommer

1996 Stofmisbrugsregistret	Landspatientregistret		
	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	32	290	322
Ej fundet	148	1341,25	
I alt	180		
N	1811,25		
VAR(N)	75916,8457		
SE	275,5301176		
CI	1271,21097	2351,28903	

1998 Stofmisbrugsregistret	Landspatientregistret		
	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	68	571	639
Ej fundet	187	1570,25	
I alt	255		
N	2396,25		
VAR(N)	55333,99357		
SE	235,2317869		
CI	1935,195698	2857,304302	

2001 Stofmisbrugsregistret	Landspatientregistret		
	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	86	764	850
Ej fundet	262	2327,534884	
I alt	348		
N	3439,534884		
VAR(N)	93088,80727		
SE	305,1045842		
CI	2841,529899	4037,539869	

2003 Stofmisbrugsregistret	Landspatientregistret		
	Fundet	Ej fundet	I alt
Fundet	108	897	1005
Ej fundet	314	2607,944444	
I alt	422		
N	3926,944444		
VAR(N)	94826,41618		
SE	307,9389813		
CI	3323,384041	4530,504848	



**Tabel 1.1: Udviklingen i antallet af stofmisbrugere i behandling 1996-2003**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Samlet gruppe</b>	<b>4.405</b>	<b>7.288</b>	<b>8.455</b>	<b>8.882</b>	<b>9.438</b>	<b>10.126</b>	<b>10.827</b>	<b>12.317</b>
Dansk oprindelse	4.085	6.727	7.817	8.171	8.662	9.276	9.923	11.312
Indvandrere/efterkommer	320	561	638	711	776	850	904	1.005

**Tabel 1.2: Udviklingen i antallet af indvandrere/efterkommere i behandling 1996-2003**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Indvandrer	286	509	573	633	694	754	806	887
Efterkommer	34	52	65	78	82	96	98	118
<b>IE i alt</b>	<b>320</b>	<b>561</b>	<b>638</b>	<b>711</b>	<b>776</b>	<b>850</b>	<b>904</b>	<b>1.005</b>

**Tabel 1.3: Udviklingen i antallet af indvandrere/efterkommere fra vestlige/ikke-vestlige lande i behandling 1996-2003**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Vestlige lande	112	213	240	251	277	305	320	351
Ikke-vestlige lande	208	348	398	460	499	545	584	654
<b>IE i alt</b>	<b>320</b>	<b>561</b>	<b>638</b>	<b>711</b>	<b>776</b>	<b>850</b>	<b>904</b>	<b>1.005</b>

**Tabel 1.4: Udviklingen i antallet af indvandrere/efterkommere fra udvalgte lande i behandling 1996-2003**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Udvalgte indvandringslande	86	146	156	179	197	214	206	214
Udvalgte flygtningelande	92	140	163	193	211	239	279	321
Øvrige lande	142	275	319	339	368	397	419	470
<b>IE i alt</b>	<b>320</b>	<b>561</b>	<b>638</b>	<b>711</b>	<b>776</b>	<b>850</b>	<b>904</b>	<b>1.005</b>

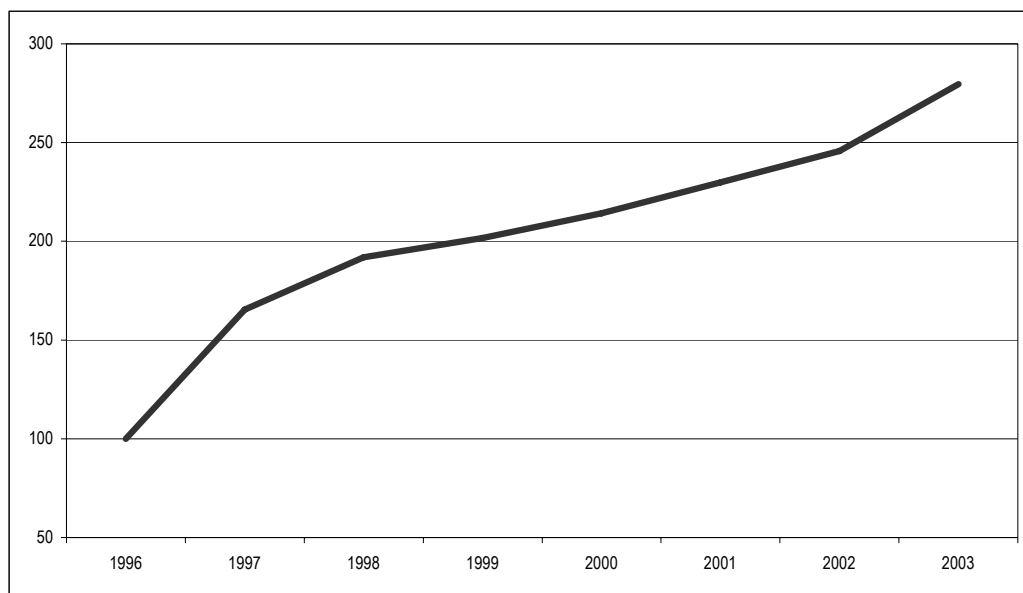
Som det fremgår af Tabel 1.1 er det samlede antal stofmisbrugere i behandling steget betragteligt i løbet af perioden 1996-2003, nemlig fra 4.405 i 1996, til 12.317 i 2003. Den samme stigningstendens ses for gruppen af indvandrere/efterkommere, der i 1996 udgjorde 320 personer svarende til ca. 7%, og i 2003 var steget til 1.005 personer, svarende til 8,2% af gruppen af personer i behandling.

Som det ses af tabel 1.2 udgør indvandrere et større antal end efterkommere i hele perioden. En mindre forskydning grupperne imellem kan registreres i perioden. Mens efterkommere udgjorde 10,6% af indvandrere/efterkommere i behandling i 1996, var denne andel i 2003 steget til 11,7 %.

Tabel 1.3 viser, at andelen af personer fra ikke-vestlige lande udgør ca. 65% af den samlede gruppe indvandrere/efterkommere, og at dette har været konstant i hele perioden.

Tabel 1.4 omhandler antallet af personer i behandling fra gruppen af udvalgte flygtninge- og indvandringslande. Som det ses er antallet af personer fra henholdsvis flygtningelande og indvandringslande i starten af perioden relativt ens. Qua en lidt større stigningsfaktor udgør personer fra de udvalgte flygtningelande dog i 2002 en noget større andel af den samlede gruppe indvandrere/efterkommere end personer fra de udvalgte indvandringslande. Således var der i 2003 321 personer fra de udvalgte flygtningelande, mod 214 fra de udvalgte indvandringslande.

**Figur 1.1: Indekseret udvikling i antallet af personer i stofmisbrugsbehandlingen 1996-2003**

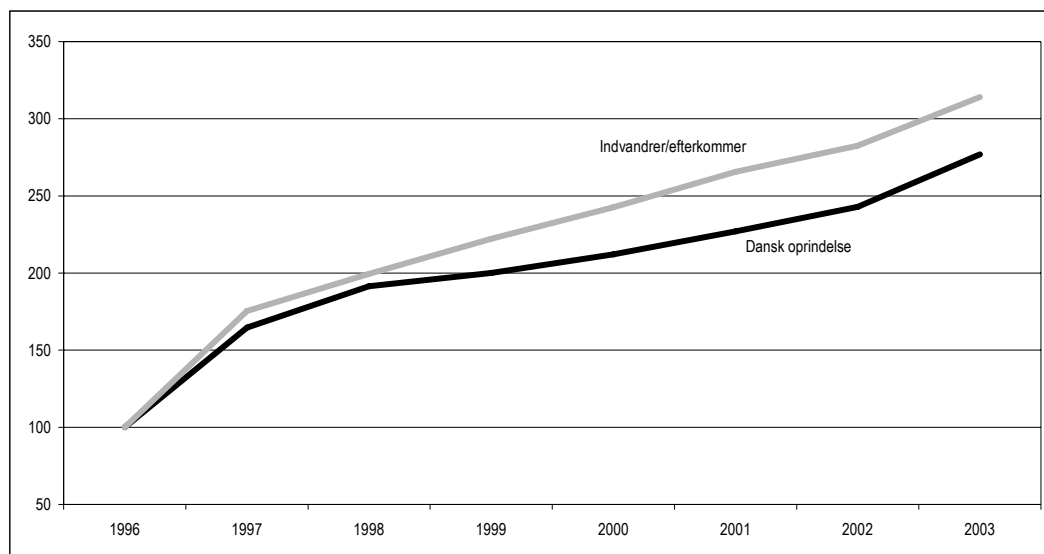


Indekseret udvikling i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling

År	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Indeks=1996	100	165	192	202	214	230	246	280

Som det fremgår af Figur 1.1 er det samlede antal misbrugere i behandling steget fra indeks 100 i 1996 til 280 i 2003 – altså næsten en tredobling i perioden.

Figur 1.2

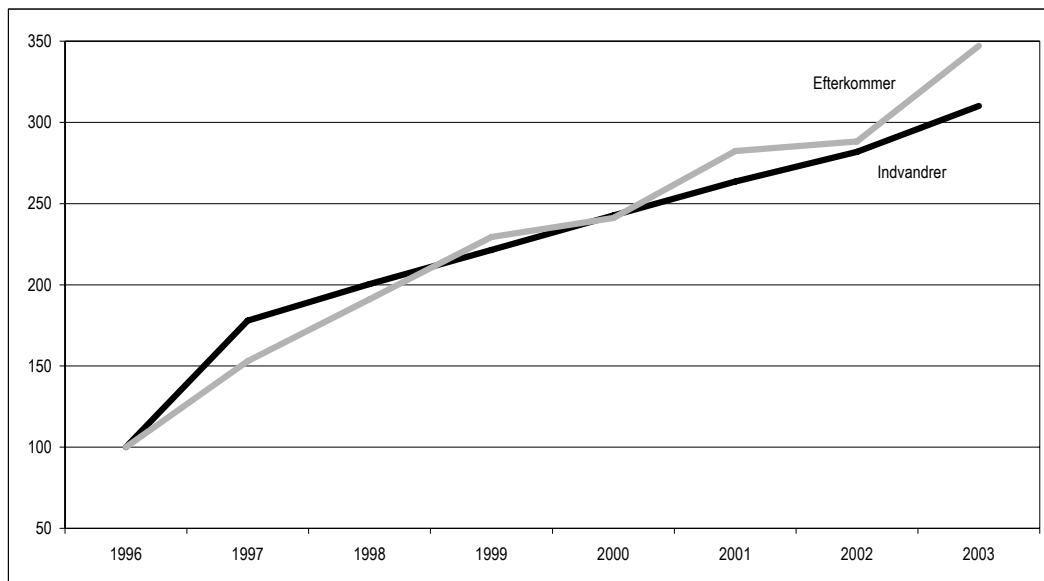


Indekseret udvikling i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling

Indeks 1996=100	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Dansk oprindelse	100	165	191	200	212	227	243	277
Indvandrere/efterkommer	100	175	199	222	243	266	283	314

Figur 1.2 viser denne stigning opdelt efter oprindelse og viser, at indekset for gruppen af indvandrere/efterkommere er steget mere end for gruppen med dansk oprindelse. For sidstnævnte er indeks gået fra 100 i 1996 til 277 i 2003, hvorimod udviklingen for indvandrere/efterkommere er gået fra 100 til 314 (gruppen er så forholdsmæssigt lille, at det ikke giver et stort udslag i det samlede gennemsnit).

Figur 1.3

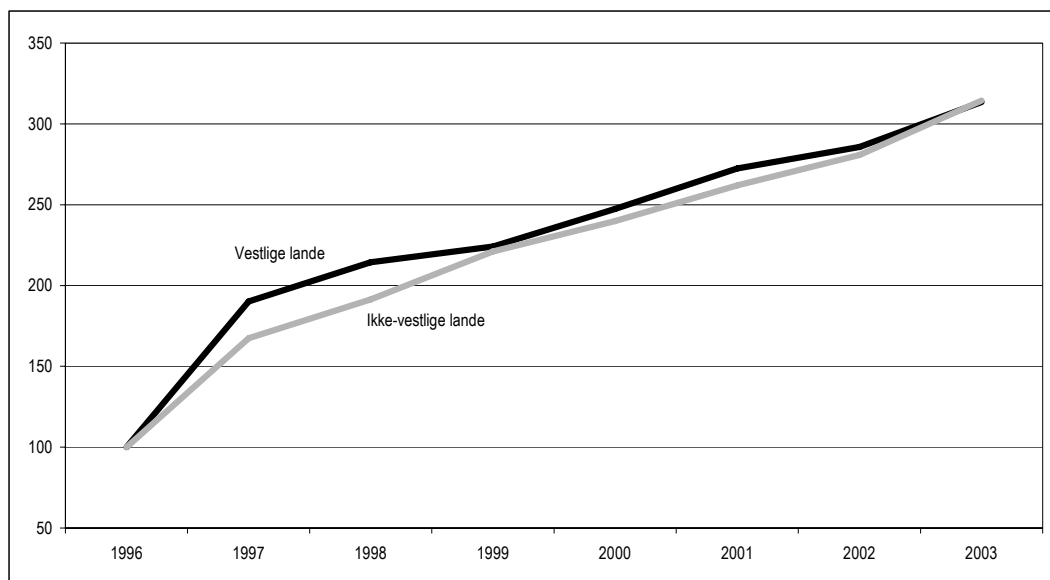


Indekseret udvikling i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling

Indeks 1996=100	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Indvandrer	100	178	200	221	243	264	282	310
Efterkommer	100	153	191	229	241	282	288	347

Figur 1.3 viser at indeks for efterkommere er steget noget mere end for indvandrere. Mens indeks for indvandrere er steget til 310 i 2003, er indeks for efterkommere i 2003 på 347. Det er værd at bemærke, at udsvinget mellem grupperne særligt er sket i mellem 2002 og 2003, hvor efterkommerindekset laver et stort hop fra 288 til 347.

Figur 1.4

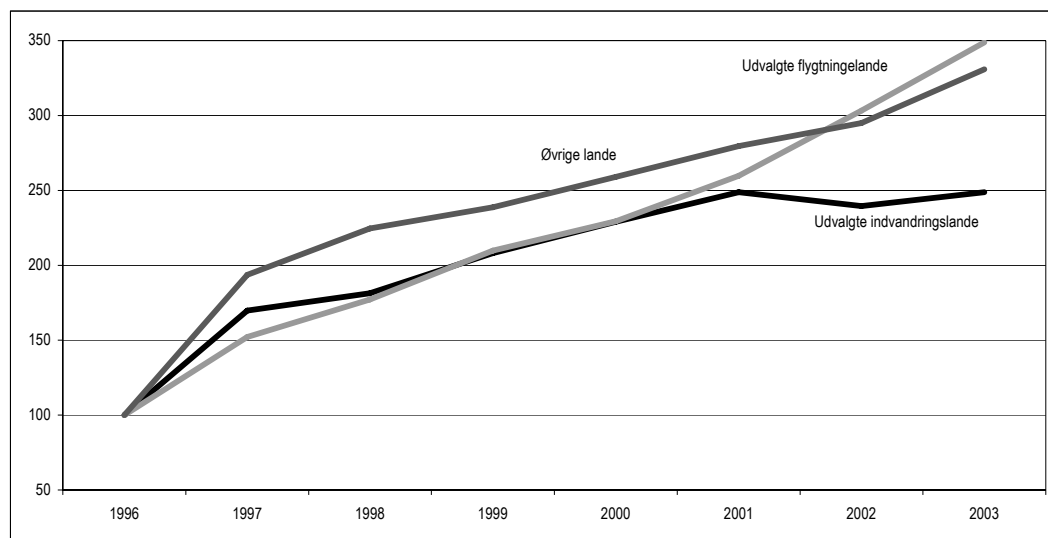


Indekseret udvikling i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling

Indeks 1996=100	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Vestlige lande	100	190	214	224	247	272	286	313
Ikke-vestlige lande	100	167	191	221	240	262	281	314
IE ialt	100	175	199	222	243	266	283	314

Ser man på Figur 1.4 over udviklingen i gruppen af indvandrere/efterkommere opdelt på personer fra vestlig/ikke-vestlige lande, ses det at udviklingen næsten er identisk.

Figur 1.5



Indekseret udvikling i antallet af personer i stofmisbrugsbehandling

Indeks 1996=100	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Udvalgte indvandringslande	100	170	181	208	229	249	240	249
Udvalgte flygtningelände	100	152	177	210	229	260	303	349
Øvrige lande	100	194	225	239	259	280	295	331
IE ialt	100	175	199	222	243	266	283	314

Som set fremgår af Figur 1.5 bliver forskellene større, når der opdeles i de udvalgte indvandrings- og flygtningelände. Her er førstnævnte endda faldet i 2002 for at stige til 2001-niveau i 2003, og ender således på 249. Heroverfor har flygtningelandenes indeks været jævnt stigende, med en ganske markant stigningsgrad fra 2001 og ender på indeks 349. I det samlede billede af indvandrere/efterkommer gruppen i behandling tyder det således på, at de udvalgte indvandringslande trækker gennemsnittet ned, mens de udvalgte flygtningelände trækker det op.

**Tabel 2.1: Andel af befolkningen i stofmisbrugsbehandling i 2003**

	18-65 årige i alt	Antal stof- misbrugere i behandling	I pct. af befolkningen
Samlet befolkning	3.443.836	12.317	0,36
Dansk oprindelse	3.152.519	11.312	0,36
Indvandrere/efterkommer	291.353	1.005	0,34

Folketallet er pr. 1. juli 2003

Denne tabel viser, hvor stor en andel af den enkelte befolkningsgruppe, der er i stofmisbrugsbehandling – f.eks. hvor mange nordmænd, der er i stofmisbrugsbehandling, i forhold til, hvor mange nordmænd, der er i Danmark, dvs. deres andel af den samlede befolkning. Andelen er beregnet ud fra gruppen af 18-65-årige.

Som der fremgår af tabel 2.1 er procentandelen af stofmisbrugere i behandling for gruppen med dansk oprindelse (dvs. langt de fleste af det samlede antal i behandling) 0,36 % og for den samlede gruppe af indvandrere/efterkommere på 0,34%.

**Tabel 2.2: Andel af befolkningen i stofmisbrugsbehandling i 2003**

	18-65 årige i alt	Antal stof- misbrugere i behandling	I pct. af befolkningen
Indvandrere	270.484	887	0,33
Efterkommer	20.869	118	0,57
<b>IE i alt</b>	<b>291.353</b>	<b>1.005</b>	<b>0,34</b>

Af tabel 2.2 kan det ses, at procentandelen for indvandrerne er meget tæt på det samlede indvandrere/efterkommer-tal (qua deres kvantitative dominans indenfor den samlede gruppe), nemlig 0,33%, mens det for efterkommernes vedkommende ligger på 0,57%. Mens der for indvandrere ikke er nogen nævneværdig forskel fra befolkningen generelt, er andelen af efterkommere i behandling i forhold til deres befolkningsandel markant større.

**Tabel 2.3: Andel af befolkningen i stofmisbrugsbehandling i 2003**

	18-65 årige i alt	Antal stof- misbrugere i behandling	I pct. af befolkningen
Vestlige lande	206.551	351	0,17
Ikke-vestlige lande	84.802	654	0,77
<b>IE i alt</b>	<b>291.353</b>	<b>1.005</b>	<b>0,34</b>

Større er forskellene hvis man ser på vestlige og ikke-vestlige. Af tabel 2.3 fremgår det at gruppen fra vestlige lande er repræsenteret i behandlingssystemet med 0,17% af sin befolkningensmængde, mens ikke-vestlige ligger på 0,77%, altså væsentligt over gennemsnittet for indvandrere/efterkommer gruppen generelt.

**Tabel 2.4: Andel af befolkningen i stofmisbrugsbehandling i 2003**

	18-65 årige i alt	Antal stof- misbrugere i behandling	I pct. af befolkningen
Udvalgte indvandringslande	63.749	214	0,34
Udvalgte flygtningelande	60.962	321	0,53
Øvrige lande	166.642	470	0,28
<b>I alt</b>	<b>291.353</b>	<b>1.005</b>	<b>0,34</b>

Deles op i indvandrings- og flygtningelande (tabel 2.4) ligger førstnævnte fuldstændig som gennemsnittet (0,34%), mens flygtningelandene ligger noget over med 0,53% af deres befolkningsgrundlag. De øvrige lande i indvandrere/efterkommer-kategorien trækker altså ned, mens flygtningelandene trækker op (vi taler jo dog små tal).

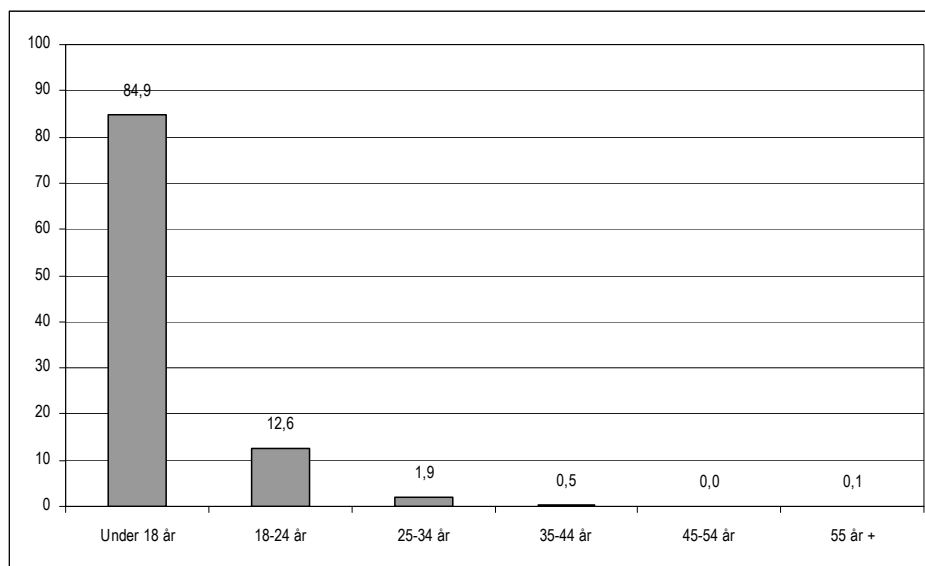


**Tabel 2.5: Andel af befolkningen i stofmisbrugsbehandling i 2003**

	18-65 årige i alt	Antal stof- misbrugere i behandling	I pct. af befolkningen
Norge	11.504	84	0,73
Sverige	11.014	58	0,53
Tyskland	18.056	39	0,22
Jugoslavien,Forb.rep	13.047	51	0,39
Marokko	5.380	29	0,54
Pakistan	12.456	35	0,28
Tyrkiet	32.866	99	0,30
Polen	9.870	27	0,27
Somalia	8.433	13	0,15
Iran	10.214	179	1,75
Irak	14.199	21	0,15
Libanon	10.509	52	0,49
Vietnam	7.737	29	0,37
Øvrige lande	126.068	289	0,23
<b>IE i alt</b>	<b>291.353</b>	<b>1.005</b>	<b>0,34</b>

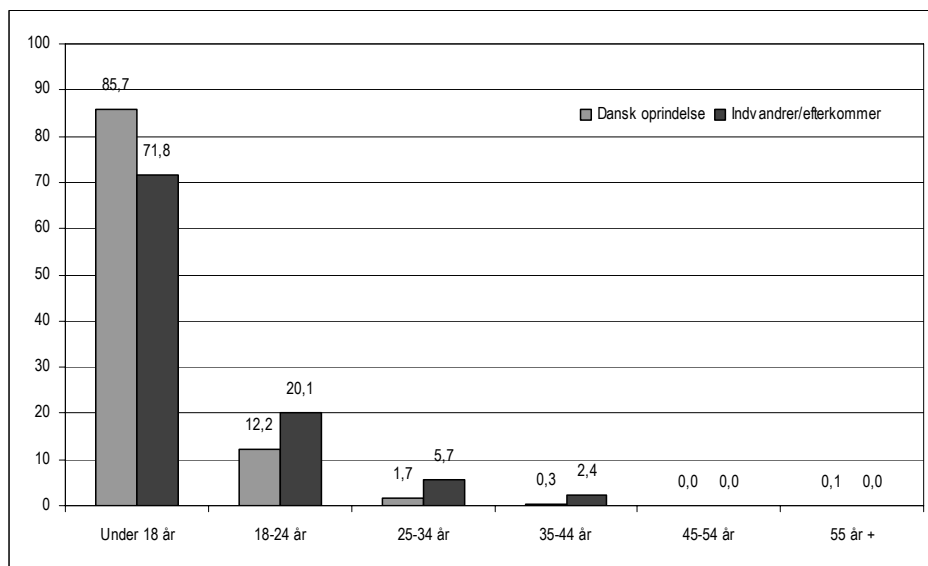
Af tabel 2.5 over udvalgte enkeltlande, ses flere interessante forskelle landene imellem. Den helt tunge gruppe, der trækker gennemsnittet op er Iran (1,75%), men også Norge (0,73), Sverige (0,53), Marokko (0,54) og Libanon (0,49) trækker i denne retning. Modsat ligger Somalia (0,15) og Irak (0,15) lavt og trækker tilsvarende gennemsnittet ned. De traditionelle indvandringslande som Tyrkiet (0,30), Pakistan (0,28) og Jugoslavien (0,39) er som ovenfor nævnt placeret ganske gennemsnitligt, mens flygtningelandene ligger højere (dog trækker Iran og delvist Libanon vældigt op, da Irak, Somalia, Vietnam, Polen trækker ned i forhold til flygtningegennemsnittet).

Figur 2.1: Alder ved førstegangsbrug af hash, 2003



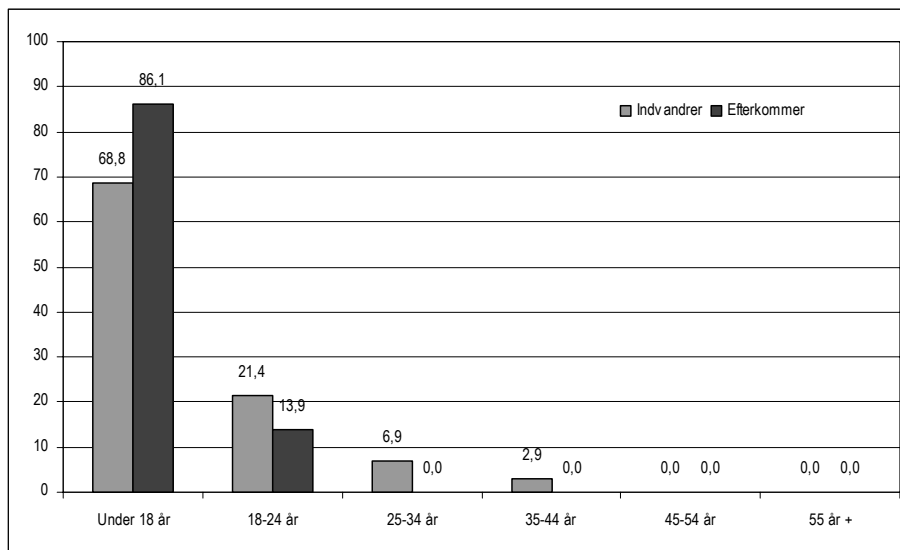
Figur 2.1 omhandler fordelingen af alder ved førstegangsbrug af hash for det samlede antal klienter i behandling. Her fremgår det at langt hovedparten af klienterne, nemlig 84,9%, har været under 18 år og 12,6% mellem 18 og 24. De resterende 2,5% er fordelt i de ældre aldersgrupper, dog primært fra 25-34 år.

Figur 2.2: Alder ved førstegangsb brug af hash, 2003



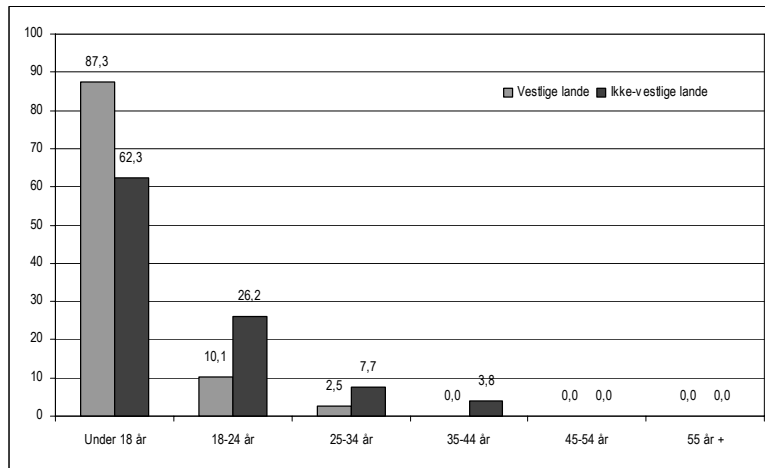
Som det fremgår af figur 2.2. starter også langt hovedparten af indvandrere/efterkommer gruppen når de er under 18 år (71,8%), om end denne gruppe er en smule mindre end for gruppen med dansk oprindelse (85,7%). 20,1% starter i årene mellem 18 og 24 (ifølge danskerne 12,2%) og 5,7% starter mellem 25 og 34 år. De sidste 2,4% er registreret som værende begyndt mellem 35 og 44 år.

Figur 2.3: Alder ved førstegangsbrug af hash, 2003



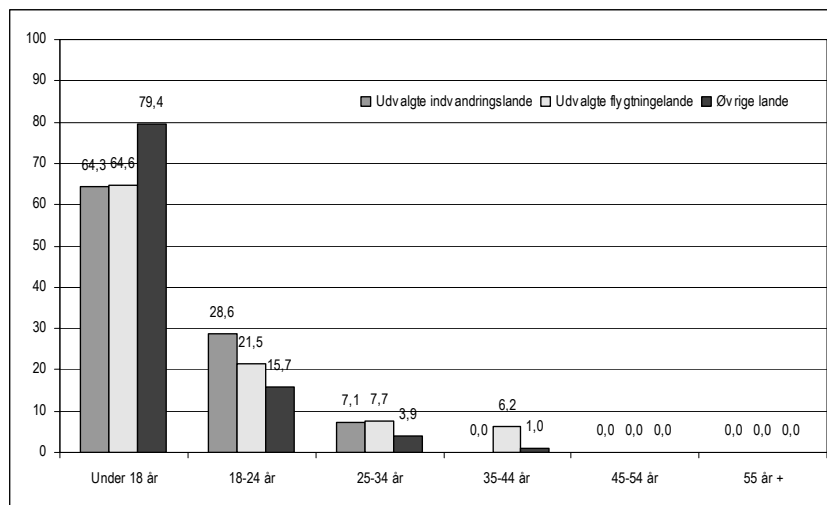
Ser man på figur 2.3 viser tallene, at efterkommerne hiver gennemsnittet op for den samlede indvandrer/efterkommer gruppe, idet 86,1% af denne gruppe starter før 18 år. Heroverfor har indvandrerne en andel på 68,8, der starter før 18 år. For årene mellem 18 og 24 er andelen for indvandrerens vedkommende 21,4% og for efterkommernes vedkommende 13,9. Knap 10% af indvandrerne starter i årene 25-34 og 35-44, mens ingen er registreret herunder for efterkommerne (jf. deres unge alder).

Figur 2.4: Alder ved førstegangsbrug af hash, 2003



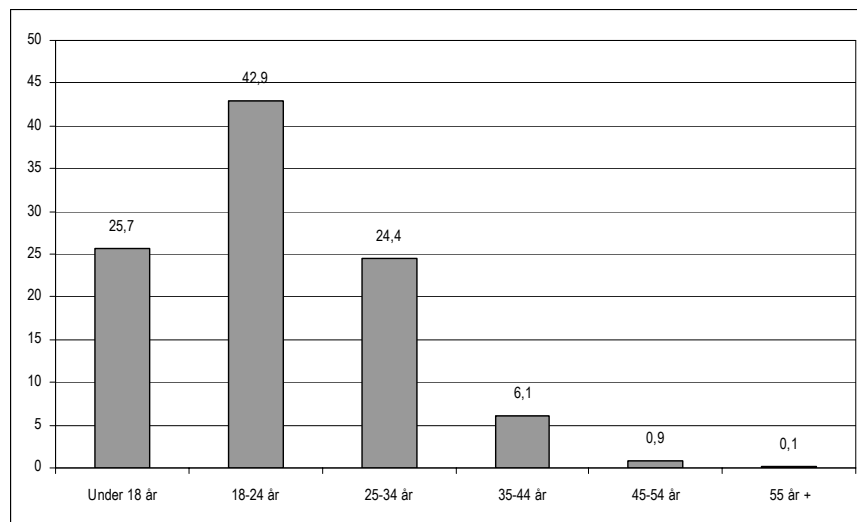
Figur 2.4 viser at de vestlige indvandrere/efterkommere har en større andel der starter før 18 år end gennemsnittet (87,3%), mens andelen for de ikke-vestliges vedkommende er på 62,3% og tilsvarende er andelen for 18-24 år hhv. 10,1% for vestlige og 26,2% for ikke-vestlige (der således hiver gennemsnittet for den samlede i/e gruppe op indenfor denne aldersklasse og tilsvarende ned for dem under 18%). Mens kun 2,5% af vestlige starter senere end 25 år, placerer 11,5% af de ikke-vestlige sig indenfor ældre grupper (igen primært 25-34 og 35-44).

Figur 2.5: Alder ved førstegangsbrug af hash, 2003



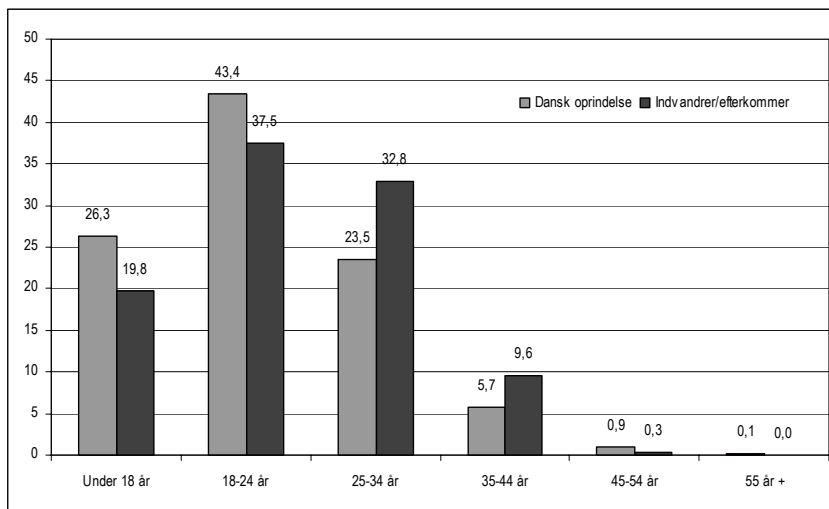
Figur 2.5 viser at andelen for de ikke-vestlige lande modsvarer billedet for de udvalgte indvandrer- og flygtningelande: hhv. 64,3% og 64,6% under 18; hhv. 28,6 og 21,5 for 18-24 og hhv. 7,1 og 7,7 for 25-34 år. Som den eneste kategori har flygtningelandene en rimelig andel, der først starter mellem 35 og 44 år: nemlig 6,2%.

**Figur 3.1: Alder ved førstegangsbrug af heroin, 2003**



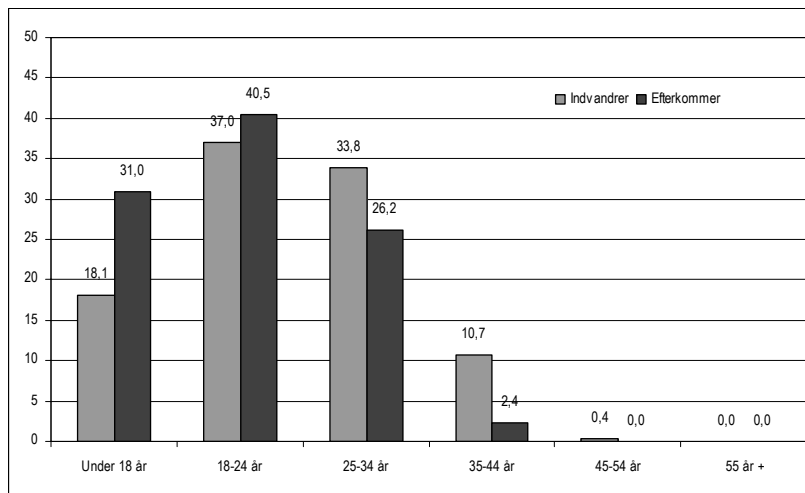
Figur 3.1 viser fordelingen på alder ved førstegangsbrug af heroin for den samlede gruppe klienter i behandling. Som det ses starter de fleste, nemlig 42,9% med heroin i alderen mellem 18 og 24 – altså i en senere alder end for hashens vedkommende. Dog starter en fjerdedel, nemlig 25,7%, når de er under 18 år og tilsvarende cirka en fjerdedel (24,4) i alderen 25-34 år. De resterende 7,1% starter senere end 34 år; dog langt størstedelen (6,1) mellem 35 og 44.

Figur 3.2: Alder ved førstegangsb brug af heroin, 2003



Figur 3.2 viser fordelingen på alder ved førstegangsb brug af heroin for indvandrer/efterkommer gruppen og for gruppen med dansk oprindelse. Igen har indvandrer/efterkommer gruppen generelt en højere startalder og tilsvarende starter gruppen med dansk oprindelse en anelse tidligere end tallene for den samlede gruppe. Således er andelen der har førstegangsb brug af heroin under 18 år, på 19,8% for indvandrer/efterkommer gruppens vedkommende, mens 37,5% starter mellem de er 18 og 24 år. Andelen der først starter mellem 25 og 34 år er markant større end for danskernes vedkommende, nemlig 32,8% i modsætning til 23,5%. Knap 10% bruger heroin for første gang i alderen 35-44 år.

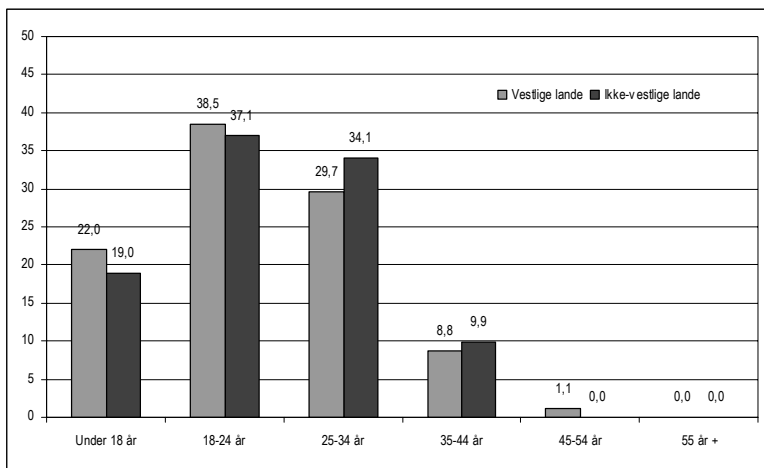
Figur 3.3: Alder ved førstegangsbrug af heroin, 2003



Opdeles gruppen mellem indvandrere og efterkommere (figur 3.3), ligner sidstnævntes mønster igen mere det samlede billede for alle misbrugere. Hvor 31% (dvs. flere end den gennemsnitlige andel) starter under 18 år, gør dette sig kun gældende for 18,1% af indvandrerne (dvs. betragteligt mindre end gennemsnittet). Indvandrerne og efterkommerne fordeler sig med hhv. 37 og 40,5% i aldersgruppen 18-24 og med hhv. 33,8 og 26,2% i aldersgruppen 25-34. Hvor kun 2,4% af efterkommerne starter mellem 35-44 år (jf. igen deres alder i det hele taget) gælder dette for 10,7% af indvandrerne.

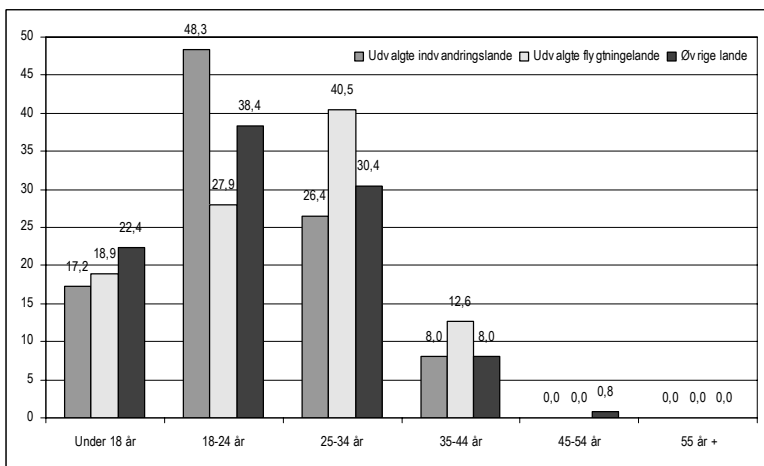


Figur 3.4: Alder ved førstegangsbrug af heroin, 2003



Figur 3.4 omhandler forholdet mellem vestlige og ikke-vestlige og viser at der ikke er de store forskelle; lidt færre af de ikke-vestlige starter under 18 år og mellem 18-24 år og tilsvarende lidt flere mellem 25 og 34 år. Der er kun en enkelt procents forskel på andelen, der starter mellem 35 og 44 (hvh. 8,8 og 9,9).

Figur 3.5: Alder ved førstegangsbrug af heroin, 2003



Figur 3.5 viser at de udvalgte indvandrings- og flygtningelande fordeler sig forskelligt, særligt over 18 år. Andelen under 18 år ligger på hhv. 17,2% for indvandringslandene og 18,9% for

flygtningelandene. I alderen 18-24 er der til gengæld 48,3% af klienter fra indvandringslandene, der starter på heroin – langt over flygtningelandenes andel på 27,9% og også væsentligt over den gennemsnitlige andel på 42,9%. Billedet er så lidt omvendt i aldersgruppen 25-34 år, hvor indvandringslandene placerer sig med en andel på 26,4% (en anelse højere end gennemsnittet), hvorimod 40,5% af flygtningene starter her. Hhv. 8,0 og 12,6% indenfor indvandrings- og flygtningekategorierne starter i alderen 35-44 år.

**Tabel 3.1: Gennemsnitsalder pr. 1. juli samt kønsfordeling for klienter i behandling, 2003.**

	Kvinder			Mænd		
	Antal	Pct.	Gnsn.alder	Antal	Pct.	Gnsn.alder
Samlet gruppe	3.157	25,6	35,7	9.160	74,4	35,3
Dansk oprindelse	2.992	26,4	35,6	8.320	73,6	35,2
Indvandrer/efterkommer	165	16,4	37,4	840	83,6	36,4

**Tabel 3.2: Gennemsnitsalder pr. 1. juli samt kønsfordeling for klienter i behandling, 2003.**

	Kvinder			Mænd		
	Antal	Pct.	Gnsn.alder	Antal	Pct.	Gnsn.alder
Indvandrer	144	16,2	37,8	743	83,8	37,2
Efterkommer	21	17,8	34,8	97	82,2	30,6
<b>IE i alt</b>	<b>165</b>	<b>16,4</b>	<b>37,4</b>	<b>840</b>	<b>83,6</b>	<b>36,4</b>

**Tabel 3.3: Gennemsnitsalder pr. 1. juli samt kønsfordeling for klienter i behandling, 2003.**

	Kvinder			Mænd		
	Antal	Pct.	Gnsn.alder	Antal	Pct.	Gnsn.alder
Vestlige lande	120	34,2	39,4	231	65,8	38,8
Ikke-vestlige lande	45	6,9	32,3	609	93,1	35,5
<b>IE i alt</b>	<b>165</b>	<b>16,4</b>	<b>37,4</b>	<b>840</b>	<b>83,6</b>	<b>36,4</b>

**Tabel 3.4: Gennemsnitsalder pr. 1. juli samt kønsfordeling for klienter i behandling, 2003.**

	Kvinder			Mænd		
	Antal	Pct.	Gnsn.alder	Antal	Pct.	Gnsn.alder
Udvalgte indvandringslande	13	6,1	33,5	201	93,9	33,0
Udvalgte flygtningelande	21	6,5	30,7	300	93,5	36,9
Øvrige lande	131	27,9	38,9	339	72,1	38,0
<b>IE i alt</b>	<b>165</b>	<b>16,4</b>	<b>37,4</b>	<b>840</b>	<b>83,6</b>	<b>36,4</b>

**Tabel 3.5: Gennemsnitsalder pr. 1. juli samt kønsfordeling for klienter i behandling, 2003.**

	Kvinder			Mænd		
	Antal	Pct.	Gnsn.alder	Antal	Pct.	Gnsn.alder
Norge	40	47,6	38,1	44	52,4	38,0
Sverige	24	41,4	43,2	34	58,6	38,3
Tyskland	14	35,9	40,4	25	64,1	40,7
Jugoslavien	6	11,8	36,0	45	88,2	33,6
Marokko	2	6,9	35,0	27	93,1	35,0
Pakistan	0	0,0	-	35	100,0	38,4
Tyrkiet	5	5,1	30,0	94	94,9	30,2
Polen	12	44,4	32,8	15	55,6	28,7
Somalia	3	23,1	25,0	10	76,9	26,3
Iran	4	2,2	34,8	175	97,8	41,5
Irak	0	0,0	-	21	100,0	30,2
Libanon	0	0,0	-	52	100,0	31,9
Vietnam	2	6,9	19,0	27	93,1	30,0
Øvrige lande	53	18,3	37,2	236	81,7	37,7
<b>IE i alt</b>	<b>165</b>	<b>16,4</b>	<b>37,4</b>	<b>840</b>	<b>83,6</b>	<b>36,4</b>

Som det fremgår af tabel 3.1 er fordelingen af mænd og kvinder er samlet set ca. 75 hhv. 25% med en gennemsnitalder for mænd på 35,3 og kvinder på 35,7 år. For den samlede indvandrerefterkommer-gruppe er fordelingen noget anderledes, med 16% kvinder og 84% mænd. Opdeles der, som i tabel 3.3, i vestlige/ikke-vestlige har førstnævnte den absolut største andel af kvinder overhovedet (34%) og sidstnævnte den mindste (7%).

Som det ses af tabel 3.1 ligger indvandrerefterkommer-gruppen aldersmæssigt lidt højere – 2 år for kvinder og 1 år for mænd, men også herunder er der variationer. Som det ses af tabel 3.2

er efterkommerne generelt noget yngre end indvandrerne (34,8 ift 37,8 for kvinderne og 30,6 ift 37,2 for mændene). Forskellene bliver især mere markante for kvinderne, når der opdeles i vestlige og ikke-vestlige (se tabel 3.3), hvor sidstnævnte gruppe er en del yngre: 32 ift 39 år for kvinder og 35,5 ift 38,8 for mænd. Endnu mere markant er de udvalgte indvandringslande (se tabel 3.4) (33 år for både kvinder og mænd) og for udvalgte flygtningelande (30,7 for kvinder, 36,9 for mænd).

**Tabel 4.1: Indtægtskilde for klienter i stofmisbrugsbehandling 2003**

	Antal	Pct.
Kontanthjælp	6.266	50,9
Pension/efterløn	2.642	21,5
Lønindkomst/erhvervsindkomst	1.091	8,9
Sygedagpenge	471	3,8
Arbejdsløshedsdagpenge	364	3,0
Anden indtægt	258	2,1
Revalideringsydelse	156	1,3
SU	154	1,3
Aktiveringsydelse/løn med løntilskud	130	1,1
Uoplyst	785	6,4
<b>I alt</b>	<b>12.317</b>	<b>100,0</b>

**Tabel 4.2: Indtægtskilde for klienter i stofmisbrugsbehandling 2003**

	Dansk oprindelse		Indvandrere/efterkommer	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Kontanthjælp	5.688	50,3	578	57,5
Pension/efterløn	2.508	22,2	134	13,3
Lønindkomst/erhvervsindkomst	990	8,8	101	10,0
Sygedagpenge	453	4,0	18	1,8
Arbejdsløshedsdagpenge	325	2,9	39	3,9
Anden indtægt	221	2,0	37	3,7
Revalideringsydelse	147	1,3	9	0,9
SU	146	1,3	8	0,8
Aktiveringsydelse/løn med løntilskud	123	1,1	7	0,7
Uoplyst	711	6,3	74	7,4
<b>I alt</b>	<b>11.312</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>

Tabel 4.3: Indtægtskilde for klienter i stofmisbrugsbehandling 2003

	Indvandrere		Efterkommer	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Kontanthjælp	510	57,5	68	57,6
Pension/efterløn	119	13,4	15	12,7
Lønindkomst/erhvervsindkomst	91	10,3	10	8,5
Sygedagpenge	18	2,0	0	0,0
Arbejdsløshedsdagpenge	35	3,9	4	3,4
Anden indtægt	33	3,7	4	3,4
Revalideringsydelse	7	0,8	2	1,7
SU	7	0,8	1	0,8
Aktiveringsydelse/løn med løntilskud	5	0,6	2	1,7
Uoplyst	62	7,0	12	10,2
<b>I alt</b>	<b>887</b>	<b>100,0</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>

Tabel 4.4: Indtægtskilde for klienter i stofmisbrugsbehandling 2003

	Vestlige lande		Ikke-vestlige lande		IE i alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Kontanthjælp	169	48,1	409	62,5	578	57,5
Pension/efterløn	74	21,1	60	9,2	134	13,3
Lønindkomst/erhvervsindkomst	38	10,8	63	9,6	101	10,0
Sygedagpenge	6	1,7	12	1,8	18	1,8
Arbejdsløshedsdagpenge	13	3,7	26	4,0	39	3,9
Anden indtægt	18	5,1	19	2,9	37	3,7
Revalideringsydelse	3	0,9	6	0,9	9	0,9
SU	4	1,1	4	0,6	8	0,8
Aktiveringsydelse/løn med løntilskud	2	0,6	5	0,8	7	0,7
Uoplyst	24	6,8	50	7,6	74	7,4
<b>I alt</b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>654</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>

Tabel 4.5: Indtægtskilde for klienter i stofmisbrugsbehandling 2003

	Udvalgte indvandringslande		Udvalgte flygtningelande		Øvrige lande		IE i alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Kontanthjælp	144	67,3	188	58,6	246	52,3	578	57,5
Pension/efterløn	10	4,7	37	11,5	87	18,5	134	13,3
Lønindkomst/erhvervsindkomst	20	9,3	35	10,9	46	9,8	101	10,0
Sygedagpenge	3	1,4	7	2,2	8	1,7	18	1,8
Arbejdsløshedsdagpenge	8	3,7	13	4,0	18	3,8	39	3,9
Anden indtægt	6	2,8	6	1,9	25	5,3	37	3,7
Revalideringsydelse	2	0,9	3	0,9	4	0,9	9	0,9
SU	1	0,5	1	0,3	6	1,3	8	0,8
Aktiveringsydelse/løn med løntilskud	1	0,5	4	1,2	2	0,4	7	0,7
Uoplyst	19	8,9	27	8,4	28	6,0	74	7,4
<b>I alt</b>	<b>214</b>	<b>100,0</b>	<b>321</b>	<b>100,0</b>	<b>470</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>

Den største indtægtskilde for den samlede gruppe i behandling er, som det fremgår af tabel 4.1, kontanthjælp (51%) og pension/efterløn (21,5%). Som det ses af tabel 4.2 er den samlede indvandrere/efterkommer-gruppe ikke meget afvigende herfra: lidt flere er på kontanthjælp og noget færre på pension, mens der er ca. det samme antal med en lønindkomst (10%). Af tabel 4.3 fremgår det, at der er ingen nævneværdige forskelle er mellem indvandrere og efterkommere, mens der imellem vestlige/ikke-vestlige er nogle flere af sidstnævnte på kontanthjælp (62,5 ift 48,1%) og en del færre på pension (9,2 ift 21,1%), mens andelen på lønindkomst er den samme (se tabel 4.4). For de udvalgte indvandringslande (se tabel 4.5) ligger andelen på kontanthjælp højere igen (67,3%) og pension lavere igen (4,7%), mens de udvalgte flygtningelande har hhv. 58,6 og 11,5% på kontanthjælp og pension. Flygtningelandene har den højeste andel med lønindkomst af alle.

**Tabel 5.1: Samlivsstatus for klienter i stofmisbrugsbehandling, 2003**

	Enlig	Samlevende	Uoplyst samlivsstatus
Samlet gruppe	70,0	21,5	8,5
Dansk oprindelse	70,7	20,8	8,5
Indvandrere/efterkommer	62,4	29,0	8,7

**Tabel 5.2: Samlivsstatus for klienter i stofmisbrugsbehandling, 2003**

	Enlig	Samlevende	Uoplyst samlivsstatus
Vestlige lande	64,1	26,5	9,4
Ikke-vestlige lande	61,5	30,3	8,3
<b>IE i alt</b>	<b>62,4</b>	<b>29,0</b>	<b>8,7</b>

**Tabel 5.3: Samlivsstatus for klienter i stofmisbrugsbehandling, 2003**

	Enlig	Samlevende	Uoplyst samlivsstatus
Vestlige lande	64,1	26,5	9,4
Ikke-vestlige lande	61,5	30,3	8,3
<b>IE i alt</b>	<b>62,4</b>	<b>29,0</b>	<b>8,7</b>

Tabel 5.4: Samlivsstatus for klienter i stofmisbrugsbehandling, 2003

	Enlig	Samlevende	Uoplyst samlivsstatus
Udvalgte indvandringslande	55,1	36,4	8,4
Udvalgte flygtningelande	62,9	29,0	8,1
Øvrige lande	65,3	25,5	9,1
<b>IE i alt</b>	<b>62,4</b>	<b>29,0</b>	<b>8,7</b>

Af tabel 5.1 fremgår, at langt hovedparten af klienterne i behandling er enlige (70%). 21,5% er samlevende og 8,5% er opført som uoplyst. Gruppen af indvandrere/efterkommere rummer lidt færre enlige (62,4%) og tilsvarende flere samlevende (29%). Af tabel 5.2 ses det, at der ikke er markante forskelle, når der opsplittes i indvandrere/efterkommere (lidt færre efterkommere er samlevende) og ej heller når opsplittes i vestlige/ikke-vestlige (se tabel 5.3), hvor lidt færre fra sidstnævnte er enlige og lidt flere samlevende.

Af tabel 5.4 fremgår at, der er flere enlige og færre samlevende i gruppen af udvalgte flygtningelande i forhold til de udvalgte indvandringslande: 62,9 vs. 55,1% enlige og 29 vs. 36,4% samlevende. For begge grupper er det imidlertid gældende at færre er enlige set i forhold til gruppen af misbrugere i behandling generelt.

Tabel 6.1: Boligforhold for klienter i behandling, 2003

	Antal	Procent
Selvstændig bolig	6.913	56,1
Familie/venner	1.680	13,6
Løjet værelse	1.056	8,6
Gaden/ingen bolig	596	4,8
Herberg/pensionat	448	3,6
Fængsel	181	1,5
Institutionsophold	123	1,0
Støttebolig/boligfællesskab	104	0,8
Familiepleje	5	0,0
Andet	194	1,6
Uoplyst	1.017	8,3
<b>I alt</b>	<b>12.317</b>	<b>100,0</b>

Tabel 6.2: Boligforhold for klienter i behandling, 2003

	Dansk oprindelse		Indvandrerefterkommer	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Selvstændig bolig	6.360	56,2	553	55,0
Familie/venner	1.541	13,6	139	13,8
Lejet værelse	952	8,4	104	10,3
Gaden/ingen bolig	550	4,9	46	4,6
Herberg/pensionat	410	3,6	38	3,8
Fængsel	171	1,5	10	1,0
Institutionsophold	117	1,0	6	0,6
Støttebolig/boligfællesskab	96	0,8	8	0,8
Familiepleje	5	0,0	0	0,0
Andet	175	1,5	19	1,9
Uoplyst	935	8,3	82	8,2
<b>I alt</b>	<b>11.312</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>

Tabel 6.3: Boligforhold for klienter i behandling, 2003

	Indvandrere		Efterkommer	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Selvstændig bolig	510	57,5	43	36,4
Familie/venner	105	11,8	34	28,8
Lejet værelse	93	10,5	11	9,3
Gaden/ingen bolig	39	4,4	7	5,9
Herberg/pensionat	36	4,1	2	1,7
Fængsel	8	0,9	2	1,7
Institutionsophold	5	0,6	1	0,8
Støttebolig/boligfællesskab	6	0,7	2	1,7
Familiepleje	0	0,0	0	0,0
Andet	16	1,8	3	2,5
Uoplyst	69	7,8	13	11,0
<b>I alt</b>	<b>887</b>	<b>100,0</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>



Tabel 6.4: Boligforhold for klienter i behandling, 2003

	Vestlige lande		Ikke-vestlige lande		IE i alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Selvstændig bolig	199	56,7	354	54,1	553	55,0
Familie/venner	36	10,3	103	15,7	139	13,8
Lejet værelse	41	11,7	63	9,6	104	10,3
Gaden/ingen bolig	15	4,3	31	4,7	46	4,6
Herberg/pensionat	12	3,4	26	4,0	38	3,8
Fængsel	2	0,6	8	1,2	10	1,0
Institutionsophold	2	0,6	4	0,6	6	0,6
Støttebolig/boligfællesskab	3	0,9	5	0,8	8	0,8
Familiepleje	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Andet	9	2,6	10	1,5	19	1,9
Uoplyst	32	9,1	50	7,6	82	8,2
<b>I alt</b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>654</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>

Tabel 6.5: Boligforhold for klienter i behandling, 2003

	Udvalgte indvandringslande		Udvalgte flygtningelande		Øvrige lande	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Selvstændig bolig	107	50,0	184	57,3	262	55,7
Familie/venner	49	22,9	35	10,9	55	11,7
Lejet værelse	12	5,6	38	11,8	54	11,5
Gaden/ingen bolig	10	4,7	15	4,7	21	4,5
Herberg/pensionat	7	3,3	10	3,1	21	4,5
Fængsel	4	1,9	4	1,2	2	0,4
Institutionsophold	2	0,9	0	0,0	4	0,9
Støttebolig/boligfællesskab	2	0,9	2	0,6	4	0,9
Familiepleje	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Andet	2	0,9	10	3,1	7	1,5
Uoplyst	19	8,9	23	7,2	40	8,5
<b>I alt</b>	<b>214</b>	<b>100,0</b>	<b>321</b>	<b>100,0</b>	<b>470</b>	<b>100,0</b>

Den mest hyppige boform blandt alle klienter i behandling er egen bolig (56,1%), mens 13,6% bor hos familie og venner og ca. 8,4% bor på gaden eller på herberg (se tabel 6.1). Den samlede gruppe af indvandrere-efterkommere adskiller sig ikke fra danskere i denne henseende (se tabel 6.2). Som det fremgår af tabel 6.3 er der til gengæld forskelle mellem indvandrere og efterkommere, hvor kun 36,4% af sidstnævnte har egen bolig og 28,8% bor hos familie eller venner; en anelse flere af disse bor på gaden og lidt færre på herberg. Af tabel 6.4 ses at der er ikke væsentlige forskelle mellem vestlige/ikke-vestlige (marginalt færre har egen bolig af sidstnævnte, lidt flere bor hos familie/venner og en anelse flere på gaden/herberg). Sammenlignes de udvalgte flygtningelande og de udvalgte indvandringslande har

færre af sidste egen bolig (50 vs. 57,3%), mens flere bor hos familie/venner (22,9 vs. 10,9%); der er ingen forskelle i andel, der bor på gaden eller i herberg (se tabel 6.5).

**Tabel 7.1: Uddannelsesniveau for klienter i behandling, 2003**

	Antal	Pct.
Folkeskole 8. klasse eller tidligere/ingen	2.297	18,6
Folkeskole 9. klasse afgangseksamen	2.667	21,7
Folkeskole 10. klasse afgangseksamen	2.165	17,6
Efterskoleuddannelse	76	0,6
Stuentereksamen, HF, HH, HTX	458	3,7
HG (EFG-basisår)	476	3,9
Erhvervsfaglig udd./læringleudd.	1.500	12,2
Kortere videregående udd.	390	3,2
Mellemlang videregående udd.	331	2,7
Lang videregående udd.	63	0,5
Uoplyst	1.894	15,4
<b>I alt</b>	<b>12.317</b>	<b>100,0</b>

**Tabel 7.2: Uddannelsesniveau for klienter i behandling, 2003**

	Dansk oprindelse		Indvandrere/efterkommer	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Folkeskole 8. klasse eller tidligere/ingen	2.115	18,7	182	18,1
Folkeskole 9. klasse afgangseksamen	2.496	22,1	171	17,0
Folkeskole 10. klasse afgangseksamen	2.004	17,7	161	16,0
Efterskoleuddannelse	72	0,6	4	0,4
Stuentereksamen, HF, HH, HTX	388	3,4	70	7,0
HG (EFG-basisår)	435	3,8	41	4,1
Erhvervsfaglig udd./læringleudd.	1.413	12,5	87	8,7
Kortere videregående udd.	349	3,1	41	4,1
Mellemlang videregående udd.	296	2,6	35	3,5
Lang videregående udd.	47	0,4	16	1,6
Uoplyst	1.697	15,0	197	19,6
<b>I alt</b>	<b>11.312</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>

Tabel 7.3: Uddannelsesniveau for klienter i behandling, 2003

	Indvandrere		Efterkommer	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Folkeskole 8. klasse eller tidligere/ingen	164	18,5	18	15,3
Folkeskole 9. klasse afgangseksamen	147	16,6	24	20,3
Folkeskole 10. klasse afgangseksamen	134	15,1	27	22,9
Efterskoleuddannelse	3	0,3	1	0,8
Studentereksamen, HF, HH, HTX	67	7,6	3	2,5
HG (EFG-basisår)	32	3,6	9	7,6
Erhvervsfaglig udd./lærlingeudd.	78	8,8	9	7,6
Kortere videregående udd.	36	4,1	5	4,2
Mellemlang videregående udd.	32	3,6	3	2,5
Lang videregående udd.	15	1,7	1	0,8
Uoplyst	179	20,2	18	15,3
<b>I alt</b>	<b>887</b>	<b>100,0</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>

Tabel 7.4: Uddannelsesniveau for klienter i behandling, 2003

	Vestlige lande		Ikke-vestlige lande		IE i alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Folkeskole 8. klasse eller tidligere/ingen	51	14,5	131	20,0	182	18,1
Folkeskole 9. klasse afgangseksamen	67	19,1	104	15,9	171	17,0
Folkeskole 10. klasse afgangseksamen	52	14,8	109	16,7	161	16,0
Efterskoleuddannelse	0	0,0	4	0,6	4	0,4
Studentereksamen, HF, HH, HTX	24	6,8	46	7,0	70	7,0
HG (EFG-basisår)	14	4,0	27	4,1	41	4,1
Erhvervsfaglig udd./lærlingeudd.	50	14,2	37	5,7	87	8,7
Kortere videregående udd.	16	4,6	25	3,8	41	4,1
Mellemlang videregående udd.	11	3,1	24	3,7	35	3,5
Lang videregående udd.	6	1,7	10	1,5	16	1,6
Uoplyst	60	17,1	137	20,9	197	19,6
<b>I alt</b>	<b>351</b>	<b>100,0</b>	<b>654</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>

**Tabel 7.5: Uddannelsesniveau for klienter i behandling, 2003**

	Udvalgte indvandringslande		Udvalgte flygtningelände		Øvrige lande		IE i alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Folkeskole 8. klasse eller tidligere/ingen	54	25,2	47	14,6	81	17,2	182	18,1
Folkeskole 9. klasse afgangseksamen	50	23,4	40	12,5	81	17,2	171	17,0
Folkeskole 10. klasse afgangseksamen	33	15,4	57	17,8	71	15,1	161	16,0
Efterskoleuddannelse	2	0,9	1	0,3	1	0,2	4	0,4
Studentereksamen, HF, HH, HTX	0	0,0	33	10,3	37	7,9	70	7,0
HG (EFG-basisår)	12	5,6	13	4,0	16	3,4	41	4,1
Erhvervsfaglig udd./læringleudd.	14	6,5	17	5,3	56	11,9	87	8,7
Kortere videregående udd.	10	4,7	11	3,4	20	4,3	41	4,1
Mellemlang videregående udd.	2	0,9	14	4,4	19	4,0	35	3,5
Lang videregående udd.	0	0,0	10	3,1	6	1,3	16	1,6
Uoplyst	37	17,3	78	24,3	82	17,4	197	19,6
<b>I alt</b>	<b>214</b>	<b>100,0</b>	<b>321</b>	<b>100,0</b>	<b>470</b>	<b>100,0</b>	<b>1.005</b>	<b>100,0</b>

Af tabel 7.1 fremgår det, at det generelle uddannelsesniveau for klienter i behandling er, at 57,9% har ingen eller max. 10. klasse afgangseksamen, mens 3,7% har en gymnasial eksamen og 6,4% en videregående (kort, mellemlang eller lang). Som det fremgår af tabel 7.2 adskiller den samlede gruppe af indvandrere/efterkommere sig herfra ved at have færre med ingen eller max. 10. klasse afgangseksamen (51,1%) og flere med videregående uddannelse (9,2%). Mere end dobbelt så mange har en boglig ungdomsuddannelse (studentereksamen, HF, HH, HTX), mens færre har en erhvervsfaglig uddannelse (8,7 over for 12,5%). Deles der, som i tabel 7.3 op i indvandrere og efterkommere ligner sidstnævnte mere det generelle billede, mens indvandrerens andel med ingen eller max. 10. klasses afgangseksamen kun er 50,2%, 7,6% med boglig ungdomsuddannelse og 9,4% med videregående uddannelse. Som det fremgår af tabel 7.4 er der ikke de store forskelle på indvandrere/efterkommere fra vestlige og ikke-vestlige lande. Den mest markante forskel kommer ved de udvalgte indvandrings- og flygtningelände (se tabel 7.5). Her er der en højere andel misbrugere fra de udvalgte indvandringslande med ingen eller max. 10. klasses eksamen, ingen med en boglig ungdomsuddannelse og 5,6% med videregående uddannelse. De udvalgte flygtningelände er så absolut de højst uddannede af alle grupper med kun 44,9% med ingen eller max. 10. klasses afgangseksamen, 10,3% med en boglig ungdomsuddannelse og 10,9% med videregående uddannelse. Klienter fra de udvalgte flygtningelände er altså noget bedre uddannet end de øvrige klienter indenfor systemet.

Tabel 8.1: Anvendte stoffer for klienter i behandling, 2003

	Antal	Pct.
Hash	5.234	42,5
Heroin	4.520	36,7
Ordineret metadon	3.696	30,0
Alkohol	2.404	19,5
Benzodiazepiner	2.329	18,9
Andet	1.929	15,7
Kokain	1.854	15,1
Amfetamin	1.649	13,4
Illegal metadon	1.332	10,8
Morfin	1.222	9,9
Temgesic	795	6,5
Ecstasy	480	3,9
LSD	177	1,4
Opløsningsmidler	65	0,5

Tabel 8.2: Anvendte stoffer for klienter i behandling, 2003

	Dansk oprindelse		Indvandrere/efterkommer	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Hash	4.914	43,4	320	31,8
Heroin	4.068	36,0	452	45,0
Ordineret metadon	3.398	30,0	298	29,7
Alkohol	2.270	20,1	134	13,3
Benzodiazepiner	2.189	19,4	140	13,9
Andet	1.754	15,5	175	17,4
Kokain	1.698	15,0	156	15,5
Amfetamin	1.588	14,0	61	6,1
Illegal metadon	1.208	10,7	124	12,3
Morfin	1.148	10,1	74	7,4
Temgesic	748	6,6	47	4,7
Ecstasy	460	4,1	20	2,0
LSD	168	1,5	9	0,9
Opløsningsmidler	64	0,6	1	0,1

**Tabel 8.3: Anvendte stoffer for klienter i behandling, 2003**

	Indvandrere		Efterkommer	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Hash	272	30,7	48	40,7
Heroin	404	45,5	48	40,7
Ordineret metadon	267	30,1	31	26,3
Alkohol	111	12,5	23	19,5
Benzodiazepiner	116	13,1	24	20,3
Andet	158	17,8	17	14,4
Kokain	130	14,7	26	22,0
Amfetamin	54	6,1	7	5,9
Illegal metadon	114	12,9	10	8,5
Morfin	65	7,3	9	7,6
Temgesic	42	4,7	5	4,2
Ecstasy	17	1,9	3	2,5
LSD	9	1,0	0	0,0
Opløsningsmidler	1	0,1	0	0,0

**Tabel 8.4: Anvendte stoffer for klienter i behandling, 2003**

	Vestlige lande		Ikke-vestlige lande		IE i alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Hash	122	34,8	198	30,3	320	31,8
Heroin	136	38,7	316	48,3	452	45,0
Ordineret metadon	120	34,2	178	27,2	298	29,7
Alkohol	63	17,9	71	10,9	134	13,3
Benzodiazepiner	53	15,1	87	13,3	140	13,9
Andet	67	19,1	108	16,5	175	17,4
Kokain	41	11,7	115	17,6	156	15,5
Amfetamin	31	8,8	30	4,6	61	6,1
Illegal metadon	51	14,5	73	11,2	124	12,3
Morfin	27	7,7	47	7,2	74	7,4
Temgesic	15	4,3	32	4,9	47	4,7
Ecstasy	12	3,4	8	1,2	20	2,0
LSD	7	2,0	2	0,3	9	0,9
Opløsningsmidler	1	0,3	0	0,0	1	0,1

Tabel 8.5: Anvendte stoffer for klienter i behandling, 2003

	Udvalgte indvandringslande		Udvalgte flygtningelande		Øvrige lande		IE i alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Hash	57	26,6	97	30,2	166	35,3	320	31,8
Heroin	116	54,2	144	44,9	192	40,9	452	45,0
Ordineret metadon	58	27,1	87	27,1	153	32,6	298	29,7
Alkohol	14	6,5	37	11,5	83	17,7	134	13,3
Benzodiazepiner	27	12,6	52	16,2	61	13,0	140	13,9
Andet	39	18,2	53	16,5	83	17,7	175	17,4
Kokain	41	19,2	47	14,6	68	14,5	156	15,5
Amfetamin	12	5,6	16	5,0	33	7,0	61	6,1
Illegal metadon	22	10,3	37	11,5	65	13,8	124	12,3
Morfin	10	4,7	32	10,0	32	6,8	74	7,4
Temgesic	9	4,2	22	6,9	16	3,4	47	4,7
Ecstasy	3	1,4	8	2,5	9	1,9	20	2,0
LSD	0	0,0	3	0,9	6	1,3	9	0,9
Opløsningsmidler	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1

De mest anvendte stoftyper for klienter i behandling er hash (42,5%), heroin (36,7%) og ordineret metadon (30,0%), se tabel 8.1. Herefter optræder alkohol forholdsvis hyppigt (19,5%) og ligeledes benzodiazepiner (18,9%), kokain (15,1%) og amfetamin (13,4%). Øvrige stoffer som illegal metadon, morfin, temgesic, ecstasy, lsd og opløsningsmidler anvendes af noget færre (mellem 10 og 0.5%). Som det fremgår af tabel 8.2 adskiller den samlede gruppe af indvandrere/efterkommere sig fra danske klienter ved at anvende hash (31,8%) og alkohol (13,3%) i mindre grad og heroin (45%) i højere. Af tabel 8.3 fremgår det at efterkommernes mønster ligner mere det gennemsnitlige og adskiller sig således fra indvandrerne ved at have højere andel af hash (40,7% vs. 30,7%), lavere andel af heroin (40,7% vs. 45,5%), højere andel af alkohol (19,5% vs. 12,5%) og højere andel af både benzodiazepiner (20,3 over for 13,1%) og kokain (22 over for 14,7%). Som det fremgår af tabel 8.4 adskiller de ikke-vestlige lande indenfor indvandrere/efterkommer gruppen sig mest fra de vestlige ved et højere forbrug af heroin (48,3 ift 38,7%), lavere af ordineret metadon (27,3 ift 34,2%), lavere forbrug af alkohol (10,9 ift 17,9%) og højere forbrug af kokain (17,6 ift 11,7%).

De udvalgte indvandrings- og flygtningelande (tabel 8.5) ligger gennemsnitligt lavere på forbrug af hash (hhv. 26,6 og 30,2) og ordineret metadon (begge 27,1%), men begge markant højere på heroin: særligt indvandringslandene med 54,2%, men også flygtningelandene med 44,9%. Selvom begge ligger lavere end gennemsnittet på alkohol og benzodiazepiner, er forbrugsandelen af disse stoffer hos flygtningelandene højere end for indvandringslandene (11,5 ift 6,5% for alkohols vedkommende og 16,2 ift 12,6% for benzodiazepiners vedkommende). Ligeledes har klienter fra de udvalgte flygtningelande et noget højere forbrug af morfin end indvandringslandene, dog svarende meget godt til gennemsnittet. Indvandringslandene har en højere kokain-anvendelse end både flygtninge og gennemsnittet: 19,2 ift. hhv. 14,6 og 15,1%)

Tabel 9.1: Fordeling på hovedstof for klienter med kendt hovedstof, 2003

	Antal	Pct.
Heroin	3.311	32,0
Ordineret metadon	2.583	24,9
Hash	1.745	16,8
Amfetamin	391	3,8
Illegal metadon	285	2,8
Kokain	277	2,7
Morfin	267	2,6
Benzodiazepiner	154	1,5
Temgesic	102	1,0
Ecstasy	70	0,7
LSD	5	0,0
Opløsningsstoffer	2	0,0
Andre stoffer	1.168	11,3
<b>I alt</b>	<b>10.360</b>	<b>100,0</b>

Tabel 9.2: Fordeling på hovedstof for klienter med kendt hovedstof, 2003

	Dansk oprindelse		Indvandrerefterkommer	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Heroin	2.989	31,4	322	37,9
Ordineret metadon	2.354	24,8	229	27,0
Hash	1.653	17,4	92	10,8
Amfetamin	384	4,0	7	0,8
Illegal metadon	253	2,7	32	3,8
Kokain	253	2,7	24	2,8
Morfin	244	2,6	23	2,7
Benzodiazepiner	145	1,5	9	1,1
Temgesic	97	1,0	5	0,6
Ecstasy	68	0,7	2	0,2
LSD	5	0,1	0	0,0
Opløsningsstoffer	2	0,0	0	0,0
Andre stoffer	1.064	11,2	104	12,2
<b>I alt</b>	<b>9.511</b>	<b>100,0</b>	<b>849</b>	<b>100,0</b>



Tabel 9.3: Fordeling på hovedstof for klienter med kendt hovedstof, 2003

	Indvandrer		Efterkommer		IE i alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Heroin	284	37,9	38	38,4	322	37,9
Ordineret metadon	210	28,0	19	19,2	229	27,0
Hash	71	9,5	21	21,2	92	10,8
Amfetamin	7	0,9	0	0,0	7	0,8
Illegal metadon	30	4,0	2	2,0	32	3,8
Kokain	19	2,5	5	5,1	24	2,8
Morfin	20	2,7	3	3,0	23	2,7
Benzodiazepiner	9	1,2	0	0,0	9	1,1
Temgesic	5	0,7	0	0,0	5	0,6
Ecstasy	2	0,3	0	0,0	2	0,2
LSD	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Opløsningsstoffer	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Andre stoffer	93	12,4	11	11,1	104	12,2
<b>I alt</b>	<b>750</b>	<b>100,0</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>	<b>849</b>	<b>100,0</b>

Tabel 9.4: Fordeling på hovedstof for klienter med kendt hovedstof, 2003

	Vestlige lande		Ikke-vestlige lande		IE i alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Heroin	96	32,7	226	40,7	322	37,9
Ordineret metadon	92	31,3	137	24,7	229	27,0
Hash	36	12,2	56	10,1	92	10,8
Amfetamin	4	1,4	3	0,5	7	0,8
Illegal metadon	15	5,1	17	3,1	32	3,8
Kokain	8	2,7	16	2,9	24	2,8
Morfin	5	1,7	18	3,2	23	2,7
Benzodiazepiner	6	2,0	3	0,5	9	1,1
Temgesic	1	0,3	4	0,7	5	0,6
Ecstasy	1	0,3	1	0,2	2	0,2
LSD	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Opløsningsstoffer	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Andre stoffer	30	10,2	74	13,3	104	12,2
<b>I alt</b>	<b>294</b>	<b>100,0</b>	<b>555</b>	<b>100,0</b>	<b>849</b>	<b>100,0</b>

**Tabel 9.5: Fordeling på hovedstof for klienter med kendt hovedstof, 2003**

	Udvalgte indvandringslande		Udvalgte flygtningelände		Øvrige lande		IE i alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Heroin	77	42,5	110	40,4	135	34,1	322	37,9
Ordineret metadon	45	24,9	65	23,9	119	30,1	229	27,0
Hash	19	10,5	23	8,5	50	12,6	92	10,8
Amfetamin	2	1,1	0	0,0	5	1,3	7	0,8
Illegal metadon	3	1,7	14	5,1	15	3,8	32	3,8
Kokain	3	1,7	4	1,5	17	4,3	24	2,8
Morfin	2	1,1	14	5,1	7	1,8	23	2,7
Benzodiazepiner	0	0,0	3	1,1	6	1,5	9	1,1
Tengesic	1	0,6	3	1,1	1	0,3	5	0,6
Ecstasy	0	0,0	1	0,4	1	0,3	2	0,2
LSD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Opløsningsstoffer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Andre stoffer	29	16,0	35	12,9	40	10,1	104	12,2
<b>I alt</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>	<b>396</b>	<b>100,0</b>	<b>849</b>	<b>100,0</b>

Af tabel 9.1 ses, at 32% af den samlede klientgruppe har heroin som hovedstof, 24,9% har ordineret metadon og 16,8% har hash. De øvrige stoftyper har hver en andel på 0-4% (f.eks. kokain med 2,7%). Som det ses af tabel 9.2 er den samlede indvandrer/efterkommer-gruppe i forhold til klienter med dansk oprindelse oftere i behandling for heroin og marginalt mere for ordineret metadon, mens de i mindre grad er i behandling for hash. Af tabel 9.3 ses at indvandrere og efterkommere begge placerer sig højt på heroin og på hver sin side af gennemsnittet i forhold til ordineret metadon (28 ift 19,2%). Efterkommerne placerer sig højt i forhold til hash (21,2% i forhold til indvandrernes 9,5% og det gennemsnitlige 16,8%) og ligeledes højere på kokain (5,1%). Som det ses af tabel 9.4 har klienterne fra ikke-vestlige lande en større andel på heroin end vestlige og gennemsnittet, og ligger lavere end vestlige, men gennemsnitligt i forhold til ordineret metadon. Af tabel 9.5 ses at, de udvalgte indvandrings- og flygtningelände samlet set har en højere andel på heroin (begge over 40%) og lavere på hash (10,5 og 8,5%).

**Tabel 10.1: Indtagelsesmåde for heroin som hovedstof, 2003**

	Antal	Injektion/ sprøjte	Rygning	Spiser/ drikker stoffet	Sniffer	Uoplyst
Samlet gruppe	3.311	43,0	32,8	1,2	6,7	16,2
Dansk oprindelse	2.989	44,7	30,4	1,2	6,8	16,8
Indvandrer/efterkommer	322	27,6	55,0	0,9	5,6	10,9

**Tabel 10.2: Indtagelsesmåde for heroin som hovedstof, 2003**

	Indvandrere	Efterkommer
Antal	284	38
Injektion/sprøjte	28,5	21,1
Rygning	53,2	68,4
Spiser/drikker stoffet	1,1	0,0
Sniffer	5,6	5,3
Uoplyst	11,6	5,3

**Tabel 10.3: Indtagelsesmåde for heroin som hovedstof, 2003**

	Vestlige lande	Ikke-vestlige lande	IE i alt
Antal	96	226	322
Injektion/sprøjte	49,0	18,6	27,6
Rygning	29,2	65,9	55,0
Spiser/drikker stoffet	0,0	1,3	0,9
Sniffer	11,5	3,1	5,6
Uoplyst	10,4	11,1	10,9

**Tabel 10.4: Indtagelsesmåde for heroin som hovedstof, 2003**

	Udvalgte indvandringslande	Udvalgte flygtningelande	Øvrige lande	IE i alt
Antal	77	110	135	322
Injektion/sprøjte	10,4	21,8	42,2	27,6
Rygning	76,6	61,8	37,0	55,0
Spiser/drikker stoffet	0,0	0,9	1,5	0,9
Sniffer	3,9	3,6	8,1	5,6
Uoplyst	9,1	11,8	11,1	10,9

Gennemsnitligt er der stadig flere heroinmisbrugere, der sprøjter end der ryger eller sniffer (se tabel 10.1). For den samlede gruppe af brugere i behandling sprøjter 43% deres heroin, mens 32,8 % ryger og 6,7% sniffer. Sammenligner man gruppen af klienter med dansk

oprindelse med gruppen af indvandrere/efterkommere er der store forskelle i andel, der sprøjter og ryger. Hvor der i førstnævnte gruppe er 44,7% og 30,4%, der hhv. sprøjter og ryger, er der omvendt for indvandrere/efterkommer gruppen 27,6 og 55%, der hhv. sprøjter og ryger.

Af tabel 10.2 fremgår, at en mindre andel af efterkommerne sprøjter og en større andel ryger, i sammenligning med. Af tabel 10.3 fremgår endvidere at indvandrere/efterkommere fra vestlige lande ligger gennemsnitligt højere på at sprøjte og lavere på at ryge, mens brugere fra ikke-vestlige lande omvendt har en stor andel rygende (65,9%) og en langt mindre andel sprøjtende (18,6%). Sidstnævnte mønster gør sig også gældende for de udvalgte indvandrings- og flygtningelande, hvor særligt førstnævnte gruppe skiller sig ud ved at være registreret som 10,4% på sprøjte og 76,6% som rygende (tilsvarende for flygtningelandene er 21,8 og 61,8 – altså stadig væsentligt under hhv. over gennemsnittet), se tabel 10.4.

**Tabel 11.1: Behandlingsomfang 2003**

	Ambulant		Døgnbehandling		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Samlet gruppe	9.215	74,8	1.002	8,1	2.100	17,0
Dansk oprindelse	8.423	74,5	950	8,4	1.939	17,1
Indvandrer/efterkommer	792	78,8	52	5,2	161	16,0

**Tabel 11.2: Behandlingsomfang 2003**

	Ambulant		Døgnbehandling		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Efterkommer	101	85,6	5	4,2	12	10,2
Indvandrer	691	77,9	47	5,3	149	16,8
<b>IE i alt</b>	<b>792</b>	<b>78,8</b>	<b>52</b>	<b>5,2</b>	<b>161</b>	<b>16,0</b>

Tabel 11.3: Behandlingsomfang 2003

	Ambulant		Døgnbehandling		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Vestlige lande	253	72,1	25	7,1	73	20,8
Ikke-vestlige lande	539	82,4	27	4,1	88	13,5
<b>IE i alt</b>	<b>792</b>	<b>78,8</b>	<b>52</b>	<b>5,2</b>	<b>161</b>	<b>16,0</b>

Tabel 11.4: Behandlingsomfang 2003

	Ambulant		Døgnbehandling		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Udvalgte indvandringslande	178	83,2	10	4,7	26	12,1
Udvalgte flygtningelande	267	83,2	13	4,0	41	12,8
Øvrige lande	347	73,8	29	6,2	94	20,0
<b>IE i alt</b>	<b>792</b>	<b>78,8</b>	<b>52</b>	<b>5,2</b>	<b>161</b>	<b>16,0</b>

Gennemsnitligt er der på landsplan er fordeling mellem ambulant og døgnbehandling på hhv. 74,8% og 8,1% (med 17% uoplyst!), se tabel 11.1. På landsplan ligger procentdelen på ambulant lidt lavere for klienter med dansk oprindelse (74,5) end for indvandrer/efterkommer gruppen (78,8) og tilsvarende lidt højere på døgn (8,4 ift. 5,2%). Som det ses af tabel 11.2 er der en lille tendens til, at indvandrere i højere grad end efterkommere er i døgnbehandling (5,3 ift. 4,2%) og omvendt er en større andel af efterkommerne repræsenteret i den ambulante behandling (85,6 ift. 77,9%). Af tabel 11.3 fremgår, at vestlige indvandrere/efterkommere i højere grad end ikke-vestlige er i døgnbehandling og omvendt for ambulant. I tabel 11.4 ses at de udvalgte indvandrings- og flygtningelande i forhold til den øvrige indvandrer/efterkommer-gruppe har en noget større andel i ambulant (begge 83,2%) og en mindre andel i døgn (hhv. 4,7 og 4,0%).

Tabel 12.1: Behandlingstype 2003

	Metadon		LAAM		Buprenorphin		Anden substitution med opiatier		Stoffri behandling		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Samlet gruppe	5018	40,7	6	0,0	482	3,9	78	0,6	4382	35,6	2351	19,1
Dansk oprindelse	4566	40,4	5	0,0	402	3,6	74	0,7	4102	36,3	2163	19,1
Indvandrer/efterkommer	452	45,0	1	0,1	80	8,0	4	0,4	280	27,9	188	18,7

Tabel 12.2: Behandlingstype 2003

	Metadon		LAAM		Buprenorphin		Anden substitution med opiater		Stoffri behandling		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Indvandrer	407	45,9	1	0,1	66	7,4	4	0,5	239	26,9	170	19,2
Efterkommer	45	38,1	0	0,0	14	11,9	0	0,0	41	34,7	18	15,3
<b>IE i alt</b>	<b>452</b>	<b>45,0</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>80</b>	<b>8,0</b>	<b>4</b>	<b>0,4</b>	<b>280</b>	<b>27,9</b>	<b>188</b>	<b>18,7</b>

Tabel 12.3: Behandlingstype 2003

	Metadon		LAAM		Buprenorphin		Anden substitution med opiater		Stoffri behandling		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Vestlige lande	150	42,7	0	0,0	24	6,8	1	0,3	95	27,1	81	23,1
Ikke-vestlige lande	302	46,2	1	0,2	56	8,6	3	0,5	185	28,3	107	16,4
<b>IE i alt</b>	<b>452</b>	<b>45,0</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>80</b>	<b>8,0</b>	<b>4</b>	<b>0,4</b>	<b>280</b>	<b>27,9</b>	<b>188</b>	<b>18,7</b>

Tabel 12.4: Behandlingstype 2003

	Metadon		LAAM		Buprenorphin		Anden substitution med opiater		Stoffri behandling		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Udvalgte indvandringslande	100	46,7	1	0,5	22	10,3	1	0,5	59	27,6	31	14,5
Udvalgte flygtningelande	148	46,1	0	0,0	31	9,7	1	0,3	87	27,1	54	16,8
Øvrige lande	204	43,4	0	0,0	27	5,7	2	0,4	134	28,5	103	21,9
<b>IE i alt</b>	<b>452</b>	<b>45,0</b>	<b>1</b>	<b>0,1</b>	<b>80</b>	<b>8,0</b>	<b>4</b>	<b>0,4</b>	<b>280</b>	<b>27,9</b>	<b>188</b>	<b>18,7</b>

Af tabel 12.1 fremgår at der landsplan er gennemsnitligt 40,7% i metadonbehandling og 35,6% i stoffri behandling. Det generelle billede er, at indvandrere/efterkommere i højere grad er i metadonbehandling (45 ift. de 40,4%) og mindre grad i stoffri behandling (27,9 ift. 36,3%). Af tabel 12.2 ses at gruppen af efterkommerne ligner mere det gennemsnitlige billede eller gruppen med dansk oprindelse; lidt færre efterkommere er på metadon end landsgennemsnittet, hvorimod flere indvandrere er. I forhold til stoffri behandling ligger begge grupper under gennemsnittet, efterkommerne dog kun yderst marginalt, mens indvandrerne ligger noget under med 26,9%. Tabel 12.3 viser at der er ikke de store forskelle mellem indvandrere/efterkommere fra vestlige og ikke-vestlige lande. Af tabel 12.4 ses at de udvalgte indvandrings- og flygtningelande ligner hinanden og begge ligger over gennemsnittet både på landsplan og i forhold til øvrige indvandrere/efterkommere (dog ikke meget i forhold til øvrig-gruppen) med lidt over 46% metadonbehandling og under gennemsnittet for stoffri på landsplan med omkring 27% (ligesom øvrig-gruppen også gør).

Tabel 13.1: Udskrivningsårsager for hele landet i procent, 2003

	Pct.
Færdigbehandlet	22,5
Udeblevet	29,1
Udskrevet mod givet råd	9,4
Udskrevet til fængsel	7,0
Død	4,9
Fraflyttet	4,9
Bortvist	1,3
Andet	11,6
Uoplyst	9,1
<b>I alt</b>	<b>100,0</b>

Tabel 13.2: Udskrivningsårsager for hele landet i procent, 2003

	Dansk oprindelse	Indvandrер/- efterkommer
Færdigbehandlet	22,9	18,6
Udeblevet	28,4	37,5
Udskrevet mod givet råd	9,5	9,1
Udskrevet til fængsel	7,0	6,4
Død	5,0	4,1
Fraflyttet	4,8	6,4
Bortvist	1,4	0,3
Andet	11,6	11,8
Uoplyst	9,4	5,7
<b>I alt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tabel 13.3: Udskrivningsårsager for hele landet i procent, 2003

	Indvandrere	Efterkommer
Færdigbehandlet	17,6	25,7
Udeblevet	36,0	48,6
Udskrevet mod givet råd	8,8	11,4
Udskrevet til fængsel	6,9	2,9
Død	4,6	0,0
Fraflyttet	6,5	5,7
Bortvist	0,4	0,0
Andet	12,6	5,7
Uoplyst	6,5	0,0
<b>I alt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tabel 13.4: Udskrivningsårsager for hele landet i procent, 2003

	Vestlige lande	Ikke-vestlige lande	IE i alt
Færdigbehandlet	32,6	12,9	18,6
Udeblevet	29,1	41,0	37,5
Udskrevet mod givet råd	5,8	10,5	9,1
Udskrevet til fængsel	0,0	9,0	6,4
Død	4,7	3,8	4,1
Fraflyttet	11,6	4,3	6,4
Bortvist	0,0	0,5	0,3
Andet	10,5	12,4	11,8
Uoplyst	5,8	5,7	5,7
<b>I alt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>



Tabel 13.5: Udskrivningsårsager for hele landet i procent, 2003

	Udvalgte indvandrings- lande	Udvalgte flygtninge- lande	Øvrige lande	IE i alt
Færdigbehandlet	12,8	12,4	26,4	18,6
Udeblevet	41,0	39,3	34,1	37,5
Udskrevet mod givet råd	5,1	13,5	8,5	9,1
Udskrevet til fængsel	14,1	4,5	3,1	6,4
Død	2,6	6,7	3,1	4,1
Fraflyttet	1,3	5,6	10,1	6,4
Bortvist	0,0	1,1	0,0	0,3
Andet	16,7	10,1	10,1	11,8
Uoplyst	6,4	6,7	4,7	5,7
<b>I alt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Af tabel 13.1 fremgår det at knap en fjerdedel (22,5%) udskrives som færdigbehandlede, mens den største udskrivningsårsag er udeblivelse (29,1%). 9,4% er udskrevet mod givet råd, 7% udskrevet til fængsel og ca. 5% er hhv. døde eller fraflyttede. Af tabel 13.2 ses, at der for den samlede gruppe af indvandrere/efterkommere er færre færdigbehandlede (18,6%) og flere udebliver (37,5%). Ser man på indvandrere i forhold til efterkommere bliver indvandre- re i meget mindre grad færdigbehandlede (17,6%), mens efterkommerne faktisk i højere grad end gennemsnittet lykkes med behandlingen (25,7%), se tabel 13.3. Heroverfor udebliver dog 48,6% af samme gruppe, mens tallet for indvandrernes vedkommende er mindre, om end stadig højt: 36%. Efterkommerne udskrives i højere grad mod givet råd end indvandrere og det samlede gennemsnit, men mindre til fængsel (2,9 overfor hhv. 6,9 og 7%).

Som det fremgår af tabel 13.4 bliver forskellene dog store hvis man ser på indvandrere/efterkommere fra vestlige og ikke-vestlige lande. Ikke-vestlige indvandrere/efterkommere færdigbehandles kun i 12,9% af behandlingstilfældene, mens de vestlige ditto klarer den i 32,6% af tilfældene, dvs. højere end gennemsnittet. Tilsvarende udebliver ikke-vestlige i højere grad (41% overfor de vestliges 29,1). 9% udskrives til fængsel (i forhold til landsgennemsnit på 7, gennemsnit for vestlige på 0 og for indvandrere/efterkommere generelt på 6,4%) og blandt indvandrere/efterkommere udskrives ikke-vestlige i dobbelt så høj grad som vestlige mod givet råd. Endeligt har de udvalgte indvandrings- og flygtningelande generelt en meget ringe gennemførselsprocent: hhv. 12,8 og 12,4% og er udeblevet i hhv. 41 og 39,3% af tilfældene (se tabel 13.5). Klienter fra flygtningelandene udskrives oftere mod givet råd (13,5 ift indvandringslandenes 5,1%), mens klienter fra indvandringslande i 14,1% af tilfældene udskrives til fængsel. Flygtningene ligger som de eneste over gennemsnittet for andelen, der dør (6,7%).

**Table 14.1: Hovedstof fordelt efter behandlingsstatus 2003**

	Ja, behandlet tidligere	Nej, ikke behandlet tidligere	Uoplyst	I alt
Heroin	2364	893	54	3311
Ordineret metadon	2385	138	60	2583
Hash	579	1086	80	1745
Andre stoffer	606	259	303	1168
Amfetamin	119	258	14	391
Illegal metadon	163	118	4	285
Kokain	146	126	5	277
Morfin	165	96	6	267
Benzodiazepiner	91	60	3	154
Temgesic	72	28	2	102
Ecstasy	16	51	3	70
LSD	3	2	0	5
Opløsningsstoffer	1	1	0	2
Uoplyst	1096	389	472	1957
<b>I alt</b>	<b>7806</b>	<b>3505</b>	<b>1006</b>	<b>12317</b>

Tabel 14.2: Hovedstof fordelt efter behandlingsstatus 2003

	Ja, behandlet tidligere	Nej, ikke behandlet tidligere	Uoplyst	I alt
<b>Dansk oprindelse</b>				
Heroin	2163	774	52	2989
Ordineret metadon	2165	132	57	2354
Hash	554	1024	75	1653
Andre stoffer	559	221	284	1064
Amfetamin	114	257	13	384
Illegal metadon	142	107	4	253
Kokain	131	117	5	253
Morfin	159	81	4	244
Benzodiazepiner	86	56	3	145
Temgesic	69	26	2	97
Ecstasy	15	50	3	68
LSD	3	2	0	5
Opløsningsstoffer	1	1	0	2
Uoplyst	1018	359	424	1801
<b>I alt</b>	<b>7179</b>	<b>3207</b>	<b>926</b>	<b>11312</b>
<b>Indvandrere/efterkommer</b>				
Heroin	201	119	2	322
Ordineret metadon	220	6	3	229
Hash	25	62	5	92
Andre stoffer	47	38	19	104
Amfetamin	5	1	1	7
Illegal metadon	21	11	0	32
Kokain	15	9	0	24
Morfin	6	15	2	23
Benzodiazepiner	5	4	0	9
Temgesic	3	2	0	5
Ecstasy	1	1	0	2
LSD	0	0	0	0
Opløsningsstoffer	0	0	0	0
Uoplyst	78	30	48	156
<b>I alt</b>	<b>627</b>	<b>298</b>	<b>80</b>	<b>1005</b>

Tabel 14.3: Hovedstof fordelt efter behandlingsstatus 2003

	Ja, behandlet tidligere	Nej, ikke behandlet tidligere	Uoplyst	I alt
<b>Indvandrere</b>				
Heroin	176	106	2	284
Ordineret metadon	201	6	3	210
Hash	20	46	5	71
Andre stoffer	39	37	17	93
Amfetamin	5	1	1	7
Illegal metadon	19	11	0	30
Kokain	12	7	0	19
Morfin	5	13	2	20
Benzodiazepiner	5	4	0	9
Temgesic	3	2	0	5
Ecstasy	1	1	0	2
LSD	0	0	0	0
Opløsningsstoffer	0	0	0	0
Uoplyst	69	26	42	137
<b>I alt</b>	<b>555</b>	<b>260</b>	<b>72</b>	<b>887</b>
<b>Efterkommer</b>				
Heroin	25	13	0	38
Ordineret metadon	19	0	0	19
Hash	5	16	0	21
Andre stoffer	8	1	2	11
Amfetamin	0	0	0	0
Illegal metadon	2	0	0	2
Kokain	3	2	0	5
Morfin	1	2	0	3
Benzodiazepiner	0	0	0	0
Temgesic	0	0	0	0
Ecstasy	0	0	0	0
LSD	0	0	0	0
Opløsningsstoffer	0	0	0	0
Uoplyst	9	4	6	19
<b>I alt</b>	<b>72</b>	<b>38</b>	<b>8</b>	<b>118</b>

Tabel 14.4: Hovedstof fordelt efter behandlingsstatus 2003

	Vestlige lande			Ikke-vestlige lande			IE i alt		
	Ja, behandlet tidligere	Nej, ikke behandlet tidligere	Uoplyst	Ja, behandlet tidligere	Nej, ikke behandlet tidligere	Uoplyst	Ja, behandlet tidligere	Nej, ikke behandlet tidligere	Uoplyst
Heroin	68	28	0	133	91	2	201	119	2
Ordineret metadon	90	2	0	130	4	3	220	6	3
Hash	10	24	2	15	38	3	25	62	5
Andre stoffer	16	8	6	31	30	13	47	38	19
Amfetamin	3	0	1	2	1	0	5	1	1
Illegal metadon	14	1	0	7	10	0	21	11	0
Kokain	5	3	0	10	6	0	15	9	0
Morfin	2	3	0	4	12	2	6	15	2
Benzodiazepiner	4	2	0	1	2	0	5	4	0
Temgesic	0	1	0	3	1	0	3	2	0
Ecstasy	0	1	0	1	0	0	1	1	0
LSD	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Opløsningsstoffer	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uoplyst	34	5	18	44	25	30	78	30	48
<b>I alt</b>	<b>246</b>	<b>78</b>	<b>27</b>	<b>381</b>	<b>220</b>	<b>53</b>	<b>627</b>	<b>298</b>	<b>80</b>

Tabel 14.5: Hovedstof fordelt efter behandlingsstatus 2003

	Udvalgte indvandringslande			Udvalgte flygtningelands			Øvrige lande			IE i alt		
	Ja, behandlet tidligere	Nej, ikke behandlet tidligere	Uoplyst	Ja, behandlet tidligere	Nej, ikke behandlet tidligere	Uoplyst	Ja, behandlet tidligere	Nej, ikke behandlet tidligere	Uoplyst	Ja, behandlet tidligere	Nej, ikke behandlet tidligere	Uoplyst
Heroin	54	22	1	59	51	0	88	46	1	201	119	2
Ordineret metadon	43	0	2	60	4	1	117	2	0	220	6	3
Hash	5	14	0	6	15	2	14	33	3	25	62	5
Andre stoffer	15	8	6	13	17	5	19	13	8	47	38	19
Amfetamin	1	1	0	0	0	0	4	0	1	5	1	1
Illegal metadon	2	1	0	6	8	0	13	2	0	21	11	0
Kokain	2	1	0	2	2	0	11	6	0	15	9	0
Morfin	1	1	0	3	10	1	2	4	1	6	15	2
Benzodiazepiner	0	0	0	1	2	0	4	2	0	5	4	0
Temgesic	1	0	0	2	1	0	0	1	0	3	2	0
Ecstasy	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0
LSD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Opløsningsstoffer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uoplyst	16	8	9	18	15	16	44	7	23	78	30	48
<b>I alt</b>	<b>140</b>	<b>56</b>	<b>18</b>	<b>171</b>	<b>125</b>	<b>25</b>	<b>316</b>	<b>117</b>	<b>37</b>	<b>627</b>	<b>298</b>	<b>80</b>

Tabel 14.1 giver et overblik over stoftyper blandt de klienter, der ikke tidligere har modtaget behandling (førstegangsbehandlede) og de, der tidligere har været indskrevet i behandling, men som igen er i systemet i 2003. Antalsmæssigt er der cirka halvt så mange i førstegangsbehandling (3505) som gengangere (7806) – 1006 er uoplyst. Tendenserne i forskelle mellem førstegangsbehandlede og gengangere holder meget godt grupperne imellem. Den helt overvejende tendens er, at der er meget få førstegangsbehandlede, der har ordineret metadon som hovedstof (138 i forhold til 2385 gengangere) ligesom der er langt færre med heroin som hovedstof, der ikke tidligere har været i behandling (893 overfor 2364). Heroverfor har dobbelt så mange førstegangsbehandlede hash som hovedstof (1086 overfor 579 af gengangerne),

over dobbelt så mange amfetamin (258 vs. 119) og cirka det samme antal kokain (126 vs. 146). For klienter med ecstasy som hovedstof er det for de flestes vedkommende også første gang i behandling (51 overfor 16 gengangere). For indvandrere/efterkommer gruppen (se tabel 14.2), er der ikke lige så markant en forskel på antallet af heroinmisbrugere i forhold til behandlingsstatus. Der er stadig færre med heroin som hovedstof, der ikke har været i behandling tidligere, men skellet er ikke så stort som for danskergruppen. Dette er mest udtalt for gruppen af udvalgte flygtningelands (se tabel 14.5), hvor antallet af førstegangsbehandlede og gengangere er meget tæt på at være det samme i absolutte tal. Relativt set er andelen fra de udvalgte flygtningelands der førstegangsbehandles for heroin dog større end gengangerne. Billedet er det samme for hash som hovedstof nemlig, at langt flere af dem ikke tidligere har modtaget behandling. Ligeledes er meget få førstegangsbehandlede indvandrere/efterkommere på ordineret metadon.

**Tabel 15.1: Indtagelsesmåde for heroinmisbrugere 2003**

	Behandlet tidligere		Ikke behandlet tidligere		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Injektion/sprøjte	1153	48,8	261	29,2	11	20,4
Rygning	660	27,9	417	46,7	9	16,7
Spiser/drikker stoffet	28	1,2	12	1,3	0	0,0
Sniffer	138	5,8	82	9,2	2	3,7
Uoplyst	385	16,3	121	13,5	32	59,3
<b>I alt</b>	<b>2364</b>	<b>100</b>	<b>893</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Tabel 15.2: Indtagelsesmåde for heroinmisbrugere 2003

	Behandlet tidligere		Ikke behandlet tidligere		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
<b>Dansk oprindelse</b>						
Injektion/sprøjte	1089	50,3	236	30,5	11	21,2
Rygning	559	25,8	342	44,2	8	15,4
Spiser/drikker stoffet	28	1,3	9	1,2	0	0,0
Sniffer	127	5,9	75	9,7	2	3,8
Uoplyst	360	16,6	112	14,5	31	59,6
<b>I alt</b>	<b>2163</b>	<b>100</b>	<b>774</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>
<b>Indvandrere/efterkommer</b>						
Injektion/sprøjte	64	31,8	25	21,0	0	0
Rygning	101	50,2	75	63,0	1	50
Spiser/drikker stoffet	0	0,0	3	2,5	0	0
Sniffer	11	5,5	7	5,9	0	0
Uoplyst	25	12,4	9	7,6	1	50
<b>I alt</b>	<b>201</b>	<b>100</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Tabel 15.3: Indtagelsesmåde for heroinmisbrugere 2003

	Behandlet tidligere		Ikke behandlet tidligere		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
<b>Indvandrere</b>						
Injektion/sprøjte	58	33,0	23	21,7	0	0
Rygning	83	47,2	67	63,2	1	50
Spiser/drikker stoffet	0	0,0	3	2,8	0	0
Sniffer	11	6,3	5	4,7	0	0
Uoplyst	24	13,6	8	7,5	1	50
<b>I alt</b>	<b>176</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
<b>Efterkommer</b>						
Injektion/sprøjte	6	24	2	15,4	0	-
Rygning	18	72	8	61,5	0	-
Spiser/drikker stoffet	0	0	0	0,0	0	-
Sniffer	0	0	2	15,4	0	-
Uoplyst	1	4	1	7,7	0	-
<b>I alt</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>-</b>

Tabel 15.4: Indtagelsesmåde for heroinmisbrugere 2003

	Behandlet tidligere		Ikke behandlet tidligere		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
<b>Vestlige lande</b>						
Injektion/sprøjte	33	48,5	14	50,0	0	-
Rygning	21	30,9	7	25,0	0	-
Spiser/drikker stoffet	0	0,0	0	0,0	0	-
Sniffer	5	7,4	6	21,4	0	-
Uoplyst	9	13,2	1	3,6	0	-
<b>I alt</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
<b>Ikke-vestlige lande</b>						
Injektion/sprøjte	31	23,3	11	12,1	0	0
Rygning	80	60,2	68	74,7	1	50
Spiser/drikker stoffet	0	0,0	3	3,3	0	0
Sniffer	6	4,5	1	1,1	0	0
Uoplyst	16	12,0	8	8,8	1	50
<b>I alt</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Tabel 15.5: Indtagelsesmåde for heroinmisbrugere 2003

	Behandlet tidligere		Ikke behandlet tidligere		Uoplyst	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
<b>Udvalgte indvandringslande</b>						
Injektion/sprøjte	8	14,8	0	0,0	0	0
Rygning	39	72,2	19	86,4	1	100
Spiser/drikker stoffet	0	0,0	0	0,0	0	0
Sniffer	3	5,6	0	0,0	0	0
Uoplyst	4	7,4	3	13,6	0	0
<b>I alt</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
<b>Udvalgte flygtningelande</b>						
		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Injektion/sprøjte	18	30,5	6	11,8	0	-
Rygning	29	49,2	39	76,5	0	-
Spiser/drikker stoffet	0	0,0	1	2,0	0	-
Sniffer	3	5,1	1	2,0	0	-
Uoplyst	9	15,3	4	7,8	0	-
<b>I alt</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
<b>Øvrige lande</b>						
Injektion/sprøjte	38	43,2	19	41,3	0	0
Rygning	33	37,5	17	37,0	0	0
Spiser/drikker stoffet	0	0,0	2	4,3	0	0
Sniffer	5	5,7	6	13,0	0	0
Uoplyst	12	13,6	2	4,3	1	100
<b>I alt</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>



Tabellen siger noget om, hvordan måden at indtage heroin på er for hhv. førstegangsbearbejdede og gengangere. Den helt overvejende tendens er, at færre af dem i behandling førstegang fixer og flere ryger; faktisk er procentdelen meget tæt på at være direkte modsat: 48,8 % af de 'gamle' fixer og 27,9 ryger, mens 29,2% af de nye fixer og 46,7% procent ryger (se tabel 15.1). En større procentdel af de nye sniffer også. Dette skift har været mest markant for gruppen med dansk oprindelse, mens der samlet for indvandrere/efterkommere også har været en forskydning, men ikke i så høj grad (se tabel 15.2). For efterkommernes vedkommende er der interessant en mindre del af førstegangsbearbejdede, der ryger end af klienter, der tidligere har været i behandling, men til gengæld er der en del af førstegangsbearbejdede blandt efterkommere, der sniffer (det er meget små tal!), se tabel 15.3. Af tabel 15.4 ses at vestlige indvandrere/efterkommere også delvist bryder mønsteret idet procentmæssigt flere af de førstegangsbearbejdede fixer end de, der tidligere har været i behandling og tilsvarende er der færre, der ryger. Også indenfor denne gruppe er der mange af de nye, der sniffer. Samtlige nye i behandling fra de udvalgte indvandringslande ryger (af de oplyste), mens andelen af rygende fra nye flygtningeklienter også er steget, dog stadig med en lille gruppe, der fixer i stedet, se tabel 15.5.

# English Summary

The rapport examines the extent and character of drug abuse among ethnic minorities in Denmark. The study is based on an extensive interview study among clients and practitioners in the drug abuse treatment system and on interviews with a broad range of social workers, public authorities and representatives of ethnic minority organisations. In addition, a statistical study of the representation of ethnic minorities receiving treatment for drug addiction between 1996 and 2003 has been conducted.

The interview study focuses on the interrelationship between social and cultural factors leading to drug abuse problems among members of ethnic minorities, and on the potential and actual barriers for entering into and receiving treatment for a drug addiction (both those pertaining to clients in general and to clients with an ethnic minority background in particular). The study also deals with experiences of being in drug addiction treatment, both in the view of the patients and of the practitioners.

The statistical study shows that the representation of ethnic minorities receiving treatment for drug addiction more or less echoes their proportion of the population in general. However, the increase in the number of patients in drug addiction treatment has been more profound for the group of ethnic minorities than for the over all group of patients in the period between 1996 and 2003. Also, it can be seen how certain countries are more often represented than others, Iran being the most remarkable example, and how age and gender profiles differ when it comes to ethnic minorities, in particular of non-Western origin.

A statistical estimate of the total number of drug abusers (also outside the drug addiction treatment) indicates that ethnic minorities more often do not go into treatment than is the case for the group in general, although an increasing proportion actually do get treatment.

The interview study shows that drug addicts with ethnic minority background in general share a lot of the same problems as addicts with a Danish background. However, a certain kind of problems relating to the experiences of migration, the minority identity and the relationship to the ethnic community, seems to influence the way the drug addiction and the treatment programs is dealt with.

For addicts with a refugee background, which involves experiences of torture and following trauma, the abuse can often be seen as a kind of self medication. For this group the existence

of psychological problems acts like a barrier for drug addiction treatment since the professional system in general is not equipped to deal with serious psychological difficulties.

The study also shows that for addicts belonging to an ethnic minority, whether immigrants or refugees (and their children), the experience of being non-Danish and not being an equal part of Danish society, creates a problem of mistrust against public authorities and against the Danish majority in general. This, too, can serve as a barrier to drug addiction treatment, as can a lack of information, due to language problems.

Being a member of an ethnic minority community seems in itself to play a role in how the addiction is dealt with. The fear of being socially isolated and expelled from the ethnic community seems to have the effect of drug abuse being concealed as long as possible. Both patients and practitioners within drug addiction treatment thus agree that drug abuse is even more of a taboo among ethnic minority groups than it is in general. In relation to this problem another distinct feature of addicts with an ethnic minority background plays a role: the close ties to the family. In many cases the family is aiding in concealing the abuse from the surrounding ethnic environment by supporting the addict, i.e. financially, as well as pursuing alternative treatment strategies, including marriage and repatriation to the country of origin. In this way the family can serve as a barrier for getting into treatment. In other situations, however, the close family ties can potentially be used as a positive element in both identifying and acting upon a need for treatment.

The rapport recommends that the system and facilities of drug addiction treatment work out ways to deal with the fact that an increasing number of patients have different ethnic backgrounds. Especially considerations concerning the role of the family during the treatment period should be cleared up in each individual case, in order to avoid problems and reduce the number of patients dropping out of a treatment program on the one hand, and potentially use the family in positive ways in relation to the treatment on the other hand. The rapport also points at the need for more information concerning drug addiction treatment, possibly by way of using the networks of ethnic minority communities.

# Bilag:

## Undersøgelsens data og metoder

Undersøgelsens formål har været at bidrage til en bedre forståelse af omfanget og karakteren af stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark. Dertil kommer, at undersøgelsen skulle redegøre for og analysere de etniske minoriteters møde med og brug af behandlingssystemet, anskuet ud fra et system- såvel som et brugerperspektiv.

For at opnå så meget viden som muligt om disse problemstillinger inden for rammerne af projektet, er der udført en række delundersøgelser, som dels omfatter forskellige informantgrupper og dels omfatter både statistiske og interviewbaserede metoder.

Delundersøgelserne udgøres af:

### *Statistiske undersøgelser:*

1. Analyser baseret på en særkørsel, hvor Danmarks Statistiks *Statistik over indvandrere og efterkommere* (Udlændingestatistikken) og Sundhedsstyrelsens *Landsdækkende register over stofmisbrugere der har modtaget eller modtager behandling* (Stofmisbrugsregistret) er sammenkørt.
2. Et statistisk overslag over det samlede omfang af misbrugende indvandrere og efterkommere i Danmark, baseret på den såkaldte capture-recapture-metode.

### *Interview- og tekstbaserede undersøgelser*

3. En interviewundersøgelse blandt aktører på stofmisbrugsfeltet *uden* for behandlingssystemet. Disse aktører udgøres af en broget skare af både offentlige myndigheder og frivillige projekter: Polit, Kriminalforsorgen, særlige projekter i offentligt regi, gademedarbejdere i både offentligt og privat regi, væresteder, psykiatrien, imamer og etniske minoritetsforeninger. Denne informantgruppe benævnes *kontekstinformerne* i rapporten
4. En interviewundersøgelse blandt behandlere og brugere i behandlingssystemet. I brugergruppen indgår både brugere med dansk og brugere med etnisk minoritetsbaggrund, dog udgør sidstnævnte gruppe hovedparten af brugerinformanterne. I denne delundersøgelse indgår også skriftligt materiale om udvalgte institutioner.

Delundersøgelserne 'taler' alle ind i den centrale problemstilling om stofmisbrug blandt etniske minoriteter i Danmark, men de gør det på forskellige måder og ud fra forskellige perspektiver. Den statistiske profil af misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund i

behandling, som kan fremanalyseres af delundersøgelse 1, forsyner os med en række gennemsnitsoplysninger om på forhånd definerede kategorier. Herfra kan vi på de parametre, der indgår i statistikken, *beskrive* forskelle og ligheder mellem forskellige kategorier af personer, og på denne baggrund trække de betydningsfulde forskelle frem. Vi kan derimod ikke på baggrund af denne analyse sige særlig meget om baggrund for og årsager til, at netop disse forskelle træder frem som betydningsfulde. Og gennemsnitstallene siger heller ikke noget om, hvordan den enkelte bruger er skruet sammen, og hvilke betydningsfulde variationer, der ikke indfanges af de definerede kategorier.

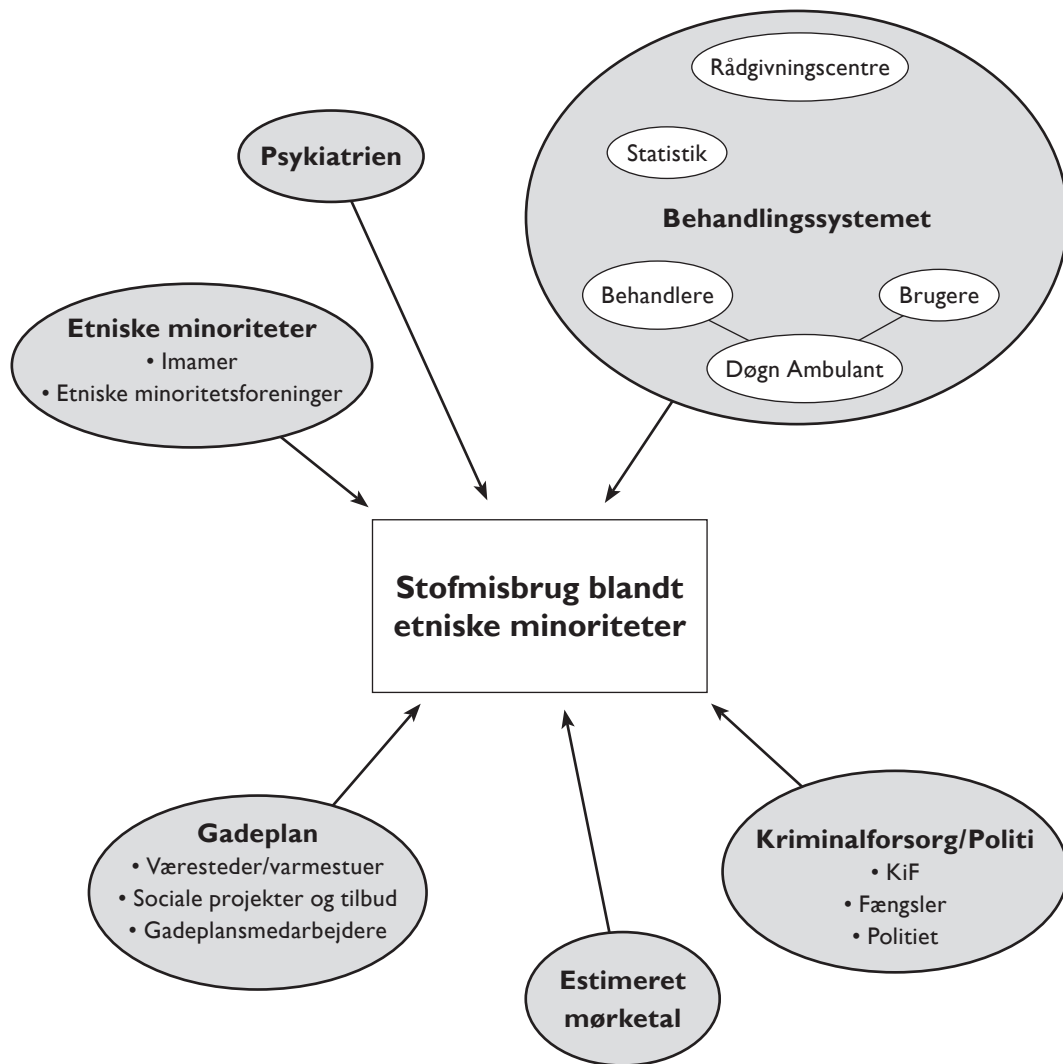
Grundlaget for analysen af dette er hentet i de to interview- og tekstbaserede undersøgelser. Som det fremgår af rapporten, leverer delundersøgelse nr. 1, 3 og 4 og i mindre grad nr. 2 stof til belystning af alle de problemstillinger, som indgår i undersøgelsen. I rapportens Del 1 er det brugerne med etnisk minoritetsbaggrund og deres egne historier, som er i centrum, men tallenes, kontekstinformanternes og behandlernes historier om brugerne indgår også i analysen og fremstillingen. På samme måde er brugernes og behandlernes opfattelser af behandlingen og behandlingssystemet det centrale tema for Del 2, men der trækkes også undervejs på kontekstinformanternes og tallenes udsagn.

Alle informantgrupper og informationstyper 'taler' ud fra et bestemt perspektiv, som angiver retningen for det, der siges – de statistiske oplysninger er f.eks. på forhånd formet af de kategorier af brugere, som er opstillet, og det kan ikke udelukkes, at andre kategorier end de opstillede, ville give en anden slags udsagn. Kontekstinformanterne taler ud fra de problemstillinger, institutionelle strukturer mv. som de møder og arbejder inden for i deres dagligdag, og brugernes og behandlernes taler ligeledes ud fra afgrænsede perspektiver med hver deres karakteristika. Inden for disse perspektiver taler informanterne hver for sig sandt, også selvom de ikke siger det samme og undertiden er direkte uenige indbyrdes. Opgaven i analysen har derfor også været dels at se på, hvad der på hver sin måde farver informanternes udsagn, og dels at se på, hvad dette så siger om misbrug blandt de etniske minoriteter.

I figur 1 er undersøgelsesdesignet illustreret grafisk:

De to statistiske undersøgelser er både metodisk og resultatmæssigt gennemgået i Del 3 af rapporten, og skal ikke gentages her. Det er imidlertid af betydning, at de anvendte kategorier i de statistiske undersøgelser og i interviewundersøgelserne ikke er identiske. Kategorierne og deres indbyrdes forhold gennemgås i det følgende afsnit og derefter følger en gennemgang af delundersøgelse 3 og 4.

### Stofmisbrug blandt etniske minoriteter - informationsgrupper og undersøgelsesfelter



## Kategorier

Delundersøgelse 1 og 2 opererer med de samme kategorier som Danmarks Statistik bruger i Udlændingeregistret – det vil sige indvandrere og efterkommere; undergrupperne indvandrere og efterkommere fra hhv. vestlige og ikke-vestlige lande, og endelig er der også i de tilfælde, hvor det er statistisk forsvarligt, angivet tal for enkeltlande. Dertil kommer som nævnt to kategorier, som er konstrueret af os: Udvalgte flygtningelande og udvalgte indvandringslande. Disse kategorier har en præcis statistisk definition og afgrænsning – og i de kategorier, som befinder sig på samme niveau (f.eks. vestlige vs. ikke-vestlige lande) vil en person altid være enten i den ene kategori *eller* i den anden.

Kategorien etniske minoriteter, som er den gruppe, denne rapport handler om, er derimod ikke en statistisk kategori, men er konstrueret på et andet grundlag – et grundlag som ikke er *enten-eller* på samme måde som de statistiske kategorier

### *Hvem er etniske minoriteter?*

Hvis kategorien *etniske minoriteter* skal sammenlignes med de statistiske kategorier, så dækker den i hovedsagen den samme gruppe af personer, som indgår i kategorien indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande. Minoritetsbetegnelsen dækker over grupper, som udpeges og/eller selv definerer sig som anderledes end majoriteten. Dermed kan denne betegnelse bruges om alle mulige forskellige grupperinger – f.eks. døve og personer med ikke heteroseksuelle orienteringer. Her er det *etniske* minoriteter, det drejer sig om – og det vil sige, at det er grupper, der udpeges som anderledes af majoriteten og/eller selv føler sig som sådan på baggrund af de kulturelle normer, som praktiseres. Hvorfor indgår de vestlige lande så ikke i gruppen af etniske minoriteter i denne rapport, kunne man spørge. Og svaret er, at det gør de ikke, fordi de oftest udpeges som nogle, der er ligesom os, af den danske majoritet, og at de i øvrigt som hovedregel selv føler sig til rette med hovedparten af de kulturelle normer og den kulturelle praksis i Danmark.

Vi bruger i undersøgelsen betegnelsen *brugere*, både som brugere af behandlingssystemet og som brugere af stoffer<sup>55</sup>. Sidstnævnte betegnes også *misbrugere*, der således er et andet udtryk for det samme. Endelig benyttes betegnelserne *anden etnisk baggrund* og *anden etnisk oprindelse*, der begge er udtryk for anden etnisk baggrund eller oprindelse *end dansk*. På linie hermed bruges *etnisk minoritetsbaggrund*. Alle er betegnelser for gruppen af informanter og dækker således ikke over indholdsmæssige forskelle.

### Delundersøgelse 3 - Kontekstinformanter

Kontekstinformerne er alle aktører på stofmisbrugsfeltet *uden* for behandlingssystemet. Bortset fra dette fælles træk, er det en broget skare af professionelle og frivillige, som overvejende er valgt ud fra deres berøring enten med misbrugere, og herunder i et vist omfang

<sup>55</sup> For en diskussion omkring brugen og betydningen af begrebet *bruger*, se Vibeke Asmussen og Steffen Jöhncke (red.)(2004): *Brugerperspektiver. Fra stofmisbrug til socialpolitik?* Århus: Aarhus Universitetsforlag.

også misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund, eller med etniske minoriteter. Udover de nedenfor nævnte, har der været telefonisk kontakt til en række yderligere informanter, som enten ikke mente, at de havde noget at bidrage med i forhold til emneområdet eller som ikke kunne afse tid til at deltage. Kontekstinformerne repræsenterer en bred vifte af kompetencer og specialer, herunder indenfor områder som vanskeligt stillede unge, socialt udsatte indenfor varierende kategorier, psykiatrien, etniske minoriteter, religion, retsvæsen m.m.

Formålet med samtalerne har været todelt. Dels at få tegnet et billede af, hvordan stofscenen og misbrugergruppen ser ud pt. på gadeplan, og hvordan udviklingen har været over tid. Og dels med afsæt i informanternes mangesidede erfaringer at få skærpet opmærksomheden omkring problemstillinger og temaer, som optræder i forbindelse med stofmisbrug og/eller etniske minoriteter. Den opnåede viden fra kontekstinformerne har herefter tjent til at finjustere interviewguides til brug for misbrugere og behandlere i behandlingssystemet samt til at spille op mod historierne og erfaringerne herfra.

Følgende er en oversigt over de kontekstinformanter, som indgår i undersøgelsen:

#### *Væresteder/varmestuer:*

Kirkens Korshærs Varmestue og Natcafé, Stengade 40, Nørrebro, København

Kirkens Korshærs Varmestue, Istedgade 100, Vesterbro, København

Kirkens Korshærs Kontaktcenter, Utterslev, København

Linie 14, Nørrebro, København

Mødestedet for indvandrere, Vesterbro, København

Tjek-punktet, Vesterbro, København

Fisken, Vesterbro, København

Hotel Jens, Nordvest, København

Mariatjenesten, Vesterbro, København

Mændenes Hjem, Vesterbro, København

Reden, Vesterbro, København

Fundamentet, Amager, København

#### *Psykiatrien*

Børne- og Ungpsykiatrisk Klinik, Glostrup Amtshospital

Hvidovre Psykiatrisk Afdeling

#### *Sociale projekter og tilbud i offentligt og privat regi*

Døgntakten

Etnisk Konsulentteam



Gadeplansmedarbejder, Vesterbro, København  
Gadepulsen, Nørrebro, København  
Hotellet, Vesterbro, København  
Københavnerteamet  
Sjakket, Nordvest, København  
Gadeteamet, Århus Vest  
Den åbne rådgivning, Århus Vest

### *Kriminalforsorgen*

Kriminalforsorgen i Frihed, Helsingør  
Kriminalforsorgen i Frihed, Nørrebro, København  
Kriminalforsorgen i Frihed – Nord, Århus  
Kriminalforsorgen i Frihed, Odense  
Ansatte, Ringe Statsfængsel  
Indsatte, Ringe Statsfængsel  
Ansæt, Vestre Fængsel

### *Politiet*

Station City, København  
Københavns Politis Narkotikaafdeling

### *Imamer*

### *Etniske Minoritetsforeninger*

## **Delundersøgelse 4 - Brugere og behandlere i behandlingssystemet**

Undersøgelsen af behandlingssystemet bygger hovedsagelig på en interviewundersøgelse med behandlere ansat i og brugere (af både dansk og anden etnisk herkomst) af de institutioner, som udgør behandlingssystemet. Dertil kommer også skriftligt materiale (beskrivelser af behandlingskoncepter og målgrupper, årsrapporter mv.) om de institutioner, der indgår i undersøgelsen, talmateriale fra den statistiske undersøgelse, oplysninger og betragtninger fra aktører på misbrugsområdet, som ikke er en del af behandlingssystemet (kontekstinformanterne) samt i anden række tidligere udgivne rapporter og bøger.

Brugerne såvel som behandlere og institutioner er anonymiserede i rapporten. Hensigten er således ikke at evaluere bestemte institutioners behandlingserfaringer med etniske minoriteter<sup>56</sup>, men derimod at belyse erfaringerne blandt brugere og behandlere på tværs af behandlingssystemet og at undersøge om, og hvordan forskellige behandlingskoncepter rummer hhv. ekskluderer forskelle på varierende måder.

<sup>56</sup> Bortset fra at det ikke er hensigten med denne undersøgelse ville det også kræve en anden type af datamateriale at belyse dette spørgsmål.

## Metode

Interviewundersøgelsen i behandlingssystemet sigter mod at opsamle og systematisere de eksisterende erfaringer med behandlingen af etniske minoriteter – det vil sige såvel behandlernes erfaringer fra mødet med brugere med etniske minoritetsbaggrund som de etniske minoriteters erfaringer fra mødet med behandlingen og behandlerne. Hvilke åbninger og lukninger er der på institutionerne i forhold til de etniske minoriteter og tilsvarende: hvilke åbninger og lukninger er der blandt de etniske minoriteter i forhold til at være i behandling. Interviewene sigter også mod sammen med en række af de andre data, som er produceret i forbindelse med den samlede undersøgelse, at afdække om der er barrierer, og i givet fald hvilke, for overhovedet at komme i kontakt med behandlingssystemet, når man har etnisk minoritetsbaggrund.

De interviewede brugere er eller har med nogle få undtagelser været i behandling i de institutioner, som også har leveret behandlerinterviews til undersøgelsen.

### *Udvælgelse af institutioner*

Der indgår 4 døgninstitutioner og 6 ambulante behandlingssteder i undersøgelsen. Institutionerne er udvalgt på baggrund af en rundringning til alle private og offentlige behandlingsskæbninger, som Københavns Kommune visiterede til i 2004. I alt er der gennemført telefonsamtaler med en eller flere behandlere og/eller ledere på 41 institutioner, inklusive de fire rådgivningscentre, som i København er hovedslusen ind i behandlingssystemet samtidig med, at de også varetager ambulante behandlingsforløb. Udvalget er derefter foretaget således, at de valgte institutioner har haft etniske minoriteter i behandling og derfor har erfaringer med denne gruppe, at de endvidere er forskellige mht. målgruppe og behandlingssideologi, og endelig er der foretaget en fordeling på ambulante institutioner og døgninstitutioner. De ambulante institutioner rummer størstedelen af alle stofmisbrugere i behandling, gennemsnitligt 74,8 %, mens det for f.eks. efterkommerne drejer sig om 85,6 % og for indvandrings- og flygtningelands 83,2 %. De etniske minoriteter befinder sig altså i højere grad end misbrugere med dansk oprindelse i ambulante behandling.

Når udgangspunktet for udvælgelsen af institutioner blev Københavns Kommune havde det flere årsager: for det første er kommunen det administrative hjemsted for det største antal stofmisbrugere i behandling sammenlignet med alle andre enheder. I 2003 hørte 2735 af alle stofmisbrugere i behandling således hjemme i København, dette svarer til 22,2 % af det samlede antal personer i behandling. Til sammenligning er den næststørste enhed – Københavns Amt – ikke engang halv så stor med sine 1219 personer i behandling. For det andet er de etniske minoriteters befolkningsandel i Københavns Kommune høj, og som det skulle vise sig efter den statistiske kørsel, så udgjorde gruppen af indvandrere og efterkommere 10,6 %

af de i alt 2735 i kommunens behandlingsstatistik. For det tredje – og delvist sammenhængende med de to første ræsonnementer – så gav Københavns Kommunes kvantitative vægt en mulighed for at udføre en systematisk udvælgelse af institutioner.

På døgninstitutionssiden er der ikke nogen særlig skævhed forbundet med udgangspunktet i København, idet institutionerne modtager brugere fra og samarbejder med andre kommuner og amter end København. Når det gælder de ambulante behandlingssteder kan der derimod være en skævhed, idet hovedparten af dem er kommunale. Der er foretaget et supplerende interview på en ambulansinstitution i Århus, hvilket dog næppe retter op på denne skævhed. Dette betyder ikke, at undersøgelsens resultater ikke er anvendelige bredt set, men det betyder formentlig, at der vil være erfaringer især med den ambulante behandling, som er farvet af den københavnske organisering af behandlingen. København har samlet set en fordeling af døgnbehandling (71,6 %) og ambulansbehandling (6,9 %), der stemmer ganske fint overens med landsgennemsnittet, om end registreringerne også her lider af en betragtelig andel uoplyste.

De ambulante behandlingssteder, hvoraf et som nævnt er beliggende i Århus, har alle medicinsk behandling (substitutionsbehandling) kombineret med tilbud om forskellige psykosociale behandlingstiltag, nogle er hovedsagelig orienteret mod skadesreduktion, mens andre også rummer efterbehandling og stoffri behandlingsgrupper. Målgruppen varierer således også imellem de 6 ambulante institutioner, hvoraf en enkelt er selvejende, mens resten er kommunale. Andelen af brugere med etnisk minoritetsbaggrund ligger på mellem 10-15% og 30%. En enkelt institution har dog omkring 70 %. Dette sidste forhold afspejler naturligvis en praksis hos den visiterende instans, men på indholdssiden handler det også om, at denne institution arbejder med stoffri grupper i ambulante forløb kombineret med et relativt kortvarigt døgnbehandlingsophold.

3 af de 4 døgninstitutioner er private og orienterede mod 12-trinsprogrammet eller Minnesota-modellen i varierende grader, den 4. er offentlig og socialpædagogisk orienteret. Denne fordeling ser umiddelbart ud til at afspejle fordelingen af behandlingskoncepter i døgninstitutionens landskab pt.

De tre 'Minnesota-inspirerede'<sup>57</sup> institutioner placerer sig forskelligt i forhold til, hvordan grundideerne i 'programmet' praktiseres og kombineres med andre tilgange. Det fælles udgangspunkt er dog en forståelse af misbrug og afhængighed som en sygdom, hvis kroniske

<sup>57</sup> Når Minnesota sættes i gæseøjne skyldes det, at den oprindelige model, der blev udviklet i 1950'erne i USA som en institutionaliseret udgave af selvhjælpsbevægelsen Anonyme Alkoholikeres 12-trinsprogram, ikke følges i sin grundform på institutionerne. Det understreges f.eks. gentagne gange i interviews og skriftligt materiale, at 12-trinsprogrammerne kan 'fås' gratis i NA (Anonyme Narkomaner), og at det derfor er uetisk at tage penge for denne behandling. Institutionerne bekender sig imidlertid til centrale elementer i 12-trinsprogrammet (mest basalt at afhængighed er en sygdom f.eks.) og de introducerer til selvhjælpsgrupperne i NA. For en beskrivelse af Minnesota-modellens introduktion i det danske behandlingslandskab i 1980'erne se i øvrigt Vibeke Steffen (1996), *Erfaring, fællesskab og forandring. Minnesota-modellen og Anonyme Alkoholikere i Danmark*, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

karakter kræver opmærksomhed resten af livet. I nogle tilfælde kombineres dette grundsyn med en fleksibel forholden sig til andre typer af problemstillinger, som kan være medvirkende årsager til misbruget, mens sygdommen i andre tilfælde fastholdes som den ultimative årsag. Den kollektive løsning på de tre institutioner tager således udgangspunkt i etableringen af et fællesskab omkring misbruger-identiteten. Mange af de terapeutiske retninger, som inddrages på de tre institutioner, deler grundsyn med 12-trinsmodellen, idet behandlingen er konsekvensorienteret og bygger på den enkeltes ansvar for egen udvikling. To af de tre institutioner nævner eksplicit etniske minoriteter som en del af deres målgruppe<sup>58</sup>.

Den socialpædagogiske institution beskriver sine behandlingsprincipper som kognitive med særligt fokus på social færdighedstræning. Generelt er der således fokus på det fremadrettede, frem for på årsagerne til misbruget. Der anvendes psykolog-samtaler, når der dukker noget op, som blokerer for at tale om den daglige adfærd (f.eks. seksuelle overgreb). Institutionen positionerer sig delvist i opposition til Minnesota-modellen og 12-trinsprogrammerne ved at understrege, at udgangspunktet er, at stofmisbrug er et valg og ikke en sygdom. Den kollektive løsning cirkulerer omkring færdighedstræningen, der foregår i workshops. Der er tilknyttet ambulante for- og efterbehandling til døgnbehandlingen og derudover et særligt aktiveringsprojekt.

Alle fire døgninstitutioner nævner 'dobbeltdiagnoserne' – altså kombinationen af en psykisk lidelse og misbrug - som en gruppe, de har vanskeligt ved at håndtere.

### *Interviewpersonerne*

Interviewundersøgelsen i behandlingssystemet omfatter i alt 37 personer.

Der er foretaget 13 interviews med i alt 15 ansatte på behandlingsinstitutionerne, heraf var de 5 ansat på døgninstitutioner, mens de resterende 10 var ansat i ambulante behandlingsinstitutioner. To af interviewene var særligt fokuserede på visitationsprocessen. Alle interviews er foretaget på institutionen.

22 brugere – og 21 interviews - af behandlingssystemet indgår i undersøgelsen, heraf har 6 dansk herkomst, mens resten fordeler sig på en lang række etniske minoritetsgrupper. To af de interviewede med etniske minoritetsbaggrund er pårørende til misbrugere, den ene er ikke interviewet på en institution, og det samme gælder for en af de andre brugere, som er interviewet i et værested.

8 brugere er interviewet i forbindelse med behandling på en døgninstitution. Brugerne fra den ene af de døgninstitutioner, som er del af undersøgelsen, fortrød i sidste øjeblik deres tilsagn om at tale med os, og den socialpædagogiske døgninstitution har derfor ikke leveret nogle interviews

<sup>58</sup> Minnesota-modellen er blevet foreslået som særligt anvendelig i behandlingen af unge misbrugere med etniske minoritetsbaggrund, hvilket også har indgået i overvejelserne over udvælgelsen af institutioner. Se Dorthe Staunæs (1998), *En "Anden" bruger? Behandling af misbrugere med etnisk minoritetsbaggrund*. Center for Rusmiddelforskning. Århus Universitet.

på brugersiden. De 8 brugere er valgt af personalet på institutionen ud fra vores ønske om at tale med en bruger med dansk baggrund og en eller helst flere med etnisk minoritetsbaggrund.

På de ambulante institutioner er udvælgelsen af interviewpersoner, efter tilladelse fra institutionen, sket via opsøgende virksomhed i brugernes opholdsrum/kaffestuer.

### *Interviewenes indhold m.v.*

Interviewene varer mellem 20 minutter og 1½ time, de fleste omkring 1 time. De er udført efter semi-strukturerede guides (findes i slutningen af dette bilag), hvor spørgsmålene er delt op i forskellige temaer. Disse temaer dækkes i alle interviews, men vægtningen er ret forskellig afhængig af, hvor den interviewede trak samtalen hen. Der er tre forskellige guides, én til brugerinterviewene, én til behandlerinterviewene og én der fokuserer særligt på visitationsproceduren. Herudover er benyttet en række forskellige interviewguides rettet særligt mod kontekstinformerne.

### *Analyserne*

Analyserne af behandler-interviewene er foretaget med udgangspunkt i spørgsmålet om, hvornår og hvordan forskelle optræder hhv. *ikke* optræder i interviewene som betydningsfulde. På denne baggrund er der udskilt en række temaer som f.eks. familie, omsorg og motivation, hvor forskelle mellem de etniske minoriteter og andre system-brugere fremhæves som betydningsfulde af de fleste behandlere. Samtidig med dette, er der også udskilt en række tematiseringer, som vedrører den måde behandlerne forholder sig til og ordner forskellene, og hvilke erfaringer, de opsummerer i forhold til behandlingsforløb med etniske minoritetsbrugere.

Analyserne af brugerinterviewene har taget afsæt i de vinklinger og betydningstilskrivninger som brugerne selv har italesat ud fra de overordnede tematiseringer i interviewguiden. Interviewene afspejler i høj grad den kontekst og det fokus, som den pågældende bruger har været i på interviewtidspunktet. I det brugerne selv i høj grad har styret interviewenes gang, handler nogle interviews således næsten udelukkende om migrationshistorien, mens andre har haft vægten på behandlingshistorien. Analyserne er ligeledes grebet an på brugernes præmisser, således at der er lagt vægt på deres hierarkisering af temaer og problemstillinger, og på hvordan og i hvilken sammenhæng disse er bragt på bane.

## **Interview-guide behandlingsinstitutioner**

### **Behandlerne**

Intro til interviewet. Husk at sige: Vi er interesserede i etniske minoriteter sammenlignet med andre, og derfor spørger vi til begge dele.

Husk faktuelle oplysninger om interviewpersonen

Og husk udviklingsperspektivet (har ting ændret sig over tid) samt at holde styr på hvem der tales om undervejs i interviewet.

### **Tema 1: Dagligdagen på institutionen**

Kan du beskrive den sidste dag du var på arbejde?

- Var det en typisk dag? Hvordan, hvordan ikke?
- Hvem var der udover dig? lavede de noget andet end dig? Hvad?

### **Tema 2: Behandlingen**

Hvad er de vigtigste elementer i behandlingen?

- Hvori består det vigtige ved dem?
- Hvad gør disse elementer?
- Hvem udfører dem?

Er der tilbagevendende dilemmaer forbundet med behandlingen?

- er der fx nogle behov, som er svære at gøre noget med?

På baggrund af din egen erfaring med forskellige forløb her, kan du så give et eksempel på en succeshistorie?

- Hvad er det, der virker som du ser det?

Kan du give os et eksempel på et dårligt forløb?

- Hvad virkede ikke her?

Hvad gør at der er nogen, som ikke kommer igennem?

- Kan man sige noget om hvem de er? Og hvad de gør forkert? (springer de fra eller?)
- Gør I noget forkert?

Hvis vi taler om brugere med minoritetsbaggrund, gør det så en forskel i forhold til det du lige har fortalt os om de vigtige elementer i behandlingen og de gode og dårlige forløb?<sup>59</sup>

<sup>59</sup> Spørgsmålet stilles for så vidt etnisk baggrund ikke trækkes frem i forhold til det foregående spørgsmål.

Kan du huske om der har været tidspunkter og bestemte situationer, hvor du har oplevet at noget er gået op for dig med hensyn til hvad stofmisbrug blandt etniske minoriteter eller behandling af etniske minoriteter handler om?

### **Tema 3: Brugerne**

Hvordan er den typiske klient hos jer?

Hvilken type klient er optimal i forhold til jeres tilbud?

- har I sådan én eller flere nu?

Her spørges opfølgende til: Køn, etnicitet, alder, religion, motivation, misbrugskarriere, stof-type, netværk (inkl. Familie), værdier.

Hvordan kommer hverdagslivet ind (familie fx), når man er i behandling her?

Med udgangspunkt i dine erfaringer, er der så andre årsager til eller baggrunde for at etniske minoriteter bliver misbrugere?

### **Tema 4: Refleksioner over muligheder**

Har I her på institutionen gjort noget særligt i relation til etniske minoriteter?

Har du nogen fornemmelse af om der er særlige barrierer i forhold til at netop denne gruppe kommer i behandling? Hvilke?

- følge op med at spørge til hvad den eventuelle antagelse om at der er mange EM, som har misbrugsproblemer, bygger på

Hvordan ville det gode behandlingsforløb (ikke bare her på institutionen men sådan mere generelt) se ud?

- Er det anderledes hvis vi taler om etniske minoriteter?

- Skal der findes på ændrede/nye behandlingsformer?

Er der nogen særlige grunde til at et sådan tilbud ikke findes?

Stiller behandlingen af denne gruppe nogle særlige krav til behandleren

- hvilken slags behandlerprofil er der brug for?

### **Afsluttende:**

Hvilken type af afrapportering af vores projekt vil gøre gavn inden for dit område?

## **Interview-guide behandlingsinstitutioner**

### **Brugerne**

Intro til interviewet. Husk at sige: Vi er interesserede i etniske minoriteter sammenlignet med andre, og derfor spørger vi til begge dele.

Husk faktuelle oplysninger om interviewpersonen

Og husk udviklingsperspektivet (har ting ændret sig over tid) samt at holde styr på hvem der tales om undervejs i interviewet.

### **Tema 1: Historie, baggrund**

Hvad har ført til at du er her i institution x?

- hvor længe har du været i behandling her?

Hvordan var din hverdag lige inden du startede i behandling her?

Hvilken hverdag vil du gerne have, når du er færdig her?

Kan du huske hvad der skete den gang du begyndte at tage stoffer?

Var der et bestemt tidspunkt, hvor du synes det blev et problem?

- Hvilken slags problemer var/er det?

Har du familie, børn, netværk?

Kan du tale med dem om misbruget?

Har du været i behandling tidligere?

- Kan du huske hvad der fik dig til at kontakte behandlingssystemet (første gang)?
- Vidste du hvem du skulle kontakte?
- (hvis behandling tidligere) Har der været forskel på de steder du har været? Hvilke?
- Har du søgt hjælp andre steder end i behandlingssystemet?

Vi har mødt mange, som mener at stofmisbrug er tabu – er det noget du har oplevet?

Hvis minoritetsbaggrund: hvilken etnisk baggrund har du eller dine forældre?

- Hvis 1. generation: baggrunden for at være i Danmark (migrationshistorie)



## **Tema 2: Dagligdagen på institutionen**

Kan du beskrive en dag på institution x for os, fx i går?

- Var det en typisk dag?
- Hvordan/hvordan ikke?

Hvordan kommer I ud af det med hinanden her?

- er der bestemte situationer, hvor det er svært?

## **Tema 3: Behandlingen**

Hvad førte til at du er netop her?

- har du selv været med til at beslutte det, eller?

Kan du nævne nogle ting du synes er gode her?

- hvad med dårlige ting?

Spørgsmål relateret til den konkrete institutions aktiviteter (på baggrund af virksomhedsplaner mv.)

Hvad er en god behandler?

- hvad skal hun/han gøre?

Hvad er en dårlig behandler?

Hvad er god behandling?

Hvad er dårlig behandling?

Hvordan er det at have minoritetsbaggrund på denne her institution, betyder det noget?

## **Tema 4: Refleksioner**

På baggrund af dine erfaringer, hvordan ville du så beskrive miljøet på gaden når det gælder etniske minoriteter (evt. flygtninge/indvandrere i stedet)?

Tror du det er vanskeligere for etniske minoriteter at komme i behandling end for andre?

## Interview-guide misbrugscentre

### Socialrådgiverne<sup>60</sup>

Intro til interviewet. Husk at sige: Vi er interesserede i etniske minoriteter sammenlignet med andre, og derfor spørger vi til begge dele.

Husk faktuelle oplysninger om interviewpersonen

Og husk udviklingsperspektivet (har ting ændret sig over tid) samt at holde styr på hvem der tales om undervejs i interviewet.

### Tema 1: Udredning og visitation

Kan du beskrive hvad du gjorde sidste gang du fik en ny sag/bruger?

- spørge videre til handlingsplan, hvilke oplysninger man beder om, hvordan nye brugere kommer ind (er de henvist, kommer de selv etc.)
- Var det den måde det typisk foregår på, hvis ikke: hvad var anderledes?
- Er der noget som er anderledes ved samtaler og proces, hvis det er en bruger med anden etnisk baggrund?
- Hvilke ønsker og/eller mål har brugerne?
- Hvordan forholder du dig til dem?

Hvad ser du efter, når du vurderer behandlingspotentialet?

- Hvornår har du set rigtigt? (eksempler)
- Har du set forkert nogle gange? (eksempler)
- Hvordan ser det ud hvis det er en bruger med anden etnisk baggrund (er der forskel mellem første og efterfølgende generationer, mellem forskellige etniske grupper, aldersgrupper, kvinder/mænd, misbrugstype)
- Hvordan vurderer du andre problemer end misbrug i forhold til behandling? (herunder forskelle mellem grupper)

Er der nogle, som trækker sig ud i udredningsfasen? Gør etniske minoriteter det?

Er der nogle bestemte institutioner og/eller behandlingsformer du særligt benytter i forhold til etniske minoriteter, og hvis: af hvilke grunde gør du det?

Vi har hørt mange steder fra at stoftypen er ved at skifte, sådan at heroin ikke længere er så dominerende, men at hash-forbruget er øget og kokain dominerer mere.

- Er det noget du også støder på?

<sup>60</sup> Socialrådgiverne interviewes især med henblik på at afdække visitationsfunktionen og arbejds/rollefordelingen mellem dem og behandlerne.

- Hvilken forskel gør det for udredning/ problemstillinger/ visitation?
- Hvordan ser billedet ud ift. etniske minoriteter?

## **Tema 2: Det videre forløb**

Hvor længe bliver du ved med at have en sag?

Hvilken rolle har du i forhold til brugerne i det videre forløb?

Hvilken arbejdsdeling er der mellem behandlerne og dig?

På baggrund af din egen erfaring med forskellige forløb her, kan du så give et eksempel på en succeshistorie?

- Hvad er det, der virker som du ser det?

Kan du give os et eksempel på et dårligt forløb?

- Hvad virkede ikke her?

Hvad gør at der er nogen, som ikke kommer igennem?

- Kan man sige noget om hvem de er? Og hvad de gør forkert? (springer de fra eller?)
- Gør I noget forkert?

Hvis vi taler om brugere med minoritetsbaggrund, gør det så en forskel i forhold til det du lige har fortalt os om de gode og dårlige forløb?<sup>61</sup>

Kan du huske om der har været tidspunkter og bestemte situationer, hvor du har oplevet at noget er gået op for dig med hensyn til hvad stofmisbrug blandt etniske minoriteter eller behandling af etniske minoriteter handler om?

Har du noget bud på omfanget af misbrug generelt blandt etniske minoriteter? Er der nogle grupper, som er særlig hårdt ramt (etnicitet, alder, køn, 1./2. generation, flygtninge mv.)?

## **Afsluttende:**

Hvilken afrapportering af vores projekt ville gøre gavn inden for dit område?

<sup>61</sup> Spørgsmålet stilles for så vidt etnisk baggrund ikke trækkes frem i forhold til det foregående spørgsmål.

