

En tilgang til heroinbehandling

- et kvalitativt studie af tilgangen blandt sygeplejersker i
KABS

Ditte Lindehøj Jensen

Speciale ved kandidatuddannelsen i socialt arbejde

Aalborg Universitet

Antal anslag: 238.923

Vejleder: Jens Guldager

Februar 2012

Abstract

This thesis is based on the harm-reducing treatment with medically prescribed heroin at the ambulant treatment centre KABS Hvidovre. Heroin treatment is used as an example of the increasing tendency to medicalize drug abuse and drug treatment. This thesis intends to convey knowledge on how drug treatment, in the hands of health professionals, is carried out in practice. The focus of this study will be on the nurses in the heroinclinic, as they are a crucial profession in the treatment, because of their daily contact with the treatment users. More specifically this study intends, by qualitative interviews, to explore what characterises the nurses' approach in the heroin treatment. Consisting of four questions, relevant strategies, intentions and problem understandings, will be studied in a critical hermeneutic perspective. First part of the thesis' analysis describes some of the strategies used in practice by nurses in the heroinclinic. The nurses strive to "keep the heroin treatment on a clinical level" which, in their understanding, concerns creating and conserving a social environment in the clinic, that differs from the subcultural environment of drug abuse. The nurses cannot substantiate this strategy, but it is profound in their understanding of what treatment is, that it is "something segregated from the abuse environment". The nurses seem not to be aware of alternatives to their understanding of treatment, as it seems obvious to them, and therefore could be an understanding similar to doxa. As part of their strategies to create this "treatment environment", words from the drug abuse/street environment is replaced with medical terms, and the users is prohibited to speak - as the nurses put it - "drug talk" and "street language". The nurses also regard it as part of the heroin treatment, to educate the users to behave with good manners. This, with the intention that this "treatment" environment will affect the users behaviour, and socialize them in a long-term perspective. This is done with the best intentions of helping, and the nurses do not seem to be aware, that this educational act can be offending to the users dignity. Second part of the analysis focus on a strategy to work with highly individualized aims in the heroin treatment. There are no common objectives, and the users requests are prioritized higher than health professional judgements of the users needs. This strategy indicates a view on the user, as a person who acts rational, independent and responsible, and whom can make harm reducing and foresighted aims for his own life. The nurses are very neutral in their opinion of the users treatment aims, and the only requirement is that the users conditions must not be deteriorated. This strategy is assumed to be entirely positive, but the nurses neglect the fact, that there is a risk that the users chance of

improvement and recovery may not be utilised to its full potential. Also, the nurses seems to think that the users will not experience defeats because of this strategy, and they are not aware, that with freedom to decide your own aims, follows the responsibility and blame for not achieving them. In third part of the analysis the nurses' intentions with their strategies is illustrated. It became clear that the nurses think of the users as a highly stigmatised group in society, and that they aim for the treatment to decrease the stigmatisation. The strategies mentioned above (the treatment-environment and the education of good manners), is supposed to result in society's acceptance of the user, and also to improve the users self-image. In the nurses' view, the user can now understand himself as a patient with a disease eligible to treatment, because of the medicalization of heroin drug treatment. The nurses do not seem to be aware that their strategy may not result in a normalisation of the user, but may lead to a fake adaption, in hope that they can live up to the nurses expectations about the treatments normalising effect. The fourth part of the analysis pointed out some characteristics of the nurses' problem understanding. It became clear that there exist no common understanding of drug use and addiction among the nurses, but that the understanding of these phenomena depends on each nurses' individual pre-understanding. In spite of variations in the problem understanding, the nurses expressed a very distinct illness-understanding of drug abuse and addiction which, for example, was shown in their comparing heroin treatment for drug users with diabetes patients medicated with insulin. The "illnessmodel" of understanding can in some way legitimate the heroin treatment, and may help the nurse to master her practice. Also the illness-understanding justify the nurses profession to treat heroin addicts. In spite of their use of the illness-model, when talking about treatment, the nurses articulate a psychosocial understanding, when asked to explain the *cause* of drug addiction, and they point out the users miserable childhood and life traumas, to cause the drug abuse. The nurses very much emphasises on the drug users *choice* in their understanding of drug addiction, which indicates the tendency to leave out significant risk factors (such as poverty, lack of education, unemployment) in their understanding of the user and his addiction. Generally the nurses' problem understanding is permeated of an individual focus, and they primarily use explanation on an individual level. Understandings with focus on an individual level should always be supplied with understandings that includes the context of the individuals, since this is crucial for understanding the individuals actions, and crucial in the hopes of meeting the users with empathy and acknowledgement.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	6
1.1 BEHANDLING AF STOFMISBRUG	6
1.1.1 AFHÆNGIGHED OG MISBRUG	6
1.1.2 TO CENTRALE FORSTÅELSER AF AFHÆNGIGHED OG MISBRUG	7
1.1.3 DEN "GODE" STOFMISBRUGSBEHANDLING	9
1.2 HEROINBEHANDLINGENS TILBLIVELSE	10
1.3 FORSKNING OM HEROINBEHANDLING	12
1.4 HEROINBEHANDLINGENS LOVGRUNDLAG	13
1.5 INDKREDSNING AF PROBLEMSTILLING	14
1.5.1 PROBLEMFORMULERING	18
1.6 BEGREBSAFKLARING OG AFGRÆNSNING	18
1.6.1 TILGANG	18
1.6.2 SYGEPLEJEPROFESSIONEN	21
1.6.3 HEROINBEHANDLING	22
1.6.4 BRUGERNE OG SUBKULTUREN	23
2. VIDENSKABSTEORETISK POSITIONERING	24
3. METODEOVERVEJELSER	26
3.1 UNDERSØGELSESDSIGN	26
3.2 PRÆSENTATION AF INFORMANTER	28
3.3 INTERVIEWSITUATIONEN	29
3.4 INTERVIEWGUIDE	30
3.5 TRANSSKRIFTION	31
3.6 KODNING AF INTERVIEWS	32
3.7 ANALYSESTRATEGI	32
3.8 METODEKRITIK OG VERIFICERING	34
4. TEORETISK UDGANGSPUNKT	36
4.1 DOXISKE ANTAGELSER I FELTET	37
4.2 SKADESREDUKTION	39
4.3 MEDIKALISERING	41
4.4 STIGMA OG TILPASNING	43
5. PRÆSENTATION AF KABS HVIDOVRE	43
5.1 SKADESREDUKTION I KABS	45
6. ANALYSE	47
6.1 FØRSTE ANALYSEDEL: HVAD VIL DET I PRAKSIS SIGE AT HOLDE HEROINBEHANDLINGEN PÅ "ET KLINISK NIVEAU", OG HVILKE ARGUMENTER LIGGER TIL GRUND FOR DENNE STRATEGI?	48
6.1.1 BEHANDLINGSRUM VERSUS GADEMISBRUGSMILJØ	49

6.1.2 ADFÆRDSKORREKTION	53
6.1.3 BEGRUNDELSER OG DOXA	57
6.1.4 DELKONKLUSION	60
6.2 ANDEN ANALYSEDEL: HVILKE MÅL ARBEJDES DER MED I HEROINKLINIKKENS SKADESREDUCERENDE BEHANDLING, OG HVORLEDES FORHOLDER SYGEPLEJERSKERNE SIG TIL DISSE?	62
6.2.1 INDIVIDUELLE BEHANDLINGSMÅL	62
6.2.2 STOFFRIHED SOM MÅL	67
6.2.3 SYGEPLEJERSKENS FORHOLDEN SIG TIL BEHANDLINGSMÅL	68
6.2.4 DELKONKLUSION	71
6.3 TREDJE ANALYSEDEL: HVILKE HENSIGTER HAR SYGEPLEJERSKERNE MED DERES STRATEGIER I HEROINBEHANDLINGEN?	72
6.3.1 DE STIGMATISEREDE BRUGERE	72
6.3.2 MEDIKALISERINGENS AFSTIGMATISERENDE EFFEKT	74
6.3.4 DELKONKLUSION	78
6.4 FJERDE ANALYSEDEL: HVAD KARAKTERISERER SYGEPLEJERSKERNES PROBLEMFØRSTÅELSE?	79
6.4.1 SYGDOM ELLER PSYKOSOCIALT SYMPTOM	81
6.4.2 MISBRUGERENS SELVSTÆNDIGE VALG	85
6.4.3 FØRSTÅELSE OG FORKLARING MED INDIVIDFOKUS	87
6.4.4 DELKONKLUSION	92
7. KONKLUSION	93
8. PERSPEKTIVERING: DET RELATIONSOPBYGGENDE ARBEJDE	97
9. LITTERATUR	99
10. BILAG: INTERVIEWGUIDE	103

1. Indledning

Dette speciale i socialt arbejde tager udgangspunkt i behandling med lægeordineret heroin til stofmisbrugere. Nærmere bestemt har projektet til formål at undersøge, hvilken tilgang sygeplejerskerne i en heroinklinik arbejder ud fra. Først introduceres nogle temaer i stofmisbrugsbehandling generelt, derefter skitseres rammerne for heroinbehandlingen, herunder behandlingens tilblivelse, forskning om denne samt lovgrundlag. Denne præsentation fører til en indkredsning af problemstillingen samt projektets problemformulering. Præsentationen vil skabe et vidensgrundlag for videre læsning, og vil henvises til løbende i projektet.

1.1 Behandling af stofmisbrug

Med henblik på at skabe en forståelses- og referenceramme for projektet, afklares definitioner af misbrug og afhængighed. Dernæst skitseres to traditionelle tilgange til misbrugsbehandling og sidst en opridsning af relevante faktorer, der i rusmiddelforskning påpeges som væsentlige for, at skabe positive resultater i behandlingen af stofmisbrug.

1.1.1 *Afhængighed og misbrug*

Den officielle definition af afhængighed og misbrug i Danmark findes i WHO's sygdoms-klassifikationssystem, ICD-10¹. Det er således også denne definition Sundhedsstyrelsen refererer til i vejledninger og dermed også den definition heroinbehandlingen tager udgangspunkt i.

ICD-10 definerer *afhængighed* som et syndrom bestående af en række adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske fænomener, som udvikler sig hos nogle individer, ved gentagen brug af rusmidler. Afhængighed karakteriseres ved et vedvarende eller periodisk behov for stof, manifesterende sig ved en tvangsmæssig adfærd, hvor fremskaffelse og brug af stoffet er dominerende i personens tilværelse. Der skelnes i ICD-10 mellem psykisk og fysisk afhængighed, hvor psykisk afhængighed defineres som en trang til et rusmiddel for at opnå tilfredsstillelse og undgå ubehag, og fysisk afhængighed er en forudsigelig farmakologisk virkning. *Misbrug* henviser ifølge ICD-10 til et forbrug af rusmidler, som forvolder sociale, fysiske og/eller psykiske skader. Misbrugsdiagnosen er socialt, kulturelt og politisk bestemt, og

¹ ICD-10 er et klassifikationssystem til sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser udformet af WHO. ICD er forkortelse for International Classification of Diseases.

ikke en værdineutral diagnose, og adskiller sig dermed fra afhængighedsdiagnosen, som har udgangspunkt i en fysiologisk/medicinsk forståelse (Ege 2004:18).

1.1.2 To centrale forståelser af afhængighed og misbrug

Stofmisbrug har været udsat for mange årsagsforklaringer og forståelser, både i samfundet generelt men også inden for socialt arbejde med stofmisbrug. Det har bl.a. været betragtet som en forbrydelse, en social afvigelse, et symptom på psykosociale problemer og en kronisk sygdom. I kampen om den rette forståelse af stofmisbrug, ligger også kampen om, hvem der har retten til – og ikke mindst ansvaret for - at definere og behandle tilstanden (Ege 2004:17). Idet forskning ikke hidtil har været i stand til entydigt at dokumentere faktorer som producerer eller forårsager afhængigheden (Pedersen 2005:59), og da ICD-10's definition ikke forklarer syndromets årsag, hersker der adskillige forståelser og årsagsforklaringer af misbrug og afhængighed, og deraf ligeledes forskellige behandlingsideologier på misbrugsområdet. Meget forenklet kan de forskellige forklaringsmodeller opdeles i to overordnede kategorier, som ligeledes vil vise sig relevante i projektets analyse:

- misbruget er en sygdom
- misbruget er et symptom på noget bagvedliggende (Lauridsen et al. 2010:20)

Kampen om at definere fænomenet misbrug og afhængighed ses både mellem professioner og mellem misbrugsbehandlinger. I nogle behandlinger arbejdes der mere eksplicit med én bestemt forståelse, og i andre behandlinger er forståelsen ikke verbaliseret, og afhænger af den enkelte misbrugsbehandlers tilgang. Således er der en intern kamp i misbrugsfeltet om berettigelsen og vægtningen af disse forståelser. Endvidere udspiller kampen om den ”rette” forståelse sig også på politisk niveau, eksempelvis vil det fremgå senere i projektet, hvordan Sundhedsstyrelsen i højere grad end tidligere definerer stofmisbrugere som patienter i vejledninger om stofmisbrugsbehandling.

De to kategorier skitseres følgende i en meget forenklet form, idet denne beskrivelse blot har til formål at skabe et overblik, i det ret kaotiske landskab af forskellige tilgange inden for misbrugsbehandling.

Sygdomsforståelsen

Sygdomsforståelsen var dominerende frem til 70'erne og har igen i dag vundet frem (Ege 2004:18). Stofafhængighed opfattes inden for denne forståelse, som en kronisk lidelse, og sammenlignes ofte med andre kroniske lidelser forårsaget af en kombination af genetiske, biologiske, adfærdsbetingede og sociale faktorer (f.eks. diabetes, astma, forhøjet blodtryk). Karakteristisk for sygdomsforståelsen er, at sociale, strukturelle og kulturelle faktorer, ikke tillægges meget betydning, da der primært fokuseres på individets kroniske lidelse og sygdommens fysiske skadevirkninger. Det forventes ikke i den sygdomsorienterede tilgang, at behandling kan helbrede afhængigheden, men at misbrugerens tilstand kan forbedres. Ifølge Lauridsen et al., retter behandling indenfor denne forståelse sig dels mod stofafhængigheden, dels mod de sociale, psykiske, helbredsmæssige og andre misbrugsrelaterede symptomer (2010:20). Behandling indenfor sygdomsforståelsen kan have følgende mål:

- At misbrugerens får det bedre – ikke cure, men care. Selvom målet ikke er, at brugeren bliver stoffri, udelukker indsatsen ikke stoffrihed som et middel til bedring. Oftest opereres med mål som reduktion i brugen af rusmidler, forbedring af sundhedstilstand og social funktion eller reduktion i trusler mod den offentlige sundhed og sikkerhed (O'Brian og McLellan 2003, i Lauridsen et al. 2010:20).
- At misbrugerens lærer at undgå rusmidlet. Her rettes indsatsen mod, at personen lærer at håndtere sin kroniske afhængighedslidelse ved at tillære værktøjer til, at leve uden brug af rusmidler (Lauridsen et al. 2010:20).

Sygdomsforståelsen kan kritiseres for, at tillære stofmisbrugerens en misbrugsidentitet, som kan blive en væsentlig faktor i opretholdelse af misbrug eller i tilbagefald ved stoffrihed. Endvidere kan forståelsen kritiseres for at individualisere sociale problemer, da den som oftest ikke inddrager samfundsstrukturer og sociale problemer i problemforståelsen, men fokuserer på den individuelle lidelse som noget mere eller mindre isoleret.

Psykosocial forståelse

Den psykosociale forståelse, også kaldet symptomforståelsen, er formuleret af pædagoger, socialarbejdere og psykologer, der i mange år har taget sig af misbrugsbehandlingen i offentligt regi. Forståelsen har været meget udbredt og er stadig dominerende blandt disse faggrupper (Ege 2004:18). Stofmisbrug og afhængighed ses i denne forståelse som et symptom på bagvedliggende

psykiske og/eller sociale problemer. Misbruget kan også ses som en bagvedliggende sygdom, f.eks. depression, personlighedsafvigelse eller psykose. Væsentligt er, at misbruget er et symptom på noget andet. Den psykosociale forståelse kan tage udgangspunkt i individets baggrund, aktuelle situation og psykiske tilstand eller i overordnede samfundsforhold og samfundsstrukturer. I denne forståelse ligger ofte et ideal om samfundets forpligtelse og mulighed for at tilrettelægge borgernes liv, på en måde der hindrer social elendighed (Lauridsen et al. 2010:21). Således opfattes de bagvedliggende problemer som konsekvens af en fejlsocialisering forårsaget af samfundsmæssige skævheder (Ege 2004:17). Behandling ud fra denne forståelse centrerer derfor typisk om resocialisering og afhjælpning af misbrugerens psykiske og sociale problemer. Dog er behandlingen bestemt af hvilke problemer, der opfattes som årsag til misbruget. Symptomforståelsen har ofte fået kritik for, at overse vigtigheden af den fysiske og psykiske afhængighed, og kun behandle bagvedliggende problemer. Endvidere kritiseres forståelsen for at være stigmatiserende, idet den ofte indebærer et syn på misbrugeren som psykisk og socialt belastet (Ege 2004:18).

1.1.3 Den "gode" stofmisbrugsbehandling

Den foreliggende viden om effekten af misbrugsbehandling er ret begrænset. Man ved at behandling for stofmisbrug virker, men at det virker meget forskelligt (Ege 2005:51). Begrebet behandling er uklart, men kan bredt defineres som en systematisk aktivitet, der sigter mod en forbedring hos den enkelte (Ege 2005:43). Der er ikke nogen behandlingsmetoder der kan fremvise bedre resultater end andre, men til gengæld gør kvaliteten af behandlingen en stor forskel. Således er der god og dårlig substitutionsbehandling, god og dårlig stoffri behandling og så videre. Ege skriver om dette, at det *"er en meget vigtig og positiv konstatering, for den betyder, at det ikke er ligegyldigt, hvad behandlingssystemer/ behandlingsinstitutioner/ behandlere gør"* (Ege 2005:51).

Ifølge Ege er det en forudsætning for at skabe "den gode behandling", at behandlingen bidrager til *"at bryde den demoralisering alle hjælpssøgende lider under"* (Ege 2005:47). For at gøre dette er det blandt andet nødvendigt, at behandlingen:

- fungerer som et helle i brugerens kaotiske liv

- tilbyder en forklaringsmodel som brugeren kan forstå og forklare sine problemer ud fra, og ikke mindst afhjælpe dem. Forklaringen behøver ikke at være ”sand”, hvis blot den kan mobilisere brugerens ressourcer
- giver brugeren nye og mere hensigtsmæssige metoder til løsning af problemer
- og at der i behandlingen etableres en såkaldt terapeutisk alliance mellem bruger og behandler (Ege 2005:50).

Udover ovenstående gælder det særligt for substitutionsbehandling, at behandlerne skal have en positiv holdning til stofmisbrugere og substitutionsbehandling (Ege 2005:50). Det er også vigtigt at målsætningen for substitutionsbehandlingen er vedligeholdelse og rehabilitering. Behandlingen må ikke primært opfattes som en skadesreducerende foranstaltning, men skal være offensiv og hjælpe brugeren til et bedre liv. Kontrol og sanktioner i substitutionsbehandling har ofte en anti-terapeutisk effekt, og kan ikke fremvise positive resultater. Endvidere giver ugentlige rådgivninger bedre resultater end mere sporadiske rådgivninger. Derudover er behandlernes kompetencer afgørende for effekten af behandlingen. De skal kunne matche de komplekse problemer stofmisbrugere har, dvs. have relevante uddannelser og færdigheder på de psykologiske, sociale og sundhedsfaglige områder (Pedersen 2005, i Lauridsen et al. 2010:23).

1.2 Heroinbehandlingens tilblivelse

Efter femten års politisk diskussion blev behandling med lægeordineret heroin til stofmisbrugere en realitet i Danmark, og blev i 2010 udmøntet i fem klinikker landet over. Med et bredt politisk flertal i folketinget, blev lovgrundlaget for heroinbehandling vedtaget i 2008, og der blev afsat 70 millioner kroner årligt af satspuljemidlerne til behandlingen². De mange års diskussioner har særligt været præget af private aktører inden for socialt arbejde, som skabte meget opmærksomhed med argumenter om skadesreduktion, samt heroinbehandlingens mulighed for, at reducere det høje antal af narkorelaterede dødsfald i Danmark³. Dette argument blev vægtet højt, da antallet af narkodødsfald i Danmark har været stabilt i 10 år, på trods af en stigende og stadig dyrere indsats⁴. Der er således en gruppe hårdt belastede stofmisbrugere, som ikke har gavn af

² <http://www.information.dk/221689>

³ Danmark har med ca. 250 narkorelaterede dødsfald om året den tredjehøjeste dødelighed i Europa (EU's overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug)

⁴ <http://www.information.dk/182671>

den traditionelle misbrugsbehandling, og forhåbningen var, at denne gruppe kunne nås med heroinbehandlingen. Ligeledes kom der samfundsøkonomiske argumenter i spil, da forskning fra Holland og Schweiz kunne påvise en markant nedbringelse af kriminalitet og sundhedsomkostninger ved behandling med heroin (Grønbæk og Hansen 2007:4).

Der kan være mange årsager til, at heroinbehandlingen har været længe undervejs i Danmark, og nogle helt væsentlige argumenter mod behandlingen, var dels de økonomiske omkostninger, og dels at behandlingen var modstridende med narkotikapolitikens mål om et stoffrit samfund. Inden behandlingens vedtagelse, var det dog også et krav fra daværende regerings side, at en heroinbehandling i Danmark, skulle operere med et mål om stoffrihed, i modsætning til heroinbehandlingen i udlandet, der har skadesreduktion og stabilisering som mål for behandlingen (VK Regeringen 2007:29). Dog var målet om stoffrihed ikke aktuelt da heroinbehandlingen blev vedtaget i 2010. Således fremgår det i daværende regerings handlingsplan mod narkotikamisbrug: *“Det er forventningen, at ordningen (lægeordineret heroin) vil bidrage til en reduktion af illegalt misbrug og risikoadfærd, en forbedring i psykiske og fysiske helbredsfunktioner samt sociale funktioner blandt modtagerne”* (VK Regeringen 2010:28). Målet for heroinbehandlingen synes således at lægge meget op til en skadesreducerende tilgang, altså en behandlingstilgang der sigter mod at reducere sundhedsmæssig, social og økonomisk skade som følge af stofbrug, uden nødvendigvis at insistere på stoffrihed (Riley et al. 1999, i Andersen og Järvinen 2006:306). Vedtagelsen af heroinbehandlingen var til stor begejstring for mange politikere og aktører indenfor misbrugsområdet, men medførte også bekymringer fra behandlingens modstandere. Blandt andet var målet for behandlingen til diskussion, og flere efterlyste en sikkerhed for, at det ikke blev en livslang stabiliserende behandling. Forskere advarede mod at se behandlingen som en mirakelkur, der kunne løse alle sociale problemer⁵, og opfordrede til at bruge pengene på at optimere den eksisterende substitutionsbehandling. Også enkelte politikere udtrykte deres modstand:

⁵ Teknologirådets høring 2007 (http://www.stofbladet.dk/6storage/586/17/stof_9_s.19-21.pdf)

Det er nu sådan, at staten direkte har en nål ned i folks arme, og der bliver skabt en vedvarende afhængighed. Det synes jeg alligevel at der er grund til at markere, for det er dog en helt særlig beslutning, som man sjældent ser et Folketing træffe – Søren Pind⁶

Set i lyset af ovenstående kan statsbetalt lægeordineret heroin til stofmisbrugere synes at være stærkt kontroversielt, og dette på trods af, at tilbud om heroinbehandling kun vil omfatte en ganske lille gruppe af danske stofmisbrugere. Der estimeres at være 9-11.000 heroinmisbrugere i Danmark, og ud af denne gruppe skønnes der at være 900-1200 hårdt belastede misbrugere, der vil være målgruppe for heroinbehandlingen (Grønbæk og Hansen 2007:7). Der er ca. 300 pladser i behandlingen, men juni 2011 deltager kun ca. 130 brugere på landsplan (Narkosituationen i Danmark 2011:62). Den lave tilslutning til behandlingen, set i forhold til det forventede antal brugere, vurderes at skyldes behandlingens forholdsvis strenge inklusionskriterier.

1.3 Forskning om heroinbehandling

Heroinbehandlingen blev fra begyndelsen iværksat som behandlingstilbud og ikke som en forsøgsordning i Danmark, idet en række udenlandske forskningsprojekter vurderedes at skabe tilstrækkeligt grundlag for iværksættelse af behandlingen. Den udenlandske forskning dokumenterede, at heroin kombineret med metadon, kan være en mere effektiv behandlingsform for nogle stofmisbrugere, end metadonbehandling alene. Forskning fra hovedsageligt Holland, Tyskland, England og Schweiz dokumenterer forbedringer på diverse parametre – både for den enkelte misbruger og samfundsøkonomisk (Grønbæk og Hansen 2007). Undersøgelserne kunne dokumentere positive resultater ift. misbrugerens sociale funktion, samt forbedringer i den psykiatriske og fysiske sundhedstilstand (Pedersen 2002:7). Endvidere dokumenterede undersøgelserne et fald i kriminalitet og brug af illegale rusmidler under behandlingen (Grønbæk og Hansen 2007). En cost-benefit analyse viste, at den dyre heroinbehandling opvejes økonomisk af færre samfundsmæssige udgifter, grundet mindre narkorelateret kriminalitet, mindre brug af sundhedsvæsenet samt forbedring af deltagernes sociale situation (Grønbæk og Hansen 2007). Forskningens gode resultater tilskrives for det første den ændring af adfærd, der gør sig mulig for misbrugeren, når heroinen ikke skal finansieres illegalt og misbruget kan vedligeholdes under

⁶ 3.behandling af forslag til lov om ændring af lov om euforiserende stoffer
(<http://www.ft.dk/samling/20072/lovforslag/1138/beh3/forhandling.htm#alleindlaeg>)

hygiejniske forhold. For det andet skønnes den intensiverede opmærksomhed fra professionelle, at have stor betydning for misbrugerens positive udvikling. Sundhedsstyrelsen skriver, at de positive resultater ved heroinbehandling *”i højere grad skyldes den omfattende behandling og støtte der knytter sig til behandlingen, end lægemidlet i sig selv”* (Sundhedsstyrelsen 2010:6).

1.4 Heroinbehandlingens lovgrundlag

Heroinbehandling har lov hjemmel i lov om euforiserende stoffer⁷, og behandlingens rammer er bestemt af Sundhedsstyrelsen i Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioideafhængighed⁸. Herefter refereres til denne som vejledningen eller vejledning om heroinbehandling. I vejledningen fremgår det, at inklusion i behandling med heroin forudsætter at brugeren (i vejledningen omtalt som patienten) er over 18 år, og har et regelmæssigt intravenøst misbrug af opioider, trods anden substitutionsbehandling inden for det sidste år. Brugeren må ikke have psykiatriske eller somatiske lidelser der kan besværliggøre behandlingen, og må ikke have betydeligt misbrug af alkohol eller benzodiazepiner. Det vil sige, at brugeren skal være i stand til fremmøde uden sværere påvirkning eller abstinenssymptomer. Endvidere skal brugeren acceptere kravet om fremmøde og superviseret selvadministration af injektionsbehandlingen (Sundhedsstyrelsen 2010:9).

Brugeren kan modtage heroin to gange dagligt i klinikken, og der suppleres med metadondoser, til at dække stoftrangen uden for klinikkens åbningstid. Injektion af heroin skal foretages af brugeren selv, under vejledning af sundhedsfagligt personale. Personalet må altså ikke hjælpe med selve injektionen, men skal observere at brugeren injicerer stoffet. Heroinen må kun injiceres, og efter injektionen skal brugeren observeres i mindst et kvarter. Der er generelt meget overvågning og høje dokumentationskrav i heroinbehandling. Henvielse til behandlingen skal foregå efter vurdering af den kommunalt ansatte læge, der er ansvarlig for brugerens substitutionsbehandling. Ordinationen af heroin skal suppleres med en indsats rettet mod brugerens sociale problemer, i samarbejde med de sociale myndigheder. Den lægelige behandlingsplan, skal dermed indgå i den samlede handleplan, udarbejdet af de sociale myndigheder efter serviceloven. Der fremgår dog ikke nogle retningslinjer eller kvalitetskrav for

⁷ jf. Bekendtgørelse af lov nr. 748 af 1. juli 2008

⁸ af 1. januar 2010

den socialfaglige behandlings indehold.

Vejledningen er blevet kritiseret for, at stille for høje krav til brugerne og have for meget fokus på kontrol. Særligt kravet om, at brugeren skal møde to gange dagligt til faste tider, er blevet kritiseret, da det afskærer de meget kaotiske stofmisbrugere – den oprindeligt tiltænkte målgruppe - fra at kunne deltage i behandlingen. Ligeledes er vejledningen kritiseret for at være uklar i forhold til behandlingens formål, og har efterladt et stort råderum for heroinklinikkerne til at bestemme behandlingens ideologiske fundament og tilgang.

1.5 Indkredsning af problemstilling

Som socialrådgiver med en mangeårig interesse for misbrugsbehandling, har jeg med stor nysgerrighed fulgt debatten om heroinbehandlingens tilblivelse i Danmark. En debat, der som tidligere beskrevet, har været præget af emotionelle holdninger og hvor værdier og livsanskuelser syntes, at veje højere end evidensbaseret viden og faglige begrundelser (Grønbæk og Hansen 2007:7). Heroinbehandlingens viste sig at være af særlig kontroversiel karakter, idet den bryder med mangeårige traditioner indenfor misbrugsbehandling. Først og fremmest fordi misbrugeren nu kan få sit foretrukne stof i substitutionsbehandling. Heroinen er ikke længere kun et illegalt narkotikum som sælges i mørke gyder, men er blevet statsbetalt medicin som kan ordineres af lægen. Dernæst gør heroinbehandling op med det tidligere mere eller mindre obligatoriske mål om stoffrihed inden for misbrugsbehandling. Den danske narkotikapolitik, som hidtil har været målrettet en *”kompromisløs kamp mod narkotika og et ønske om et samfund fri for stofmisbrug”* (VK Regeringen 2010:7), inddrager modefænomenet skadesreduktion som en grundpille i narkotikapolitikken, som et mål på lige fod med stoffrihed og udryddelsen af narkotika. Den lægeordnede heroin har således ikke til formål at helbrede, men at stabilisere og minimere skade for misbrugeren og det omkringværende samfund. Stoffet som hidtil har været anskuet som del af problemet, er nu blevet en del af løsningen. At heroinbehandling skulle baseres på principper om skadesreduktion, pustede også ild til den ideologiske kamp mellem fortalere for behandling med mål om stoffrihed og fortalere for skadesreduktion som mål for behandlingen (Benjamin et al. 2009:368). For hvilke mål tilstræbes i en skadesreducerende behandling, og ville heroinbehandling blot tjene som en livslang parkering af de udsatte

misbrugere?⁹ Spørgsmål som ikke blev besvaret i vejledningen, og som de enkelte heroinklinikker derfor måtte forholde sig til.

Endvidere brød heroinbehandlingen med traditionen for en psykosocial forståelse af stofmisbrug, og blev symbol på den stigende tendens til, at definere stofmisbrug som et medicinsk anliggende, idet vejledning om heroinbehandling lagde op til en drejning mod en mere medicinsk forståelse og tilgang. Birk og Johansen skriver om tendensen:

For nogle stofbrugere og behandlere har det været en strategi at forskubbe opfattelsen af stofbrug og behandling over imod en mere medicinsk forståelse frem for en mere psykosocial tilgang. Det har givet mulighed for at tale om patientrettigheder, behandlingsgaranti og medicin (frem for stof). Behandling med lægeordineret heroin kan på mange måder ses som en meget tydelig repræsentant for denne tendens (Birk og Johansen 2011a:7)

Betegnelsen *patient* har erstattet den tidligere anvendte betegnelse *stofmisbruger* i vejledningen, hvilket blot er et eksempel på den medicinske diskurs, der kommer til udtryk (Birk og Johansen 2011a:7). I vejledningen defineres heroinbehandlingen ligeledes som et medicinsk speciale, på bekostning en hidtil dominerende psykosocial tilgang til misbrugsbehandling (Sundhedsstyrelsen 2010). Den medicinske forståelse af afhængighed er bestemt ikke ny i praksis, men ses som noget nyt mere eksplicit anvendt i politiske og juridiske sammenhænge. Stofmisbrugeren defineres ikke længere som social afviger med psykosociale problemer, men er nu patient med en kronisk lidelse, berettiget til medicinsk behandling med heroin. Denne drejning mod en medicinsk forståelse i vejledningen, kan ses som udtryk for den medikalisering af sociale områder, som finder sted i det moderne samfund. Dahl og Pedersen skriver:

De medicinsk baserede videnskaber er i det hele taget i løbet af det 20'ende århundrede blevet tiltagende dominerende på rusmiddelområdet i forhold til forklaringer på og teorier om udviklingen af (..), årsager til, reaktioner på og konsekvenser af misbrug (Dahl og Pedersen 2008:19)

Medikalisering kan beskrives som ”*defining behaviour as a medical problem or illness and mandating or licensing the medical profession to provide some type of treatment for it*” (Conrad

⁹ <http://www.information.dk/182999>

1975:12). En kompliceret proces mellem sociale kræfter, hvor menneskelige tilstande begrebsliggøres, defineres og behandles som sygdomme (Conrad 1992:211). Heroinbehandlingen er i denne forståelse udtryk for en medikalisering af stofmisbrugsbehandlingen, stofmisbruget og stofmisbrugeren. Med retten til at definere heroinafhængighed som et medicinsk problem, følger også behandlingsansvaret, og heroinbehandlingen varetages som følge heraf overvejende af sundhedsfagligt personale, dog suppleret med en sideløbende socialfaglig indsats af ubestemt indhold, varighed og intensitet. En helt central faggruppe i behandlingen udgøres således af de sygeplejersker, der to gange dagligt modtager brugerne til injektion og efterfølgende observation. Sygeplejerskerne er den faggruppe i behandlingen, der har hyppigst kontakt med brugerne, og grundet brugernes meget sporadiske kontakt til øvrige fagpersoner, bliver sygeplejerskerne det tætteste der kommer på en misbrugsbehandler i heroinbehandlingen. Som nævnt i projektets indledende afsnit, er det helt væsentligt for en misbrugsbehandlings kvalitet, at behandlingen blandt andet tilbyder en forståelsesmodel som brugeren kan forstå sine problemer ud fra, at der etableres en bærende relation mellem behandler og bruger, samt at behandlingen udgør et helle i brugerens kaotiske hverdag. Den tilgang sygeplejerskerne møder brugerne med, er således af afgørende karakter for behandlingens resultater, særligt da de positive resultater i heroinbehandlingen, ifølge Sundhedsstyrelsen, *”ikke kan tilskrives lægemidlet i sig selv, men den støtte og behandling der tilknyttes”* (Sundhedsstyrelsen 2010:6). Vejledningen fastsætter rammerne for behandlingen, inklusionskriterier, kontrol, sikkerhed med mere, men beskæftiger sig ikke med temaer som behandlingsideologi, menneskesyn og behandlingsmål, hvilket har overladt et stort råderum i heroinklinikkerne, til valg af tilgang.

Jeg finder det derfor interessant, at undersøge *hvilken tilgang sygeplejerskerne arbejder ud fra i heroinbehandlingen*. Med hvilken forståelse mødes brugerne i en misbrugsbehandling, hvor sygeplejersker som en bærende profession er tættest på brugeren? Hvordan har man fortolket vejledningen ift. mål for behandlingen? Og er vejledningens medikalisering ”synlig” i praksis? Jeg tog kontakt til Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere (KABS) i Hvidovre, som ifølge centerlederen tilstræber *”at holde heroinbehandlingen på et klinisk niveau”*. Heroinklinikken i KABS Hvidovre vil således fungere som eksempel på medikaliseringens udmøntning i praksis, og vil danne udgangspunkt for nærværende undersøgelse af sygeplejerskernes tilgang.

Som fremlagt i ovenstående præsentation af misbrugsfeltet og problemstillingen, går jeg til undersøgelsen med en generel viden om misbrug og misbrugsbehandling, viden specifikt om heroinbehandling, samt egne praksiserfaringer som socialarbejder. Min forforståelse vil således præges af denne viden og erfaring, og ikke mindst af det teoriapparat, der vil præsenteres senere, og som skal anvendes i analysen af sygeplejerskernes tilgang i heroinklinikken. Eksempelvis er det en del af min forforståelse, at heroinbehandlingen er et symptom på en medikalisering af social afvigelse og sociale problemer, og at behandlingen derfor tænkes at være præget af en medicinsk forståelsesramme. Som fortolker vil min forforståelse være afgørende i min fortolkning af sygeplejerskernes betydnings- og meningssammenhænge (Højberg 2004:334). Helt central i min forforståelse er en opfattelse af, at der altid er magt og forskellige interesser til stede i menneskelige relationer, og særligt i relationer mellem hjælpere og hjælp søgende. Denne forforståelse vil betyde, at der anlægges et kritisk perspektiv på undersøgelsen, og med dette menes, at den umiddelbart fremtrædende virkelighed anskues med et skeptisk blik, i forsøg på at identificere skjulte strukturer, som er betydningsfulde for menneskets bevidsthed og handlen (Højberg 2004:334).

Denne undersøgelse er relevant for viden om det sociale arbejde af flere grunde. Først og fremmest gør projektet opmærksom på den tiltagende medikalisering af misbrugsbehandling, en tendens som bør diskuteres og ses i forhold til kvaliteten af det sociale arbejde. Dernæst bidrager projektet med en kritisk vinkel på den skadesreducerende misbrugsbehandling, hvilket er en ofte overset vinkel i litteratur herom (Andersen og Järvinen 2006). Endvidere bidrager projektet til viden om sygeplejerskernes tilgang i deres møde med brugeren, hvilket er væsentligt for forbedring af og diskussion om det sociale arbejde, der udføres generelt i heroinbehandling, og særligt det arbejde der udføres i KABS heroinbehandling i Hvidovre. Undersøgelsen bidrager til en eksplicitering af sygeplejerskens tilgang, og vil give heroinklinikken i Hvidovre et grundlag for diskussion af deres tilgang, og vil ikke mindst bidrage til bevidsthed om tilgangen blandt sygeplejerskerne.

1.5.1 Problemformulering

Ovenstående problemstilling leder mig til følgende problemformulering:

Med udgangspunkt i sygeplejerskernes forståelser, ønsker jeg at undersøge, hvad der karakteriserer den tilgang sygeplejerskerne arbejder ud fra i heroinbehandlingen i KABS Hvidovre. I form af nedenstående spørgsmål skal relevante strategier, hensigter og problemforståelser i tilgangen undersøges i et kritisk hermeneutisk perspektiv.

- 1. Hvad vil det sige at holde heroinbehandlingen på et "klinisk niveau", og hvilke argumenter ligger til grund for denne strategi?*
- 2. Hvilke behandlingsmål arbejdes der med i heroinklinikkens skadesreducerende behandling, og hvorledes forholder sygeplejerskerne sig til disse?*
- 3. Hvilke hensigter har sygeplejerskerne med deres strategier i heroinbehandlingen?*
- 4. Hvad karakteriserer sygeplejerskernes problemforståelse?*

Problemformuleringens undersøgelsesspørgsmål vil udgøre fire analysedele, som i sin helhed vil besvare spørgsmålet om, ud fra hvilken tilgang sygeplejerskerne arbejder i heroinbehandlingen. Undersøgelsen vil som følge af problemformuleringen resultere i en overvejende deskriptiv besvarelse, med supplerende kritiske anskuelser af analysens fund.

1.6 Begrebsafklaring og afgrænsning

Nedenstående er en afklaring af begreber anvendt i projektet samt en afgrænsning af det felt projektet beskæftiger sig med.

1.6.1 Tilgang

Begrebet tilgang er helt centralt i nærværende projekt, hvorfor dette skal afklares følgende.

Begrebet er ofte anvendt, men sjældent afklaret, og mange andre begreber anvendes i daglig tale med mere eller mindre samme betydning. Netop tilgang anvendes til fordel for andre begreber, da jeg ved indsamlingen af empiri fandt, at denne betegnelse var genkendelig for interviewpersonerne, hvorimod lignende begreber krævede uddybning og forklaring.

En tilgang omhandler den måde vi forholder os til noget på, et ståsted eller en synsvinkel.

Nærmere bestemt kan en tilgang siges, at indeholde anvendte strategier, hensigter som

strategierne tænkes at kunne opnå samt forståelser af de problemer, der ønskes forandret. Denne afklaring af begrebet tilgang, er inspireret af Guldager (2002), der præsenterer lignende tre komponenter, som værende udgangspunkt for metodeanvendelse i socialt arbejde. I dette projekt, anvendes de tre komponenter som substansen i en tilgang.

Disse komponenter indgår i et fælles samspil i og med, at strategier kun anvendes idet de tænkes at kunne opnå bestemte mål, altså anvendes med bestemte hensigter, og disse mål og hensigter bundet i en bestemt forståelse af, hvilke problemer der kræver intervention. Komponenterne bør dermed ses som en helhed, med hensigt om at forstå den anvendte tilgang. For at opnå dybere forståelse af hver enkelt komponent, anskues de først og fremmest hver for sig.

Med *strategier* menes de bevidste som ubevidste handlinger, sygeplejerskerne foretager i kraft af et ønske om, at nå bestemte mål. Det er således de midler der anvendes, ud fra en antagelse om, at dette middel imødekommer bestemte mål og hensigter. Strategier kan omhandle måden hvorpå man har indrettet sig, hvilke roller man indtager, de italesættelser man bruger med flere – så længe det anvendes som midler til at opnå mål. Sygeplejerskens daglige arbejde indebærer selvsagt mange midler for at opnå ønskede mål, eksempelvis underviser hun brugeren i korrekt fixeteknik for at opnå målet om, at brugeren laver færre fejlfix, hvilket igen er sammenhængende med sygeplejerskens opfattelse af, at man bør reducere skade forårsaget af misbruget. Projektet vil ikke omtale alle de strategier sygeplejerskerne anvender, men fremhæve nogle enkelte som findes relevante i forhold til projektets problemstilling, og som vurderes at være karakteristisk for tilgangen. Sygeplejerkernes strategier vil særligt behandles ved hjælp af undersøgelsesspørgsmål et og to.

Hensigter refererer til de overordnede, mere eller mindre implicite ønsker, sygeplejerskerne har til behandlingens effekt. Hensigter er således det overordnede formål, sygeplejerskerne ønsker at opnå med de anvendte strategier, og peger på de tilstande sygeplejerskerne ønsker at forandre, idet tilstandene vurderes som væsentlige at ændre. Disse vil anskueliggøres ved hjælp af tredje undersøgelsesspørgsmål.

Guldager definerer *problemforståelse* som bestående af en kombination af forforståelse og konkret viden (Guldager 2002:3). Forforståelsen er sygeplejerskens teoretiske fundament, hendes erfaringer, viden og værdier - elementer der danner den forståelse, hun har af et fænomen på

forhånd. Med konkret viden menes hendes faktiske viden om brugerne og deres afhængighed (brugerens sundhedstilstand, sociale baggrund, antal år med misbrug etc.). Projektet vil fokusere på sygeplejerskernes forforståelse, da brugerne ikke inddrages i empirien, hvilket gør sygeplejerskens konkrete viden om den enkelte bruger underordnet. Problemforståelsen fortæller noget om, med hvilke forventninger sygeplejersken møder brugeren, hvilke forklaringstyper problemerne er genstand for, og hvilke sammenhænge der lægges vægt på i disse forklaringer. Opfattelsen af de fænomener sygeplejersken møder i praksis, er afgørende for, hvordan hun vælger at handle og forholde sig til fænomenerne, og problemforståelsen er dermed afgørende for de strategier der anvendes og de mål der tilstræbes. Det skal dermed afklares, hvorledes sygeplejerskerne beskriver, forstår og forklare fænomenet misbrug og afhængighed. Guldager skriver, at...:

...forståelsen af en given social problematik altid står til diskussion, der gives ingen færdige eller objektivt holdbare forståelser af eller forklaringer på de forskellige sociale problemers karakter eller baggrund. De skifter historisk og der er snarere tale om at forskellige problemforståelser kæmper indbyrdes i forsøg på at blive accepterede (Guldager 2002:3).

I forforståelsen ligger ligeledes bestemte samfunds- og menneskesyn (Guldager 2002:3), og det vil således afdækkes i fjerde undersøgelsesspørgsmål, hvilke mere overordnede faktorer sygeplejerskerne lægger vægt på, i deres forståelse af misbrug og afhængighed. Herunder også hvorledes perspektiver på subjekt/objekt og individ/samfund vægtes i sygeplejerskernes problemforståelse.

En tilgang må ses i den kontekst den er del af, da den altid vil være influeret af flere omgivende faktorer. Således vil sygeplejerskens profession og praksiserfaringer være af stor betydning for hendes forforståelse, og den referenceramme fænomener forstås og forklares ud fra. De juridiske rammer for den praksis tilgangen udformes i, i dette tilfælde tidligere omtalte vejledning om heroinbehandling, er også afgørende, da vejledningen skaber nogle rammer for hvorledes sygeplejersken bør agere i heroinbehandlingen, og den lægger som nævnt indledende, også op til en bestemt forståelse af misbrug og afhængighed. De organisatoriske rammer har også stor betydning, og det er her vigtigt at pointere, at trods sygeplejersken bliver hovedperson i denne undersøgelse af tilgangen, så ses hun ikke som ene skaber og ansvarlig for udformningen af tilgangen. Den omgivende organisation, KABS, er af afgørende betydning for valg af tilgang.

Således kan tilgangen ikke anskues isoleret, da de anvendte strategier, hensigter og problemforståelser altid vil være bestemt på baggrund af profession, lovgivning og organisation blandt flere medvirkende faktorer.

Trods sygeplejerskerne ikke skal forstås som ene skabere af tilgangen, er det dog vigtigt at sygeplejersken forholder sig til og reflekterer over den anvendte tilgang. Sygeplejersken må forholde sig kritisk til tilgangen og være bevidst om de muligheder og begrænsninger den skaber, herunder også være eksplicit om denne (Guldager 2002:6). Praktikerens eksplicitet udgør, ifølge Guldager, et kvalitetskrav for det arbejde der udføres i forhold til den givne problematik (Guldager 2002:6). Det skal til slut pointeres, at projektet ikke har til hensigt at plædere for, at én tilgang kan være mere rigtig end en anden, eller at bestemte strategier, hensigter og problemforståelser er mere rigtige end andre. Dog har projektet til formål at anskue disse i et kritisk perspektiv.

1.6.2 Sygeplejefprofessionen

Undersøgelsens empiri udgøres af seks interviews med sygeplejersker ansat i KABS Hvidovre, som præsenteres i metodeafsnittet. Sygeplejersker uddannes ved en mellemlang videregående sundhedsuddannelse, som finder sted på professionshøjskolerne. Uddannelsen veksler mellem teoretiske og kliniske studier, og er funderet i sundhedsvidenskab, naturvidenskab, samfundsvidenskab og humanvidenskab. Følgende vil det afklares hvad sygepleje er, dernæst hvilket overordnet vidensgrundlag sygeplejersken arbejder ud fra. Denne viden om sygeplejerskens teorigrundlag har til hensigt at skabe forståelse for sygeplejerskens referenceramme og begrebsverden, og er nødvendig i bestræbelsen på at udføre et dybdegående interview, da viden øger muligheden for at forholde sig kritisk og reflekteret til sygeplejerskens svar. En af de mest gængse definitioner af sygepleje er formuleret af Virginia Henderson:

Sygeplejerskens unikke funktion består i at bistå den enkelte, syg eller rask, med at udføre de aktiviteter til fremme eller genvindelse af sundheden (eller til en fredelig død), som han ville udføre på egen hånd, hvis han havde den fornødne styrke, vilje og viden, og at gøre dette på en måde, der hjælper ham til så hurtigt som muligt at blive selvhjulpen (Henderson 1995, citeret i Kirkevold 2000:109).

I definitioner af sygepleje lægges der ofte forskellig vægt på den kliniske og den omsorgsprægede sygepleje. Den kliniske sygepleje omhandler sygeplejerskens praktiske medicinske behandling af patienten, eksempelvis sårpleje, injektioner, medicinering med mere. Den omsorgsprægede sygepleje omhandler de mellem menneskelige relationer mellem sygeplejerske og patient. Den relationelle sygepleje og heri omsorgsbegrebet er en grundlæggende dimension i sygeplejen, og de to begreber omsorg og sygepleje bør ifølge Merry Scheel vægtes lige højt (Scheel 1985:89). Omsorg skal ifølge Scheel, forstås som at vise patienten agtelse, respekt som menneske med egen værdi, til trods for han ikke kan give hverken taknemmelighed, bedring eller egenomsorg igen (Scheel 1985:88). Sygeplejens teoretiske grundlag hviler idag på til et grundlæggende humanistisk perspektiv, og modeller indenfor sygepleje er ofte baseret på en anskuelse af mennesket som en helhed, et bio-psyko-socialt væsen, der påvirkes af ydre og indre faktorer. Mennesket er i konstant interaktion med omgivelserne og forsøger som aktivt handlende væsen, at opretholde en balance mellem ydre påvirkninger og egen eksistensbetingelser i denne interaktion (Scheel 1985:80). Patientens mestring af sin sygdom, og sygeplejerskens rolle i at lære patienten at mestre, er således en betydelig del af sygeplejerskens profession (Kirkevold 2000).

1.6.3 Heroinbehandling

Med heroinbehandling menes den medicinske behandling med lægeordineret heroin, som udføres ambulant på heroinklinikker og misbrugscentre i Danmark. Begrebet heroinbehandling vil i projektet anvendes med henvisning til heroinbehandlingen i Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere (KABS) i Hvidovre, som danner grundlag for projektets indsamling af empiri. Projektet afgrænser sig fra andre heroinklinikker, og undersøgelsen er således ikke et generelt studie af heroinbehandling, men undersøger specifikt heroinbehandlingen i KABS Hvidovre.

Projektet afgrænser sig ligeledes fra den supplerende psykosociale behandling til den medicinske heroinbehandling, idet fokus er på sygeplejerskerne i heroinklinikken og ikke på socialrådgivere, pædagoger, læger med flere, som også er tilknyttet behandlingen. Valget om afgrænsningen fra den psykosociale behandling, hviler på en konstatering af, at sygeplejerskerne grundet deres hyppige kontakt med brugerne, har en helt væsentlig rolle i behandlingen, hvilket gør netop denne faggruppe særligt interessant.

KABS-afdelingen i Hvidovre rummer denne ambulante misbrugsbehandling for flere kommuner, og de beskæftiger sig således også med andre substitutionsbehandlinger end heroinbehandlingen. I KABS Hvidovre skelnes der ikke mellem behandling med heroin og andre substitutionspræparater, og de anvender ikke betegnelsen ”heroin klinik”. Denne betegnelse anvendes dog i projektet for at tydeliggøre, at det kun er behandling med heroin, projektet beskæftiger sig med, og ikke afdelingens substitutionsbehandling generelt. Organisationen KABS samt heroin klinikken i Hvidovre præsenteres senere i projektet.

1.6.4 Brugere og subkulturen

Projektet vil af etiske årsager ikke inddrage brugerinterviews, dog skal målgruppen for behandlingen kort præsenteres, da viden herom er relevant for videre læsning.

Stofmisbrugere udgør generelt en uhomogen gruppe med meget individuelle problemsammensætninger. Dog er de væsentligt sværere belastet end resten af befolkningen i forhold til beskæftigelse, uddannelse, bolig og socialt samliv – de udgør i det hele taget en socialt udsat og ofte marginaliseret gruppe. Misbrugsproblemer optræder således oftest sammen med sociale og helbredsmæssige problemstillinger, som både kan have en forårsagende og en opretholde effekt på misbruget (Lauritsen et al. 2010).

Januar 2012 er der ca. 20 brugere i heroinbehandling i KABS Hvidovre, med en overvægt af mænd (hvorfor brugerne omtales som hankøn i projektet). Birk og Johansen (2011b:10) inddeler brugerne i heroinbehandling i tre grupper. En mindre gruppe, som gerne vil trappe ud af deres afhængighed, og som har planer om arbejde og en normal hverdag. En anden gruppe, som lever et relativt stabilt liv med deres misbrug, og hvor behandlingen primært erstatter et illegalt heroinmisbrug med et legalt. For dem er der ikke umiddelbart ønske om, at trappe ud af deres heroinmisbrug. En tredje gruppe med betydelige sociale problemstillinger, hvor påvirkethed er det primære fokus. Forhåbninger om et andet liv tilsidesættes for behovet for at blive påvirket, og heroinen suppleres ofte med et stort sidemisbrug af andre stoffer (Birk og Johansen 2011b:10). Denne gruppe er som oftest del af det subkulturelle ”gademisbrugsmiljø”, som er kendetegnet ved en levemåde og adfærd, der afviger markant fra samfundets dominerende normer. Denne gruppe kæmper ofte med meget lavt selvværd, brudte familierelationer, følelser af ensomhed og meget mistillid til systemet og dets repræsentanter, herunder sygeplejersker (Fich og Brünés

2000). Begreberne kultur og subkulturer vil vise sig relevante i nærværende projekt, og defineres som *”en organisation af forståelser, som en gruppe er fælles om”* (Becker 2005:93). En afvigende subkultur, som gademisbrugskulturen, baseres på et sæt af perspektiver på og forståelser af, hvordan verden er, hvordan man skal håndtere den, og et sæt af rutineaktiviteter, der bygger på disse perspektiver (Becker 2005:56). Det subkulturelle gademisbrugsmiljø udgør et fællesskab, som stofmisbrugeren ofte har svært ved at finde andetsteds, og som er en betydelig faktor i forsøg på, at forlade det subkulturelle miljø. Denne brugergruppe i behandlingen vil vise sig central i sygeplejerskernes fortællinger.

2. Videnskabsteoretisk positionering

Projektet tager udgangspunkt i et kritisk hermeneutisk perspektiv. Dette perspektiv findes berigende for analysen, da projektet ønsker primært at forstå, men også at forklare. Først og fremmest er ønsket, at forstå de menings- og betydningssammenhænge sygeplejerskerne tillægger deres praksis. Dernæst er ønsket, at anskue disse forståelser i et kritisk perspektiv, med det formål at forklare og synliggøre de magtforhold og strukturer, som sociale sammenhænge er udsat for, og som betinger forståelsen. Til dette vil den kritiske hermeneutik være fremmede for analysen, da den lægger vægt på forståelsen af menings – og betydningssammenhænge, og komplementerer denne med et kritisk perspektiv:

Den kritiske hermeneutiks formål er at kritisere de fordomme, der fungerer som ideologi og blot tjener til at skjule de samfundsmæssige modsætninger, der står i vejen for menneskelig frigørelse (Habermas 1999, citeret i Juul 2010:47).

Den kritiske hermeneutik har, udover at forstå, til hensigt at afdække skjulte strukturer, og dermed forklare de undertrykkelsesmekanismer og ideologier, aktørerne ikke er bevidste om (Højberg 2004:336). Højberg skriver at *”Habermas fastholder et ”mistankens blik” på verden, og derfor bliver det socialvidenskabens opgave at undersøge, hvilke bagvedliggende magtinteresser og motiver der gennemtænger aktørernes handlemuligheder, og at forholde sig kritisk til verden”* (Højberg 2004:334). Den kritiske hermeneutik anvendes med formålet, at belyse den magt og de strukturer, som ligger gemt i sygeplejerskernes praksis, og som forudsætning for denne belysning, må sygeplejerskernes opfattelse af deres praksis først og fremmest forstås.

Helt grundlæggende i en traditionel hermeneutisk fortolkningsproces er, at forståelsen sker på grundlag af allerede eksisterende viden, det vil sige den forforståelse, fortolkeren har med sig inden interviewet, og som udgør fortolkerens forståelseshorisont. Det er ikke muligt at fortolke uafhængigt af fortolkeren og dennes forforståelse. Forståelseshorisonten er medbestemmende for hvordan vi orientere os i, handler og forstår verden. Den er individuel, men også kollektiv, i og med at individet er del af et fællesskab. I horisontsammensmeltningen opstår mening i mødet mellem fortolkeren og genstanden for analysen - meningen sker således gennem fortolkningen. I den kritiske hermeneutiske analyse må denne fortolkning principielt mistænkes for at ligge under for magtforhold (Juul 2010:47). Forståelsesprocessen er cirkulær i den forstand, at man kun forstår meningen af de enkelte dele, hvis man forstår meningen af helheden. Denne proces kaldes den hermeneutiske cirkel, og betegner vekselvirkningen mellem delene (betydningsselementerne) og helheden (meningen) (Guldager 2008:28). Vekselvirkningen mellem del og helhed kommer til udtryk i flere sammenhænge i projektet, eksempelvis udgør delene, med de fire undersøgelsesspørgsmål, forståelsen af tilgangen i en fælles helhed. Det er denne sammenhæng der er meningsskabende og som muliggør forståelse af fænomenet. De sociale aktører, her sygeplejerskerne, er bærere af betydnings- og meningssammenhænge, og skal forstås og fortolkes, før der kan forklares. Fortolkeren må således fortolke sig frem til aktørernes subjektive mening i form af tanker, intentioner mm., for at forstå, hvorfor de handler som de gør. Viden ligger i samtalen, og dialogen bliver dermed afgørende for forståelsen af ”den andens” forståelse af verden (Højberg 2004:334). I den hermeneutiske fortolkningstradition findes der ikke én korrekt og sand fortolkning af interviewanalyser, men derimod en *legitim flerhed af fortolkninger*, præget af fortolkerens udgangspunkt (Kvale og Brinkmann 2009:235). Derfor er det særligt væsentligt i hermeneutiske analyser, som fortolker at eksplicite sin forforståelse og de redskaber der anvendes i fortolkningen, da disse vil være afgørende for undersøgelsens resultater. Fortolkeren må ifølge Kvale og Brinkmann således sørge for, at subjektiviteten i fortolkningen er perspektivistisk, altså at fortolkeren anlægger og tydeliggør det perspektiv hvorfra interviewet fortolkes (Kvale og Brinkmann 2009:236).

I en hermeneutisk analyse, må aktørernes forståelseshorisont ses i sammenhæng med deres praksis, hvorfor den kontekst aktørerne er del af, skal inddrages (Højberg 2004:338). I dette projekt avendes teori om medikaliseringen af sociale problemer som redskab til at forstå den

overordnede kontekst heroinbehandlingen er del af. Endvidere inddrages viden om sygeplejerskernes professionsteori, viden om deres skadesreducerende behandlingsideologi, samt viden om den organisation, hvori deres praksis udmøntes. En kritisk forholden sig til empirien sikres i analysen ved anvendelsen af Bourdieus begreber, Conrads kritiske blik på medikalisering og dernæst med fokus rettet mod magt i det sociale arbejde, bl.a. ved hjælp af Andersen og Järvinen (2006) og Goffman (1975). Projektets teoriapparat præsenteres i følgende afsnit.

Den hermeneutiske tænkning som videnskabsteoretisk fundament har været kritiseret af positivistiske for at være uvidenskabelig, og der er ikke tvivl om, at hermeneutikken ikke lever op til positivistiske krav om videnskabelig forskning, særligt ift. generaliserbarhed, efterprøvning og objektivitet. Det er ikke projektets formål at imødekomme positivistiske idealer, men derimod at søge forståelse, hvilket er styrken i den hermeneutiske fortolkning.

3. Metodeovervejelser

I det følgende præsenteres de overvejelser der lægger til grund for undersøgelsens design og metode. Det er væsentligt at tydeliggøre en undersøgelses metode, da det er i denne læseren kan vurdere, hvorvidt undersøgelsens konklusioner er valide. Undersøgelsens gennemsigtighed skal således sikres i det følgende. Overvejelserne afsluttes med kritik og verificering af projektets metode og konklusioner.

3.1 Undersøgelsesdesign

Ved projektets opstart tilegnede jeg mig en bred viden om heroinbehandling, da mit første udgangspunkt var, at projektet skulle bidrage med viden om den relativt nye og uudforskede behandlingsform. Jeg tog kontakt til en forsker på Københavns Universitet, som leder et nationalt forskningsprojekt om heroinbehandlingen, og som tilbød at sparre med mig om emnet. Jeg tilegnede mig viden om de fem heroinklinikker i Danmark, og tog kontakt til dem alle med hensigten at få interviewaftaler. Jeg mødte interesse for projektet, men dog ikke mulighed for, at stille personale til rådighed til interviews. Dette fordi heroinklinikkerne alle følte sig meget presset grundet stor interesse fra journalister og studerende, samtidig med at personalet skulle manøvrere i og tilrettelægge denne nye behandling. Det lykkedes mig efter noget tid, og med

hjælp fra førnævnte forsker, at få interviewaftaler med KABS-afdelingen i Hvidovre, som ville være behjælpelige med empiri, i det omfang de følte, der var tid. Efter et indledende møde med klinikkens leder, hvor jeg blev klar over sygeplejerskernes helt centrale rolle i behandlingen, blev jeg nysgerrig på en række spørgsmål, bl.a. med hvilke forståelser sygeplejerskerne møder brugerne i behandlingen, hvad det egentligt betyder at arbejde skadesreducerende, og hvad vil det sige at ”holde behandlingen på et klinisk niveau” som lederen nævnte. Spørgsmålene samledes alle i et overordnet spørgsmål om, ud fra hvilken tilgang sygeplejerskerne arbejdede i heroinbehandlingen, samt fire tilhørende undersøgelsesspørgsmål. For at opnå en forståelse af den praksis sygeplejerskerne opererer i, og udvide min forståelseshorisont, læste jeg bredt om stofmisbrugsbehandling, sygepleje og heroinbehandling. Den tilegnede viden som viste sig relevant for problemformuleringen, udgør det indledende kapitel i projektet. Denne indledende præsentationen af relevante emner, udgør en væsentlig del af forståelsen for den kontekst, sygeplejerskerne er en del af, og dermed en forståelse af sygeplejerskernes forståelseshorisont.

Som metode til at undersøge tilgangen vil jeg, ved hjælp af det kvalitative interview, få indsigt i den mening og betydning, sygeplejerskerne tillægger deres praksis. Det kvalitative interview har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden, med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (Kvale og Brinkmann 2009:144). I det kvalitative interview opstår viden gennem interaktionen mellem interviewer og informant, og en væsentlig faktor i denne produktion af viden, er interviewerens viden om interviewtemaet. Viden om emnet er en forudsætning for, at stille kvalificerede spørgsmål under interviewet, og ikke mindst en forudsætning for, at følge kritisk op på informantens svar (Kvale og Brinkmann 2009:100). Efter at have afholdt seks interviews med sygeplejerskerne begyndte det at knibe med at få nye interviewaftaler, og det var tydeligt at sygeplejerskerne følte sig belastet med meget arbejde, og de seks interviews måtte således udgøre empirien.

Som fortolker har jeg en bestemt forforståelse med mig, og kan ikke fortolke forudsætningsløst, men kun på baggrund af allerede eksisterende viden. Forforståelsen ses i det indledende kapitel samt i projektets teoriapparat, som beskriver den viden og teori, jeg forstår ud fra. Endvidere beskriver problemstillingen en forståelse af heroinbehandlingen, som værende et eksempel på en medikaliseringstendens i samfundet, hvilket også er en del af min forforståelse. I kraft af denne forforståelse kan man dermed sige, at projektet bærer præg af en deduktiv metode, da jeg på

forhånd antager at heroinbehandlingen er medikaliseret. Dog er metoden overvejende induktiv, idet jeg spørger åbent ind til sygeplejerskernes livsverden, med henblik på, at forstå den mening de tillægger deres praksis. Juul skriver om den hermeneutiske analyse, at den er en fortolkningsproces som hverken er rent induktiv eller deduktiv:

Som forsker befinder man sig allerede inden for den hermeneutiske cirkel og medbringer derfor fordomme i fortolkningsprocessen, som ikke kan neutraliseres eller sættes i parentes (Juul 2010:68).

Min forståelseshorisont kan give metoden præg af en deduktiv tilgang, men metoden er primært induktiv grundet mit ønske om, at forstå den andens forståelseshorisont og søge viden gennem denne forståelse. Projektet har ikke til formål at be- eller afkræfte bestemte hypoteser, som ofte vil være tilfældet i en deduktiv metode. Tværtimod er det projektets hensigt åbent at søge og opnå viden om sygeplejerskernes tilgang, hvorfor interviewet har til formål at være eksplorativt frem for hypotesetestende. Min forforståelse er afgørende for min fortolkning, og skal derfor sættes i spil, ikke med et formål om at verificere eller falsificere, men for at søge ny viden og udvidelse af min forståelseshorisont.

3.2 Præsentation af informanter

Projektets empiri udgøres af interviews med seks ud af de i alt elleve sygeplejersker i KABS Hvidovre. Sygeplejerskerne er anonyme i undersøgelsen og for at sikre anonymiteten bedst muligt, vil jeg præsenterer dem som gruppe, og ikke enkeltvis.

De interviewede sygeplejersker har alle flere års erfaring indenfor sygepleje, dog fra forskellige områder af sundhedssektoren. Nogle har erfaring fra psykiatrien, andre fra mere klinisk sygepleje. De fleste af sygeplejerskerne har ikke uddannelse udover professionsbacheloren, og altså heller ikke efteruddannelse specifikt om misbrug og afhængighed. Flere af sygeplejerskerne har mødt misbrugere i deres arbejdsliv på sygehuse og i psykiatrien. De fleste er forholdsvis nye indenfor KABS regi, nogle har arbejdet i heroinklinikken siden åbningen, andre er kommet til sidenhen. Sygeplejerskerne arbejder ud fra en kombination af deres teoretiske viden fra sygeplejeuddannelsen, deres arbejdserfaring og deres personlige holdninger. Fælles for sygeplejerskerne er deres grunduddannelse og professionsteorien, hvilken blev skitseret indledningsvist i projektet.

3.3 Interviewsituationen

Interviewet havde det primære formål at få sygeplejerskerne til at begrebsliggøre deres praksis, og dele refleksioner herom med mig i interviewsituationen. Det var derfor vigtigt for mig at sygeplejersken følte sig tryk ved interviewet, så hun kunne fortælle åbent om sin livsverden. Med henblik på at gøre sygeplejersken så tryk som muligt, tilsendte jeg de temaer interviewet skulle omhandle, og jeg forklarede sygeplejerskerne om projektets formål forud for interviewet. Dette for at skabe tryk og gennemsigtighed, men også fordi det ville være en fordel, hvis sygeplejersken reflekterede over interviewtemaerne, og kunne respondere med et velovervejet svar. Der har således fra begyndelsen af samarbejdet med heroinklinikken været åbenhed om undersøgelsens formål.

Alle interviews blev afholdt i Sundhedsfløjen, hvor heroinklinikken i KABS hører til. De fleste interviews fandt sted i heroinklinikkens afslapningsrum (udenfor ”åbningstid”), altså det rum hvor brugeren observeres efter injektionen, enkelte interviews blev afholdt på et kontor. Der var en stille atmosfære i afslapningsrummet, og det lille lukkede rum med sofagrupper skabte en afslappet ramme for interviewsituationen. Interviewenes varighed var fra 45 min og op til halvdelen time, dog varede de fleste en times tid. På grund af ferie og travlhed blandt sygeplejerskerne blev interviewene lavet over et par måneder.

Interviewene introduceredes med en briefing, hvor jeg præsenterede mig selv og projektet, fortalte om formålet med interviewet og at sygeplejersken ville være anonym. Som slut på briefinggen spurgte jeg sygeplejerskerne om der var nogen spørgsmål inden start, hvilket ingen havde. Under interviewet havde jeg interviewguiden liggende foran mig, men benyttede mig kun af den enkelte gange under hvert interview, for at få overblik over hvilke temaer, der ikke var besvaret eller kun var besvaret mangelfuldt. Efter interviewet fulgte en debriefing, hvor jeg spurgte ind til, om sygeplejersken havde mere at tilføje eller noget hun var i tvivl om, og hvordan hun havde oplevet interviewet. Nogle sygeplejersker syntes det krævede meget tankevirksomhed at sætte ord på interviewets, for nogen, abstrakte spørgsmål om tilgang. Andre havde lettere ved at reflektere over og begrebsliggøre deres praksis. Alt i alt lød tilbagemeldingerne på, at det havde været gavnligt, at sætte ord på interviewets temaer, og rart at få lov til at fortælle om det, på trods af en hektisk hverdag i klinikken. Imellem hvert interview forsøgte jeg at skabe mig et

overblik over det forrige interviews umiddelbare fund, og om jeg eventuelt skulle ændre noget ved næste interview.

Min hensigt med interviewet var, at få sygeplejerskerne til at sætte ord på deres tilgang, som muligvis var mindre bevidst for dem ved interviewets begyndelse. Jeg bestræbte mig på, at stille bløde indledende spørgsmål i begyndelsen af interviewet, for at løsne stemningen op. Gennem hele interviewet havde jeg meget fokus på at stille opfølgende og sonderende spørgsmål, så sygeplejersken blev dyberegående i sine svar. Jeg stillede også mange afklarende spørgsmål, og fik sygeplejersken til at forklare mig udsagnene mere detaljeret. Som nævnt tidligere, bar svarene ofte præg af, at det var første gang sygeplejersken skulle formulere sig om emnet, hvorfor det var vigtigt for mig at efterprøve sygeplejerskens svar for at sikre, at svaret var overvejet og ikke blot en strejfende tanke blandt mange andre. Således efterprøvede jeg sygeplejerskens overbevisning, ved at spørge ind til svaret flere gange under interviewet. Det var ligeledes vigtigt for mig at få sygeplejersken til at forklare sine udsagn, da jeg som socialarbejder med kendskab til misbrugsfeltet, kunne risikere at blive indforstået med sygeplejerskens meninger. Dog oplevede jeg ikke dette ”indforståede fællesskab” i interviewsituationen, da min socialrådgiveruddannelse er i kontrast til sygeplejerskernes profession, samt at mit kendskab til misbrugsfeltet udspringer fra en praksis med få fællestræk til substitutionsbehandling. Tværtimod erfarede jeg forskelle i min egen professionsforståelse og sygeplejerskernes forståelse af diverse temaer.

3.4 Interviewguide

Jeg udformede både en guide med overordnede emner samt en mere detaljeret guide med færdigformulerede spørgsmål (se bilag). Som udgangspunkt anvendte jeg emneoversigten, og tog kun den anden i brug, hvis jeg gik i stå eller havde problemer med at formulere et spørgsmål. Den detaljerede guide blev stort set ikke anvendt, men fungerede som en tryghed for mig under interviewet. Emnerne til interviewet var de samme som problemformuleringens daværende undersøgelsesspørgsmål, som lød; hvad karakteriserer tilgangen, begrundelser for tilgangen, fordele og ulemper ved tilgangen og resultater i behandlingen. Guiden med konkrete interviewspørgsmål var baseret på projektets arbejdsspørgsmål (underspørgsmål til undersøgelsesspørgsmål), blot var interviewspørgsmålene formuleret i et mindre teoretisk sprog

og mere ”flydende” i ordvalget. Dette selvfølgelig for at stille spørgsmålet så konkret og ligetil, så sygeplejersken kunne svare spontant og uden usikkerhed om, hvad der blev spurgt ind til. Således havde alle spørgsmål i guiden sin oprindelse i projektets problemformulering. Eksempelvis blev undersøgelsesspørgsmålet ”hvad karakteriserer tilgangen i heroinbehandlingen i KABS Hvidovre” til et ud af flere arbejdsspørgsmål, blandt andre ”hvordan betragter, beskriver og forstår sygeplejerskerne misbruget og brugerne?” som blev til interviewspørgsmål som ”hvordan vil du karakterisere brugerne”, ”hvordan forstår du misbruget” og ”hvad forventes der af brugeren når han er her”. Projektets undersøgelsesspørgsmål ændrede sig efterfølgende, da de første brede undersøgelsesspørgsmål i løbet af fortolkningsprocessen, kunne indsnævres og fokuseres på hovedfundene.

3.5 Transskription

For at sikre gennemsigtighed i projektet, er det væsentligt at beskrive hvordan transskriptionen er foretaget, da der også i transskriptionen sker en fortolkning (Kvale og Brinkmann 2009:203).

Ved transskriptionen konstrueres det talte sprog i en ny form som skreven tekst, og en del elementer går tabt. Kropssprog, mimik og stemmeleje, som alle er vigtige elementer i en samtale, overføres ikke i transskriptionen. Det er således kun det verbale sprog fra interviewet der fremgår af transskriptionen, hvilket kan forringe oprigtigheden i sygeplejerskernes udtalelser.

Hvert interview blev optaget på diktafon, efterfølgende blev lydfilerne overført til computer og senere transskriberet ved hjælp af et tekstbehandlingsprogram. Udtryk og intonationer, eksempelvis latter, suk og tonefald, er registreret i teksten, hvor det fandtes relevant for sygeplejerskens svar. Hvis et ”øh” således udtrykker en usikkerhed, et suk udtrykker eftertænksomhed, er disse registreret. Store dele af sygeplejerskernes svar syntes at bære præg af usikkerhed i beskrivelsen af deres praksis og tilgang. Mange svar bestod derfor af, at sygeplejerskerne tænkte højt og gennem verbaliserede refleksioner fandt frem til et svar. Denne refleksion er tydeliggjort i transskriptionen med tankestreger (-) og punktummer i træk (...). Enkelte passager i interviewene er udeladt i transskriptionen, da de var irrelevante for projektets problemstilling (f.eks. en informant der fortæller om dosisudmåling). Udover transskriptionens umiddelbare formål - at klargøre interviewet til analyseprocessen – havde transskriberingen også en sekundær funktion, da mange refleksioner opstod, om hvorledes interviewmaterialet kunne

kodes og anvendes i analysen, samt hvilke teorier, der med fordel kunne belyse sygeplejerskernes udsagn.

3.6 Kodning af interviews

Undersøgelsesspørgsmålenes vandringsproces har både været forårsaget af og har afstedkommet nye kodninger af interviewmaterialet, hvilket vil fremgå følgende. Projektets empiri blev bearbejdet tematisk i direkte sammenhæng med projektets problemformulering. Først blev interviewmaterialet tematisk kodet ud fra daværende fire undersøgelsesspørgsmål i problemformuleringen om karakteristika for tilgangen, begrundelser for tilgangen, fordele og ulemper ved tilgangen og resultater i behandlingen. Derefter identificeredes undertemaer inden for de fire temaer, og i nogle af undertemaer fandt endnu en tematisering sted. Eksempelvis blev første undersøgelsesspørgsmål om karakteristika for tilgangen opdelt i tre undertemaer: metateoretisk perspektiv, substanteoretisk perspektiv og behandlingsmetode. Under disse tre figurerede igen temaer, eksempelvis blev temaer som ”forståelse af brugeren”, ”forståelse af misbruget”, ”beskrivelser af tilgangen”, kategoriseret under det substanteoretiske perspektiv. Dog viste denne kodning sig at være for rigid, og besværliggjorde bearbejdelse af empirien. De fund, der viste sig i denne tematisering af empirien, blev for simple og manglede nuancer. Derfor valgte jeg at skærpe problemformuleringens undersøgelsesspørgsmål ud fra de overordnede fund i første kodning, og derefter kode interviewmaterialet igen under mere specifikke undersøgelsesspørgsmål (de nuværende), hvilket fremhævede nogle langt mere nuancerede og spændende fund.

3.7 Analysestrategi

Med henblik på, at kvalificere betydningen af fundene i den tematiske databearbejdning, diskuteres de ved hjælp af eklektisk udvalgt teori i analysen. Afgørende for valget af teori har været, at det skulle berige fundene i analysen, og dette kriterium er vægtet højere end teoriernes forskellige videnskabsteoretiske fundament.

Analysen opdeles i fire analysedele, som hver især beskæftiger sig med ét af problemformuleringens undersøgelsesspørgsmål. I første og anden analysedel vil særligt sygeplejerskernes strategier fremgå, altså de midler sygeplejerskerne anvender i det daglige for at opnå bestemte mål. Tredje analysedel beskæftiger sig med sygeplejerskernes hensigter med

strategierne. I fjerde analysedel vil sygeplejerskens problemforståelse undersøges, særligt med henblik på at afklare, hvilken vægt der lægges på forskellige sammenhænge og forklaringer. Analysedelene bør ses i samspil med hinanden, idet sygeplejerskernes strategier er baseret på tanker om, hvilke problemer der bør løses, og dette med en hensigt om at opnå bestemte mål. Analysedelene beskriver i en helhed den tilgang, sygeplejerskerne arbejder ud fra i heroinklinikken, og besvarer dermed projektets problemformulering.

I kraft af problemformuleringens hensigt om, at afdække sygeplejerskernes tilgang, vil analysen være af overvejende deskriptiv karakter. Fokus i analysen er dels at forstå de strategier, hensigter og problemforståelser der udgør sygeplejerskernes tilgang, og dels at anskue disse med et kritisk blik.

Inden for en "mistankens hermeneutik" fortolkes interviewene kritisk og tillagt en anden betydning end det, der manifest siges (Kvale og Brinkmann 2009:235).

Det kritiske blik vil særligt vise sig på mikroniveau, gennem en opmærksomhed på sygeplejerskernes bevidsthed om tilgangen, deres evne til at forholde sig kritisk til tilgangen og tydeliggørelse af eventuelle usynlige og fornægtede magtelementer i sygeplejerskernes strategier. Det skal her fastslås, at der ikke er tale om en magtanalyse ved brug af magtteorier, men om sociologiske perspektiver, der kan tydeliggøre strukturer (herunder magtstrukturer) i sygeplejerskernes tilgang. På makroniveau vil analysen indeholde et kritisk sociologisk blik ved hjælp af teori om medikalisering og dennes konsekvenser.

Ifølge Kvale og Brinkmann kan den hermeneutiske meningsfortolkning opdeles i tre fortolkningskontekster; selvforståelse, kritisk commonsense-forståelse og teoretisk forståelse, som hver især skaber forskerens perspektiv og dermed forskellige analyseformer (Kvale og Brinkmann 2009:236). Alle tre fortolkningskontekster kan anvendes i en hermeneutisk analyse, hvilket er tilfældet i dette projekt. Dog vil selvforståelsen, forstået som en kondensering af (den mening fortolkeren tilskriver) interviewpersonernes egne opfattelser af betydningen af udsagnet, sjældent fremgå. Der vil i højere grad trækkes på en kritisk commonsense-forståelse, der kan inddrage en *"bredere forståelsesramme end interviewpersonens egen, og kan være kritisk over for, hvad der bliver sagt"* (Kvale og Brinkmann 2009:238). Den kritiske commonsense-forståelse vil i analysen primært bestå af referencer til tendenser i det sociale arbejde generelt og kritiske

kommentarer i forhold til disse. Endelig vil en teoretisk forståelse i høj grad anvendes, hvor en teoretisk ramme bliver en væsentlig del af fortolkningen. Fortolkningen *"vil da være tilbøjelige til at overskride interviewpersonernes selvforståelse og række ud over en commonsense-forståelse"* (Kvale og Brinkmann 2009:239).

3.8 Metodekritik og verificering

I det følgende vil en kritik af undersøgelsens metode føre til en verificering af undersøgelsens resultater. Undersøgelsens validitet *"klarlægges ved at undersøge kilderne til ugyldighed"* (Kvale og Brinkmann 2009:276), og jeg vil i det følgende anskue mine metodiske valg og projektets svage punkter i et kritisk perspektiv. Dette præsenteres før projektets analyse, da jeg finder de metodekritiske overvejelser væsentlige at have in mente i læsningen af analysens fund og konklusioner.

Den kvalitative metode kritiseres ud fra positivistiske idealer for at være *personafhængig* og *subjektivistisk*, da forskellige fortolkere vil finde forskellige meninger. Som svar på denne kritik finder jeg den hermeneutiske analysemetode meget brugbar i produktion af relevant viden, hvis blot interviewerens subjektivitet, forstået som forforståelsen, ekspliciteres og synliggøres for læseren. Kvale og Brinkmann påpeger, at intervieweren er et forskningsredskab der kan indhente viden, hvilket stiller krav til interviewerens dygtighed og etik omkring undersøgelsens konklusioner (Kvale og Brinkmann 2009:270). I fortolkningen af interviewmaterialet har fortolkeren magt til, at lægge mening i andre menneskers udsagn, hvilket skaber et etisk ansvar for gyldigheden af interviewmaterialet. Jeg har som fortolker været bevidst om den magt der ligger i fortolkningen, og har været opmærksom på, at nuancere analysens fund, samt at skabe klarhed over mit udgangspunkt i fortolkningsprocessen, så læseren har mulighed for at forholde sig til analysens resultater med viden om de vilkår, de er skabt på baggrund af. Dog er undersøgelsens konklusioner baseret på fællestræk, hvilket betyder at nogle nuancer frafalder, men at fundene til gengæld vurderes at være generelle for sygeplejerskernes tilgang i heroinklinikken. Balancen i distinktionen mellem fællestræk i sygeplejerskernes forståelser og den enkelte sygeplejerskes forståelse, har vist sig ved en kontinuerlig opmærksomhed på samspillet mellem delene, altså de enkelte interviews, og helheden i det empiriske grundlag.

Da projektet ikke har til formål at generalisere bredt om heroinbehandling, men blot at bidrage med viden om sygeplejerskernes tilgang i KABS Hvidovre, kan det forsvares at projektet har afgrænset sig fra den psykosociale behandling, og fra andre faggrupper i heroinklinikken. Dog kan kritikken af sygeplejerskernes rolle i udformningen af behandlingsmål i anden analysedel, synes baseret på et snævert grundlag, i og med at også andre faggrupper deltager i udformningen af behandlingsmål, og disse vil muligvis arbejde anderledes end sygeplejerskerne, hvilket gør kritikken mindre retfærdig. Kritikken er primært rettet mod de skadesreducerende principper, som praktiseres på tværs af faggrupper i heroinklinikken, og andre faggruppers udformning af behandlingsmål kan muligvis underlægges samme kritik. Fundene i anden analysedel er trods denne kritik bevaret i analysen, da den giver en væsentlig viden ift. sygeplejerskernes forståelse af brugeren og misbruget, samt bidrager med viden om de anvendte strategier i tilgangen.

Den kvalitative interviewmetodes evne til at *generaliserer* sine resultater har ligeledes ofte været kritiseret. Jeg mener dog, at denne metode kan bidrage med relevant viden, trods at viden produceret ved et kvalitativt interview må anskues i den kontekst hvori den er indsamlet og ikke kan generaliseres bredt. Som nævnt tidligere har antallet af interviewpersoner været afhængigt af sygeplejerskernes tid til at stille op til interviews, og antallet af interviews er således ikke bestemt ud fra overvejelser om mætningspunkt eller lignende, men har været bestemt af sygeplejerskerne. Optimalt havde alle elleve sygeplejersker været interviewet og interviewmaterialet havde været suppleret med observationer fra heroinbehandlingen - dog baseres undersøgelsen på beskedne seks interviews. Først og fremmest kan det kritiseres at seks sygeplejerskers fortællinger danner grundlag for, at konkludere karakteristika for tilgangen generelt for sygeplejerskerne i heroinklinikken. Denne overvejelse har jeg forsøgt at imødekomme ved, at være opmærksom på nuancer i sygeplejerskernes fortællinger og har været påpasselig med, at fremstille en enkelt sygeplejerskes udsagn som et fællestræk. Resultaterne kan således overføres til gruppen af sygeplejersker i heroinklinikken i KABS, men kan ikke generaliseres til sygeplejersker eller heroinklinikker generelt.

Empirien må dermed forstås i sammenhæng med den sociale og historiske kontekst den er indsamlet i, og kan ikke anskues som udtryk for noget generelt, hvilket heller ikke har været hensigten med undersøgelsen. Jeg vil aldrig kunne gardere mig, at de resterende fem sygeplejersker, som ikke er interviewet, ville have bidraget med flere nuancer eller et lidt andet

indtryk af tilgangen. Dette er dog vilkårene for kvalitative undersøgelser. Den kvalitative undersøgelse kan ikke underlægges samme validitetskrav som en kvantitativ undersøgelse, og den har svært ved at imødekomme samme krav om generaliserbarhed og efterprøvning. Til gengæld kan den kvalitative metode afdække de menings- og betydningssammenhænge et menneske tillægger forskellige fænomener, hvilket har været grundlæggende i dette projekt.

4. Teoretisk udgangspunkt

I det følgende præsenteres projektets teori til anvendelse i analysen. Dette teoriapparat udgør den forforståelse, der lægger til grund for fortolkning af empirien. Teorien har til hensigt at berige analysens fund, dels ved at skabe forståelse, og dels ved at anskue fundene med et kritisk blik, i en kritisk hermeneutisk analyseramme.

Først introduceres nogle af Bourdieus begreber, særligt doxa og felt findes berigende for analysens fund. Bourdieus teori har som den eneste i projektets teoriapparat, en forklarende funktion i analysen. Doxa-begrebet inddrages med en hensigt om at forklare nogle af sygeplejerskernes strategier, ved at afdække mindre bevidste antagelser, afgørende for sygeplejerskernes forståelse og handlinger. Dernæst præsenteres litteratur om skadesreduktionstilgangen, som dels inddrages for at skabe et vidensgrundlag for forståelse af sygeplejerskernes erklærede ideologiske udgangspunkt, og dels inddrages for at sikre en kritisk vinkel på denne tilgang. Derefter redegøres for medikaliseringsteori, som har til hensigt at bidrage til forståelsen af heroinbehandlingens udformning, samt for at skærpe opmærksomheden om de fordele og ulemper, der kan være ved en medikaliseret misbrugsbehandling. Da sygeplejerskerne flere gange hentyder til stigmatiseringsteori i interviewmaterialet, anvendes også Goffmans begreber stigma og den gode tilpasning i analysen, hvilke skitseres slutteligt. På trods af, at både medikaliserings- og stigmatiseringsteori rummer forklaringer på generative mekanismer, vil disse ikke anvendes i projektets analyse, idet disse forklaringer ikke findes relevante for besvarelse af problemformuleringen. Begreberne til brug i analysen er således eklektisk udvalgt, med fokus på deres relevans for besvarelsen.

Udover den her nævnte teori, vil der i analysen refereres til en række forfattere, som har beskæftiget sig med magtformer i det sociale arbejde (bl.a. Villadsen 2003, Mik-Meyer 2005,

Järvinen og Mortensen 2005). Deres iagttagelser anvendes med formålet at anskueliggøre den ofte ubevidste og usynlige magt der kan ligge i sygeplejerskernes tilgang. Ligeledes vil der henvises til Howard S. Becker (1963), som anvendes til forståelse af subkultur og dennes præmisser.

Samlet skal projektets teoriapparat således bidrage til forståelse af sygeplejerskernes fortællinger om deres tilgang, men skal i høj grad også sikre et kritisk blik på disse fortællinger. Dette kritiske blik, vil med grundlag i følgende teori, være et redskab til synliggørelse af den ”fornægtede” og mindre synlige magt, som ofte udøves på baggrund af de bedste intentioner om at hjælpe, og som i øvrigt ikke opfattes ”som magt, men som udøvelse af professionel praksis” (Järvinen og Mortensen 2005:11).

4.1 Doxiske antagelser i feltet

Begreberne felt og doxa kan berige analysens fund med en kritisk forholde sig til og begrebsliggørelse af sygeplejerskernes umiddelbare forståelser. Doxabegrebet inddrages med hensigten at forstå karakteren af de værdier og antagelser sygeplejerskerne udtrykker i empirien, og begrebet kan med fordel anvendes til at undersøge de ubevidste selvfølgeligheder, der ligger skjult sygeplejerskernes tilgang. Endvidere kan doxa og felt forklare nogle af de anvendte strategier i tilgangen.

Som fundament i Pierre Bourdieus teorier er begreberne felt, kapital og habitus. Disse begreber omhandler den dialektiske relation mellem de objektive strukturer og de kropsliggjorte strukturer (Callewaert 1994:12). Et felt kan beskrives som det ”sted” i abstrakt, teoretisk betydning, hvor sociale relationer udfoldes og hvor agenterne handler. Ethvert felt forsøger at styrke sin berettigelse og opretholdelse, ved at styrke sin magt og kapital (Jerlang 2009:118). Gennem oprindelse og tid har agenterne udviklet en habitus, som er vanemæssige inkorporerede handlingsdispositioner, bestemt af individets mængde og type af kapitalformer (Järvinen og Mortensen 2005:15). Habitus er kropsliggørelsen af de objektive livsvilkår individet lever i, i et samfund og i en historisk tid, og er således individets kropsliggørelse af feltet. Habitus er ofte ubevidst, og kan overføres blandt aktørerne i feltet, uden at blive verbaliseret (Järvinen 2004:27). De fleste af individets valg er således ikke et resultat af bevidst rationalisering, men er individets habitus som ubevidst sættes i spil. Ved en kollektiv habitus i et felt, tales der om doxa, som er

implicitte regelmæssigheder, hvis gyldighed ikke betvivles. Doxa består af selvfølgeligheder for feltets aktører, og får karakter af at være selv-reproducerende, da den vil være svær at forandre, idet den opfattes som sandheder i feltet (Mik-Meyer 2005:108). Disse selvfølgeligheder bliver styrende for aktørernes forståelse og handlinger i feltet, da de får afgørende betydning for, hvilke positioner sygeplejersker og brugere indtager i interaktionen.

En professions doxa er en samling holdninger, værdier og normer, hvor der ikke hersker bevidsthed om, at disse er udviklet over tid og derfor kunne være anderledes, men hvor de tværtimod opfattes som selvindlysende og naturlige (Järvinen og Mortensen 2005:16).

For at få indblik i sygeplejerskernes forståelser og handlemåder, er jeg afhængighed af deres fortællinger om deres praksis, i og med at kun de, der er i feltet, har forståelsen og indlevelsen i feltet (Järvinen 2004:30). Ifølge Bourdieu må praktikerens udsagn dog ikke accepteres som fakta eller sandhed om feltet, men skal derimod underkastes et kritisk blik, hvor undersøgeren bør være opmærksom på praktikerens udsagn, som udtryk for feltets doxa (Järvinen 2004:31). Praktikerens i feltet kan ikke oversætte sine doxiske antagelser til verbaliseret viden, idet doxa har karakter af førbevidste og uartikulerede selvfølgeligheder. Da doxa defineres som usagte opfattelser, er der naturligvis en modsigelse i at undersøge sygeplejerskernes doxiske antagelser i et interview, da antagelserne ikke vil være usagte og førbevidste, hvis sygeplejerskerne er i stand til at italesætte dem. Doxa bør som udgangspunkt findes i en kombination af interviews og observationer, hvilket ikke har været muligt i nærværende projekt.

Den svære kunst i denne type undersøgelser – interviewundersøgelser med socialarbejdere fx – er at behandle interviewpersonernes udsagn som både ekspertudsagn (socialarbejderne er naturligvis eksperter på deres praksisområde) og som udtryk for doxa (professionelle interesser og strategier, legitimering af feltet, selvforsvar og så videre) (Järvinen 2004:31).

Järvinen påpeger her, at der i interviewundersøgelser kan findes udtryk for doxiske antagelser i interviewpersonernes udsagn, hvilket udgangspunkt jeg vil tilslutte mig i min anvendelse af Bourdieus begreber. Doxabegrebet vil således anvendes til at *sandsynliggøre*, at der kan være tale om udtryk for doxiske antagelser i sygeplejerskernes italesættelser - eller rettere i det de *ikke* italesætter. I tidligere citat af Mortensen og Järvinen påpeges, at det er definerende for doxa at *”der ikke hersker bevidsthed om, at disse er udviklet over tid og derfor kunne være anderledes”*.

Ikke-fund i empirien er også brugbare fund, og ved en kritisk forholden sig til de sammenhænge sygeplejerskerne *ikke* italesætter, kan empirien danne grundlag for antagelser om doxa i deres praksis.

4.2 Skadesreduktion

Et begreb, der spiller en central rolle i belysningen af sygeplejerskernes tilgang, er harm reduction, på dansk skadesreduktion. Skadesreduktion er gennem de sidste tyve år blevet en stadig større del af tilbud - private, kommunale og statslige - til stofmisbrugere i Danmark, og er i dag et begreb der ikke kan undgås, hvis man beskæftiger sig med stofmisbrug. Endvidere er begrebet særligt relevant i dette projekt, da heroinbehandlingen er et tydeligt bevis på, at den danske narkotikapolitik for alvor har inddraget begrebet, og har gjort skadesreduktion til en af de fire grundpiller – forebyggelse, behandling, skadesreduktion og kontrol (VK Regeringen 2010). På trods af begrebets store popularitet, kan det være svært at finde en tydelig forklaring på, hvad skadesreduktion egentligt indeholder.

Harm reduction eller skadesreduktion er et begreb, der er blevet skamredet. Alle bruger det, ingen tydeliggør, hvad de mener, men at det har en positiv værdi, er der ingen tvivl om (Ege 2010:21).

En af de nok mest tydelige definitioner af begrebet, lyder som følgende: ”Skadesreduktion kan betegnes som en række politikker og programmer, der sigter mod at reducere sundhedsmæssig, social og økonomisk skade som følge af stofbrug, uden at insistere på stoffrihed” (Riley et al. 1999, i Andersen og Järvinen 2006:305). Skadesreduktion kan udmønte sig i alt fra konkrete tiltag som undervisning i fixeteknikker og sprøjtebytteordninger, til en overordnet tilgang, hvor fokus er på reduktion af skader for både stofmisbrugeren og dennes omgivelser, frem for stoffrihed (Andersen og Järvinen 2006:305). Der er generelt enighed om, at skadesreduktion baseres på følgende grundpiller:

- Accept af brugerens afgørelse om at bruge stof, uden man dog af den grund støtter dette valg
- Respekt for brugeren og en behandling af ham som en person, der er ansvarlig for sin adfærd
- Neutralitet i forhold til stoffrihed. Dette betyder ikke, at det langsigtede mål ikke kan være stoffrihed, men det indebærer en prioritering af kortsigtede og realisable mål, der ikke indebærer stoffrihed (Ege 1997:10).

Ege skriver endvidere, at ”...der er enighed om elementerne i skadesreduktionsbegrebet: *Afstigmatisering af brug og misbrug af stoffer, forebyggelse og begrænsning af skader ved brug og misbrug, og konsekvens og nytteetik frem for hensigtsetik*” (Ege 2010:21).

Järvinen og Andersen (2006) finder i en gennemgang af dansk og international litteratur om skadesreduktionstilgangen, at skadesreduktion fremstilles som en pragmatisk, human og videnskabelig tilgang til stofmisbrug. Generelt er rusmiddelforskere meget positive overfor begrebet, og kun få forskere har udbredt sig kritisk om tilgangen. Det er da også svært at være mod tilgangen, for som Nadelmann siger *“Who in their right mind could oppose the notion of reducing harm”* (Nadelmann 1993, i Andersen og Järvinen 2006:305). Dog vil dette projekt bidrage med en kritisk vinkel på det populære begreb.

Skadesreduktionstilgangen kan, ifølge Andersen og Järvinen (2006), synes at have ført til en øgning af medicinsk behandling af stofmisbrug i Danmark. Substitutionsbehandling er blevet dominerende indenfor behandlingstiltagene, og karakteristisk for denne er, at behandlerne ofte arbejder ud fra en sygdomsforståelse af stofmisbruget, hvor brugerne ses som kronisk syge, der medicineres. Dette skaber følgelig en risiko for at overse andre problemer sammenhængende med misbruget, end de sundhedsmæssige. Endvidere kan problemer, som er forårsaget af en social faktor, opfattes og behandles indenfor en medicinsk forståelsesramme, hvilket ikke vil være en langsigtet løsning. Den skadesreducerende tilgang kan således anskues som del af medikaliseringen af misbrugsbehandling, idet tilgangen øger fokus på medicinsk forståelse af misbruget og følgelig medicinsk behandling. Endvidere finder Andersen og Järvinen, at mange skadesreducerende tilbud bygger på en forståelse af ”stofbrugeren”, som misbrugeren ofte omtales indenfor tilgangen, som et rationelt handlende individ, som vil og formår at tage ansvar for sine handlinger.

Da afhængighed forstås som en kronisk, ikke helbredelig lidelse, bliver målet om stoffrihed ofte illusorisk (Andersen og Järvinen 2006:312). Som konsekvens af denne forståelse, opfatter mange behandlere i skadesreduktionstilbud det som deres ansvar, at forholde sig kritisk til ønsker om stoffrihed fra brugerne. Behandlerne giver udtryk for en holdning om, at det kun er inde i brugeren selv, forandringsprocessen kan begynde. Det er ikke behandleren, der skal definere målsætninger for brugeren, da dette anses som et led i klientgørelse og paternalisme. Ifølge Andersen og Järvinen er der i skadesreduktionstilgangen en formodning om, at denne behandling

leder til social integration - dog findes denne integration kun i meget begrænset omfang. Brugeren afklares ift. bolig og økonomi, men lever stadig et isoleret liv med ”øjnene på medicinskabet” (Andersen og Järvinen 2006:318).

4.3 Medikalisering

Når der i dette projekt tales om en medikaliseret misbrugsbehandling, er det på baggrund af, at de medicinske videnskaber i stigende grad dominerer på rusmiddelområdet med forklaringer og forståelser af afhængighed (Dahl og Pedersen 2008). Ligeledes er der sket en øgning af medicinsk behandling af stofmisbrug, som har gjort substitutionsbehandling til den dominerende behandlingsform af heroinafhængighed (Narkosituationen i Danmark 2004:62).

At der er en medikaliseringsproces i gang i vores samfund, er et uomtvisteligt faktum. Til gengæld er det ikke afgjort, hvorvidt det er en god eller dårlig udvikling (Hvas 1999:5785).

Conrad og Schneider (1992) skriver om medikaliseringsprocessen af opioidafhængighed, at der er en lang historie om medicinsk involvering i opioidafhængighed med tydelige politiske konflikter: *”A number of definitional changes are apparent: from a time when it was not considered a problem, to its definition as a medical problem, to its criminalization, and again to its remedicalization”* (Conrad og Schneider 1992:142). Teori om medikalisering anvendes i projektets analyse, med henblik på dels at skabe en forståelse af den større kontekst og samfundstendens heroinbehandling er del af, og dels for at skærpe opmærksomheden om de følger denne medikaliserende tendens kan have. Først skal begrebet medikalisering afklares, dernæst skitseres medikaliseringsprocessens tre niveauer samt medikaliseringens mørke og lyse sider ud fra teori af Conrad (1975, 1992) og Conrad og Schneider (1992).

Ordet medikalisering introduceredes af sociologen Zola i 1975, i ønsket om at debattere sundhedsvæsenets stigende indflydelse i samfundet. Sidenhen har flere anvendt og videreudviklet begrebet (Hvas 2008:14). Conrad skriver om medikalisering, at det er en kompliceret proces mellem sociale kræfter, der udspiller sig på forskelligt plan og indebærer, at betragte et problem i medicinske termer, at bruge medicinsk terminologi til at beskrive det, at anvende en medicinsk referenceramme til at forstå det, eller at sætte medicinske tiltag i værk for at møde det (Conrad 1992:210). Medikaliserings-processer er ikke entydige, og samtidig med disse processer i et samfund, kan der observeres de-medikalisering af fænomener (Conrad 1992:225). Medikalisering

skal ikke opfattes som enten-eller, idet at fænomener kan være delvist medikaliseret og der kan være forskellige grader af medikalisering (Conrad 1992:220).

Ifølge Conrad er medikaliseringen en flerdimensionel proces, der finder sted på tre niveauer: på begrebsligt, institutionelt og behandlingsmæssigt niveau (1992:211). *Begrebslig medikalisering* betyder, at tidligere ikke-medicinske tilstande klassificeres i medicinske termer og dermed legitimerer medicinsk behandling (Conrad og Schneider 1992:7, Hvas 1997:5784). Således kan vejledning om heroinbehandlingen betegnes som eksempel på en begrebslig medikalisering. Endvidere kan vejledningen også ses som eksempel på den *institutionelle medikalisering*, da den fastsætter reglerne for, at henvisning til heroinbehandling skal ske qua lægens medicinske vurdering. *Behandlingsmæssig medikalisering* foregår i relationen mellem medicinsk personale og patient, og ses først og fremmest ved at forskellige tilstande behandles af sundhedspersonale med medicinske metoder. Heri ligger at sygdomsetiketter på sociale problemer leder til, at løsningen på problemerne findes i medicinsk behandling og foretages af medicinske professioner. Denne medikalisering kan også forekomme uden egentlig medicinsk behandling, ved at fænomener betragtes og omtales indenfor en medicinsk forståelsesramme (som eksempelvis i AA/NA, hvor misbrug forstås som en kronisk lidelse).

Conrad opdeler konsekvenserne af medikaliseringen af afvigende adfærd i en lys og en mørk side (Conrad 1975:18). Den lyse side omhandler først og fremmest, at den skaber en mere humanitær opfattelse af afvigelse, da "sygerollen" minimerer skyld og giver mulighed for en legitimering af bestemte afvigelser. Dermed skabes mulighed for en human behandling af afvigelse, som ifølge Conrad, er mere fleksibel og effektivt end afstraffende, kriminaliserende kontroller (Conrad 1975:19). Den mørke side af medikalisering omhandler flere mekanismer, som overordnet vil føre til en individualisering af komplekse sociale problemer. Ansvar for den afvigende adfærd forflyttes fra den enkelte, der anvendes magtfulde medicinske teknikker som social kontrolsystem, og eksperter fra den medicinske profession, som antages at være moralsk neutrale, vil kunne dominere forståelse og behandling af afvigelsen. Disse mekanismer fører til en individualisering af sociale problemer og endvidere en depolitisering af social afvigelse, da fokus flyttes fra sociale systemer og samfundsstrukturer til individets helbred og behandling heraf på individniveau (Conrad og Schneider 1992:259).

Conrad og Schneiders medikaliseringsteori kan kritiseres for at være lidt forsimplet, da det antages, at den givne afvigelse vil være bedre tjent med en anden forståelse og intervention end den medicinske, dog uden en forholden sig til konkret viden om den medicinske behandlings effekt på det givne problem. Endvidere kan teorien kritiseres for sit videnskabsteoretiske udgangspunkt i socialkonstruktivismen. Kritikken går på, at hvis alt er konstrueret, jævnfør socialkonstruktionismen, hvorledes det så kan konstateres som en sandhed, at heroinafhængighed er medikaliseret, og at denne påstand ikke blot er endnu en konstruktion. Dette skal ikke uddybes videre, idet nærværende projekt ikke funderes i denne tænkning, og i øvrigt ikke anvender de forklarende strukturer medikaliseringsteorien byder på.

4.4 Stigma og tilpasning

Erving Goffmans stigmatteori anvendes i analysen af sygeplejerskernes hensigter, idet sygeplejerskerne i interviewmaterialet ofte omtaler stigmatisering og ikke mindst en ”af-stigmatisering” af brugerne. Stigmatiseringsteori er del af sygeplejerskernes professionsteori, hvori Goffmans ”Stigma” (1975) indgår. Stigma er ifølge Goffman en egenskab der er dybt miskrediterende (2009:45), og som omfatter en oplevelse af degradering, skam og tab af selvtillid (Scheff og Starrin 2004:158). Stigmaet består af en særlig form for relation mellem en egenskab og en stereotyp klassificering af mennesker (Goffman 2009:45). Stigmatisering omhandler den stemplingsproces hvor mennesker, der udviser egenskaber eller adfærd som ikke er kulturelt accepteret, kategoriseres som nedvurderede mennesker og bringes i miskredit. Stigmatiseringen rummer således et statustab for bæreren af stigmaet, og den stigmatiserede mødes ikke med samme respekt, som dem Goffman kalder ”de normale” i samfundet, altså dem der ikke bærer et stigma. Den stigmatiserede kan tilpasse sig, ved at præsentere en identitet som værende en af de normale. Dog vil denne tilpasning, kaldet en skinnormalitet, ikke medfører fuldkommen accept, men blot en skinaccept fra de normales side (Goffman 2009:162).

5. Præsentation af KABS Hvidovre

På trods af, at der i dette projekt udelukkende er fokus på sygeplejerskerne i heroinbehandlingen, må denne faggruppe ikke ses som isolerede og ene skabere af tilgangen. De organisatoriske rammer er af afgørende betydning for sygeplejerskernes tilgang, da grundlæggende træk i

tilgangen først og fremmest er udformet på organisationsniveau. Følgende præsenteres organisationen KABS (Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere) og afdelingen i Hvidovre, hvor projektets empiri er indsamlet.

KABS har eksisteret siden 2001, og består i dag af seks afdelinger med diverse tilbud for stofmisbrugere. De seneste år har KABS været en organisation under stort pres. Dette på grund af, at kommunerne i forbindelse med kommunalreformen i 2007, overtog ansvaret for stofmisbrugsbehandlingen og i dag er rekvirenter heraf. Dette bevirkede store ændringer i KABS da organisationen, som før sorterede under Københavns amt, blev en virksomhed under Glostrup Kommune. Det nye samarbejde med Glostrup Kommune har medført en stadig igangværende diskussion om opgaver, takster, dokumentation med mere. Endvidere har kommunernes senere hjemtagelse af flere socialfaglige opgaver, ført til store ændringer i KABS, som organisationen stadig forsøger at manøvrere i. Empirien er således indsamlet i en organisation, der forsøger at finde fodfæste under nye rammer og vilkår.

KABS' afdeling i Hvidovre har i ca. 10 år varetaget substitutionsbehandlingen i ti kommuner, med ca. 280 stofmisbrugere i behandling. Som den eneste i KABS tilbyder Hvidovre-afdelingen heroinbehandling, hvilken blev implementeret i afdelingens allerede eksisterende substitutionsbehandling i 2010. I Hvidovre tager en tværfaglig personalegruppe, bestående af socialrådgivere, psykologer, sygeplejersker, læger og pædagoger, sig af en udredning af stofmisbrugerens sociale situation og behandling med substitutionsmedicin (subutex, metadon eller heroin). Der arbejdes i teams bestående af forskellige faggrupper, og brugeren vil indledningsvis have nogle udredende samtaler med både en socialfaglig og en sundhedsfaglig kontaktperson, som sammen vil udforme en behandlingsplan. I nogle tilfælde vil denne koordineres med den kommunale handleplan. I de tilfælde hvor der primært er tale om sundhedsmæssige mål og problemstillinger, vil en sygeplejerske varetage behandlingsansvaret. I KABS betragtes heroin som et præparat på lige fod med andre medicinske tilbud, og heroinbehandlingen er derfor integreret i det allerede eksisterende substitutionstilbud. KABS skelner således ikke mellem heroinbehandling og andre substitutionspræparater, og anvender derfor heller ikke internt betegnelsen "heroinklinik". I forbindelse med implementeringen af heroinbehandlingen i Hvidovre, blev det oprindelige misbrugsbehandlingscenter udvidet med en "sundhedsfløj", hvori heroinbehandlingen finder sted. Man har i Hvidovre valgt, at brugerne i

heroinbehandling skal fortsætte med den samme sociale behandlingsplan, som de havde i deres tidligere substitutionsbehandling. Dette er et led i klinikkens ønske om, at heroinen ikke skal forstås som en ny type behandling, men blot som et nyt substitutionsstof. Brugere kan således benytte sig af afdelingens cafe-tilbud, sygeplejefaglige ydelser, samtaler med kontaktpersoner med flere. Afdelingen tilbyder også gruppeforløb om bl.a. mindfulness og angstproblematikker, men erfaringen er, at brugere i heroinbehandlingen sjældent benytter sig af disse.

KABS klinikken i Hvidovre er beliggende tæt på Hvidovre station, i et mindre industrikvarter, der ligger op af villakvarterer og beboelsesejendomme. Lokalerne er lyse og venlige og bærer præg af et behandlingsmiljø, på samme måde som i en lægeklinik. Ved indgangen er en cafe hvor det er muligt at spise, se tv, spille spil med mere. ”Sundhedsfløjen”, som rummer heroinklinikken, består af medicinudlevering, opbevaringsrum til heroinen, injektionsrum - som i Hvidovre kaldes ”behandlingsrummet” - samt samtalerum og kontorer. I behandlingsrummet er der håndvaske, reol med injektionsværktøj, og fem åbne kabiner, hvor brugeren kan injicere heroinen under observation af en sygeplejerske. Inden injektionen vurderes brugerens bevidsthedsniveau efter et skema og brugeren skal puste i et alkometer, som skal vise nul. Under injektionen vejleder en sygeplejerske og hjælper brugeren med at finde en åre hvis det er nødvendigt. I forlængelse af behandlingsrummet ligger ”afslapningsrummet”, med sofaer, stole og et tv, hvor brugeren observeres minimum et kvarter efter injektionen. Under denne observation vurderes brugerens bevidsthedsniveau igen af en sygeplejerske. Klinikken har åbent kl. 8-18 alle ugens dage. Brugeren kan injicere heroinen op til to gange dagligt på fastlagte tidspunkter, og da heroinens virkningstid er 6-8 timer, får brugere supplerende metadon med hjem til dækning af behovet udenfor klinikkens åbningstid.

5.1 Skadesreduktion i KABS

Da man i KABS arbejder ud fra en erklæret tilgang om skadesreduktion, findes det nødvendigt i forhold til projektets problemformulering, kort at redegøre for hvorledes skadesreduktion defineres i KABS-regi, og hvorledes sygeplejerskerne arbejder ud fra skadesreducerende principper.

Skadesreduktion defineres i KABS årsrapport fra 2008, som en tilgang der rummer et *”pragmatisk syn på stofmisbruget ved at prioritere nogle realistiske behandlingsmål og ved at*

sætte fokus på forebyggelsen af yderligere skader hos den enkelte stofmisbruger og omgivelserne/samfundet” (KABS årsrapport 2008:25). En sygeplejerske definerer tilgangen således:

Det (harm reduction) er på mange niveauer, og det er jo ift. brugeren selv....reducere skaderne ved misbruget, og det er jo både ift. konkrete bylder og sår og smitsomme sygdomme, og det er hele den sociale deroute der følger med misbruget. Og det er ift. relationen til andre mennesker og det er ift. samfundet. At skærme de gamle damer fra at få stjålet deres håndtasker og butikkerne fra at få stjålet tøj, så det er hele vejen rundt. Men vi har selvfølgelig meget fokus på harm reduction ift. den enkelte bruger.

I empirien fremgår det endvidere tydeligt, at sygeplejerskerne tillægger skadesreduktions-tilgangen en grundlæggende værdi om, at ”møde mennesket hvor det er”, ofte beskrevet som at vise respekt og tage udgangspunkt i den unikke bruger. Dog er det ikke afklaret nærmere hvad den skadesreducerende tilgang indebærer, og hvorledes beslutninger træffes ud fra denne. Eksempelvis er det ikke afklaret hvilket niveau der bør prioriteres højest (bruger, omgivelser, samfund), hvilket skaber dilemmaer som løbende må diskuteres. Tilgangen er altså meget bred og udstikker ikke konkrete retningslinjer som redskaber i de daglige beslutningsprocesser. Som en sygeplejerske siger;

Det kan godt blive meget slattent ik...tilgangen er meget bred. Og der ligger jo ikke nogen procedurer, og vi kommer alle med vores personlige tilgang og vores faglige øje og kan være meget uenige om, hvad der er godt og skidt...så harm reduction er på den måde meget fluffy.

Ifølge de interviewede sygeplejersker, vægtes den skadesreducerende tilgang højt i det praktiske arbejde og de mener mange beslutninger træffes ud fra dette princip. Empirien indeholder flere citater som viser dette, eksempelvis: ”Den overordnede tanke er jo harm reduction og hvis man ikke er enig i den så tror jeg ikke man kan arbejde her. Den tilgang gennemsyrrer holdningen her, og derudover kommer der forskellige syn på sygepleje, fordi vi har forskellige ting med i posen.” Sygeplejerskerne er således meget bevidste om den skadesreducerende tilgang, og beskriver at der overordnet arbejdes ud fra skadesreduktion, men at den enkelte sygeplejerske også arbejder ud fra personlige værdier, som ofte er påvirkede af tidligere erfaringer. Sygeplejerskerne lægger

vægt på, at skadesreduktionsprincipperne sættes højt i de daglige beslutninger. En sygeplejerske beskriver eksempelvis hvordan skadesreduktion i nogle tilfælde vægtes over lovgivning:

Ved injektionen er det jo egentlig sådan, at de må egentlig ikke fixe i lysken og vi må egentlig ikke hjælpe dem med at stikke, men en gang imellem gør vi det, fordi vi ved at alternativet er, at enten får de lavet et fejlfix, eller også får de det (heroinen) ikke taget og så går de ud og køber noget på gaden. Så vil jeg hellere hjælpe dem og så være sikker på, at de får taget det rigtigt.

Sygeplejerskerne er således meget bevidste om den skadesreducerende tanke i deres praktiske arbejde, og der synes at være handling bag ordene om en skadesreducerende tilgang. Dog har ovenstående også vist, at skadesreduktion defineres bredt i organisationen, og at der i skadesreduktionstilgangen i KABS ikke udstikkes retningslinjer for konkret praksis, hvilket resulterer i mange diskussioner, når den mest skadereducerende løsning på en problemstilling skal findes. I følgende analyse vil sygeplejerskernes tilgang undersøges, herunder også hvorledes de skadesreducerende principper viser sig i praksis.

6. Analyse

Sygeplejerskernes tilgang undersøges ud fra komponenterne strategier, hensigter og problemforståelse. Komponenterne vil i en helhed skabe et billede af den tilgang der er gældende i sygeplejerskernes arbejde i heroinbehandlingen. Endvidere struktureres analysen ud fra problemformuleringens fire undersøgelsesspørgsmål. I første analysedel undersøges, hvad det vil sige at holde behandlingen på et ”klinisk niveau” samt begrundelser herfor, og vil afdække nogle væsentlige strategier i sygeplejerskernes tilgang. Derefter undersøges i anden analysedel, hvilke behandlingsmæssige målsætninger sygeplejerskerne arbejder med. Denne analysedel vil ligeledes vise nogle strategier, som vil danne afsæt til analyse af sygeplejerskernes problemforståelse. I tredje del vil analysen afdække sygeplejerskernes hensigter med anvendelsen af bestemte strategier, og slutteligt vil fjerde analysedel særligt fokusere på hvorledes misbrug og afhængighed forklares og dernæst præsentere et metateoretisk perspektiv på sygeplejerskernes problemforståelse.

Da analysedelene alle er komponenter i afdækningen af sygeplejerskernes tilgang, vil der ses overlap i delene. Delene skal ligeledes ses i et fælles samspil, da strategier altid vil anvendes med

en bestemt hensigt om at ændre en tilstand, som igen har rod i en bestemt problemforståelse af hvilke tilstande, der bør ændres. Det er således analysens formål at skabe viden om de enkelte komponenter, for så i deres helhed at skabe et billede og en forståelse af sygeplejerskernes tilgang. Udover analysens deskriptive formål, tages der udgangspunkt i en kritisk forforståelse, som vil vise sig i teoriapparatet og dettes kritiske forhold til sygeplejerskernes tilgang. Det er dog ikke analysens formål at vurdere hvilke strategier, forståelser og hensigter der er ”rigtige”, da der ikke kan tales om sådanne, men derimod om, at de kan være mere eller mindre hensigtsmæssige i forhold til den givne problematik (Guldager 2002:5). De kritiske iagttagelser gennem analysen, har til formål at tydeliggøre aspekter ved tilgangen, som kan være mindre synlige for sygeplejerskerne, og som dermed kan bidrage med ny viden om deres praksis i heroinklinikken. Som redskab i analysen vil jeg, udover det præsenterede teoriapparat, gøre brug af en skelnen mellem de helt *bevidste forståelser* sygeplejerskerne giver udtryk for i empirien, samt de ubevidste forståelser, der for sygeplejerskerne har karakter af noget selvfølgeligt, og som kan betegnes som udtryk for *doxiske antagelser*. Endvidere vil jeg skelne mellem, om disse bevidste forståelser og doxiske antagelser er udtryk for sygeplejerskernes individuelle forståelse, en særlig professionsforståelse eller en forståelse karakteristisk for organisationen KABS.

6.1 Første analysedel: Hvad vil det i praksis sige at holde heroinbehandlingen på ”et klinisk niveau”, og hvilke argumenter ligger til grund for denne strategi?

Ved første møde i KABS Hvidovre fortalte centerlederen, at det ved afdelingens implementering og udformning af heroinbehandlingen havde været tilstræbt, at ”*holde heroinbehandlingen på et klinisk niveau*”. Analysens første spørgsmål har således sin begrundelse i projektets begyndelse, hvor en nysgerrighed opstod for at undersøge, hvad dette egentlig betyder i praksis. Det siger sig selv, at den medicinske del af heroinbehandlingen, altså injektion, dosering, sårpleje etc., foregår på et klinisk niveau - men hvad er det så der skal holdes ”klinisk”? Bearbejdning af empirien viste, at dét at holde behandlingen på et klinisk niveau, ikke henviste til den medicinske del af behandlingen, men i langt højere grad omhandlede konteksten den medicinske behandling er del af, altså det sociale rum der skabes i heroinklinikken. Følgende analyse af, hvad det vil sige at ”holde behandlingen klinisk”, omfatter således udelukkende det miljø, den medicinske behandling udspiller sig i, men refererer ikke til den medicinske behandling i sig selv.

Analysedelens spørgsmål vil besvares ved hjælp af tre afsnit: Først belyses hvorledes det ”at holde klinisk” i sygeplejerskernes forståelse handler om, at skabe et såkaldt ”behandlingsmiljø”, med hvilket de forstår et miljø, der står i modsætning til gademisbrugsmiljøet. Dernæst påvises det, at sygeplejerskerne som del af en strategi om, at adskille heroinklinikken og gademisbrugsmiljø, korrigerer brugernes adfærd. Til slut fokuseres på sygeplejerskernes argumenter for denne strategi om, at skabe et behandlingsmiljø i klinikken, og en doxisk antagelse vil påpeges.

6.1.1 Behandlingsrum versus gademisbrugsmiljø

Ønsket om, at ”holde heroinbehandlingen på et klinisk niveau”, bliver meget tydeligt i de betegnelser der anvendes i klinikken. Eksempelvis kaldes den tilbygning i KABS Hvidovre hvor heroinbehandlingen hører til, for ”Sundhedsfløjen”, rummet hvor heroinen injiceres kaldes ”Behandlingsrummet” og rummet hvor brugeren observeres efterfølgende kaldes ”Afslapningsrummet”. Dette står i skarp kontrast til eksempelvis heroinklinikken i København Valmuen, hvor behandlingen er præget af en mere aktivistisk retning, og hvor ord som ”kokesofa” og ”fixe” er en del af det anvendte ordforråd. I Hvidovre har man valgt at benytte mere kliniske termer, for at skabe et socialt rum, hvor ”behandlingen” - kontra det subkulturelle misbrugsmiljø - er i fokus. Dette beskrives følgende af en sygeplejerske:

Det er ikke at fixe herinde, her hedder det at injicere. Det er også igen for at gøre det lidt mere behandlingsagtigt og klinisk, for det er et behandlingsrum og det her hedder afslapningsrummet – nogen gange kalder vi det for opvågningen, for de er lidt trætte ik (griner)....

Sygeplejersken beskriver her, at hun bevidst anvender kliniske betegnelser med det formål at skabe et behandlingsrum, hvilket forstås som det sociale rum i abstrakt forstand, der er i heroinklinikken. Anvendelsen af kliniske betegnelser kan tyde på en behandlingsmæssig medikalisering, altså en medikalisering på interaktionsniveau, som den viser sig mellem bruger og sygeplejerske. Italesættelser som bærer præg af en medicinsk diskurs, kan ses som et led i medikaliseringsprocessen, da disse er med til at skabe en medicinsk forståelse af afhængigheden. Som eksempel på dette siger sygeplejersken, at brugerne bliver ”trætte”, med henvisning til den rus de oplever lige efter heroininjektionen. Sygeplejerskens humoristiske tone i dette citat antyder, at hun er udmærket bevidst om, at der ikke er tale om træthed som sådan, men om at

brugerne bliver påvirkede, ofte omtalt i misbrugsmiljøet som at ”kokse”. I dette citat handler ordvalget nok i lige så høj grad om at undgå en misbrugsdiskurs, som det handler om, at anvende en medicinsk.

I empirien ses generelt, at det vægtes højt at anvende medicinske termer ”for at gøre det behandlingsagtigt” som sagt i citatet ovenfor, og hensigten om at skabe et ”behandlingsrum” er helt væsentlig i alle sygeplejerskernes fortællinger. Det er, grundet sygeplejerskernes enighed om strategien, tydeligt at den tilstræbes i fællesskab i organisationen, og er mere organisationsspecifik end den er knyttet til den enkelte sygeplejerskes forståelse. I empirien omtales behandlingsbegrebet meget bredt, og når sygeplejerskerne spørges om, hvad et ”behandlingsrum” består af, bliver svarene ofte meget uklare. Dog er det helt tydeligt i alle interviews, at et behandlingsrum opfattes som noget, der står i modsætning til et gademisbrugsmiljø. Det, at skabe et behandlingsrum handler om at ”gaden ikke skal med ind i behandlingen”, hvilket ses i følgende citat. Citatet indsættes i sin helhed for at illustrere den argumentation sygeplejerskerne ofte anvendte, når de blev spurgt ind til hvad et behandlingsrum er, samt hvorfor det er så vigtigt for dem, at skabe dette i klinikken:

Sv.: Det her rum er indrettet som et afslapningsrum i forhold til, at det er tilladt at nyde sin rus...øh...men for mig er der en meget fin grænse mellem at man slapper af og at man kokser. Og det her skal ikke være et kokse-rum.... Vi skal ikke have gaden ind i behandlingen. Så det kan godt være, at grænsen er lidt hårfin, men for mig, der er den der i hvert fald. Så altså ja, det er helt bevidst, at vi ikke bruger ordet kokse.

Sp.: Hvilke overvejelser ligger der bag det her med, at gaden ikke skal med ind i behandlingen?

Sv.: Fordi det er en behandling, og det er et behandlingsrum. Når man kommer i heroinbehandling, så er det meget vigtigt at brugerne forstår, at det er ikke gratis heroin, eller at man kan få det udleveret og så gå ind i et eller andet fixerum – det er en behandling. Så det bliver italesat som en behandling. Og hvis der bliver for meget gadesnak, så minder vi også brugerne om det, at det er altså en behandling, og der følger nogle ting med ik...

Sp.: Hvad opnår I med det her fokus på, at det er en behandling?

Sv.: At brugerne også er bevidste om, at det er en behandling og at de er gået ind i den her behandling med nogle mål...og det snakker vi om jævnligt.

Sp.: Så "behandling" er noget med, at det ikke skal blive en sovepude?

Sv.: Ja det skal bestemt ikke være en sovepude, det må det ikke være. Men det er en behandling, og vi skal ikke have gadesproget herind, altså det skal ikke være en filial af Istedgade vel. Og der er vi jo som medarbejdere med til at sætte den kultur.

Sp.: Hvordan fandt i frem til at der skulle være det her fokus på, at det er en behandling?

Sv.: Jamen vi er slet ikke landet der, altså for mig var det bare selvfølgelig. Jeg har faktisk ikke diskuteret det med nogen...

Sp.: Så det er slet ikke noget i har snakket om?

Sv.: Altså fokus har hele tiden været at...øh...at heroin, det er nyt medicin som vi har fået ind i misbrugsbehandlingen, på lige fod med metadon og subutex – og det er behandling. Så det har aldrig været et spørgsmål egentlig.

Som vist nævner sygeplejersken flere gange at "gaden ikke skal ind i behandlingen" eller at "det er vigtigt ikke at få gadesproget ind", hvilket begrundes med "det er vigtigt det er en behandling". Behandlingsbegrebet anvendes således her, som i den øvrige empiri, som begrundelse for en række valg om sprogbrug, opførsel og handlemåder i klinikken. Sygeplejerskerne synes at være bevidste og er i øvrigt enige om strategierne de anvender for at skabe et behandlingsmiljø, hvilket ud fra deres forståelse, kan defineres som et miljø, der adskiller sig fra misbrugsmiljøet på gaden. Det er ikke misbruget eller afhængigheden i sig selv, sygeplejerskerne forsøger at holde adskilt fra behandlingen, men den adfærd der knytter sig til det særligt afvigende subkulturelle gademisbrugsmiljø, nogle af brugerne er del af. Misbrugere som er del af gademisbrugsmiljøet kan kendetegnes som særligt afvigende, idet de udover deres misbrug, ofte lever et liv og har en adfærd, der er meget forskellig fra det øvrige samfunds kultur og normer. Det er netop denne afvigende adfærd, sygeplejerskerne forsøger at holde for døren. Endvidere synes sygeplejerskerne, at opfatte det de forstår med et behandlingsrum, som en selvfølgelig, hvilket også fremgår af citatet til slut. Det er her vigtigt endnu engang at pointerer, at ikke alle heroinklinikkerne har valgt at holde behandlingen på et "klinisk niveau", men at eksempelvis heroinklinikken Valmuen, i samarbejde med brugerforeninger har valgt en langt mere aktivistisk vinkel, hvilket kommer til udtryk på flere måder. Et eksempel: Vejledningen bestemmer at "patienter skal observeres mindst 15 min" efter heroininjektionen (Sundhedsstyrelsen 2010). Som

tidligere beskrevet, har man i Hvidovre valgt, at brugeren overvåges af en sygeplejerske efter injektionen inde i afslapningsrummet, hvorefter sygeplejersken scorer brugeren i et skema, hvor brugerens påvirkethed vurderes ud fra hans evne til bl.a. at samtale, orienterer sig i rummet mm. I Valmuen har man valgt at efterleve vejledningens regel noget anderledes. Her har man lavet et monitoreret ”kokserum” med en stor sofa, hvor brugerne sidder efter injektionen. Dette med en tanke om, at brugeren skal kunne nyde sin rus uden at en sygeplejerske observerer ham direkte. I Valmuen anvendes heller ikke noget scoringssystem ift. brugerens påvirkethed. Det er således et valg, at skabe dette behandlingsfokus i heroinklinikken i Hvidovre, og ikke en selvfølgelighed indenfor misbrugsbehandling, ikke en på forhånd given retningslinje fra Sundhedsstyrelsen eller lignende, men et valg om en strategi truffet indenfor KABS regi. Dog et valg sygeplejerskerne ikke synes, at være bevidste om er foretaget, hvilket vil uddybes sidst i analysedelen.

En forklaring på, hvorfor strategien vægtes så højt i organisationen og blandt sygeplejerskerne, kan ligge i at man ved at holde behandlingen på et klinisk niveau kan legitimere behandling med lægeordineret heroin. En sygeplejerske argumenterer for, hvorfor heroinklinikken skal bære præg af et behandlingsmiljø:

Det er igen at lære dem hvordan man...altså hvis de skal ud og fortælle mormoren, at de er i behandling ik, skal de så fortælle hende at de ”fixer” og ”kokser”, for hvad er så forskellen på det du gjorde før. Så ville forskellen bare være, at de nu får stoffet gratis. Der skal være noget behandling i det – det er vigtigt at vi holder fokus på, at det er et behandlingssted. For hvis det hed et fixerum og et kokse-rum, så kunne de lige så godt gøre det ude på gaden. Så er det bare os der finansierer det.

I ovenstående citat giver sygeplejersken udtryk for, at behandling omhandler at der må være forskel på lægeordineret heroin og heroin købt illegalt. Der ligger altså en hensigt om, at legitimere heroinbehandlingen, i sygeplejerskernes brug af kliniske begreber og fokus på ”behandlingrummet”. Denne hensigt kan ses i samspil med Conrads tese om, at den medicinske forståelsesramme og de medicinske begreber skaber en legitimering af bestemte afvigelser, i dette tilfælde afhængighed af heroin (Conrad 1975:18). Den medicinske diskurs anvendes som middel til at skelne mellem at få heroin ”på gaden” i misbrugsmiljøet, og at få lægeordineret heroin i en behandlingsmæssig sammenhæng. Dette ønske om at legitimere behandlingen kan være drevet af flere faktorer. Først og fremmest skal ønsket ses i lyset af, at statsfinansieret lægeordineret heroin

er et kontroversielt emne, og at heroinbehandlingen er blevet kritiseret for at være en ”parkering” af misbrugerne. Ordet behandling leder ofte tankerne hen på en aktivitet der fører til en positiv forandring, og er dermed ikke en stationær position, hvilket kan tænkes at mane parkerings-tesen i jorden. Ved at bruge medicinske diskurser trækkes der endvidere på den autoritet der ligger i det medicinske felt. Professioner indenfor medicinens verden kommunikerer ofte med en ekspertviden, hvortil der ikke stilles kritiske spørgsmål, og hvis sandhed ikke betvivles (Conrad 1975:18). For den enkelte sygeplejerske handler legitimeringen måske mest om en mestring af hendes praksis. For der er utvivlsomt et etisk dilemma i, at give misbrugeren hans foretrukne stof, men sættes denne aktivitet ind i en klinisk behandlingskontekst, træder dilemmaet i baggrunden for et mere legitimt mål, nemlig medicinsk behandling af den fysiske lidelse heroinafhængighed.

6.1.2 Adfærdskorrektion

Ønsket om at holde heroinbehandlingen på et klinisk niveau, kommer ikke kun til udtryk i de betegnelser sygeplejerskerne anvender, som påvist ovenstående. Det er lige så vigtigt for sygeplejerskerne, at også brugerne indordner sig dette behandlingsmiljø, hvilket fremgår af følgende citat:

Herinde (i afslapningsrummet) snakker vi om alt, men der er også meget adfærdskorrektion herinde, for der skal ikke være stofsnak, der skal ikke være snak om fixeri, de (brugerne) skal ikke snakke om doser. Men ellers kan vi snakke om, hvad der har stået i avisen, eller om en der har nogle boligproblemer og sådan noget.

Som sygeplejersken formulerer det, må der ikke være ”stofsnak” mellem brugerne når de opholder sig i klinikken, en regel som alle sygeplejersker refererer til under de enkelte interviews. Det er altså et helt bevidst element i tilgangen, at skabe et socialt rum, hvor der kan tales om stort og småt, men hvor nogle emner relateret til misbruget er ”forbudte”, da disse emner ikke stemmer overens med ønsket om, at skabe et behandlingsrum. Ord som rummer diskurser fra misbrugsmiljøet bliver ikke anvendt i klinikken, og som sygeplejersken udtrykker det, er det en del af det daglige arbejde at adfærdskorrigere, som strategi for at holde misbrugsdiskurser udenfor klinikken. Ord som kokse og fixe er skabt af misbrugere i den subkultur de ofte lever i, men er i dag jævnligt brugt af misbrugsbehandlere og andre aktører indenfor misbrugsfeltet,

hvorfor det også er nævneværdigt at man i KABS ønsker at holde diskursen for døren. En anden sygeplejerske siger om denne regulering af brugernes adfærd:

Det er en af vores forcer, at vi går ind og møder dem, vi rummer dem. Dermed ikke sagt, at vi finder os i alt, vi strammer også op, og lærer dem nogle ganske basale ting. ...når vi f.eks. har fællesspisning, der har vi også en korrigerende rolle og siger; nej du skal ikke tage med fingrene og vi siger tak for mad, man bærer sin tallerken ud og sådan noget.

Sygeplejerskerne indtager, som beskrevet i citatet, en opdragende rolle overfor brugeren, og har et ønske om, at tillære brugeren nogle nye omgangsformer. Der ligger heri en antagelse om, at man kan tillære brugeren en mere normaliseret omgangsform, og at han derved vil fralægge sig den mere subkulturelle omgangsform, som kendetegner dele af misbrugsmiljøet. Brugeren tiltænkes således at kunne lære, ved hjælp af sygeplejerskernes adfærdskorrektion, at tale pænt (ikke stofsnak) og at være høflig (sige tak for mad, bære tallerken ud mm.). Endvidere giver sygeplejerskerne udtryk for en antagelse om, at brugerne vil tillære ny adfærd ved at opholde sig i det behandlingsmiljø, der skabes ved hjælp af kliniske betegnelser og korrektion af ”misbrugsadfærd”:

Det (adfærdskorrektionen) kan forhåbentligt få dem til at se indad og se på, hvordan de selv reagerer i en situation, hvordan man taler til hinanden og så videre. De lærer jo også at kommunikere lidt bedre og med et mere afdæmpet og velformuleret sprog, fordi de hører på os.

Som sygeplejersken antyder, er der en antagelse om, at afretningen vil resultere i at brugeren vil tænke over sin omgangsform og endvidere at behandlingsmiljøet i sig selv har en afsmittende effekt på brugeren. Denne forventning om, at brugerne kan tillæres ny adfærd gennem et afsmittende miljø, minder om en læringsteoretisk tanke, hvor uhensigtsmæssig adfærd forventes at være tillært i samspillet med omgivelserne (Hutchinson og Oltedal 2006:171).

Socialarbejderen får typisk inden for den læringsteoretiske tilgang en opdragende rolle som læreren, hvilken kan kritiseres for at skabe et uligeværdigt forhold, hvor den magtfulde ”lærer” indtager en position hvorfra det er berettiget, at underkende brugerens væremåde.

Sygeplejerskerne anvender adfærdskorrektion, ved at give brugeren negativ opmærksomhed og ”rette” ham, når han taler ”stofprog” og ikke opfører sig i overensstemmelse med normative regler og i øvrigt i overensstemmelse med ønsket om, at skabe dét sygeplejerskerne forstår som et

behandlingsmiljø. En sygeplejerske beskriver eksempelvis, at brugeren sendes hjem i tilfælde af, at han ”skaber dårlig stemning” og taler om stoffer, rus eller lignende misbrugsrelaterede emner. Brugeren tvinges således til at indordne sig det behandlingsmiljø som tilstræbes i KABS, ud fra en antagelse om, at adfærd kan ændres ved hjælp af omgivelsernes reaktioner, og at sygeplejerskerne gennem en vis (behandlings-)kultur kan forme brugerens adfærdsformer.

Afretningen af brugernes ”stofsnak” og ”gadesprog” kan ligeledes ses som en manglende anerkendelse og forståelse af subkulturens præmisser. En sygeplejerske siger:

Det undrer mig at de taler så grimt...altså det sprog. For hold op, hvor har de et grimt sprog, sådan rigtig misbrugsagtigt. Hvorfor skal du tale sådan der, bare fordi du er misbruger?

Sygeplejersken udviser i citatet en uforståenhed overfor brugernes brug af ”slang” og sprogbrug, knyttet til det subkulturelle gademisbrugsmiljø. Ifølge Becker er subkulturelt sprogbrug del af en selvsegregeringsproces, som overordnet har til formål at beskytte outsideren, her brugeren, mod det konventionelle og fordømmende samfund (Becker 2005:106). Sprogbruget er del af en gruppe af symbolske udtryk, som ”...umiddelbart identificere den mand, der kan bruge den rigtigt (...) og lige så hurtigt afsløre den person, der bruger den ukorrekt eller slet ikke kan bruge den, som en outsider (Becker 2005:52). Brugernes sprogbrug er således et grundlæggende element i opretholdelsen af det subkulturelle fællesskab, og har dermed en væsentlig funktion. Dog synes sygeplejersken ikke at være bevidst om denne, hvorfor brugerens sprog opfattes som en unødvendig afvigelse.

Adfærdskorrektionen og ønsket om, at tillære brugeren mere normale (mindre subkulturelle) omgangsformer, er et led i at fralærer ham subkulturel adfærd og socialisere ham. En enkelt sygeplejerske verbaliserer konkret, at målet med adfærdskorrektionen er at socialiserer brugerne, altså at tilpasse brugerne samfundets krav. Samme bevidsthed om hensigten med afretningen, var dog ikke at finde i de øvrige interviews, hvor sygeplejerskerne i højere grad forklarede sig med sætningen ”fordi det er vigtigt det er en behandling”. Der er således en varierende bevidsthed blandt sygeplejerskerne om målet med adfærdskorrektionen, men det står klart, at de alle anvender strategien. Sygeplejerskernes formål med adfærdsreguleringen er således, at frisætte brugeren af sin subkulturelle omgangsform, hvilket af sygeplejerskerne opfattes som en hjælp og et ønske om at imødekomme brugerens bedste. Anskuet i et kritisk perspektiv, kan dette ønske

om brugerens frisættelse dog fungerer som en legitimering af sygeplejerskernes magt, ved deres intervention og sanktionering (Villadsen 2003:211). Villadsen skriver, at den magt der udøves i det sociale arbejde, ofte får sin logiske begrundelse i en målsætning om at frisætte klienten, hvilket også er tilfældet i heroinbehandling. Som det vil fremgå i de følgende analysedele, vægter sygeplejerskerne respekten for brugeren som et selvstændigt individ højt i deres italesættelser, hvilket kan synes modsætningsfyldt i sammenhæng med denne afretning af brugernes adfærd. Ved at fremstille isolerede aspekter ved brugeren, eksempelvis opførsel og talemåder, som objektive problemer hæmmende for et mål om forbedring, kan princippet om brugerens autonomi stadig imødekommes (Villadsen 2003:216). Ifølge Villadsen, kan adfærdskorrektionen således forstås som en måde, hvorpå sygeplejerskerne kan udføre forandringsarbejde samtidig med, at respekten for brugeren som et autonomt individ umiddelbart er overholdt. Sygeplejerskerne prøver således at socialisere brugerne ved at lære dem bedre håndtering af hygiejne, gængse omgangsformer med flere, altså isolerede aspekter af brugeren som synes at forhindre brugeren i, at blive integreret samfundsborger. Disse meget personlige aspekter ved brugeren (opførsel, talemåde, hygiejne) gøres til genstand for intervention, dog uden at sygeplejerskerne giver udtryk for, at disse er ganske intime forhold at blande sig i. Det er tydeligt i empirien, at denne afretning af brugerens fremtræden ikke opfattes som en krænkelse af brugeren - eksempelvis beskriver en sygeplejerske i et tidligere citat, det som deres force at rumme brugerne. Adfærdskorrektionen omtales nærmere som en naturlig del af behandlingen, der har til formål at hjælpe brugeren ved, at give ham redskaber til at ”kunne begå sig”. Spørgsmålet er så, om denne strategi bringer sygeplejerskerne tættere på målet:

Sp.: Kan i se resultater af jeres adfærdskorrektion?

Sv.: Ja, de switcher...du kan simpelthen høre det – når de retter henvendelse til os så taler de oftest pænt, men når så de skal sige noget til en anden bruger, så er de tilbage i det der gadesprog igen.

Citatet giver indtryk af, at sygeplejerskernes afretningsmetode kun virker delvist, da brugerne ikke synes at internaliserer ”den forbedrede adfærd”, men blot lærer hvordan man skal opføre sig for at leve op til sygeplejerskernes forventninger. Det kan, jævnfør citatet, diskuteres hvorvidt afretnings-strategien skaber resultater inde i den enkelte bruger, eller om resultatet kun ses i relationen mellem sygeplejerske og bruger.

Det er således en stor del af sygeplejerskens hverdag, at beskæftige sig med ændring af brugerens adfærdsformer – en beskæftigelse som vel at mærke ikke har noget med sygepleje at gøre, men som nærmere ligner socialpædagogisk, adfærdsterapeutisk eller lignende arbejde. En del af forklaringen på denne strategi, kan igen findes i en legitimering af heroinbehandlingen. Ved at adfærdskorrektionen bliver del af behandlingen, tydeliggøres det at behandlingen ikke kun består af ”fri heroin”, og at det er en behandling der kræver noget af brugerne.

6.1.3 Begrundelser og doxa

Analysen har hidtil påvist at sygeplejerskerne anvender begrebet ”behandling” ofte, men også at de ikke er særligt tydelige når de skal forklare, hvad de lægger i begrebet. Dog synes de at forstå, at behandling handler om at skabe et socialt rum, som adskiller sig fra det subkulturelle gademisbrugsmiljø. Behandling er generelt et begreb der synes svært at afklare, hvilket således også ses i sygeplejerskernes begrundelser. Begrebet bliver ofte indholdsløst, idet det ikke indikerer en bestemt aktivitet, men bruges i brede betydninger alt efter sammenhængen. Ifølge Jöhncke er det dog sikkert, at begrebet altid lover noget om en positiv forandring, men ikke siger noget om hvordan (Jöhncke 2010:5). Netop begrebets uafklarede betydning sikrer dets overlevelse, idet dets indholdsløshed gør det uangribeligt, udiskuterbart og svært at kritisere (Jöhncke 2010:5). Heller ikke i heroinklinikken synes det, at have været diskuteret hvad behandling egentligt er og hvad der menes med begrebet indenfor KABS regi. Sygeplejerskernes forståelse og anvendelse af begrebet synes heller ikke at have været kritiseret internt og endnu vigtigere, synes det ikke at have været diskuteret *hvorfor* der skal være så stort et fokus på, at skabe et ”behandlingsmiljø” i klinikken. I alle interviews blev sygeplejerskerne spurgt ind til begrundelser for at skabe det de kalder et ”behandlingsmiljø”, men de nåede sjældent frem til en egentlig begrundelse, da svaret ofte strandende ved en nærmest selvfølgelig antagelse om, at ”det er vigtigt det er en behandling”. Helt tydeligt i empirien var, at ”behandling” og ”behandlingssted” tillægges en positiv valør. Endvidere synes sygeplejerskerne, at opfatte deres forståelse af behandling som værende noget der ikke er ”gaden”, som helt selvfølgelig og uden alternativer. For sygeplejerskerne defineres et behandlingsted, som et socialt rum der adskiller sig fra misbrugsmiljøet på gaden, og de synes ikke at være bevidste om at ”behandling” i lige så høj grad kunne bestå af en inddragelse af gademiljøet. Deres forståelse af behandling, opfattes som helt naturlig og uimodsigeligt, hvilket særligt blev eksemplificeret i citatet på side 50-51 (”for

mig var det bare selvfølgelig”, ”det har aldrig været et spørgsmål egentligt”). Sygeplejerskernes opfattelse af, hvad behandling er, synes at have karakter af en doxisk antagelse. Dette på baggrund af sygeplejerskernes manglende begrundelser for deres opfattelse af hvad et ”behandlingsrum” er, deres opfattelse af netop denne forståelse af behandling er værende noget helt selvfølgelig, og deres manglende bevidsthed om alternativer til denne forståelse af behandling. Deres opfattelse af behandling som noget der skal adskille sig fra gaden er helt central for dem, og denne opfattelse diskuteres ikke, da der ikke er bevidsthed om dennes alternativer – deres opfattelse af behandling er helt selvfølgelig for dem, så der stilles ikke spørgsmålstegn ved denne. Når sygeplejerskerne bliver spurgt ind til, hvorfor klinikken skal adskille sig fra gaden, bære responsen meget præg af en uforståenhed overfor spørgsmålet, samt tidligere omtalte svar som ”fordi det er en behandling” – altså svar som giver udtryk for en uforståenhed overfor, at der stilles spørgsmål til, at det selvfølgelig skal være en behandling, og at en behandling selvfølgelig indebærer en afstandstagen til gademisbrugsmiljøet. Som Järvinen skriver:

Vi ønsker typisk ikke at nogen kommer og sætter spørgsmålstegn ved sandhederne i vores praktiske sans. De har fungeret udmærket indtil nu (2004:29).

Der hvor udtrykket for doxa, den usagte, ikke-bevidste del af deres praksis særligt kommer i spil, er i deres manglende begrundelser for skabelsen af behandlingsmiljøet. For i de manglende begrundelser synes at være en uartikuleret selvfølgelig antagelse om, at behandling er modsat gaden. Traditionen om at behandling adskiller sig fra gademisbrugsmiljøet, synes således at blive et doxa i heroinklinikken. Doxaet vil reproducere sig selv, da der ikke stilles spørgsmålstegn ved fokuset på netop denne forståelse af behandling i klinikken, og på samme måde vil strategien om at skabe et behandlingsmiljø bevares. Begrundelser er ikke nødvendige, for alle er enige om hvad behandling er, så hvorfor diskutere det.

Doxaet har en væsentlig funktion i klinikken, nemlig en legitimering af behandlingen og en mestrning af en praksis med svære etiske dilemmaer. Som påpeget ovenfor skaber sygeplejerskernes forståelse af behandling, en mulighed for ”at behandle” udover den medicinske behandlingsdel, og kan dermed legitimere heroinbehandlingen, idet den byder på mere end blot et ”statsbetalt fix”. Sygeplejerskernes fokus på, at skabe et behandlingsmiljø, bør ses i sammenhæng med en løbende diskussion under heroinbehandlings tilblivelse om, hvad

”behandling” er. Heroinklinikkerne har stået med et dilemma om, hvorvidt det er tilstrækkeligt at behandlingen blot består af heroininjektioner, eller om brugerne skulle yde en form for indsats for at få stoffet (Birk og Johansen 2011a:7). Dette dilemma kan være en faktor i KABS’ forståelse af, at ”behandling” ikke kun omhandler heroininjektionen, men også omhandler miljøet, hvor brugerne opholder sig i klinikken, da miljøet i klinikken således er en behandling brugerne må indordne sig, hvis de vil have heroinen.

Sp.: Hvad ligger der i at holde det på et klinisk niveau?

Sv.: Der ligger det i det, at hos os er det en behandling. Jeg synes jo ikke vi skal være nogen der giver statsnarko – det her en behandling. Så kunne de bare sidde her og fikse og det vil vi ikke være del af.

Som sygeplejersken nævner i citatet, ønsker de ikke at være del af en praksis, hvor brugeren ”bare kan sidde og fikse”, hvorfor det er vigtigt for sygeplejersken at det er en behandling – underforstået at der må stilles nogle krav til brugerne.

Det skal pointeres, at der er tale om et *udtryk* for doxa, og at der tages et forbehold i påpegningen af den doxiske antagelse. Forbeholdet består i, at idet doxa er uartikuleret, ikke-bevidste antagelser om selvfølgeligheder, kan det logisk set ikke lade sig gøre at finde doxa på baggrund af kvalitative interviews, hvor kilden til viden er interviewpersonens verbaliserede forståelser. Derfor skal det blot sandsynliggøres, at sygeplejerskernes opfattelse af behandling er udtryk for en doxisk antagelse. Doxa omhandler opfattelser og handlingsmønstre som har fået status som selvfølgelige, og det er klart at der ikke i empirien kan findes handlingsmønstre, men der kan findes *antagelser* om opfattelser ved at bemærke sig, hvad der *ikke* bliver sagt og *ikke* er bevidst. Sygeplejerskerne nævner ikke nogle kritiske refleksioner om deres behandlingsbegreb, og kommer ikke ind på alternativer til behandling (på trods af flere uddybende spørgsmål), og antagelsen om doxaet funderes således i en slags ikke-fund, altså et fund om det sygeplejerskerne ikke siger. Det, at sygeplejerskerne ikke kan formulere begrundelser for deres behandling, og at de virker uforstående overfor spørgsmål herom, samt svar som ”det har jeg aldrig tænkt over”, ”det er ikke noget vi har diskuteret for sådan er det jo bare” kan således give en formodning om, at der hersker et doxa i heroinklinikken om, hvad behandling er. Det skal her præciseres at sygeplejerskerne er udmærket bevidste om de strategier de anvender som led i at skabe et

behandlingsrum. De er bevidste om, at der skal skabes et miljø i heroinklinikken, hvor der ikke bør være stofsnak og hvor brugerne skal opføre sig på en bestemt måde. Det er således ikke strategierne i sig selv de ikke er bevidste om. Den doxiske antagelse ligger ikke i deres forståelse af strategierne, for sygeplejerskerne verbaliserer uden besvær *hvad* de gør, som vist løbende i analysen. Dog er de ikke bevidste om, og kan derfor ikke verbaliserer, *hvorfor* de gør det, idet det for dem er en selvfølge. Doxaet har således følgeskab af en række bevidste opfattelser.

En sygeplejerske svarede, efter flere forsøg på at forklare, hvorfor behandlingsmiljøet er så væsentligt i klinikken:

Sp.: Hvad er begrundelsen for, at der er så meget fokus på, at det skal være et behandlingssted?

Sv.: Hmmm....Jeg har faktisk aldrig spurgt min leder om, hvorfor det skal være et behandlingssted.

Strategien om at skabe et behandlingsmiljø i form af kliniske betegnelser og en bestemt opførsel, er således ikke noget sygeplejerskerne har været med til at beslutte, og den doxiske antagelse kan tænkes, at være specifik for organisationen KABS. Dette på grund af, at denne forståelse ikke synes at være tilknyttet sygeplejefprofessionen (sygeplejerskerne i andre heroinklinikker arbejder ikke med samme forståelse af behandling), og heller ikke kun er udtryk for den enkelte sygeplejerskes forforståelse, idet forståelsen er fælles for sygeplejerskerne. Opfattelsen af et behandlingsrum kan være udtryk for en tradition der går langt tilbage i KABS regi, og som ingen i feltet bemærker eller stiller sig kritiske overfor. Bourdieu skriver: *”Traditionen er tavs ikke mindst om sig selv som tradition* (2000, citeret i Mik-Meyer 2005:108), og doxaer har det med at reproducere sig selv, idet nyttilkomne i organisationen, socialiseres til disse selvfølgelige antagelser. Uanset hvorfra og hvordan denne forståelse af behandling er opstået, er det bemærkelsesværdigt, at sygeplejerskerne ikke diskuterer de strategier, der anvendes i forsøget på at skabe dette behandlingsrum, og at de ikke forholder sig til, at der kan være alternativer til deres forståelse af, hvad ”behandling” indebærer.

6.1.4 Delkonklusion

Det viste sig i ovenstående analyse, at der i ønsket om at ”holde heroinbehandlingen på et klinisk niveau”, ligger strategier om at skabe et ”behandlingsmiljø”. Sygeplejerskerne er uklare om hvad

dette behandlingsmiljø indeholder, men sikkert er, at det forstås som noget der adskiller sig fra gademisbrugsmiljøet. Behandlingsmiljøet der tilstræbes i klinikken, handler således ikke om en afstandtagen fra misbrugsafvigelsen i sig selv, men om en adskillelse fra det subkulturelle gademisbrugsmiljø, som nogle brugere er del af, og som er kendetegnet ved en særligt afvigende adfærd.

Som strategi for at skabe dette behandlingsmiljø, indtager sygeplejerskerne en opdragende rolle i deres relation til brugerne, og korrigerer dem, hvis de taler ”gadesprog” og ikke opfører sig i overensstemmelse med gældende normer. Hensigten med at skabe dette behandlingsrum er således at brugeren, ud fra en læringsteoretisk tanke, kan tillæres nye omgangsformer, og på længere sigt socialiseres. Sygeplejerskerne ønsker altså, ud fra de bedste intentioner at frisætte brugerne, og de synes ikke at være opmærksomme på, at adfærdskorrektionen kan forstås som en krænkelse af brugerens integritet. I deres perspektiv berettiges afretningen af adfærd med et ønske om at give brugeren redskaber til at begå sig i samfundet. Dog er der ikke grundlag i empirien for, at denne hensigt opnås med strategien, og der gives udtryk for, at brugerne ikke nødvendigvis internaliserer afretningen, men blot tilpasser sig sygeplejerskernes forventninger. Forståelse af behandling som noget der står i opposition til gademisbrugsmiljøet, synes for sygeplejerskerne at være helt selvfølgelig, udelukkende positiv og uden egentlige alternativer. Der stilles ikke spørgsmålstejn ved, hvorfor miljøet i heroinklinikken skal adskille sig så markant fra gademisbrugsmiljøet og subkulturen knyttet til misbruget. Derfor kan sygeplejerskernes forståelse af hvad behandling er, ses som et udtryk for doxa. Et doxa som ikke har at gøre med sygeplejefprofessionen, men som nærmere er specifik for organisationen KABS. Doxaet i sygeplejerskernes forståelse af ”behandling”, tjener et centralt formål, idet brugeren må tilpasse sig behandlingsmiljøet og adfærdskorrektionen, og dermed yde noget for at deltage i den medicinske behandling. Således legitimeres det kontroversielle faktum, at misbrugere får deres foretrukne misbrugsstof i heroinbehandling, idet der ikke blot er tale om et gratis fix, men at der kræves noget af brugerne. Denne legitimering af behandlingen kan for den enkelte sygeplejerske, også handle om at mestre en praksis, som indeholder svære etiske dilemmaer.

6.2 Anden analysedel: Hvilke mål arbejdes der med i heroinklinikkens skadesreducerende behandling, og hvorledes forholder sygeplejerskerne sig til disse?

Denne analysedel har til hensigt at afklare de behandlingsmål, der tilstræbes i brugerens behandlingsforløb, hvilket vil tydeliggøre nogle strategier i sygeplejerskernes tilgang. Endvidere vil denne analysedel danne afsæt til den fjerde analysedel om problemforståelsen, idet følgende vil anskueliggøre sygeplejerskernes forståelse af brugeren.

Spørgsmålet om, hvilke mål der skulle tilstræbes i heroinbehandling, har været et mangeårigt stridspunkt, idet der har været uenighed om hvorvidt behandlingen skulle have stoffrihed eller skadesreduktion som primært mål. På trods af dette er der ikke eksplicit angivet noget mål for den medicinske behandling i Sundhedsstyrelsens vejledning, og der har således været stor frihed for den enkelte heroinklinik til selv at bestemme, hvilke mål der skal tilstræbes. I Hvidovre, som i samtlige heroinklinikker i øvrigt, har man tolket vejledningen til at indebære et implicit mål om stabilisering og et generelt ønske om skadesreduktion. Denne tolkning skal ses i sammenhæng med, at der generelt indenfor substitutionsbehandling er en stærk tradition for at arbejde ud fra principper om skadesreduktion. At skadesreduktion er det overordnede mål for behandlingen, afklarer dog på ingen måde spørgsmålet om, hvilke mål der arbejdes ud fra – det synes nærmere at skabe flere af slagsen: For hvilke mål tilstræbes egentlig i en skadesreducerende behandling? Hvordan forholder man sig til stoffrihed når man arbejder ud fra princippet om skadereduktion? Hvis stoffrihed ikke er målet, hvilke ideelle og langsigtede mål er der så? Og hvor meget eller hvor lidt skade skal minimeres, før det kan kaldes et skadesreducerende mål? Disse spørgsmål søges afdækket i det følgende, og vil tydeliggøre nogle af de strategier, sygeplejerskerne anvender i praksis.

6.2.1 Individuelle behandlingsmål

I spørgsmålet om hvilke behandlingsmål der arbejdes med, var sygeplejerskerne meget enige og tydelige i deres svar. Det var helt klart i alle interviews, at der lægges særligt stor vægt på, at det er brugeren selv, der skal formulere sine individuelle målsætninger, og at dette er en væsentlig og meget bevidst strategi i klinikken:

Sp.: Hvad er målet for behandlingen?

Sv.: Det er meget individuelt. Nogen vil gerne komme og blive påvirkede, nogen vil gerne komme og blive raske og nogen vil gerne ud af det. De (brugerne) formulerer målene, og det ændrer sig løbende.

Som sygeplejersken formulerer det ovenstående, er det op til brugeren at formulere sine mål for behandlingen, og disse tilstræbes uanset essensen af dem. Det er således ikke sundhedsfaglig viden, beskæftigelsesrettede tiltag eller lignende, der definerer mål for behandlingen, men udelukkende op til brugerens egne ønsker, hvilke mål der skal være. Det, at brugernes *ønsker* er bestemmende for behandlingsmålene, er ifølge Villadsen meget karakteristisk for socialt arbejde i dag, og er et opgør med den tidligere dominerende diskurs om brugernes *behov* (Villadsen 2003:223). I heroinklinikken skal initiativet til forandring komme fra brugeren selv, og der stilles ingen ydre krav om, at brugeren skal nedtrappes i heroinen, afvænnens fra sidemisbrug, blive selvforsørgende, komme tættere på arbejdsmarkedet eller andre hverken sundhedsmæssige eller socialfaglige mål. Villadsen skriver sammenligneligt med denne iagttagelse, at tendensen til fokus på brugerens *ønsker* sker ”på bekostning af socialfaglige normer, samfundsmæssige krav eller objektive menneskelige behov” (Villadsen 2003:223).

At formuleringen af behandlingsmålene er op til brugeren, hænger sammen med en opfattelse af, at initiativer til forandring skal komme fra brugeren selv, hvilket er et typisk karaktertræk, nogen vil sige en grundpille, indenfor skadesreduktionstilgangen. Indenfor skadesreduktion beskrives tre centrale værdier ofte; accept af brugerens afgørelse om at bruge stof, respekt for brugeren som en person der er ansvarlig for sin adfærd, og neutralitet i forhold til stoffrihed (Ege 1997:10). Sygeplejerskerne synes at følge disse principper nøje, ved at gøre brugerens selvformulerede ønsker til behandlingsmål og dermed acceptere en eventuelt vedligeholdelse af stofbruget. Endvidere opfattes brugeren som en ansvarlig person, der kan træffe rationelle, skadesreducerende beslutninger for eget liv, i tråd med menneskesynet i skadesreduktions-perspektivet.

Behandlingsmålene er således udelukkende op til brugeren at bestemme – men hvilke overordnede mål er der indenfor en skadesreducerende behandling, og hvor lidt skadesreducerende må et mål være, for at være et mål? En sygeplejerske siger om dette:

Det skal bare ikke blive værre, det er jo det der ligger i begrebet (skadesreduktion) ik... Målet er, at det ikke bliver værre og at de får et lille helle i deres forjagede hverdag, de kommer her og får

noget behandling. Det kan være små mikromål og det kan være noget større, det er vidt forskelligt

Det skal igen bemærkes, at sygeplejerskerne ikke i talesætter mål om at opfylde objektive basale behov, eller behov defineret ud fra normative standarder om, hvad et liv som minimum bør indeholde. Der fokuseres udelukkende på brugerens artikulerede mål - dog må behandlingen ikke forværre brugerens situation. Den skadesreducerende behandling i heroinklinikken indebærer således meget beskedne mål for brugerens udvikling i behandlingsforløbet, hvilket synes at give indtryk af, at skadesreducerende behandling for nogle brugere er det samme som stabiliserende behandling uden den store forandring. Her skal trækkes en linje til projektets indledende afsnit, hvor det påpeges, at substitutionsbehandling ikke primært bør fungere som en skadesreducerende foranstaltning, men at behandlingen må være offensiv og kontinuerligt bør efterstræbe en forbedring af brugernes livssituation (Ege 2005:50).

At der ikke sættes en mere ambitiøs grænse for hvor beskedne behandlingsmålene må være, kan endvidere tyde på en holdning om, at brugergruppen i heroinbehandlingen alligevel ikke kan imødekomme ambitiøse målsætninger. Denne holdning sætter nogle sygeplejersker også ord på, i citater som *"rent fysiologisk er der også så mange skader, så er det overhoved muligt at de kan få et tåleligt liv...det er jo ikke sikkert"*, *"hovedparten af dem vi har får vi aldrig normaliseret, for de er så skadet"*, *"jeg tror slet ikke der bliver et andet liv for dem"*. Nogle brugere antages således ikke at indeholde det store forandringspotentiale, dog er dette ikke en entydig holdning, og nogle sygeplejersker omtaler ligeledes brugere i behandlingen med udsigt til både stoffrihed, arbejde og andre langt mere ambitiøse mål end stabilisering. Sygeplejerskerne har altså meget forskellige vurderinger af brugernes muligheder for bedring, nogle er meget optimistiske og lægger vægt på at *"man altid må tro på det gode"* som en siger, og andre vurderer brugernes forandringspotentiale langt mere skeptisk. Det er svært på baggrund af foreliggende empiri at påpege nogle træk, der kan forklare de forskellige holdninger, men sikkert er, at sygeplejerskerne har forskellige forforståelser, bestående af forskellige holdninger, værdier, erfaringer, viden med mere. Således *"dikterer"* hverken professionen eller organisationen et bestemt syn på brugerens forandringspotentiale, da det afhænger af den enkelte sygeplejerskes forforståelse.

I forhold til langsigtede mål, gives der i empirien udtryk for, at der ikke nødvendigvis skal være sådanne i behandlingen, for hvis bare et kortsigtet mål er nået, har behandlingen levet op til målet om, at reducere skade.

For nogen af dem der er i behandling nu, da vil det her da sikkert være en behandling for resten af deres liv, og de har ikke noget mål eller ønske om, at blive stoffrie og trappe ned, men man kan sige, at målet med ikke at købe illegal heroin, pushe for andre eller stjæle - hvis det mål er nået, så er det fint.

Skadesreduktionsprincippet giver således mulighed for, at behandlingen ikke skal udgøre langsigtede mål eller store forandringsspektiver for alle brugere. Som ovenstående viser tillægges brugeren et stort ansvar for selv, at være i stand til at formulere sit hjælpebehov og sætte sig mål. Om behandlingen rettes mod langsigtede, kortsigtede eller blot et beskedent mål om, at der ikke må ske forværringer, er således op til brugeren selv og hans evne til at forestille sig og formulere målsætninger for egen behandling. Denne indstilling til, at brugerne selv skal formulere deres mål, afføder et spørgsmål om, hvilke mål de brugere, som *ikke kan* formulere egne målsætninger, så behandles ud fra. En sygeplejerske siger om dette:

Sp.: Er der nogen brugere der ikke kan formulere deres mål?

Sv.: Ja.

Sp.: Hvad arbejder i så hen imod?

Sv.: Jamen de vil bare have deres medicin ik...De vil bare have deres stof og så ikke ret meget mere.

De brugere som ikke har nogle egen-definerede målsætninger, behandles jævnfør dette citat, ud fra en målsætning om blot at deltage i behandlingen og få stoffet. Som sygeplejersken i et tidligere citat siger, så vil behandlingen være livslang for nogle brugere, fordi de ikke har noget ”ønske” om forandring, hvilket vil sige at brugeren ikke har *formuleret* et ønske om forandring. Der synes således at være en tendens til, at brugernes manglende italesættelse af deres hjælpebehov opfattes som ”ingen behandlingsmål”, og som et udtryk for at brugeren ”bare gerne vil have sin medicin”. Når brugerne skal være i stand til at udtrykke ønsker om behandlingsmål kræver det, at han kan reflektere over egen situation, forestille sig realistiske resultater i

fremtiden, samt at han kan artikulere (hvilket forudsætter at kunne forstå) sit hjælpebehov. Dette kan sandsynligvis være store krav at stille til nogle brugere. Der har i socialt arbejde de seneste år, været en tendens til at lægge stor vægt på brugerens selvstændiggørelse, man kan kalde det en bemyndigende eller empowerment-tendens (Villadsen og Mik-Meyer 2008:6). Dette på bekostning af socialt arbejde, hvor socialarbejderen spiller en mere aktiv rolle i formuleringen af målsætninger samt fuldførelsen af disse - en rolle som i dag ofte betegnes som paternalistisk og klientgørende. Dog kan der ligge en vis omsorg i, at et andet menneske tager ansvar i en situation, som for brugeren kan være uoverskuelig og svær at forholde sig til. På samme måde er brugerens selvforvaltning heller ikke kun af det gode, idet der med ansvaret for forvaltning af egne mål også følger et individuelt ansvar for egen bedring. Som Järvinen og Andersen formulerer det: *"I modsætning til en udbredt antagelse om, at skadesreduktionstilgangen næsten per automatik medfører større værdighed og mindre moralsk skyld for stofmisbrugerne, så kan skadesreduktion i værste tilfælde medføre det stik modsatte"* (Andersen og Järvinen 2006:318). Med dette hentyder forfatterne til, at de brugere der ikke magter at formulere deres hjælpebehov, kan opleve mindre værdighed, og mere moralsk skyld, fordi de ikke har realiseret deres ønsker, trods ubeskåret adgang til hjælp, viden og selvbestemmelse.

Det kan udledes af ovenstående analyse, at der lægges stor vægt på brugeren som et unikt individ med individuelle mål. Det forventes ikke at brugerne har samme mål, da der er en forståelse af at de er forskellige og unikke, og at man derfor "bør møde brugeren hvor han er", som flere af sygeplejerskerne siger, underforstået at den enkelte bruger har særlige ønsker i behandlingen. Dog tillægges alle brugerne egenskaber, som at være grundlæggende konstruktive og have kompetence til at formulere målsætninger, uden at have øje for brugernes individualitet og forskellighed i besiddelsen af disse egenskaber. Faren ved per automatik at tillægge brugerne egenskaberne at være konstruktiv og kunne reflekterer over fremtidige mål, er selvsagt at sygeplejersken kan risikerer at overse de brugere, der kun i mindre grad besidder evnen til at formulere hjælpebehov og fremtidige målsætninger. Overordnet tyder empirien på, at der lidt ensidigt fokuseres på brugernes ønsker, og sygeplejerskerne synes ikke at skelne mellem brugernes behov, ønsker og deres mestring. Når sygeplejerskerne fokuserer på brugernes ønsker, synes de således at overse at der er forskel på (1) ønsker, som kan være mere eller mindre realistiske, (2) behov, som brugeren muligvis kan have gavn af hjælp til at formulere, og (3)

brugerens mestring af friheden til selvforvaltning, som er afgørende for hvorledes brugeren forholder sig til både ønsker og behov.

6.2.2 Stoffrihed som mål

Også i forhold til spørgsmålet om stoffrihed som mål, er det ligeledes brugerens selvformulerede mål, der er afgørende. Her ses et citat fra en sygeplejerske adspurgt om, hvad målet for behandlingen er:

Det er individuelt. Den der med at de skal være stoffrie...altså hvis det er det de vil, så er det fint. Men ellers ser jeg det som et mål for behandlingen at fru Jensen ikke skal ned og prostituerer sig, med de skader det medfører. Så er det lige så fint, hvis det er det, hun gerne vil. Så det afhænger ikke nødvendigvis af stoffrihed, men om hvad den enkelte ønsker.

Citatet viser, at der arbejdes ud fra et generelt mål om skadesreduktion, men at det er udelukkende op til brugeren at formulere det konkrete mål. Om målet er mod stoffrihed, stabilisering etc. er underordnet for sygeplejerskerne, og de forholder sig således neutralt til stoffrihed, jævnfør skadesreduktionstilgangen. Der synes i empirien at være en tendens til, at sygeplejerskerne tænker på stoffrihed som det helt ideelle mål, men at andre mål er ligeså væsentlige og gyldige, så længe de reducerer skade. Målet er således ikke at brugeren bliver stoffri, men stoffrihed udelukkes ikke som et middel til bedring. Undersøgelser fra metadonbehandling har vist, at behandlere som arbejder ud fra skadesreduktionstilgangen, ofte er imod målet om stoffrihed og fraråder deres brugere at efterstræbe det, da det vurderes ikke at være realistisk (Andersen og Järvinen 2006:317). Dette synes ikke at være tilfældet i heroinbehandlingen, hvor sygeplejerskerne ofte omtaler stoffrihed som det helt ideelle mål for behandlingen. Dog nedtones dette ideal og i stedet fremhæves brugerens selvbestemmelse, som i følgende citat:

Sv.: Altså inden jeg kom her tænkte jeg egentligt, at det handlede om, at hjælpe dem igennem deres misbrug, så de kunne blive clean. Men så vågnede jeg jo så lidt op til virkeligheden da jeg kom her...for det handler det selvfølgelig også om, men det er ikke det, det handler mest om. Du kommer ikke i heroinbehandling fordi det er et krav at du skal blive clean, du kommer sådan set bare i behandlingen fordi du matcher nogle krav og nogle kriterier og fordi det skal gøre livet nemmere for dig.

Sp.: Tænker du stadig at det ville være bedst at få dem stoffri?

Sv.: Nej...fordi...hvad ved jeg om det. Det skal jo være det, der er bedst for dem. Og hvis de i deres hverdag har det bedst med at få deres stof, så er det, det de skal.

Sygeplejersken her giver udtryk for en opfattelse af, at stoffrihed ikke nødvendigvis er det, der er bedst for brugeren, og at målet for behandlingen skal defineres af brugeren selv, da han ved hvad der er bedst for ham. Brugeren er således ekspert i eget liv, og sygeplejerskerne som professionelle kun kan støtte brugeren i de beslutninger han træffer. Der lægges meget stor vægt på brugerens selvstændighed, og sygeplejerskerne udviser en respekt for brugerens målsætning, om det så er mod stoffrihed eller ej. I denne indstilling til, at initiativ til forandring skal komme indefra, ligger ofte også en antagelse om, at mål som ikke er defineret af brugeren selv, alligevel ikke vil realiseres (Andersen og Järvinen 2006:313). Der udtrykkes generelt i interviewene en antagelse om, at når brugeren selv formulerer sine mål, så er der ikke samme fare for nederlagsfølelse og selvbefredelse, som hvis der var et fastsat mål som eksempelvis stoffrihed. Dog er der, som tidligere påpeget, også risiko for nederlag, i tilfælde af at brugeren ikke opfylder sine selvforvaltede ønsker.

6.2.3 Sygeplejerskens forholden sig til behandlingsmål

Når behandlingsmålene som vist baseres udelukkende på brugernes ønsker, og ikke på professionelt definerede målsætninger, efterlader det spørgsmålet om, hvilken rolle sygeplejersken har i formuleringen og efterlevelsen af behandlingsmålene. En sygeplejerske siger om dette:

De skal selv komme og sige, at det kunne de godt tænke sig. Og så bakker jeg dem selvfølgelig op i det og siger skidegodt og holder dem fast på, at det var det de ville. Men kommer de en dag og siger; jeg kan ikke alligevel og jeg vil gerne øges (i medicin), så står jeg ikke og ser surt på dem og giver dem en pegefinger eller noget, for det er deres valg.

Der ligger et tydeligt dilemma i denne udtalelse, for hvornår er det tid til at ”holde dem fast på hvad de vil”, og hvornår er det tid til at anerkende en kursændring. Heri ses et typisk dilemma indenfor skadesreduktionstilgangen, nemlig om potentialet for livskvalitetsøgning udnyttes tilstrækkeligt. Der synes at være en antagelse blandt sygeplejerskerne om, at ansvar for egne

målsætninger udelukkende er noget godt, og der stilles ikke spørgsmålstejn ved rigtigheden af, at give brugeren selvbestemmelse og ansvaret for formuleringen af behandlingsmål. En fare ved at overlade behandlingsmålene til brugerne uden professionel indblanding, er således at brugerens muligheder ikke udnyttes, idet det er svært at vurdere, hvornår brugerens valg bør accepteres og hvornår sygeplejersken skal forsøge, at motivere for fastholdelse af målet og yderligere forandring. Denne afvejning er et dilemma i socialt arbejde generelt, men faren for ikke at udnytte forbedringspotentialer kan tænkes at forværres, når de professionelle vurderinger tilsidesættes og behandlingen ikke bliver tilstrækkelig offensiv. I denne sammenhæng kan det tænkes at være gavnligt for sygeplejersken at forholde sig til hvorledes brugeren mestre denne selvforvaltning, og om brugeren eventuelt har behov for støtte til håndteringen af den store frihed til at forvalte sine behandlingsmål. Andersen og Järvinen skriver med henvisning til flere forskere (Villadsen og Gruber 1999, Åkerstrøm 2003, Villadsen 2004), at udviklingen i det sociale arbejde generelt har været præget af et stigende fokus på klienternes selvforvaltning (2006:312).

Brugerne har således selv et stort ansvar for at lykkes med de mål han sætter sig, og lykkes han ikke er han den eneste at bebrejde - "a failure of the self to take care of it self" (Andersen og Järvinen 2006:319). Denne selvbestemmelse der "overdrages" til brugeren har således, trods dens umiddelbare positive værdi, også nogle kritikpunkter eller risici som sygeplejerskerne kan drage fordel af at kende til. Da selvbestemmelsen er et princip universelt for alle brugere, tages der ikke stilling til hvorvidt den enkelte bruger vil have gavn af dette ansvar for egne behandlingsmål, eller om det vil være en bedre løsning at sygeplejersken med sin faglighed, og selvfølgelig i samarbejde med brugeren, er langt mere aktiv i formuleringen af behandlingsmålene. I empirien vægter alle sygeplejerskerne princippet om selvbestemmelse meget højt, og som påpeget tidligere, indtager sygeplejersken ikke en mere aktiv rolle, selv i tilfælde af at brugeren ikke kan formulere konkrete mål ("for så vil de bare have deres medicin").

Trods at alle sygeplejerskerne konsekvent fremhæver brugernes selvbestemmelse, som i øvrigt er del af KABS nedfældede værdier¹⁰, når der spørges ind til udformningen af behandlingsmål, tyder empirien på, at nogle af sygeplejerskerne har en del holdninger til, hvilke mål der skal sættes og hvorledes disse mål bør tilstræbes. I følgende citat beskriver en sygeplejerske implicit den magt der anvendes, hvis brugerens ønske ikke er overensstemmende med sygeplejerskens

¹⁰ KABS Årsrapport 2008

vurdering af et realistisk mål. Denne magt er dog skjult og legitimeret under princippet om brugerens selvbestemmelse.

Sv.: Det handler om, at give den enkelte bruger så meget frihed og ansvar selv, uden at det kammer helt over. (...) Når brugerne kommer her, er der mange af dem som ikke engang har tænkt tanken, at de kan blive stoffri, som måske har haft mange nederlag og ikke tror på det mere. Men det er noget med at følge brugerne, og når de så er klar til noget nyt så gør vi det. For det er rigtig vigtigt at skynde sig langsomt med sådan noget her, og mange gange har brugerne ikke den fornødne tålmodighed, og så kan vi godt som fagpersoner sige, ved du hvad, den der, den kommer ikke til at holde.

Sp.: Så I oplever at der er brugere der ikke har realistiske mål?

Sv.: Ja! De skal bare højt op i dosis, hurtigt trappe ned og så færdig. Og der har jeg det sådan lidt...det kan hjernen ikke følge med til, og der er også nogle mentale ting man skal arbejde med undervejs.

Sygeplejersken giver i dette citat udtryk for, at hun som fagperson ved bedre end brugeren, hvilke mål der er realistiske og i hvilket tempo mål bør nås. Dette skaber selvsagt et paradoks mellem på den ene side, at se brugeren som et individ der er rationelt handlende og som (den eneste) kan træffe de rigtige beslutninger for eget liv, og på den anden side, at se brugeren som en, der sætter sig urealistiske mål, som ikke vil kunne nås uden modificering fra fagpersoner. Den ideologiske forståelse af brugeren indenfor skadesreduktion, er således kun anvendt af sygeplejerskerne i nogle henseender. Brugeren beskrives som ansvarligt og selvstændigt individ på den ene side, og på den anden side som et individ der har behov for støtte, fordi han ikke er i stand til at træffe ansvarlige beslutninger – i hvert fald hvis brugerens ønsker ikke harmonerer med sygeplejerskens overbevisning om en relevant målsætning.

Sygeplejersken har et ønske om, at skabe en positiv forandringsproces for brugeren, et ønske som ikke altid vil være sammenhængende med princippet om brugerens selvbestemmelse. Denne konflikt som sygeplejersken giver udtryk for, mellem respekten for brugerens selvbestemmelse og forpligtelsen i som fagperson at intervenere, er ifølge Villadsen et uundgåeligt dilemma i socialt arbejde, hvor der ydes hjælp efter brugerens individuelle behov. Dilemmaet er et resultat af mødet mellem to forståelser, hvoraf den ene prædiker ansvar og den anden omsorg (Villadsen

2003:216). Det er et dilemma mellem at respektere det myndige individ og intervenere for at skabe forandring for selv samme individ (Villadsen 2003:212).

6.2.4 Delkonklusion

I analysen af, hvilke mål der arbejdes med i heroinklinikkens skadesreducerende behandling, blev det tydeligt, at der er tradition for en markant individualisering i udformningen af behandlingsmål. Sygeplejerskerne er meget enige om, at behandlingsmålene skal bestemmes udelukkende af den enkelte bruger, og eneste fælles ramme for behandlingsmålet er, at brugerens situation ikke må forværres under behandlingen. Brugernes individuelle *ønsker* er således afgørende for behandlingsmålet, og vægtes højere end sygeplejerskernes professionelle vurderinger af brugerens *behov*. I fokuset på brugernes ønsker, kan sygeplejerskerne synes at overse forskellen på ønsker, behov og i særligt grad synes de at overse brugerens evne til at mestre den store grad af frihed, de gives i udformningen af behandlingsmål.

Vægtningen af brugerens selvbestemmelse i udformningen af mål, vidner om en forståelse af brugeren som et rationelt handlende individ, der er i stand til at træffe skadesreducerende og fremtidige beslutninger. Sygeplejerskerne giver udtryk for en opfattelse af brugeren som værende ekspert i eget liv, hvorfor det er helt centralt at målet formuleres af brugeren, og ikke afhænger af professionelle vurderinger. Dog har denne ideologiske opfattelse af brugeren en grænse, hvis ikke målsætningen er overensstemmende med sygeplejerskens vurdering af et realistisk mål.

Sygeplejerskerne forholder sig ganske neutralt til brugernes målsætninger, hvad enten behandlingen ønskes at tilstræbe stoffrihed eller stabilisering, kortsigtet eller langsigtet mål. Det vigtigste for sygeplejerskerne er, at det er brugeren der formulerer målet, idet dette antages at sikre brugeren mod nederlag, i modsætning til behandling med et generelt mål om stoffrihed. Selvforvaltningen kan dog potentielt fører til et nederlag for brugeren, idet ansvaret for egen målsætning er tæt forbundet med ansvaret for ikke at nå egne mål. Der synes ikke at være bevidsthed om de eventuelle farer ved denne strategi, som særligt omhandler en risiko for, at brugere der ikke evner at formulere hjælpebehov og fremtidige mål kan blive overset, idet de antages blot ”at ville have stoffet”. Endvidere er der ikke opmærksomhed omkring, at sygeplejerskerne ved at tilsidesætte deres professionelle vurderinger af relevante mål, kan risikere at potentialet for brugerens livskvalitetsøgning ikke udnyttes tilstrækkeligt i behandlingen.

6.3 Tredje analysedel: Hvilke hensigter har sygeplejerskerne med deres strategier i heroinbehandlingen?

Analysen har hidtil beskæftiget sig med strategier karakteriserende for sygeplejerskernes tilgang, hvilke bør ses i sammenhæng med sygeplejerskens hensigter i behandlingen, idet strategierne har til formål at opnå bestemte hensigter om, at ændre bestemte tilstande.

Sygeplejerskerne refererer ofte til stigmatiseringsteori i interviewmaterialet, og omtaler brugerne som en stigmatiseret gruppe, der ideelt set vil blive ”af-stigmatiseret” i heroinbehandlingen. Følgende vil denne hensigt uddybes og det vil tydeliggøres hvorledes sygeplejerskerne sætter afstigmatisering i tæt sammenhæng med strategien om, at skabe et ”behandlingsmiljø” i heroinklinikken. Der tages således udgangspunkt i stigmatiseringsteori med det formål, at sætte sygeplejerskernes egne tanker om stigmatiseringsprocesser i spil, og diskutere disse tanker i forhold til konteksten i heroinklinikken. Stigmatiseringsteori er del af sygeplejerskernes professionsteori, hvori Goffmans ”Stigma” (1975) indgår. Oftest taler sygeplejerskerne om stigmatisering, men nogle bruger også ordet stemping, som teoretisk henviser til Howard Becker (1963). Dog synes sygeplejerskerne ikke at skelne mellem disse to, men blot at henvise til samspillet mellem de såkaldt normale og de stigmatiserede i samfundet, samt den stigmatiseredes selvbillede og oplevelse af stigmaet.

6.3.1 De stigmatiserede brugere

Jeg har set mange fine damer, der drak rigtig meget rødvin, og det hedder Amarone, men i min optik er de ikke anderledes end Jensen der sidder nede på bænken med en guldøl. Jeg har oplevet, at fordi mine patienter ikke har de reneste fingre og måske har et andet sprog, så bliver de behandlet anderledes. Og det har jeg det svært ved. Det her område er bare mere stigmatiseret og har negativ opmærksomhed omkring sig.

Citater som ovenstående er at finde i samtlige interviews. Sygeplejerskerne er meget opmærksomme på, at en stor del af brugergruppen er bærere af stigma, og at de ofte stemples som narkomaner. Det skal her påpeges, at når sygeplejerskerne taler om stigmatiserede brugere, så henviser de til de brugere som færdes i det særligt afvigende subkulturelle miljø, tidligere

omtalt som gademisbrugsmiljøet. Der henvises således ikke til de brugere, der kun har misbruget som afvigelse, og som udadtil formår at opretholde et liv i overensstemmelse med gældende normer. Sygeplejerskerne refererer således til de af brugerne, der afviger fra gældende normer, ikke kun i kraft af deres misbrug, men særligt i kraft af den subkulturelle adfærd og levemåde, som kendetegner gademisbrugsmiljøet. Disse brugere er ofte stemplet som ”gadenarkomaner”, hvori der synes at ligge fordomme om, at misbrugere er svage karakterer, sociale afvigere der ikke kan tilpasse sig samfundets regler og normer, kriminelle og utilregnelige mennesker med lav moral (Becker 2005:173).

Sygeplejerskerne anvender ofte stigmabegrebet når de omtaler deres forventninger til heroinbehandlingens resultater, og der er en forhåbning om, at behandlingen kan fjerne eller i hvert fald reducere stigmatiseringen af brugerne. Afstigmatisering af brug/misbrug af stoffer er ifølge Ege (2010) et grundelement i skadesreduktionstanken, og i empirien ses således også en tendens til, at denne afstigmatisering ses i sammenhæng med de skadesreducerende indsatser, som heroinbehandlingens tilbyder. Generelt er heroinmisbrugere ofte stigmatiserede, da særligt deres helbredstilstand i nogle tilfælde kan ”afsløre” misbruget (Narkosituationen i Danmark 2011). Netop dette stigma kan behandlingen tænkes at have mulighed for at nedtone, idet brugernes helbredstilstand forbedres væsentligt i kraft af den intensiverede sygeplejefaglige opmærksomhed, brugerne får under heroinbehandlingens. Endvidere er der en forventning blandt sygeplejerskerne om, at behandlingens skadesreducerende indsatser også vil kunne reducere stigmaet i forhold til brugernes subkultur og afvigende adfærd. Dette i kraft af, at gademisbrugsmiljøet kan gøres mindre synligt, idet brugerne ikke (optimalt set) vil fixe på gaden, ikke vil sidde på bænken og ikke vil lave kriminalitet i samme omfang som før behandlingen. Der er således en forventning om, at de ændringer som behandlingen udgør i brugerens liv, kan mindske stigmatiseringen af brugerne. Disse skadesreducerende foranstaltninger kan defineres som reelle eller objektive forbedringer af brugernes situation, men sygeplejerskerne udtrykker også mindre konkrete hensigter med behandlingen, hvilke uddybes i det følgende.

6.3.2 Medikaliseringens afstigmatiserende effekt

Særligt er der en forventning blandt sygeplejerskerne om, at i og med at heroinen er blevet legal medicin, kan brugeren selv og det omgivende samfund acceptere misbruget som en sygdom, og dermed fjerne det afvigende narkomanstempel. En sygeplejerske formulerer hensigten således:

Jeg synes jo det er guds gave, at heroin er blevet lægeordineret medicin. Nu kan man jo sige til brugeren; nej du er ikke en misbruger, du får lægeordineret heroin. Og der ligger bare en stor forskel. For de har også stemplet sig selv og sat sig i en kasse der hedder misbruger. Så jeg synes der ligger meget i at kunne sige; jeg får lægeordineret medicin. Det er målet, at få dem til at se det sådan.

Det blev tydeligt ved bearbejdning af empirien, at afstigmatisering opfattes som sammenhængende med medikaliseringen af misbrugsbehandlingen, og den heraf følgende sygdomsforståelse af afhængighed (som vil uddybes i fjerde analysedel). I citatet siger sygeplejersken ”nej du er ikke misbruger, du får lægeordineret heroin”, og denne udtalelse er en blandt flere med samme essens. En anden sygeplejerske siger lignende:

Sv.: Jeg synes heroinbehandlingen er en mere værdig måde.

Sp.: Kan du sætte flere ord på det?

Sv.: Ja altså de skal ikke ud og prostituerer sig og stjæle eller tigge i toget. Her er de sikret deres medicin (..) Det er jo også at fjerne stigmatiseringen – for nu er heroinen jo blevet et lægemiddel og det er ordineret af lægen. Det kunne lige så nemt være furix¹¹.

Sygeplejersken giver i citatet udtryk for en målsætning om, at man kan fjerne det stempel misbrugere ofte påhæftes, ved at deres afhængighed nu ”anerkendes” som en lidelse der kræver behandling med stoffet heroin. Det faktum, at heroinen nu er lægeordineret og brugerne får stoffet i en behandlingskontekst, ses altså som et middel til at give brugeren en anden rolle, en rolle som patient og ikke narkoman. Der synes generelt hos sygeplejerskerne, at være en forventning om, at denne sygdomsforståelse, der ligger mere eller mindre implicit i heroinbehandlingen, har nogle anerkendende elementer, som vil kunne afstigmatisere brugeren, og ikke mindst få brugeren til at ændre sit selvbillede fra ”nydelsesyg og afvigende narkoman” til

¹¹ Furix er medicin som anvendes ved eksempelvis ophobning af vand i kroppen og forhøjet blodtryk.

”patient med en kronisk lidelse, der er berettiget til behandling”. Brugerens misbrug kan ud fra denne tanke normaliseres, ved at afhængigheden anskues som en lidelse på lige fod med diabetes – en sammenligning nogle af sygeplejerskerne bruger flere gange. Denne forventning er i øvrigt overensstemmende med Conrads tese om, at medikalisering kan legitimere bestemte afvigelser, idet sygdomsforståelsen gør skyldsspørgsmål mindre relevante (Conrad 1975:19).

Sygdomsforståelsen af afhængigheden bliver således et middel til at anerkende brugeren. Der synes altså at være en forventning blandt sygeplejerskerne om, at brugerne kan ryste stigmaet af sig, hvis de anerkendes som kronisk syge patienter og derved får tildelt en anden rolle. Gennem denne anerkendelse som værende berettiget kronisk syg er det sygeplejerskernes ønske, at give brugeren et mere positivt selvbillede, og derved skabe en forandring inde i brugeren selv.

Som tidligere beskrevet har der været en stærk tradition indenfor misbrugsfeltet for, at anskue misbruget i et psykosocialt perspektiv, hvor symptomforståelsen af misbruget har været den gængse. Men symptomforståelsen har også ofte været kritiseret for dens stigmatiserende karakter, da den konsekvent søger bagvedliggende årsager og fokuserer på misbrugeren, som et menneske med bevidste eller ubevidste psykosociale problemstillinger (Ege 2004:17). Sygdomsforståelsen har til sammenligning et anerkendende element, da den ikke per automatik tillægger misbrugeren psykosociale problemer, men anskuer misbruget mere isoleret. Sygdomsforståelsen kan dog kritiseres for at give stofmisbrugeren en opfattelse af at være kronisk syg, hvilket kan være en faktor i opretholdelse af misbrug eller tilbagefald ved stoffrihed. Endvidere kan sygdomsmodellen kritiseres for at individualisere sociale problemer, da modellen som oftest ikke inddrager samfundsstrukturer og sociale problemer i problemforståelsen, men fokuserer på den individuelle lidelse som noget mere eller mindre isoleret (Conrad 1975:19).

6.3.3 Subkultur og skintilpasning

De (brugerne) har ofte et meget stigmatiseret syn på sig selv og deres omgangskreds og ser ned på sig selv, og kan ikke få sig selv til at bede om hjælp, holder sig hellere væk. Det handler også for mig om, at præge dem og vise dem, at det er jo vigtigt, at du møder op til den her hepatitis behandling, for du har lige så meget ret til den som alle andre. Og støtte dem i, at det er vigtigt at passe på sig selv og at de er værd at blive passet på.

I ovenstående citat omtaler sygeplejersken den stigmatiseredes internalisering af en devalueret selvforståelse og opfattelse af sig selv om afvigende. Sygeplejersken ønsker at modvirke internaliseringen, eller rettere, at medvirke til at brugeren i kraft af relationen til ”den anerkendende sygeplejerske” internaliserer et bedre selvbillede. Sygeplejerskerne lægger således meget vægt på, at det er en uønskværdig social tilstand, at heroinmisbrugere udgør en stigmatiseret gruppe i samfundet, og denne tilstand ønskes ændret med de anvendte strategier. I analysens første del fremgik det hvorledes sygeplejerskerne i dagligdagen forsøgte at tillære brugeren bedre hygiejne, høfligere omgangsform og pænere sprog, som strategi for at reducere stigmatiseringen, som eksempelvis kan været kendetegnet ved disse miskrediterende særtræk, som Goffman kalder det (2009:45). De forsøger således at gøre det muligt for misbrugeren, at fremstille sig selv som værende en af de ”normale”, ved at fralære ham den subkulturelle adfærdsform, som udgør et væsentligt stigma. Sygeplejerskerne ønsker at afstigmatisere brugerne ved at lære dem ikke at udvise adfærd der antyder deres afvigelse, og i stedet tillære dem ”normal” adfærd, så de kan skjule deres misbrug. Hensigten er dermed, at den meget synlige afvigende adfærd skal skjules, så misbruget bliver knap så tydeligt. Misbrugs-afvigelsen skal ikke nødvendigvis fjernes eller helbredes, da det ikke er muligt at stille krav om dette i sygeplejerskernes skadesreducerende tilgang, hvor stoffrihed og helbredelse af afhængigheden ikke i sig selv bør være mål for behandlingen. Dog er det hensigten at brugeren vil ændre sit selvbillede, så han ikke føler sig (og opfører sig) som afviger. Denne selvstempling, som sygeplejersken beskriver hun oplever hos brugerne, kan imidlertid være nyttig for brugeren, idet den skaber et tilhørsforhold til det subkulturelle fællesskab:

Den altafgørende faktor for individets integration i en sådan subkultur er, om han eller hun er blevet identificeret, og identificerer sig selv, som afviger (Järvinen 2005:12).

Subkulturer tilbyder ofte et solidt fællesskab, og særligt for de mest marginaliserede heroinmisbrugere, kan fællesskabet i gademisbrugsmiljøet være det eneste fællesskab, de kan medvirke i. Grundet dette fællesskab vil den subkulturelle tilværelse være meget svær for brugeren at forlade. Der er således en nyttighed knyttet til brugerens selvstempling og afvigende adfærd, i og med at denne forudsætter hans integration i subkulturen.

Goffman anvender begrebet ”den gode tilpasning”, om den situation hvor den stigmatiserede på opfordring fra normale, fremstiller sig selv som normal, og opfører sig som om, at afvigelsen

ikke gør den stigmatiserede forskellig fra de normale. Den stigmatiserede skal således lade som om, han accepteres af sig selv og af de normale, men stadig holde en afstand til de normale, så de uden at komme ud i en anspændt situation kan konstatere, at deres opfattelse af ham var rigtig. Dette kalder Goffman en skinnormalitet (2009:162). Der er ikke grundlag i empirien for at vurdere, hvorvidt en sådan skintilpasning gør sig gældende for brugerne i heroinbehandlingen, hvilket heller ikke er relevant for projektets problemstilling. Dog er det relevant hvorvidt sygeplejerskerne er opmærksomme på, at deres hensigt om afstigmatisering, ikke nødvendigvis vil opnås med de anvendte strategier (adfærdskorrektion, det afsmittende behandlingsmiljø). Som fremgået i ovenstående citater synes der ikke at være bevidsthed blandt sygeplejerskerne om, at deres strategier potentielt kan medføre en skintilpasning i modsætning til en socialisering af brugerne. Dermed ikke sagt at sygeplejerskerne går i en blind tro om, at behandlingen automatisk vil resultere i at brugeren integreres i samfundet. Men de synes ikke at tillægge det meget opmærksomhed, at på trods af at brugerne afstigmatiseres i behandlingen, så er det ikke givet at de hverken internaliserer denne nye rolle som patient, eller for den sags skyld, at de integreres i det øvrige samfund. Som sagt forsøger sygeplejerskerne at afstigmatisere brugeren gennem en sygdomsforståelse af afhængigheden, og ”den gode tilpasning” vil i dette tilfælde vise sig ved, at brugeren tager denne sygdomsforståelse til sig, forstår sig selv som syg patient og opfører sig som patient og ikke misbruger. At være syg er ligeledes et stempel, men er et langt mere inkluderende stempel end at være narkoman, og derfor at foretrække. Sygeplejerskerne er således ikke bevidste om, at brugerne potentielt kan udvikle en skinnormalitet og tilpasse sig ”falsk” – altså at deres strategier i behandlingen blot kan forårsage at brugeren foregiver at være normal, for at leve op til sygeplejerskernes forventninger og håb om, at brugeren kan fralægge sig sine stigmatiserende adfærdsformer og tillæres det ”normale”.

Trods den gode intention om at afstigmatisere, ligger der et magtaspekt i sygeplejerskernes strategi. Magten ligger i, at brugerne som en undertrykt gruppe tvinges til, at forstå sig selv ud fra en mere magtfuld gruppes perspektiv, og at brugerne dermed skal bekræfte samme normalitet som forkaster dem (Jacobsen og Kristiansen 2009:24). Selv for de brugere der under heroinbehandlingen opnår stoffrihed og tilegner sig normale adfærdsformer, vil der være risiko for, at de blot vil få status som nogen der har frigjort sig fra stigmaet, men ikke som værende normale (Goffman 2009:50). Becker skriver ligeledes om dette:

Stofmisbrugere forsøger ofte at kurere sig selv, ud fra motivation om at vise ikke-misbrugere at de ikke er så slemme som de bliver opfattet. Når det så lykkes dem at komme ud af misbruget, opdager de, at folk stadig behandler dem som narkomaner (Becker 2005:55).

Ovenstående citat påpeger, at brugerens afsked med det subkulturelle fællesskab, sjældent vil resulterer i en inklusion i det øvrige samfundsfællesskab. Dette indikerer ligeledes, at stigmatisering ofte forsøges minimeret ved en intervention på individniveau, eksempelvis ved sundhedsmæssige forbedringer, men ikke kurerer samfundet for stigmatiseringsprocesser (Jacobsen og Kristiansen 2009:31). Behandlingen med lægeordineret heroin kan således siges at være en symptombehandling af stigmatiseringen, idet den ikke gør op med årsagerne til stigmatiseringen, herunder de strukturer, vilkår og generative mekanismer der skaber stigmatiseringen af grupper i samfundet.

6.3.4 Delkonklusion

I denne analysedel blev det klart, at sygeplejerskerne opfatter brugerne som en højst stigmatiseret gruppe, og at der er en hensigt om, at heroinbehandlingen vil have en afstigmatiserende effekt, grundet flere faktorer. Først og fremmest tænkes brugerens forbedrede helbred at fjerne nogle fysiske stigma, idet brugeren tager på i vægt, behandles for hepatitis, får mindre eller ingen fixeskader med flere. Ligeledes forventes de skadesreducerende tiltag at fjerne eller reducere stigma, idet brugeren (i tilfælde af at behandlingen lever op til sit formål) ikke ses fixe på gaden, ikke laver berigelseskriminalitet, ikke sidder på bænken og så videre. Disse forventninger kan betegnes som reelle eller objektive, idet de omhandler faktiske forhold, der vil ændres i kraft af deltagelse i behandlingen. Sygeplejerskerne giver endvidere udtryk for, at behandlingen vil fører til en accept af heroinafhængighed, som værende en kronisk lidelse sammenlignelig med diabetes. Dette fordi heroin har ændret karakter, fra at være et illegalt misbrugsstof til at være et legalt lægemiddel. Brugeren tænkes således, i kraft af medikaliseringen af rusmidlet heroin og italesættelsen af heroinafhængighed som en kronisk lidelse, at kunne opfatte sig selv som patient berettiget til behandling, mere end som afvigende stofmisbruger. Brugeren skal således lære at forstå sig selv som normal, og derved få et bedre selv billede. Sygeplejerskerne synes ikke at være vidende om, at brugernes selvstempling er afgørende for inklusion i det subkulturelle fællesskab i gademisbrugsmiljøet. Det subkulturelle miljø tilbyder brugeren et fællesskab, han givetvis ikke

vil kunne finde andetsteds – heller ikke i tilfælde af, at han afstigmatiseres i behandlingen og afvænnens sine afvigelser. Strategierne omtalt i forrige analysedele anvendes således med hensigt om at afstigmatisere brugeren og frigøre ham fra sin subkulturelle og afvigende adfærd. Der synes dog at være ringe bevidsthed blandt sygeplejerskerne om, at de anvendte strategier ikke nødvendigvis vil føre til afstigmatisering og normalisering, men at de kan føre til en skintilpasning, hvor brugeren blot foregiver at være ”normal” med intention om at leve op til sygeplejerskernes forventninger.

6.4 Fjerde analysedel: Hvad karakteriserer sygeplejerskernes problemforståelse?

Ifølge Guldager kan praktikerens problemforståelse defineres som bestående af en kombination af forforståelse og konkret viden (Guldager 2002:3). Forforståelsen er sygeplejerskens teoretiske fundament, hendes erfaringer, viden og værdier - elementer der danner den forståelse, hun har af et fænomen på forhånd. Med konkret viden menes hendes faktiske viden om brugerne og deres afhængighed (brugerens sundhedstilstand, sociale baggrund, antal år med misbrug m.m.). I dette projekt viste sygeplejerskens forforståelse sig særligt relevant, da sygeplejerskerne i høj grad trak på denne i deres forståelser, og i langt mindre grad på deres konkrete viden. Kun i enkelte passager i interviewmaterialet, refererer sygeplejerskerne til konkret viden, hvilket findes naturligt idet interviewet ikke omhandlede forståelse af enkelte brugere, men mere abstrakte forståelser af fænomenet misbrug og afhængighed. I sygeplejerskernes forforståelse ligger ligeledes bestemte samfunds- og menneskesyn (Guldager 2002:3), hvilke også vil afdækkes følgende.

Sygeplejerskernes problemforståelse af misbrug og afhængighed er et grundlæggende element i beskrivelsen af den tilgang heroinbehandlingen bygger på, da problemforståelsen vil medføre bestemte strategier, til at afhjælpe problemet ud fra en given forståelse af, hvilke tilstande der bør afhjælpes. Som tidligere nævnt bør analysedelene anskues i et samspil, og særligt sygeplejerskernes problemforståelse viser sig mere eller mindre implicit i alle fire dele af analysen. Eksempelvis viste første analysedel, at det anskues som et problem hvis ”gaden kommer med ind i behandlingen”, anden analysedel viste hvorledes sygeplejerskerne opfatter brugeren som rationelt handlende og selvstændigt individ, og tredje analysedel påpegede hvorledes stigmatisering af brugeren opfattes som en situation, der ønskes ændret i behandlingen.

Således er sygeplejerskernes problemforståelse at finde i analysen som helhed, men i det følgende vil mere overordnede elementer i problemforståelsen ekspliciteres. Først skal det afklares i hvilken grad sygeplejerskerne forklare misbrug og afhængighed ud fra en sygdoms- kontra en psykosocial forståelsesmodel, hvilke blev præsenteret indledningsvis i projektet. Derefter skitseres et element der vægtes højt i sygeplejerskernes forståelse og årsagsforklaring, nemlig *valget* om at misbruge. Dette leder til en analyse af det metateoretiske perspektiv i problemforståelsen, der særligt vil omhandle en tendens til forståelse og forklaring på individ kontra strukturniveau.

Først skal en væsentlige betragtning dog pointeres, nemlig at der var mange variationer i sygeplejerskernes problemforståelse, og der er således ikke én fælles og enslydende forståelse. Sygeplejerskernes problemforståelser varierede og faktorer blev tillagt forskellig betydning i den enkeltes forståelse. Særligt var sygeplejerskernes individuelle problemforståelser meget influeret af deres tidligere beskæftigelse, inden ansættelse i heroinklinikken. Nogle sygeplejersker er meget klinisk orienterede i deres svar under interviewet og trækker meget på en sygdomsforståelse af misbruget, mens andre fremhæver de svære livsvilkår brugeren har haft, og trækker mere på en psykosocial forståelse af misbruget. Endvidere giver nogle sygeplejersker udtryk for én problemforståelse, mens andre sygeplejersker anvender flere forståelsesmodeller samtidig. Derudover var det forskelligt om sygeplejerskerne havde gjort sig tanker om, hvordan de forstår misbruget. Nogle gav udtryk for stærke holdninger om en ”rigtig”, nærmest ideologisk forståelse, mens andre ikke før syntes at have verbaliseret en eksplicit forståelse af fænomenet. Dette vidner om, at der ikke arbejdes med en eksplicit formuleret og fastsat problemforståelse i heroinklinikken, som del af en behandlingsfilosofi. Nogle misbrugsbehandlinger anvender sådanne eksplicitte problemforståelser, eksempelvis arbejdes der i Minnesotabehandling ud fra en klar forståelse af misbruget, som værende ”en selvstændig kronisk sygdom bestående af kontroltab og benægtelse”¹². Forskellene i sygeplejerskernes problemforståelse vidner endvidere om, at der trods fælles profession og organisation hersker individuelle problemforståelser. Dog er der nogle overordnede fællestræk i de individuelle problemforståelser, og disse fællestræk vil danne udgangspunkt for følgende analyse.

¹² minnesota.dk

6.4.1 Sygdom eller psykosocialt symptom

Som beskrevet i projektets indledende del, har fænomenet misbrug og afhængighed lige siden dets fremkomst været genstand for en lang række forklaringsmodeller og forståelser. Det har været betragtet som en sygdom, som en kriminel afvigelse, som et symptom på psykosociale problemstillinger og igen som en sygdom. Disse kampe om at definere den ”rigtige” problemforståelse, der udspiller sig i misbrugsbehandlingsfeltet, sker mellem forskellige faggrupper, indenfor professioner, mellem brugerforeninger, politikere med flere. I kampen om definitions magten er naturligvis også kampen om retten til at behandle misbrug og afhængighed. Som beskrevet i projektets indledende del, er heroinbehandlingen et eksempel på, at misbrug og afhængighed igen defineres indenfor en medicinsk forståelse, og at en stor del af behandlingsansvaret er lagt i sundhedsfaglige hænder.

Som nævnt vil der i det følgende skelnes mellem to forståelsesmodeller af misbrug og afhængighed; en sygdoms- og en psykosocial forståelse. Disse to kategorier er meget forenklede, set i forhold til de mange nuancer der kan findes inden for forståelser af misbrug og afhængighed generelt i misbrugsbehandling. I det følgende tjener den brede kategorisering af de to forståelser dog det formål, at de enkelte sygeplejerskers varierende problemforståelser kan anskues som helhed, for derved at gøre den overordnede problemforståelse til genstand for analysen. De to forståelser repræsenterer endvidere en forståelse af *årsagerne* til misbruget, som ses i den psykosociale forståelse, og en forståelse af relevant *behandling* af misbrug, repræsenteret i sygdomsforståelsen.

Sygeplejerskerne gav, som vist løbende i analysen, ofte udtryk for en sygdomsforståelse af misbrug og afhængighed i interviewmaterialet. Dette var ikke et overraskende fund, grundet heroinklinikkens ønske om ”at holde behandlingen på et klinisk niveau”, som spiller godt sammen med sygdomsforståelsens italesættelse af afhængigheden som sygdom og misbrugeren som patient. Der ses endvidere ofte en sygdomsforståelse i substitutionsbehandling, og det er ikke unormalt i denne type behandling at afhængigheden ses som en kronisk lidelse der bør medicineres (Andersen og Järvinen 2006:316). Sygdomsmodellen er også traditionel indenfor den skadesreducerende tilgang, da den blandt andet giver mulighed for et fokus på patientrettigheder kontra kriminalisering af misbrugeren. Sygeplejerskerne formulerer

sygdomsforståelsen mere eller mindre eksplicit i interviewmaterialet. Her en meget eksplicit afslagsen:

Vi ser det som en sygdom som de får noget behandling for, hvor heroinen er medicinen for den sygdom. Den afhængighed de har, er jo en sygdom, og den behandler vi.

Direkte adspurgte om, hvad afhængigheden er for en størrelse, svarer halvdelen af sygeplejerskerne som i citatet, at det er en sygdom, der medicineres med heroin. Den anden halvdel giver udtryk for, at være hverken tilhængere eller modstandere af en sygdomsforståelse. Dog trækker de fleste sygeplejersker indirekte på sygdomsforståelsen, når de taler specifikt om behandling med lægeordineret heroin. Særligt når talen falder på injektionen af heroin, som sygeplejerskerne ifølge vejledningen kun må observere men ikke udføre, kommer sygdomsforståelsen i spil. De fleste sygeplejersker udtrykker manglende forståelse for, at de ikke må føre nålen, og sammenligner heroinen med andre typer medicin (bl.a. furiix, morfin). Som en sygeplejerske udtrykker det:

Man ville jo heller ikke gå hen til en patient på et sygehus med en sprøjte morfin og sige ved du hvad, det her må du selv klare.

Endvidere sammenligner sygeplejerskerne ofte heroinbehandlingen med behandling for andre lidelser der medicineres, eksempelvis er insulinbehandling mod diabetes en ofte anvendt sammenligning.

Anvendelsen af sygdomsforståelsen kan anskues som en måde hvorpå det kan berettiges, at netop sygeplejersker varetager behandlingen. Sygdomsforståelsen gør sygeplejerskernes faglighed og profession relevant i behandlingen af misbrug og afhængighed, for hvis afhængigheden er en kronisk lidelse, som bør behandles medicinsk, er sygeplejefprofessionen specielt egnet til at varetage behandlingen, idet de har det nødvendige vidensgrundlag (den kliniske sygepleje). Sygeplejerskernes anvendelse af sygdomsmodellen kan således i en bourdieu'sk forståelse, ses som agenters kamp for styrkelse af deres berettigelse i feltet (Bourdieu og Wacquant 1996:85). Ved anvendelse af sygdomsforståelsen synes medicinsk behandling som en logisk løsning på problemet, og sygeplejefprofessionen som værende oplagt til at varetage den medicinske behandling. Således kan sygeplejerskerne også distancerer sig fra

deres nærmeste rivaler, der kæmper om berettigelsen i feltet, idet socialrådgivere, psykologer, pædagoger med flere, ikke kan varetage medicinsk behandling med heroin.

Sygdomsforståelsen kan således have en legitimerende og berettigende effekt på sygeplejerskernes praksis, men sygdomsforståelsen har, ifølge Conrad, flere attraktive følger med sig (Conrad 1975:18). Sygdomsforståelsen af stofafhængighed giver som tidligere nævnt mulighed for en mere humanitær opfattelse af afvigelse, da sygerollen fratager individet for skyld og skam. Endvidere giver den mulighed for at behandle afvigelse, uden brug af afstraffende og kriminaliserende metoder. En medicinsk forståelse kan, ved hjælp af ansete medicinske begreber, legitimere afvigelser som stofafhængighed og behandling heraf. Heroinbehandlingen kan, med brug af forståelsen af afhængighed som en sygdom der medicineres med heroin, således gøres mere legitim, idet brugerne kan anerkendes som ”berettiget” patient, og heroinen opfattes som medicin. Dette har ligeledes til følge, at sygeplejersken kan mestre en praksis som indeholder et etisk dilemma, idet arbejdet primært består i, at give brugeren sit foretrukne misbrugsstof.

Opsummerende bærer sygeplejerskernes umiddelbare forståelse af afhængighed således tydeligt præg af sygdomsforståelsen, men ser man nærmere på deres forståelser generelt i interviewet, anvendes den psykosociale forståelse i lige så høj grad. Bemærkelsesværdigt var det, at trods sygeplejerskerne ofte taler helt bevidst ud fra en sygdomsforståelse af afhængigheden, når de taler om selve behandlingen med heroin, så svarer de ofte ud fra en psykosocial forståelse, når der spørges ind til deres generelle forståelse af misbrug, afhængighed og årsager hertil.

Sygdomsforståelsen anvendes således særligt når emnet falder på den konkrete behandling af misbruget, men anvendes ikke af sygeplejerskerne som forklarende i forhold til årsager til misbruget. En sygeplejerske svarer eksempelvis følgende på et spørgsmål om, hvorfor hun mener, at brugerne er afhængige af heroin:

Sv.: Mange har været misforståede børn, nogen har nogle forfærdelige historier. Vi kan jo læse om deres lægesamtaler og indstillinger og der er nogen forfærdelige historier imellem. Jeg kan godt forstå de ikke kan rumme det.

Sp.: Så misbruget skyldes dårlige oplevelser gennem livet?

Sv.: Jeg tror nogen mennesker prøver stoffer og finder ud af senere, at nu må de vælge anderledes, og så er der andre, hvor der er sket noget traumatisk og så stopper de ikke.

Dette citat er blot et ud af mange, hvor der lægges stor vægt på bagvedliggende psykosociale problemer som årsag til afhængigheden. Sygeplejersken giver her udtryk for, at brugerne er afhængige af heroin, fordi de ikke kan rumme tidligere oplevelser, og bagvedliggende problemer forklares dermed som årsag til misbruget. Sygeplejersken trækker på en psykosocial forståelse når afhængigheden skal *forklares*, altså en forståelse med fokus rettet mod psykiske og sociale problemstillinger som årsag til misbruget. Sygeplejerskerne anskuer, i kraft af hver enkeltes forforståelse, misbruget med forskellige vægtninger af sygdoms- og den psykosociale forståelse, men generelt ses en tendens til at de alle, hvad enten de giver udtryk for en sygdomsforståelse eller ej, trækker på en psykosocial forståelse når *årsagen* til misbruget skal forklares. En mulig grund til dette kan være, at sygdomsforståelsen ikke giver mening for sygeplejerskerne i alle aspekter af forståelsen af afhængigheden, idet sygdomsforståelsen ikke tilbyder en forklaring på årsagerne til misbruget. Forståelsen anvendes som forklaring på den aktuelle situation, men ikke som årsagsforklaring, hvor sygeplejerskerne må finde mere mening i en psykosocial forståelse. Sygdomsforståelsen har endvidere sine begrænsninger i forståelsen af fænomenet misbrug og afhængighed, da det er influeret af en lang række faktorer udover biologiske, heriblandt psykiske og sociale. Sygeplejerskerne anvender således andre forståelsesmodeller, der hvor sygdomsmodellens forklaringer ikke længere er tilstrækkelige.

Set i forhold til medikaliseringen af heroinafhængighed, kan det ud fra ovenstående udledes, at der inden for heroinklinikkens rammer, kun er tale om en delvist medikaliseret forståelse af heroinafhængighed. Ifølge Conrad er medikalisering ikke en enten-eller tilstand, men en gradvis proces. I hvilken grad et fænomen er medikaliseret hænger sammen med, om der er konkurrerende forståelser af fænomenet, eller som Conrad skriver "*or remnants of previous definitions cloud the picture*" (Conrad 1992:220). Før der kan tales om et fuldt ud medikaliseret fænomen, skal den medicinske forståelse anses for at være den eneste naturlige og "den sande" forståelse. Således bærer sygeplejerskernes problemforståelse præg af en medicinsk forståelse, men grundet anvendelsen af forklaringer med et psykosocialt fokus, kan problemforståelsen ikke siges at være fuldt medikaliseret i heroinklinikken. Så længe der eksisterer flere forståelser af et fænomen, som i tilfældet med stofafhængighed, er det i øvrigt ret usandsynligt at fænomenet vil blive fuldt medikaliseret. Dog kan dele af fænomenet, eller behandlingen af fænomenet, være medikaliseret.

Trods sygeplejerskernes fokus på, at holde behandlingen på et klinisk niveau og deres erklærede skadesreduktionstilgang, arbejdes der således ikke ud fra en fælles ideologisk forståelse af misbruget som en sygdom. Her bør trækkes en linje til en pointe beskrevet i projektets indledende afsnit, om at en behandling bør tilbyde brugerne en forklaringsmodel, som de kan forstå misbruget og deres adfærd ud fra. Dette for at skabe klarhed over, hvilke problemer der skal afhjælpes hvordan, og derved mobilisere brugerens ressourcer (Ege 2005:50). Hvorvidt sygeplejerskerne i deres relation til brugerne tilbyder en forklaringsmodel, kan det kvalitative interview ikke belyse, da observationer af samtaler mellem sygeplejerske og bruger her ville være nødvendigt. Dog kan sygeplejerskerne synes noget uklare om deres holdning til hvorledes misbrug og afhængighed bør anskues, og det er tydeligt at der ikke hersker en fælles defineret forståelse. Endvidere står det klart, at der ikke i klinikken har været tradition for at diskutere de forskellige forståelser af fænomenet, samt at tale om, hvor hensigtsmæssige de hver især er i forhold til, at kunne mobilisere brugerens ressourcer bedst muligt.

6.4.2 Misbrugerens selvstændige valg

Det viste sig at sygeplejerskerne i deres forståelse og forklaring af misbruget vægter brugerens valg meget højt, og dette tema blev uden opfordring bragt op af sygeplejerskerne i samtlige interviews. Dette fund var overraskende, da temaet om brugerens selvstændige valg ikke traditionelt er del af hverken sygdoms- eller symptomforståelsen. I følgende citat fortæller sygeplejersken, at brugeren må have nogle følelser der ikke kan rummes jf. symptomforståelsen, men nævner også valget om at misbruge.

Jeg kunne aldrig finde på at dømme dem. Vi bliver stillet overfor forskellige valg i livet og der kan man komme til, at træffe nogle forkerte valg. Jeg kan godt forstå, at mange af dem er misbrugere, at mange af dem har så mange følelser inden i, som de ikke kan holde ud og det tror jeg, har meget med misbruget at gøre, at du kan ikke selv holde det ud, du føler. For dem alle sammen gælder det jo, at det er mennesker, stort set uden undtagelse, som er blevet hårdt svigtet ik. Og så vælger at dope sig fra det, der gør ondt ik...altså jeg tror jo på, at alle mennesker har et valg, og jeg tror at alle de mennesker, der kommer her hos os, som er blevet afhængige af heroin, de har også på et tidspunkt valgt. Og vi vælger jo tit et eller andet, men så er vi ikke helt opmærksomme på, hvad det har af konsekvenser.

Sygeplejersken giver her udtryk for en forståelse af, at brugeren selv har valgt at blive misbruger, men at han har gjort det af forståelige grunde, fordi han ikke kan holde sine følelser ud, når han er stoffri. Misbruget omtales i empirien ofte som en bevidst valgt mestringsstrategi i en svær tilværelse, og flere af sygeplejerskerne sammenkæder Antonovskys¹³ mestringsteori og temaet om brugerens valg, når de skal beskrive deres forståelse af misbrugets årsager. Endvidere synes sygeplejerskerne, som ovenstående citat også antyder, at anskue mestringen meget isoleret. Der tænkes således meget mere i brugerens frie valg af mestringsstrategi, og ikke i hvilke vilkår og muligheder brugeren har eller har haft for, at mestre den aktuelle livssituation.

Mestringsteori indgår i sygeplejerskens professionsteori, og er en stor del af deres faglige viden om forståelse af patienten (Studieordning 2008). Hvorvidt vægtningen af brugerens frie valg er specifik for professionen, kan ikke afklares ud fra projektets empiriske grundlag, men der er ingen tvivl om, at sygeplejerskerne i heroinklinikken forbinder mestringsteori, og dermed deres professionsteori, med forståelsen af ”individets frie valg”. Denne vægtlægning på brugerens selvstændige valg kan endvidere tænkes at være en følge af skadesreduktionstilgangen, der netop er karakteriseret ved en opfattelse af brugeren som et rationelt handlende individ, der kan træffe ”rigtige” – skadesreducerende – beslutninger for eget liv, og som har viljestyrke til også at følge disse beslutninger (Andersen og Järvinen 2006:312). Heri ligger et opgør med tanken om brugeren som ”styret af stofferne” og brugeren som et offer for strukturelle eller psykosociale vilkår. Netop sygeplejerskernes vægtning af brugerens valgfrihed, gør det tydeligt at brugeren ikke betragtes som offer eller ”genstand” for strukturers påvirkning.

Misbrugerens valg om at misbruge er ikke et element der overordnet er del af hverken den psykosociale eller sygdomsforståelsen, hvori der - meget forenklet - ofte ligger en tanke om, at misbrugeren enten misbruger grundet svære livsvilkår og psykosociale belastninger, eller fordi han har en kronisk lidelse. Essentielt for begge er, at forståelsen fratager brugeren for ansvar således at demoraliseringen af misbrugeren kan brydes (Ege 2005:47). Sygeplejerskernes vægtning af det individuelle og ”frie” valg om at misbruge, kan således betegnes som en slags diskursivt skifte, set i forhold til de to overordnede forståelser anvendt her. Når symptom- og sygdomsforståelsen tillægges faktoren ”valget om at misbruge”, synes forståelsernes hensigt om,

¹³ Aaron Antonovsky (1923-1994), professor i medicinsk sociologi, mestringsteoretiker. Kendt for den salutogenetiske idé og teorien om en Oplevelse Af Sammenhæng.

at fratage brugeren for skyld at få sværere vilkår – således nævner sygeplejersken i forrige citat, at hun aldrig kunne ”*finde på at dømme dem*”, og giver dermed udtryk for, at der for det første kunne være potentiale for at dømme, og dernæst at hun er i en position hvorfra hun kan dømme brugeren. Forståelsen af brugeren som en, der aktivt har valgt misbruget indeholder således en potentiel risiko for, ikke at kunne møde brugeren med den anerkendelse, som også sygeplejerskerne ønsker skal være i mødet. Helt centralt i dette fund om sygeplejerskernes fokus på brugerens selvstændige valg er dog, at de ikke synes at medinddrage helt væsentlige risikofaktorer, som f.eks. fattigdom, manglende uddannelse, arbejdsløshed og marginalisering, i forståelsen af stofmisbrug og årsager hertil. Trods sygeplejerskernes anvendelse af den psykosociale forståelse, forstås stofmisbruget altså med udgangspunkt i et individfokus, og med manglende opmærksomhed på de samfundsmæssige strukturer, der kan skabe chanceulighed, og som kan være betydelige i udviklingen af et stofmisbrug (Narkotikasituationen i Danmark 2011). Dette individfokus uddybes i følgende afsnit.

6.4.3 Forståelse og forklaring med individfokus

Ovenstående tegner et billede af, at sygeplejerskerne overvejende forstår og forklarer med et fokus på individniveau (kontra strukturniveau), samt med en fremstilling af brugeren som selvstændigt og aktivt handlende subjekt. Dels ses dette i ovenstående om brugerens selvstændige valg, hvor årsagsforklaringen på misbruget bliver meget individualiseret, og det sociale problem misbrug, forklares med udgangspunkt i et individuelt og frit valg. Dels kan anvendelsen af sygdomsforståelsen ses som eksempel på individfokus, da denne forståelse anskuer individet isoleret i forhold til omgivende miljø og samfund. Et andet eksempel på sygeplejerskernes tendens til forklaring på individniveau, er deres referencer til psykodynamiske forståelser og social arvs-tankegang. I følgende citat fremhæves familiedynamikker, og henviser således mere til forståelse på gruppe- end på individniveau. Afgørende er dog, at sygeplejerskernes forståelse og forklaring findes med et isoleret udgangspunkt i individet i modsætning til strukturelle og aktuelle handlevilkår.

De er jo meget traumatiseret alle sammen ik, det er jo massivt omsorgssvigt, vold, incest. Og det omsorgssvigt som de selv har været udsat for, bringer de videre til deres egne børn. Der har

måske været stoffer under graviditeten, så de børn har nogle diagnoser...så vi bliver jo altså ved med, at generere den her slags mennesker.

Kritikken af den misvisende tanke om, at socialt udsatte mennesker arver sociale problemer i generationer skal, trods vigtigheden af denne diskussion, ikke uddybes her¹⁴. Blot skal eksemplet påpege den tendens, der er blandt sygeplejerskerne til, at årsagsforklare på individniveau mere end på samfunds- og strukturniveau. Også psykologiske forklaringer er at finde flere steder i empirien:

Mange af de brugere her er jo guf for en psykolog, de kunne jo få årevis af terapi ik...der ligger rigtig meget bagved. Og hvis ikke man får taget hul på det og får det bearbejdet og kommer på plads med sig selv, så fortsætter man jo (med at misbruge).

Der synes overordnet i problemforståelsen, at være et fokus på forklaringer på mikroniveau, og der er ikke så meget blik for ydre belastninger, og årsagsforklaringer på makroniveau. Dette resulterer i, at brugeren anskues mere eller mindre isoleret fra sin kontekst, og der fokuseres på hans vilje, handlekraft og evne til at mestre sin situation – dog uden at medtænke hans vilkår for at mestre den.

Spørgsmålet om, hvilke mekanismer der har forårsaget misbruget, forklares ofte ud fra et individfokus, på bekostning af et fokus på samfundsstrukturer. Med samfundsstrukturer menes abstrakte strukturer i samfundet, eksempelvis arbejdsmarkedet, folkeskolen, kulturelle normer med flere. I strukturelle forklaringsmodeller ses disse strukturer som sammenhængende med diverse sociale problemer, da strukturerne har indflydelse på menneskets handlinger. Der er således nogle strukturer i samfundet som påvirker individets bevidsthed og handlinger, og som individet ikke umiddelbart har kontrol over (Nygren 2004:124). Strukturelle forklaringer kritiseres oftest for at se individet som en genstand, der ikke ejer selvstændighed og myndighed, men som er determineret af sine livsvilkår. Trods faren for at overse mennesket som aktivt handlende subjekt, er strukturelle forklaringer nødvendige for at forstå de redskaber og vilkår, der

¹⁴ For uddybende kritik af social arv-begrebet, se Morten Ejrnæs: Social arv – et begreb, tre betydninger, i: Ejrnæs, Gabrielsen, Nørrung (2005): Social opdrift. Social arv. Akademisk Forlag, København

er bestemmende for menneskets handlinger. Ifølge Villadsen er der i socialt arbejde i dag en tendens til, at brugeren betragtes i sin umiddelbare fremtræden, hvilket vil sige, at der fokuseres på ”overfladen” mere end på bagvedliggende problemstillinger;

Begreber som årsag, determinans og strukturer afløses af begreber som relativisme, frie valg, og empowerment. Sociale klienter ses i stigende grad som væsner der er produceret og fastlåst af sociologiske eller psykologiske kræfter, men snarere som autonome enheder der træffer frie valg (Villadsen 2003:221).

Denne iagttagelse er parallel med fundene i empirien, hvor sygeplejerskerne giver udtryk for en forståelse af misbruget som værende et faktum, og hvor fokus er på, at hjælpe brugeren til at mestre hverdagen:

Altså man skal ikke redde dem op af vandet, men man skal nærmere hjælpe dem med at svømme. Vi skal mindske de skader der kan opstå og vil opstå og så gøre det så godt for dem som muligt. Vi skal ikke redde dem, men vi skal lindre det, de er i, så godt vi kan.

Det ses endvidere i empirien, at sygeplejerskerne forstår misbruget, som brugerens valg af mestring i en svær tilværelse, hvilket kan kategoriseres som en intentionel forklaring, hvori der fokuseres på aktørens mening i, bevæggrunde for og hensigter med handlingen (Guldager 2008:50). I den intentionelle forklaring opfattes individet som aktivt handlende subjekt og i denne betegnelse ligger, at individets handlinger betragtes, forstås og forklares ud fra dets intention (Guldager 2008:50). Empirien viser således flere eksempler på, at sygeplejerskerne forklare brugerens misbrug (handlingen) ud fra en intention om, at mestre nogle følelser der er svære for brugeren at rumme. Endvidere gør sygeplejerskernes italesættelser af brugerens selvstændige valg om at misbruge det tydeligt, at de opfatter brugeren som et subjekt der handler aktivt og ikke er objekt for strukturelle eller sociale vilkår.

Problemforståelsen kan som tidligere nævnt ses i sammenhæng med principperne i skadesreduktionstilgangen, der lægger op til en forståelse med udgangspunkt i brugerens autonomi og hvor arbejdet centrerer om aktuelle og ofte meget synlige problemstillinger. Brugerens psykologiske og sociale betingelser kommer i baggrunden og fokus rettes mod brugerens myndighed som individ, mere eller mindre løsrevet fra samfund og social kontekst. Strukturtænkningen kommer i baggrunden i forståelsen af, at mennesket træffer et valg om at

misbruge på baggrund af tidligere oplevelser, forårsaget af tidligere dårlige valg (*"man træffer nogle valg og så bliver man afhængig af det"*), og der tales således ikke om brugerens "evne", men mere om brugerens "vilje". Det sociale problem misbrug er i sygeplejerskernes optik således knyttet til individuelle faktorer mere end til samfundsstrukturer, og misbrugerne beskrives i høj grad ud fra et subjektsyn. Subjektsynet tager udgangspunkt i mennesket som aktør og aktiv medskaber af eget liv, og sygeplejerskernes fokus på brugerens "frie" valg om at misbruge, er en stærk indikator for dette subjektsyn, idet brugerens situation ikke ses som påvirket af samfundsmæssige vilkår og strukturer, men derimod som mere eller mindre bevidste valg truffet af brugeren selv. Brugeren ses således ikke som offer for vilkår, men aktiv vælger af misbruget. Dette individfokus er karakteristisk for en tendens i socialt arbejde i dag, og med dette fokus følger et syn på brugeren som rationelt handlende og ansvarsfuld:

Den stadig stigende individualiseringsproces, som vestlige samfund i dag gennemgår, betyder bl.a. at borgeren i stigende omfang gøres ansvarlig for sin egen situation – sin helbredelse, sin læring, sin behandling eller sin integration. Idealborgeren er således en person, som handler ansvarsfuldt, viljestærkt og kontrolleret, og som erkender selv at spille hovedrollen i løsningen af sine problemer (Villadsen og Mik-Meyer 2008:6).

Der er generelt meget lidt fokus på samfundsmæssige strukturer i sygeplejerskernes udtalelser, og emner som fattigdom, arbejdsløshed, samfundsmæssig ulighed med flere, bliver ikke nævnt. Enkelte sygeplejersker nævner i deres beskrivelse af brugergruppen, at det er marginaliserede og stigmatiserede borgere – men også her synes brugeren at blive tillagt en grad af ansvar for situationen. I et citat på side 55 fortæller en sygeplejerske eksempelvis, at hun undrer sig over hvorfor brugerne stigmatiserer sig selv ved at bruge "misbrugsagtigt" sprog. Dette må ses som udtryk for, at brugeren tillægges et stort ansvar for egne handlinger og situation, og hans adfærd og handlinger antages at være et tilvalg, og ikke et fænomen skabt af, at samfundets udstødelse kan skabe subkulturer. Der udtrykkes i citatet ganske lidt tolerance og forståelse for subkulturen, som også påpeget i sygeplejerskernes strategier om, at holde gademisbrugsmiljøet ude af heroinklinikken (første analysedel). Becker skriver om subkulturelle grupper: *"For at forstå adfærden hos mennesker, der er medlemmer af en sådan (afvigende) gruppe, er det nødvendigt at forstå denne livsstil"* (Becker 2005:92). Sygeplejerskernes uforståenhed overfor brugerens adfærd, eksempelvis hans sprogbrug, kan skyldes manglende viden om og forståelse for

brugernes livssituation og tilknytning til det subkulturelle fællesskab. Den manglende forståelse af brugernes subkulturelle adfærd, er endvidere endnu et eksempel på den tydelige tendens til individualisering, der er i sygeplejerskernes problemforståelse.

Netop individualisering af sociale problemer, er Conrads primære kritik af medikaliseringen af social afvigelse. Han argumenterer for, at medikalisering altid vil føre til en individualisering af komplekse sociale problemer, idet den medicinske forståelsesramme og den medicinske profession, ikke inddrager strukturtænkningen, men forstår mennesket ud fra et snævert individfokus (Conrad 1975:18). Konsekvensen af dette bliver en slags symptombehandling af de sociale problemstillinger, idet individualiseringen fratager politikere fra et ansvar for at reformere samfundsstrukturene, og den egentlige årsag til det sociale problem, dermed ikke vil blive behandlet (Conrad 1975:19). Conrads kritik af medikaliseringens tendens til individualisering af sociale problemer, synes ganske berettiget i heroinklinikken. Dog skal det påpeges, at den medikaliserede del af heroinbehandlingen (i reglen) er suppleret med en sideløbende socialfaglig indsats, hvor andre faggrupper også varetager et behandlingsansvar, og hvor der givetvis ligger en anden problemforståelse til grund for forståelsen af brugerens situation. Dog kan Conrads kritik af medikaliseringsprocesser pointerer vigtigheden af en sideløbende socialfaglig indsats i heroinbehandlingen.

Styrken i den subjekt- og individfokuserede forklaring er, at individets autonomi og selvstændighed ”sikres”, og mennesket ikke blot ses som indholdsløst objekt og offer for ydre omstændigheder. Subjektsynet er dermed helt nødvendigt for at kunne se det unikke i mennesket. Dog bør forståelser på individniveau suppleres med andre forklaringer, som inddrager den kontekst individet er del af, da intentionen for en given handling altid vil være påvirket af den situation individet befinder sig i, og de indre som ydre redskaber individet har til rådighed (Guldager 2008:61). Forståelse for menneskets betingelser er helt centralt for at kunne forstå mennesket, og sygeplejerskernes manglende blik for brugerens vilkår kan sandsynligvis have konsekvenser for den anerkendelse og empati, de ønsker at møde brugeren med. Ejrnæs (2008) argumenterer for, at evnen til indlevelse i et andet menneskes situation, er afhængig af den viden indlevelsen baseres på:

Indlevelse eller empati forudsætter nemlig både en forståelse af klienterne, hvilket kræver viden om forskellige socioøkonomiske gruppers forhold, og indsigt i, hvilke årsager eller processer der kan have forvoldt klienternes aktuelle problemer (Ejrnæs 2008:128)

Hvorvidt sygeplejerskerne møder brugerne med indlevelse og empati kan projektets empiriske grundlag ikke berette om. Dog kan det, ud fra ovenstående problemforståelse, betvivles om sygeplejerskernes forståelse af brugeren, i tilstrækkelige grad baseres på videnskabelige teorier og forskningsresultater, som kan give dem viden der muliggør en indlevelse i brugernes situation.

6.4.4 Delkonklusion

I analysen af sygeplejerskernes problemforståelse, blev det først og fremmest klart, at der ikke arbejdes ud fra én fælles og eksplicit formuleret problemforståelse i klinikken, men at der hersker varierende forståelser. Således fokuserede ovenstående på de fælles karakteristika, der var at finde i sygeplejerskernes forståelse af afhængighed og misbrug.

Sygeplejerskerne giver umiddelbart udtryk for en ret eksplicit formuleret sygdomsforståelse, hvor misbrug og afhængighed opfattes som en kronisk lidelse der behandles med medicinen heroin. Det viste sig dog, at sygdomsforståelsen kun blev anvendt i forbindelse med *behandlingen* af afhængigheden, men ikke som *forklaring* på afhængigheden. Som forklaring anvendte alle sygeplejerskerne en psykosocial forståelse af misbrug og afhængighed, og fokuserede på brugernes hårde opvækst og dårlige oplevelser gennem livet, som forårsagende til misbruget. Sygdomsforståelsen er, i modsætning til den psykosociale forståelse, ikke tilstrækkelig til at forklare misbrugets årsager, men kan legitimerer at afhængigheden behandles medicinsk. Dermed kan sygdomsforståelsen også gøre sygeplejerskernes praksis lettere at mestre og kan berettige deres adgang til feltet. Sygeplejerskerne er generelt noget uklare i deres forståelse af misbrug og afhængighed, og det kan derfor betvivles hvorvidt de kan tilbyde brugerne en forklaringsmodel, som kan virke mobiliserende for brugerens ressourcer, og forbedre deres mestring.

Det blev endvidere påvist, at brugerens selvstændige valg om at misbruge, har en central plads i problemforståelsen. En behandling bør tilbyde en forklaringsmodel, der kan fjerne skyld og skam fra misbrugeren, og sygeplejerskernes fokus på brugerens valg om at misbruge, kan muligvis have konsekvenser for deres ønske om, at møde brugeren anerkendende. Vægtlægningen på brugerens selvstændige valg er ligeledes en stærk indikator for, at sygeplejerskerne ikke

inddrager helt væsentlige risikofaktorer i brugerens sociale situation, i deres forståelse. Sygeplejerskernes problemforståelse er overordnet stærkt præget af et individfokus, og de anvender primært forklaringer på individniveau. I deres forståelse indgår sygdomsmodellen, som karakteriseres af et syn på brugeren som isoleret fra miljø og samfund, og sygeplejerskernes anvendelse af den psykosociale forståelse suppleres med et fokus på brugerens valg, hvilket ligeledes fører til en forståelse af brugeren, hvor social kontekst og vilkår ikke medinddrages. Strukturer i samfundet påvirker individets bevidsthed og handlinger, men i sygeplejerskernes problemforståelse anskues brugeren i høj grad som subjekt mere eller mindre isoleret fra sin kontekst. Det sociale problem misbrug knyttes således til individuelle faktorer, og brugerens aktuelle mestrings- og handlevilkår inddrages ikke i problemforståelsen. Subjektsynet er afgørende for at forstå det unikke menneske, men forståelse på individniveau bør altid suppleres med forklaringer der inddrager individets kontekst, idet disse er afgørende for at forstå individets handlinger. Endvidere kan manglende viden om misbrugets årsager og konsekvenser, vanskeliggøre indlevelse og muligheden for at møde brugeren med den empati, som sygeplejerskerne har intention om.

7. Konklusion

Den kontroversielle og omdiskuterede heroinbehandling blev i 2010 en realitet i Danmark, blandt andet i KABS Hvidovre, som danner udgangspunkt for dette projekt. Heroinbehandling kan ses som eksempel på en stigende tendens til medikalisering af rusmiddelområdet, og projektet havde til hensigt at skabe et billede af, hvordan misbrugsbehandling lagt i sundhedsfaglige hænder, kan se ud. Sygeplejersker udgør en helt central faggruppe i heroinbehandling da de, grundet de daglige heroininjektioner, er den faggruppe med hyppigst kontakt til brugerne. Nærmere bestemt havde projektet til formål, med udgangspunkt i sygeplejerskernes forståelser, at undersøge karakteristika for deres tilgang. Tilgangen defineres som de strategier, hensigter og problemforståelser sygeplejerskerne arbejder ud fra, og undersøges i et kritisk hermeneutisk perspektiv. Sygeplejerskernes forståelser blev således anskuet med et kritisk blik, i forsøg på at forklare og synliggøre de magtforhold og strukturer, som sociale sammenhænge er udsat for, og som betinger forståelsen.

Helt grundlæggende for sygeplejerskernes tilgang viste sig at være et ønske om, at ”holde heroinbehandlingen på et klinisk niveau”, hvilket ifølge sygeplejerskerne vil sige at skabe et ”behandlingsrum” i klinikken. Med ”behandlingsrum” synes sygeplejerskerne at forstå et miljø, der adskiller sig markant fra det subkulturelle gademisbrugsmiljø, som nogle brugere er del af, og som kendetegnes ved en særligt afvigende adfærd. Som strategi for at opretholde dette behandlingsrum, indtager sygeplejerskerne en opdragende rolle i deres relation til brugerne, og korrigerer dem, hvis de taler ”stofsnak” eller udviser dårlige manérer. Afretningen anskues som en naturlig del af behandlingen, og der synes ikke at være opmærksomhed på strategiens potentielle krænkelse af brugerens integritet. Dette ”behandlingsmiljø” forventes, ud fra en læringsteoretisk tanke, at have en afsmittende effekt på brugerne, og hensigten er at brugerne socialiseres, forstået som at fralære dem deres afvigende subkulturelle adfærd og tillære dem gængse adfærdsnormer. Brugeren skal ikke socialiseres til at fralægge sit misbrug, men til at fralægge sig den afvigende adfærd, som er del af det subkulturelle gademisbrugsmiljø. Sygeplejerskerne forstår ”behandling” som noget, der står i opposition til det subkulturelle gademisbrugsmiljø, og denne forståelse synes for sygeplejerskerne at være helt selvfølgelig og uden egentlige alternativer. De stiller ikke spørgsmålstejn ved, hvorfor miljøet i heroinklinikken skal adskille sig så markant fra det subkulturelle gademisbrugsmiljø, idet denne strategi synes indlysende for dem. Derfor kan deres forståelse af behandling ses som et udtryk for en doxisk antagelse i organisationen. Doxaet i sygeplejerskernes forståelse af behandling tjener et centralt formål, idet brugeren må tilpasse sig ”behandlingsrummet” i klinikken, og dermed yde noget for at deltage i den medicinske behandling. Således legitimeres det kontroversielle faktum, at misbrugere får deres foretrukne misbrugsstof i heroinbehandlingen, idet der ikke blot er tale om et ”statsbetalt fix”, men at der også kræves noget af brugerne. For den enkelte sygeplejerske kan legitimeringen af behandlingen også være en måde at mestre en praksis, som indeholder svære etiske dilemmaer.

En anden væsentlig strategi i tilgangen, er en stærk individualisering af brugernes behandlingsmål. Brugernes individuelle *ønsker* bestemmer behandlingsmålet, og vægtes højere end sygeplejerskernes professionelle vurderinger af brugerens *behov*. Eneste fælles ramme for behandlingsmålet er, at brugerens situation ikke må forværres under behandlingen, og det er underordnet hvorvidt målet er kortsigtet, langsigtet, mod stoffrihed, stabilisering m.v.. Der synes

ikke at være bevidsthed om de eventuelle farer ved denne strategi, som særligt omhandler en risiko for, at brugere der ikke evner at formulere fremtidige mål kan blive overset, idet de antages blot ”at ville have stoffet”. Endvidere er der ikke opmærksomhed omkring, at sygeplejerskerne ved at tilsidesætte deres professionelle vurderinger af relevante mål, kan risikere at potentialet for brugerens livskvalitetsøgning ikke udnyttes tilstrækkeligt i behandlingen. Brugerens selvforvaltning af behandlingen antages at sikre ham mod nederlag, trods at der i selvbestemmelsen ligger et stort individuelt ansvar, i tilfælde af at målene ikke nås. Sygeplejerskerne anser denne strategi som udelukkende positiv, og synes ikke at være opmærksomme på, hvorledes den enkelte bruger mestrer den store grad af frihed de gives i selvforvaltningen af behandlingsmål.

Vægtningen af brugerens selvbestemmelse i udformningen af behandlingsmål, vidner om en forståelse af brugeren som et rationelt handlende individ, der er i stand til at træffe skadesreducerende fremtidige beslutninger. Dette menneskesyn er ofte set i sammenhæng med en sygdomsforståelse af misbrug og afhængighed, hvilken er forbundet med skadesreduktionsideologien. Der hersker varierende forståelser af misbrug og afhængighed i klinikken, men overordnet giver sygeplejerskerne udtryk for en ret eksplicit formuleret sygdomsforståelse, hvor misbrug og afhængighed opfattes som en kronisk lidelse, der behandles med medicinen heroin. Det viste sig dog, at sygdomsforståelsen kun bliver anvendt i forbindelse med *behandlingen* af afhængigheden, men ikke som *forklaring* på afhængigheden. Som forklaring anvender alle sygeplejerskerne en psykosocial forståelse af misbrug og afhængighed, og fokuserer på brugernes hårde opvækst og dårlige oplevelser gennem livet, som forårsagende til misbruget. Sygdomsforståelsen er, i modsætning til den psykosociale forståelse, ikke tilstrækkelig til at forklare misbrugets årsager, men kan legitimerer at afhængigheden behandles medicinsk. Dermed kan sygdomsforståelsen også gøre sygeplejerskernes praksis lettere at mestre og særligt kan den forsvare deres berettigelse i feltet. Det blev endvidere påvist, at brugerens *selvstændige valg* om at misbruge, udgør en central plads i problemforståelsen, og brugeren tillægges således et stort ansvar for sit misbrug. En behandling bør tilbyde en forklaringsmodel der kan fratage brugeren for skyld og skam, og som kan hjælpe brugeren til at forstå sin situation og dermed forstå at mestre den. Endvidere ses fokuset på brugerens valg som tegn på, at

sygeplejerskerne ikke inddrager helt væsentlige risikofaktorer i brugerens sociale situation, i deres forståelse af misbruget.

Ovenstående indikerer, at sygeplejerskerne opererer med en stærk individualistisk forståelse af brugeren, og at de primært anvender forklaringer på individniveau. I deres forståelse indgår sygdomsmodellen, som karakteriseres af et syn på brugeren som isoleret fra miljø og samfund, og sygeplejerskernes anvendelse af den psykosociale forståelse suppleres med et fokus på brugerens frie valg, hvilket ligeledes fører til en forståelse, som ikke medinddrager social kontekst og mestringsvilkår. Strukturer i samfundet påvirker individets bevidsthed og handlinger, men i sygeplejerskernes problemforståelse anskues brugeren i høj grad som subjekt, mere eller mindre isoleret fra sin kontekst. Det sociale problem misbrug knyttes således til individuelle faktorer, og væsentlige risikofaktorer i brugerens udvikling af misbrug, såvel som brugerens aktuelle mestringsvilkår inddrages ikke i problemforståelsen. Det unikke menneske bør altid forstås i samspil med dets handle- og mestringsvilkår, idet disse er afgørende for at forstå menneskets handlinger. Manglende viden om brugernes aktuelle vilkår, samt viden om misbrug og afhængighedens årsager og konsekvenser, kan gøre det vanskeligt for sygeplejersken at indleve sig i brugerens situation og møde ham med empati.

Der lægges i sygeplejerskernes fortællinger meget vægt på en hensigt om, at reducere stigmatiseringen af brugerne. Generelt synes sygeplejerskerne at forvente at behandlingen vil have en afstigmatiserende effekt, grundet brugernes forbedrede sundhedsmæssige tilstand og de skadesreducerende foranstaltninger tilknyttet behandlingen. Sygeplejerskerne giver endvidere udtryk for, at behandlingen vil føre til en accept af heroinafhængighed som værende en kronisk lidelse, og brugeren tænkes, i kraft af medikaliseringen af rusmidlet heroin, at kunne opfatte sig selv som patient berettiget til behandling, mere end som afvigende stofmisbruger.

Sygdomsforståelsen af afhængigheden bliver således et middel til at anerkende brugeren, og gennem denne anerkendelse har sygeplejersken til hensigt at ”give” brugeren et bedre selvbillede, og fjerne hans selvstigmatisering. Sygeplejerskerne er ikke umiddelbart opmærksomme på, at selvstemplingen er af afgørende betydning for brugerens deltagelse i det subkulturelle fællesskab i gademisbrugsmiljøet. Gademisbrugsmiljøet og den afvigende adfærd, som sygeplejerskerne forsøger at fralære brugerne, udgør et fællesskab, som brugeren ikke kan finde andetsteds – heller ikke hvis han socialiseres og fralæres sin afvigende adfærd. Der synes endvidere at være ringe

bevidsthed blandt sygeplejerskerne om, at adfærdskorrektion, behandlingsmiljø og sygdomsforståelse af misbrug, ikke nødvendigvis vil føre til afstigmatisering og normalisering, men at disse strategier kan føre til en skintilpasning, hvor brugeren blot foregiver at være ”normal” i håb om, at tilpasse sig og leve op til sygeplejerskernes forventninger. Overordnet forudsætter intentionen om at socialisere brugerne, at brugernes mestringsvilkår og handlemuligheder inddrages i sygeplejerskernes forståelse. En relevant behandling kræver både forståelse for det unikke menneske som subjekt, men også forståelse for de livsvilkår, der betinger mennesket mestrings- og handlemuligheder.

8. Perspektivering: Det relationsopbyggende arbejde

SFI udgav i 2009 en større undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, hvilken blandt andet påpegede en tendens i substitutionsbehandling til at fokusere på den medicinske del, og nedtone eller ligefrem undlade sideløbende socialfaglig behandling (Benjaminsen et al. 2009:354). Heroinbehandlingen kan meget vel blive del af samme tendens, dels fordi den medicinske behandling er så krævende, og dels fordi flere heroinklinikker har valgt blot at fortsætte samme socialfaglige behandling, som i brugerens tidligere substitutionsbehandling. I heroinklinikken i Hvidovre ændres brugerens sociale behandlingsplan heller ikke når han påbegynder heroinbehandlingen. Adspurgt om, hvor mange af brugerne der aktuelt deltager i en form for socialfaglig behandling, svarer sygeplejerskerne, at de ikke mener brugerne er i anden form for behandling end heroinbehandlingen. Ligeledes fortæller sygeplejerskerne, at brugerne som oftest har meget sporadisk kontakt med deres socialfaglige kontaktpersoner – en tendens forskningen også påpeger (Benjaminsen et al. 2009:11). Dette understreger endnu engang sygeplejerskernes centrale rolle i behandlingen og vigtigheden af, at udnytte potentialet i den intensiverede kontakt med brugergruppen. Som nævnt i projektets indledende afsnit, er det altafgørende for en misbrugsbehandlings succes, at der skabes en bærende relation mellem bruger og behandler:

Flere undersøgelser viser, at behandlernes evne til at opbygge en god og støttende relation, udgør vigtige elementer for kvaliteten af både behandlingsproces og resultat (Thylstrup 2009:77).

Særligt for brugergruppen i heroinbehandling er relationsarbejdet essentielt for en positiv udvikling, idet de ofte mangler netværk, har adskillige dårlige erfaringer med systemet, føler sig ensomme og har et dårligt selvbillede (Fich og Brúnés 2000). Oplevelsen af, at have et netværk eller en nær fortrolig, kan på sigt forbedre brugerens selvbillede, og dermed forbedre brugerens mestringsvilkår (Sommerchild 2000:67).

Relationsarbejdet synes dog ikke at få plads som en væsentlig del af arbejdet i klinikken (diskuteret og vidensdeles ikke, er ikke på dagsorden til møder, dokumenteres ikke m.m.), og adspurgte om, hvor højt relationsarbejdet vægtes i sygeplejerskernes praksis, svarer centerlederen i KABS Hvidovre:

Det ligger ikke i deres jobbeskrivelse, det er mere den kliniske sygepleje. Man vil jo altid kunne tilbyde samtaler, hvor man kan snakke om de mere private ting. Men de helt tætte relationer, dem prøver vi ikke at skabe her.

Trods at relationsarbejdet ikke synes at blive prioriteret højt i organisationen, fremhæver de fleste sygeplejersker relationen som en forudsætning for, at behandlingen kan skabe forbedringer:

Vi er ikke bare et behandlingssted, vi er også deres nærmeste. Når de har fået heroinen, så vil de fortælle hvad de har oplevet, så det består en stor del af arbejdet af, men vi får ikke dokumenteret alt det relationsarbejde vi laver. Hvis vi fik nogen kurser i det... Hvis alle sygeplejerskerne havde deres brugere (som de er kontaktperson for) i et eller andet forløb, så tror jeg, vi ville kunne nå dem på en anden måde.

I ovenstående citat sætter sygeplejersker ord på et uudnyttet potentiale i heroinbehandling, som består i den høje behandlingsintensitet, den daglige kontakt med faste sygeplejersker, samt at brugerens fremmøde er stabilt grundet adgangen til stoffet. Dette potentiale kunne udnyttes hvis sygeplejerskerne blev rustet bedre til at påtage sig rollen som misbrugsbehandlere, og ikke kun som udøvere af klinisk sygepleje. Dog vil dette kræve at sygeplejerskerne opkvalificeres og tilegner sig teoretisk og forskningsbaseret viden om misbrugsbehandling, stofmisbrugets årsager og konsekvenser og ikke mindst brugernes handle- og mestringsvilkår.

9. Litteratur

- Andersen, D. og Järvinen, M. (2006): *Skadesreduktion – idealer og paradokser*, Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift, vol. 23, nr. 5, side 305-323
- Becker, Howard S. (2005): *Outsidere – studier i afvigelsessociologi*, 1.udgave, 1.oplag, Hans Reitzels Forlag, kap 2, 5, 9
- Benjaminsen, L. og Andersen, D. og Sørensen, M. (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*, SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd, Hovedrapport, København
- Birk, K. og Johansen, K.S. (2011a): *Dilemmaer i heroinbehandling*, Stof nr. 18, Center for Rusmiddelforskning
- Birk, K. og Johansen, K.S. (2011b): *Social behandling og Heroin*, Stof nr. 18, Center for Rusmiddelforskning
- Bourdieu, P. og Wacquant, L. (1996): *Refleksiv sociologi*, Hans Reitzels Forlag, København, side 83-101
- Callewaert, Staf (1994): *Indledning, I: Pierre Bourdieu – Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*, Akademisk Forlag, København, side 9-20
- Conrad, Peter (1975): *The discovery of hyperkinesis - notes on the medicalization of deviant behaviour*, Social Problems, vol. 23 (1)
- Conrad, Peter (1992): *Medicalization and social control*, Annual Review of Sociology, vol. 18
- Conrad, P. og Schneider, J.W. (1992): *Deviance and medicalization – from badness to sickness*, expanded edition, Temple Universitet Press, Philadelphia, kap. 1,5, 9
- Dahl, H.V. og Pedersen, M.U. (2008): *Kvinder og køn – stofbrug og behandling*, Center for Rusmiddelforskning, Århus Universitet, side 19-65
- Ege, Peter (1997): *Harm reduction – hvad lægger vi i det?* Stof nr. 2, Center for Rusmiddelforskning, side 10-12
- Ege, Peter (2004): *Stofmisbrug og afhængighed hos unge og voksne*, Hans Reitzels Forlag, København, kap. 1

- Ege, Peter (2005): *Behandling gør en forskel*, Stof nr. 5, Center for Rusmiddelforskning
- Ege, Peter (2010): *Skadesreduktion – et nyt blik på begrebet*, Stof nr. 16, Center for Rusmiddelforskning
- Ejrnæs, Morten (2008): *Teori og empati – faglighed i relationsprofessionerne*, i: Jacobsen M.H. og Pringle, K. (red.): *At forstå det sociale*, Akademisk Forlag, København, kap. 5
- Fich, C. og Brúnés, N. (2000): *Sygepleje blandt stofmisbrugere*, 2.udgave, Københavns Kommune, Familie-og arbejdsmarkedsforvaltning
- Goffman, Erving (2009): *Stigma*, Gyldendal, København, side 13-59
- Grønbæk, M. og Hansen, A.B.G. (2007): *Litteraturgennemgang til redegørelse om heroinordination*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- Guldager, Jens (2002): *Metodevejen – en ny hovedvej eller en blindgyde*, Uden for nummer 5, 3. årgang, Dansk Socialrådgiverforening
- Guldager, Jens (2008): *Kausalitet – forskellige måder at forklare på*, i: Ejrnæs, M. og Guldager, J., *Helhedssyn og forklaring – i sociologi, socialt, sundhedsfagligt og pædagogisk arbejde*, Akademisk Forlag, kap. 1
- Hutchinson, G.S. og Olteidal, S. (2006): *Modeller i socialt arbejde*, 2.udgave, 3.oplag, Hans Reitzels Forlag, København, kap. 3
- Hvas, Lotte (1999): *Sygeliggørelse og “medikalisering”*, Ugeskrift for læger, nr. 161, Oktober, side 5783-5
- Hvas, Lotte (2008): *Medicin til raske – en syg ide?*, Månedsskrift for Praktisk lægegering, nr. 38, September, København
- Højberg, Henriette (2004): *Hermeneutik – forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne*, i: Fuglsang, L. og Olsen, P. B. (red.): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*, 2.udgave, 2.oplag, Roskilde Universitetsforlag
- Jacobsen, M.H. og Kristiansen, S. (2009): *De ødelagte identiteters sociologi*, i: Goffman, E., *Stigma*, Gyldendal, 2.udgave

- Järvinen, Margaretha (2004): *Om praktisk viden og doxa*, i: Gamst, B. og Halskov, T. og Lentz, B.: På sporet af kundskabens veje i socialt arbejde, Socialpolitisk Forlag, København
- Järvinen, Margaretha (2005): *Forord v/ Margaretha Järvinen*, i: Becker, Howard S., Outsidere – studier i afvigelsessociologi, 1.udgave, 1.oplag, Hans Reitzels Forlag
- Järvinen, M. og Mortensen, N. (2005): *Det magtfulde møde mellem system og klient - teoretiske perspektiver*, i: Järvinen, M. og Larsen, J.E. og Mortensen, N. (red.): Det magtfulde møde mellem system og klient, 1.udgave, 3.oplag, side 9-28
- Jerlang, Esben (2009): *Sociologiske tænkere – et tekstudvalg*, 1.udgave, 1.oplag, Hans Reitzels Forlag, København, side 113-155
- Jöhncke, Steffen (2010): *Behandlingsbegrebet - klar til skrot?*, Stof nr. 16, Center for Rusmiddelforskning
- Juul, Søren (2010): *Solidaritet, anerkendelse og retfærdighed: en kritisk hermeneutisk analyse af barriere for solidaritet i det moderne velfærdssamfund*, Kompendium modul 3, bind 1, Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, Aalborg Universitet
- KABS Årsrapport 2008
- Kirkevold, Karin (2000): *Sygeplejeteorier*, 2.udgave, Munksgaard, København
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *InterView*, 2.udgave, 3.oplag, Hans Reitzels Forlag, København
- Lauridsen, M.L. og Kronbæk, M. og Lundsberg, P.S. (2010): *Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv*, Servicestyrelsen
- Mik-Meyer, Nanna (2005): *Omsorgens herredømme*, i: Järvinen, M., Larsen, J.E., Mortensen, N.(red.): Det magtfulde møde mellem system og klient, 1.udgave, 3.oplag, Aarhus Universitetsforlag
- Narkosituationen i Danmark (2011) samt (2004), Sundhedsstyrelsen
- Nygren, Lennart (2004): *Strukturelle forklaringer på sociale problemer*, i: Meeuwisse, A. og Swärd, H. (red.): Perspektiver på sociale problemer, 1.udgave, 2.oplag, Hans Reitzels Forlag, kap. 6

- Pedersen, Mads Uffe (2002): *Behandling med lægeordineret heroin kombineret med metadon - Det hollandske eksperiment i en dansk sammenhæng*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- Pedersen, Mads Uffe (2005): *Udvikling af misbrug og afhængighed af rusmidler*, 1.udgave, 1.oplag, Aarhus Universitetsforlag, kap. 4
- Scheff, T.J. og Starrin, B. (2004): *Skamfølelse og sociale bånd – om social underordning og langvarige konflikter*, i: Meeuwisse, A. og Swärd, H. (red.): *Perspektiver på sociale problemer*, 1.udgave, 2.oplag, Hans Reitzels Forlag, kap. 160-162
- Scheel, Merry (1985): *Vidensgrundlag – etik og sygepleje*, Munksgaard, København, side 11-15, 67-91
- Sommerchild, Hilchen (2000): *Mestring som styrende begreb*, i: Gjørum, B., Grøholt, B. og Sommerchild, H.: *Mestring som mulighed*, Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag, København, kap 1
- Studieordning (2008): *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje*, nr. 29 af 24/01/2008
- Sundhedsstyrelsen 2010: Vejledning nr. 9083 af 1. januar 2010 om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed, Sundhedsstyrelsen
- Thylstrup, Birgitte (2009): *Den terapeutiske relation - samarbejdet mellem patient og behandler om forandring*, Stof nr. 13, Center for Rusmiddelforskning
- Villadsen, Kasper (2003): *Det sociale arbejde som befrielse*, i: Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (red.): *At skabe en klient*, side 192-224, København, Hans Reitzels Forlag
- Villadsen, K. og Mik-Meyer, N. (2008): *Magtens former - Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*, Uden for nummer 16, 9. Årgang, Dansk Socialrådgiverforening
- VK Regeringen 2007: *Mulighedernes Samfund*, Regeringsgrundlag, November 2007
- VK Regeringen 2010: *Kampen mod narko II – Handlingsplan mod narkotikamisbrug*, Oktober 2010

10. Bilag: Interviewguide

Briefing: præsentation af interviewer og undersøgelsens formål, anonymitet, tilbud om godkendelse af citater, optagelse af interview, evt. spørgsmål

Informantens navn, uddannelse, erfaring, motivation

Behandlingsmetoden

- Beskrivelse af det daglige arbejde
- Målgruppen
- De fysiske rammer
- Sprogbrug
- Injektionen

Tilgangen

- Beskrivelse af den tilgang i arbejder ud fra
- Forståelse af misbruget, afhængigheden og brugeren
- Målet for behandlingen
- Kendskab til brugerens psykosociale problemer
- Fordele og ulemper ved tilgangen
- Relationen til brugeren

Resultater

- Hvilke resultater giver behandlingen
- Er der noget behandlingen ikke hjælper på
- Hvilken betydning har tilgangen for resultaterne

Interviewspørgsmål

Det praktiske arbejde (behandlingsmetoden)

1. Kan du give en beskrivelse af, hvad dit daglige arbejde består i?
2. Hvem er målgruppen for behandlingen? Hvem er udelukket?
3. Ved du hvor mange af brugerne der er i psykosocial behandling pt?

4. Hvilke samarbejdspartnere har du? Hvordan er forholdet til dine samarbejdspartnere?
5. Hvordan vil du beskrive de fysiske rammer her i klinikken? Hvilket udtryk mener du de giver?
Siger rammerne noget om tilgangen?
6. Hvad karakterisere jeres måde at formulere jer på? er det ud fra en sygeplejefaglig tradition eller er der andre inspirationer?
7. Bruger i samme sprog som brugerne? Begrund?
8. *Hvad baserer du dine beslutninger på i det daglige – sygeplejeteori, erfaringer, antagelser?*
9. Du må ikke hjælpe med selve injektionen...
 - a. Hvordan fungerer det i praksis?
 - b. Hvorfor tror du vejledningen er udformet sådan?
 - c. Hvad betyder det for dig professionelt?
 - d. Hvad betyder det for dig personligt?

Tilgangen (substansteoretisk)

1. Hvordan adskiller heroinbehandling sig fra andre substitutionsbehandlinger?
2. Beskæftiger du dig som sygeplejerske kun med brugerens fysiske tilstand?
3. Hvor meget kendskab har du til brugerens liv? Og eventuelle sociale og psykiske problemer?
4. Har du kendskab til hvorfor brugeren har et misbrug?
5. Hvordan forstår du stofmisbruget? Sygdom?
6. Ud fra hvilken tilgang arbejder du? Hvorfor?
7. Hvem har defineret denne tilgang?
8. Hvordan vil du karakterisere jeres tilgang i behandlingen?
 - a. Er det socialt arbejde? Eller sygepleje? Eller behandling?
9. Hvad er målet for behandlingen?
 - a. Hvorfor dette mål?
 - b. Er det et opnåeligt mål?
10. *Hvilke elementer i behandlingen skaber forbedring hos brugeren?*
11. Kan der være en tendens til at overse brugerens psykosociale problemstillinger?
12. Hvordan ses tilgangen i det daglige?
13. Er der konsensus om denne tilgang i personalegruppen?

14. Kunne man have valgt en anden tilgang? Hvilken?
15. Hvad ser du som fordelene ved jeres tilgang til heroinbehandlingen?
16. Hvad ser du som ulemperne? Hvad er problematisk ved tilgangen?
17. Føler du behandlingen lever op til de grundlæggende principper i sygepleje? Hvad ligger du i dem? Er der nogen dilemmaer ift. til disse?
18. Mener du der er nogen etiske dilemmaer i tilgangen?
19. *Tror du alle heroinklinikkerne arbejder ud fra samme tilgang?*
 - a. Adskiller jeres tilgang sig? Hvordan?
 - b. Mener du jeres tilgang er bedre? Hvorfor?

Relationen

1. Hvilken betydning har tilgangen for relationen til brugerne?
2. Hvordan forstår du brugeren? Kronisk syg patient?
3. *Hvad forventes der af brugeren når han er her?*
4. Hvordan opfatter du din relation til brugerne? Hvad karakterisere den?
5. Hvilken relation ville være ideel?
6. Hvad er svært i relationen til brugerne?
7. Hvordan tror du brugerne opfatter din funktion?
8. Hvordan tror du de opfatter relationen til dig?
9. Hvilke fagpersoner mener du, har den tætteste relation til brugerne? Hvorfor er det den tætteste relation?

Resultater

1. Hvilke resultater giver behandlingen?
2. Hvordan vurderer i dem?
3. Hvordan tror du behandlingen hjælper brugerne?
4. Er der nogen af brugerens problemer behandlingen ikke hjælper på?
5. Er der nogen problemer der forværres?
6. Hvad tror du disse resultater betyder for brugeren?
7. Hvilken betydning tror du jeres tilgang har for behandlingens resultater?