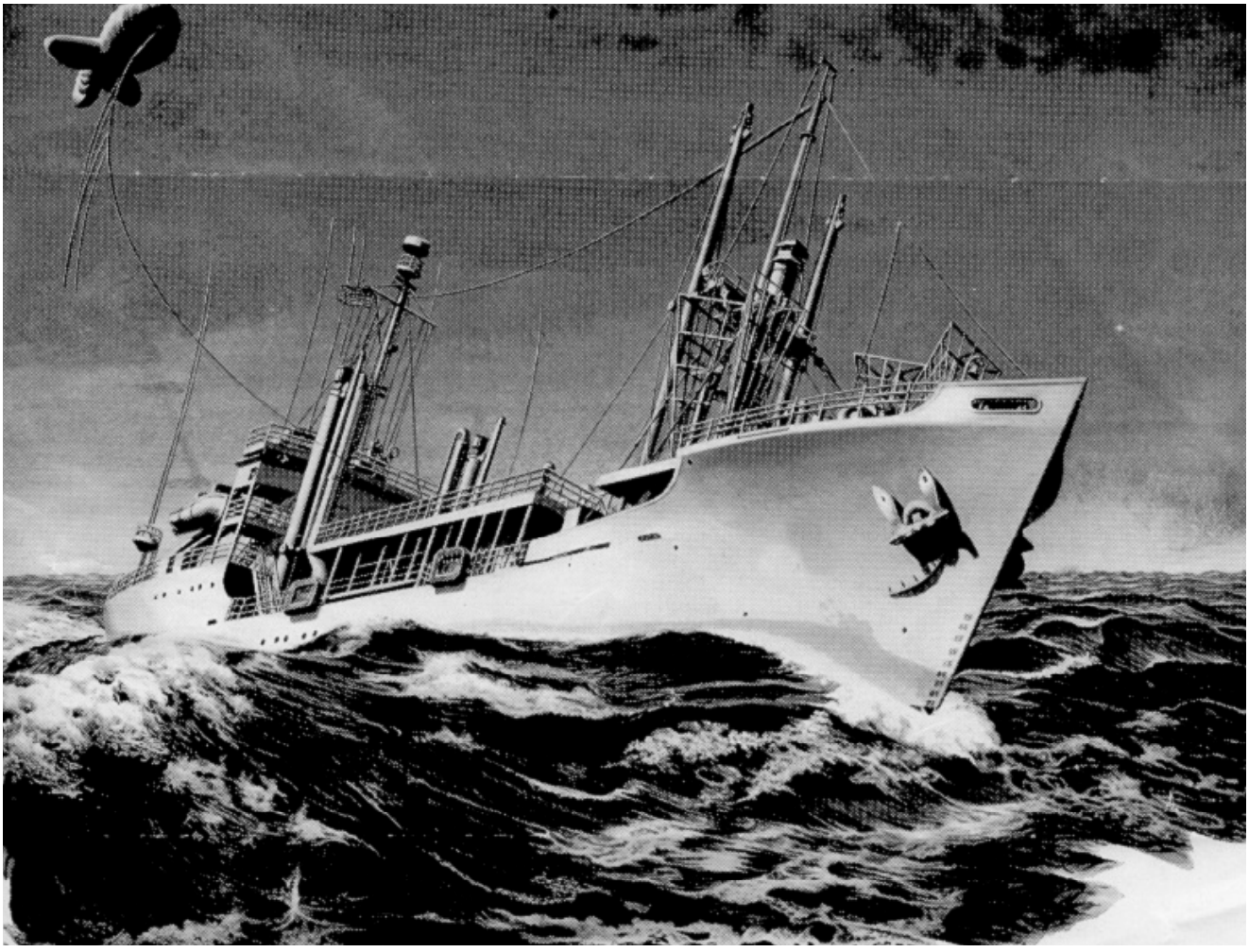
Klassikeren

Den internationale faglitteratur er lidt af en jungle – stor, uoverskuelig og ufremkommelig. I denne skov af viden er der visse artikler, der ikke er til at komme uden om. De indeholder noget essentielt, noget man må forholde sig til.

STOF bringer i hvert nummer en klassiker - hele artiklen eller uddrag - på dansk. Lidt efter lidt vil der dermed foreligge et udvalg af faglige artikler til brug for alle på området. STOF modtager gerne forslag til klassikere.



AT NAVIGERE PÅ MISBRUGSHAVET….

Klassikeren i dette nummer bringer vi på opfordring fra flere læsere. Peter Ege skrev artiklen 'Behandling gør en forskel' til det gamle Stof i 1999, og der er ikke siden produceret en så grundig og omfattende vidensopsamling om misbrugsbehandling på dansk. Ved genlæsning af artiklen, kunne vi sammen med Peter Ege konstatere, at der (desværre) ikke var brug for en opdatering – så meget nyt er der alligevel ikke sket på misbrugsområdet i de senere år. Artiklen er god at læse for nytilkomne til feltet - men samtidig også en vigtig ballast for alle dem, der i mange år har forsøgt at navigere og tegne søkort over det store misbrugshav.

Peter Ege er en af dem, der har sejlet med i mange år: Først som dæksdreng hos den legendariske børnelæge Sven Heinild, derefter som matros i Dag- & Døgncentret, og efterhånden har han haft kommandoen over flere besætninger, senest som socialoverlæge i Københavns Kommune. Næsten 40 år på et til tider stormfuldt misbrugshav, har gjort Peter Ege til et sømærke, der betyder noget, når man skal lægge kursen: Fagfolk og klienter har respekt for hans viden og engagement - uanset om man er enig med ham eller ej. Han er heller ikke bange for at sige sin mening - heller ikke til politikerne.

Læs også interviewet med Peter Ege i STOF nummer 4, 2004.

EN KLASSIKER

BEHANDLING GØR EN FORSKEL

Hvad ved vi om behandling – og hvordan finder man ud af, om en behandling er god eller dårlig?

AF PETER EGE

Jeg forbandt ham,
Gud helbredte ham

Ambroise Paré, fransk kirurg i 1500-tallet.

Hensigten med dette citat er kun at mane til ydmyghed. Vi er ikke Gud. Vi helbreder ikke stofmisbrugeren eller den stofafhængige, og vi gør heller ikke vedkommende stoffri. Men vi kan måske i al beskedenhed hjælpe lidt på vej, lægge forholdene tilrette på en sådan måde, at det mobiliserer misbrugerens egne 'lægende kræfter'. I bedste fald kan vi inspirere og hjælpe til at bryde den demoralisering, de fleste hjælpsøgende rammes af. Men hvis vi er ærlige over for os selv, ved vi godt, at indsatsen engang imellem ikke rykker noget som helst, og undertiden er det, vi gør, direkte skadeligt. Det sidste er der desværre - eller heldigvis - ikke forsket meget i.

Før vi bevæger os ind på behandlingen og dennes kvalitet, er det nok hensigtsmæssigt nærmere at indkredse, hvad det er, vi behandler. Vi taler ofte om behandling af stofmisbrug, undertiden om behandling af stofafhængighed. Stofmisbrug er defineret som et 'ikke socialt accepteret og/eller skadeforvoldende brug af rusmidler', medens stofafhængighed er et syndrom, der er defineret ved en konstellation af symptomer, hvor de vigtigste er voldsom stoftrang (craving), repertoireindskrænkning - dvs. at indtagelse af rusmidler i stigende grad bliver prioriteret på bekostning af andre aktiviteter - manglende evne til at ophøre med indtagelsen af rusmidlet trods ønske herom og toleransudvikling.

Alle unge i vores kultur eksperimenterer med rusmidler, legale og i ganske mange tilfælde også illegale. Sådan er det bare! Det er et led i den almindelige socialiseringsproces i overgangen fra barn til ungdom, og det kræver ingen særlig forklaring. For de fleste udvikler det eksperimenterende brug sig til et almindeligt, socialt accepteret brug af rusmidler. Men nogle udvikler et misbrug, og det er ikke et tilfældigt udsnit af de unge. Biologisk arv, men også social arv, spiller en afgørende rolle for udviklingen fra brug til misbrug. De unge, der misbruger, er karakteriserede ved, at de ofte ikke har andet og bedre at foretage sig end at beruse sig, og et stærkt behov for at flygte fra livets realiteter.

De fleste af de unge, der misbruger, ophører med deres misbrug, når de bliver ældre og mere fornuftige, men nogle bliver hængende og udvikler efterhånden afhængighed, en tilstand der både er socialt, psykologisk og biologisk betinget. Grundlaget for rusmidlernes afhængighedsskabende effekt er baseret på rusmidlernes påvirkning af de dele af centralnervesystemet, som regulerer velvære, lyst og nydelse. I udviklingen hen imod afhængighed får disse oplevelser stigende betydning for motivation og præferencer. Ved den fuldt udviklede afhængighed påvirkes også mere komplekse processer som hukommelse, indlæring, etiske vurderinger og refleksioner. Sideløbende - under processen fra brug til misbrug og videre til afhængighed - optræder en kaskade af sociale konsekvenser, specielt ved misbruget af illegale stoffer. Identitet og roller, værdier og fremtidsdrømme formes gradvist i et miljø, hvis værdier afviger ganske meget fra de værdier, der er centrale i normalsamfundet.

For at resumere: Brug af rusmidler er et normalfænomen, misbrug et udtryk for socialt afvig, og afhængighed er en tilstand, der kan anskues som et produkt af indlæring og biologiske ændringer. Afhængigheden er først og fremmest karakteriseret ved stoftrang, og ved tilbagefald når man forsøger at bryde afhængigheden, og er således en langvarig og undertiden permanent tilstand.

De stofmisbrugere, der er indskrevet i behandlingssystemet, er alle misbrugere, og næsten alle er både misbrugere og afhængige. Stofmisbrug og -afhængighed er således ikke kun et alvorligt problem med tunge helbredsmæssige og sociale konsekvenser. Det er også et meget langvarigt og undertiden kronisk problem, men med et meget svingende forløb, hvor gode (eller mindre dårlige) og dårlige perioder afløser hinanden, bl.a. afhængigt af den behandling, der tilbydes.

Hvor mange bliver stoffri?

Alle forløbsundersøgelser, helt uden undtagelser, danske såvel som internationale, nye såvel som gamle, illustrerer da også de ovenfor nævnte forhold ved stofmisbrug og –afhængighed og dermed også, at muligheden for at opnå blivende stoffrihed er begrænset. Haastrup & Jepsens undersøgelse fra Københavns Kommune er illustrativ. De fulgte 300 behandlingssøgende stofmisbrugere fra 1973 over en 11 års periode med interview- og registerdata og supplerede med en dødelighedsundersøgelse efter 20 år. Ved efterundersøgelsen 11 år efter var 20% stabilt stoffri, 5-10% havde opnået en ustabil grad af stoffrihed, og 26% var døde. Vi kan således forvente blandt et repræsentativt udvalg af stofmisbrugere, at ca. 2-3% bliver stoffri årligt.

Den seneste, større danske undersøgelse er Center for Rusmiddelforsknings undersøgelse af klienter i døgnbehandling, altså en undersøgelse af et ikke-repræsentativt udsnit af de klienter, der umiddelbart må anses for at have de bedste muligheder for at opnå stoffrihed. Her fandt man, at 25-30% gennemførte den stoffri behandling, og at ca. 15% var helt stoffri i året efter en afsluttet døgnbehandling. Succesraten var i høj grad afhængig af alderen. Ingen under 23 år - og kun ganske få ældre over 40 år - opnåede stoffrihed i året efter en afsluttet døgnbehandling. I en kommentar til Haastrup & Jepsens undersøgelse skriver Mads Uffe Pedersen fra Center for Rusmiddelforskning, at 'de 30-35% stabilt stoffri (som fremgår af Haastrup &Jepsens undersøgelse, *red.*) var udtryk for et ikke nærmere definerbart mætningspunkt (de, der kan blive stoffri, er blevet stoffri). En sådan forklaring kunne være plausibel, og der skal senere vises andre undersøgelser, der tyder på, at andelen af stoffri stagnerer efter en given årrække.'

Selv med en intensiv, kvalificeret og langvarig behandlingsindsats kan vi således maksimalt opnå, at 25-40% af stofmisbrugergruppen opnår stoffrihed. Resten - og dvs. hovedparten - af misbrugerne, eller rettere de stofafhængige, forbliver afhængige. Det er således udtryk for en hovedløs farmakologisk calvinisme, hvis man hårdnakket sigter mod at gøre alle stofmisbrugere stoffri. Det vil aldrig lykkes, og kun resultere i udstødning og stigmatisering af dem, der ikke opnår denne idealtilstand. Men det er ikke ensbetydende med, at de ikke kan hjælpes, eller at de er behandlingsresistente. For de kan hjælpes til et bedre, mere socialt acceptabelt og mere produktivt liv, og skam få dem, der tænker ilde herom. Det er en gavnlig øvelse at sammenligne med sygdom, også selv om sammenligningen kun har karakter af en metafor. De fleste sygdomme kan ikke helbredes, det gælder åreforkalkning, gigt, kræft, sukkersyge m.v. Men de kan behandles, symptomerne kan reduceres, og patienterne kan leve et godt (eller bedre) og mere produktivt liv med behandling end uden. Og det gælder også stofmisbrug og -afhængighed.

Hvad forstår vi ved behandling?

Meget kort kan behandling defineres som en systematisk aktivitet, der sigter mod en forandring (forbedring) hos den enkelte - en forandring, der gerne skulle manifestere sig som en ændret adfærd. Den systematiske aktivitet er organiseret i et behandlingssystem, der helst skulle rumme følgende bestanddele:

En indgangsport
Visitation
Vurdering/diagnosticering
Fordeling af de hjælpsøgende til relevante foranstaltninger
Den konkrete behandling kan finde sted i:
Ambulant- og/eller døgnregi, hvor den kan være medikamentelt eller ikke-medikamentelt understøttet (stoffri)

Den medicinske behandling kan inddeles i:

Afgiftning
Antagonistbehandling
Substitutionsbehandling
Behandling af komplicerende somatiske og/eller psykiatriske tilstande

Uanset om behandlingen er ambulant eller døgnbaseret, medikamentelt understøttet eller ikke-medikamentelt understøttet, skal der kunne tilbydes klienten en række ydelser, der kan kaldes uspecifikke i og med, at de skal kunne tilbydes i enhver form for behandling. Det drejer sig om:

Rådgivning
Sociale ydelser (bolig, økonomi, beskæftigelse)
Psykiatrisk/psykologisk/ psykoterapeutisk behandling
Lægelige ydelser
Tilknytning til selvhjælpsgrupper/ andre uformelle netværk

Hvad ved vi om effekten af behandling?

Ret beset ved vi ikke så meget om effekten af behandlingen, og specielt er der problemer med at indkredse, hvad der virker. Men noget ved vi:

Vi ved, at behandlingen kan virke, og at det kan betale sig at behandle. Vi ved også, at forskellige behandlingsprogrammer/-systemer virker meget forskelligt. Nogle former for behandling er væsentligt bedre end andre.

Det er dokumenteret med sikkerhed, at den medikamentelle behandling har en effekt. Døgnbehandlingens effekt er derimod ikke sikkert dokumenteret. Det er sandsynligt, at der er en effekt, men dokumenteret er det ikke, og det skal man se i øjnene. Det hænger sammen med, at positive effekter af døgnbehandling kun ses hos den mindre gruppe, der forbliver længe i behandling. De positive effekter kan derfor meget vel være et resultat af de selektionsprocesser, der er indbygget i selve behandlingsformen.

Ser man på den store evaluering, der er foretaget af Center for Rusmiddelforskning, er det påfaldende, at de undersøgte institutioner stort set klarer sig lige godt, og at de små forskelle, man finder, meget vel kan skyldes, at man til en vis grad behandler forskellige klientgrupper. 'Alle har vundet, alle skal have en præmie', siger dronten i Lewis Carolls eventyr om 'det tossede væddeløb'. Og det er selvfølgelig en mulig tolkning af Center for Rusmiddelforsknings store undersøgelse af effekten af døgninstitutionsbehandling; at alle institutioner rent faktisk er lige gode (dårlige). Men en anden lige så nærliggende tolkning på de ensartede resultater er, at disse overvejende er betinget af en selektion, og at det ikke så meget er anbringelsen på en døgninstitution, der giver resultater, men at det er beslutningen om at gøre noget, der betyder noget, og at døgninstitutionsopholdet derfor overvejende har en funktion som en manifestation af viljen til forandring. Endelig er der selvfølgelig den nærliggende mulighed, at den (i øvrigt beskedne) effekt, der ses af døgninstitutionsophold, er et resultat både af selektion og af den behandlingsmæssige indsats under døgnopholdet.

Hvilke kriterier skal behandlingen vurderes på?

Normalt bliver al behandling vurderet på, om klienten bliver stoffri. Og når det drejer sig om klienter i metadonbehandling, på fravær af sidemisbrug. Der er to problemer i den megen fokusering på stoffrihed som effektmål. For det første er det et todelt mål: Enten er man stoffri, eller også er man det ikke. Og det er relativt meningsløst, når man skal vurdere effekten over for en tilstand, der har karakter af en kronisk, recidiverende forstyrrelse, hvor det er mere relevant at vurdere graden af forbedringer over tid.

For det andet er det måske ikke det mest relevante mål. Fra stofmisbrugerens og de pårørendes side er det næppe det mest afgørende. Det, der virkelig tæller, er, om den behandlede fungerer bedre socialt og psykisk. Bliver i stand til at forsørge sig selv, får en bolig og er i stand til at bo i den. Og fra samfundets side er det væsentligt, at den behandlede rykker ud af de passivt forsørgedes rækker. At kriminalitet, sygdom, smitterisiko og de samfundsmæssige omkostninger til dette reduceres.

Der er selvfølgelig en sammenhæng mellem opnåelse af stoffrihed/ reduktion af sidemisbrug på den ene side - og socialt/psykisk funktionsniveau og de samfundsmæssige omkostninger på den anden side. Det er nemt at måle stoffrihed, og det er derfor, vi måler det. Men dybest set er det ikke et særligt relevant mål, og sammenhængen mellem stofbrug og fremgang i behandlingen er ikke altid særlig stærk.(8) Man må derfor ikke stirre sig blind på stoffriheden, men sikre, at andre for såvel stofmisbrugeren som samfundet mere relevante kriterier inddrages i vurderinger af behandlingens effekt.

	Giver behandlingen resultat?	Giver forskellige behandlingsmetoder forskellige resultater?	Er der en bedste metode?
1. Antagelse om generelle, metode-specifikke behandlingseffekter	JA	JA	JA
2. Antagelse om samspilseffekter (matchingshypotesen)	JA	JA	NEJ
3. Antagelse om effekten af ikke-specifikke behandlingstiltag	JA	NEJ	NEJ
4. Antagelse om spontan-helbredelse	NEJ	NEJ	NEJ

SKEMA 1.

Antagelser om sammenhængen mellem behandlingsmetode og -effekt

Der hersker ofte en antagelse om, i hvert fald blandt dem der arbejder med behandling, at nogle behandlingsmetoder er bedre end andre, og at specielt den behandlingsmetode, den pågældende praktiserer og bekender sig til, er andre overlegen. Skematisk kan man efter Lindström (8), gruppere antagelserne om sammenhængen mellem valg af behandlingsmetode og effekt som vist i **SKEMA 1.**

Den første antagelse er helt sikkert forkert. Den bedste metode findes ikke. Den anden antagelse er den, vi tror på, men i sin generelle form er den forkert. Med ganske få undtagelser er det aldrig lykkedes at dokumentere, at matchning af forskellige klientprofiler til forskellige behandlingsinstitutioner eller -metoder giver bedre behandlingsresultater, end hvis man ikke matcher.(1, 10, 13, 14) Hertil kommer, at det i det praktiske hverdagsliv er en håbløs affære, fordi placering i en given behandlingsforanstaltning altid primært vil blive bestemt af pris og det udbud, der lokalt er tilgængeligt. Derimod kan man godt inden for det enkelte behandlingstiltag arbejde på at matche klientens problemer med konkrete, specifikke foranstaltninger og tilbud - og at det har en positiv effekt, skal jeg komme ind på senere. Den sidste antagelse, at behandling ikke har en effekt, og at de forandringer, der ses, skyldes 'spontanhelbredelse', er som tidligere nævnt forkert. Behandling gør en forskel. Tilbage er således den tredje antagelse, at det er uspecifikke, generelle faktorer, der betinger den forskel på behandlingsresultater, der kan konstateres, og som til og med kan være af en betragtelig størrelse. Det er faktorer så som ledelse, behandlingens organisering, klimaet i behandlingsinstitutionen, antallet af medarbejdere i relation til klientantallet, medarbejdernes uddannelse og engagement, omfanget af supervision m.v.

Altså: Ingen behandlingsform kan med nogen ret hævde sin overlegenhed i forhold til andre. Den bedste metode findes ikke, men man kan meget vel tale om god og dårlig metadonbehandling, god og dårlig Minnesota-behandling, god og dårlig psykoterapi osv.

Hvad er et godt behandlingssystem?

Behandlingssystemet er det overordnede: altså organiseringen af behandlingen og det samlede udbud af behandlingen i et amt eller en stor kommune. Det er det, der er politisk besluttet – et udtryk for det serviceniveau politikerne mener er relevant i forhold til målgruppen.

Det er sjældent, behandlingssystemet bliver evalueret, men det gør måske ikke så meget. Man kan komme langt med en vurdering ved anvendelse af almindelig bondefornuft. Kvaliteten er bl.a. betinget af:

- En tilstrækkelig kapacitet. I praksis vurderes dette på omfanget af ventelister og ventetid på behandling.
- At det må opleves som attraktivt af brugerne. Hvis der er store brugergrupper, der ikke nås, er der noget galt.
- At det skal være differentieret, dvs. kunne tilbyde alle de tidligere nævnte former for behandling: døgn/ambulant, stoffri/medikamentelt understøttet og et varieret udbud af revaliderende/resocialiserende foranstaltninger. Og der skal være tilbud til særlige grupper: gravide, misbrugere med børn, repræsentanter for etniske minoriteter, helt unge, meget gamle, somatisk og psykisk syge m.fl.
- At de enkelte elementer i behandlingssystemet skal understøtte hinanden. Med udgangspunkt i det ambulante arbejde skal klienten ubesværet kunne skifte til den til enhver tid mest relevante foranstaltning. Dette indebærer:
- At medarbejderne ved de enkelte institutioner/foranstaltninger har

indgående kendskab til de øvrige dele af behandlingssystemet, hvilket igen indebærer:

- At man virker loyalt inden for det samlede system, dvs. ikke modarbejder, eller påvirker klienterne negativt over for andre institutioner eller foranstaltninger, der anvendes i det samlede system. Denne betragtning må også gælde i forhold til de private institutioner, amtet entrerer med. En behandler må som privatperson mene hvad som helst om forskellige behandlingsformer, men som behandler kan den pågældende ikke tillade sig over for klienterne at give udtryk for negative, nedvurderende holdninger til andre behandlingstiltag. Det er simpelthen dybt uprofessionelt. Og jeg er desværre ikke i tvivl om, at der syndes groft på dette område, specielt blandt repræsentanterne for den stoffri behandling, som ofte tegner et billede af metadonbehandling som en andenrangs eller direkte skadelig behandling - til trods for en viden om, at mange af deres klienter har været i metadonbehandling, før de kom i stoffri behandling, og at flertallet af dem vil komme det igen, når de recidiverer fra den stoffri behandling. Til trods for at de burde have en viden om, at resultaterne ved metadonbehandling er bedre dokumenterede end ved den stoffri behandling, og at metadonbehandling ikke mindsker chancerne for et senere positivt udbytte af den stoffri behandling.(4, 11)

Den gode behandling

Som nævnt er det ikke valg af behandlingsmetode, der betinger de vitterligt store forskelle, der er på behandlingsresultater mellem forskellige behandlingsinstitutioner, -programmer og -systemer. Forskellene må følgelig forklares ved forskelle i kvaliteten af de mere generelle, uspecifikke ydelser, som alle behandlingsprogrammer, uanset valget af metode, tilbyder - eller rettere bør tilbyde - klienterne. Det er disse uspecifikke forhold ved behandlingen, der skal forsøges indkredset i det følgende.

Helt overordnet kan det siges, at hvis en behandling skal have nogen effekt, er det en afgørende forudsætning, at den kan hjælpe til at bryde den demoralisering, alle hjælpsøgende lider under. De mere generelle forudsætninger herfor er bl.a.:

- At behandlingen etableres i et særligt miljø, som dels fungerer som et 'helle' i forhold til det kaotiske liv udenfor, dels signalerer, at her er man til for at hjælpe. Et miljø hvor klienten bliver behandlet respektfuldt og ikke udsættes for nedværdigende eller umyndiggørende behandling.
- At der i dette miljø etableres et særligt forhold, en terapeutisk alliance, mellem den hjælpsøgende og behandlingsinstitutionen/behandleren. Et forhold der baserer sig på en tillid til behandlerens kompetence og ønske om at hjælpe.
- At behandlingen tilbyder en forklaringsmodel, der kan kaste nyt lys over klientens problemer, forklare årsagerne til symptomerne, og hvordan de kan afhjælpes. Forklaringen behøver ikke nødvendigvis at være 'sand'. Det er vigtigere, at den er opbyggelig, og at den kan mobilisere klientens ressourcer. Det er bl.a. på dette område, at minnesotabevægelsen har sin styrke og henter en stor del af sin popularitet.
- At behandlingen hjælper klienten til at fungere bedre på et område. Det er vigtigt, at klienten oplever fremgang i behandling. Det er faktisk forudsætningen for, at demoraliseringen kan brydes. Og fremgang på et område har ofte en afsmittende effekt på andre områder.
- At behandlingen tilbyder ydelser og ritualer, som ligger i forlængelse af forklaringsmodellen. Ydelser og ritualer skal give klienten en oplevelse af, at der sker noget, og skal hjælpe klienten til at konfrontere sin hidtidige måde at anskue tilværelsen på med alternative, mere hensigtsmæssige metoder og lære den pågældende nogle bedre strategier til løsning af problemerne.
- At behandlingen er langvarig og sammenhængende. Døgnbehandling kan aldrig stå alene, men skal starte med og efterfølges af en ambulant indsats, som altid bør være det centrale.

Alt dette er selvfølgelig almindelig sund fornuft, hvad der alene fremgår af, at hvis vi prøver at negere de ovenstående punkter, så kommer vi frem til nogle udsagn, som alle kan være enige om, at sådan skal man i hvert fald ikke skrue behandlingen sammen. Men der er også noget, der kan hente støtte i empirien. Det gælder specielt det forhold, at behandlingen skal være langvarig. Det er den enkeltfaktor, der er bedst dokumenteret i behandlingsforskningen overhovedet, hvilket selvfølgelig

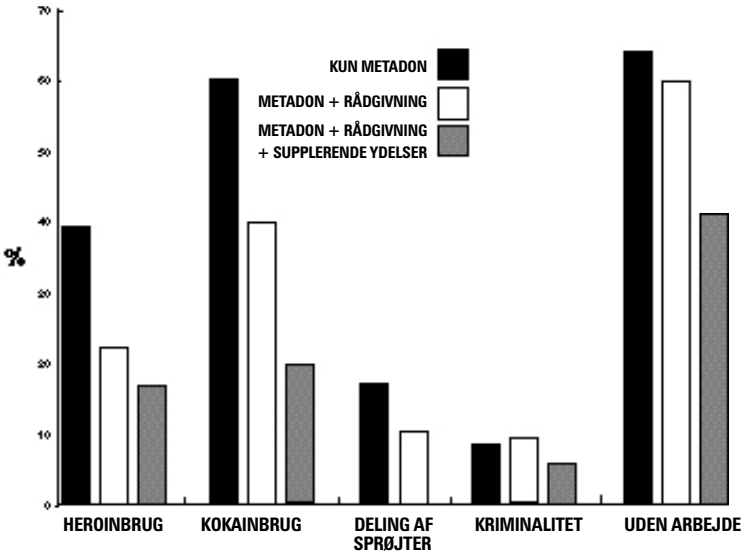
hænger sammen med, at det er så nemt at måle tid i behandling.

Ball & Ross[19] sammenlignede effekten af en lang række metadonbehandlingsprogrammer på den amerikanske østkyst og undersøgte, hvilke faktorer der betingede de store forskelle, der vitterligt var på behandlingseffekten mellem de forskellige programmer. Det, der primært forklarede forskellene på effektiviteten, var:

- Ledelsen - og dermed organiseringen - af behandlingsprogrammet.
- En behandlingspolitik, der lagde vægt på langvarig behandling og rehabilitering.
- Omfanget af ydelser (rådgivning, revalidering, erhvervsrådgivning m.v.)
- Omfanget af sundhedsfaglige ydelser (behandlingen af somatiske og psykiske lidelser).
- Metadondosering. Fleksibel dosering og intet doseringsloft.

Effekten af konkrete ydelser – Intensitet, differentiering og matchning

De klienter, man møder i behandlingssystemet, har en lang række af problemer: stofafhængighed, psykiske sygdomme og symptomer (angst, depression), helbredsmæssige problemer i øvrigt, beskæftigelses- og boligproblemer, økonomiske problemer, legale problemer, familiære problemer m.v. Omfanget af alle disse problemer, der i større eller mindre grad hænger sammen med misbruget, er i høj grad afgørende for resultatet af behandlingen. Der er tale om problemer, der kan og bør afdækkes, og behandlingsresultaterne bliver bedre hvis der målrettet sættes ind over for disse problemer. Effekten af behandling bliver således signifikant større, hvis der i tillæg til den 'almindelige' rådgivning om stofrelaterede problemer efter behov suppleres med familie- og parrådgivning, psykoterapi, erhvervsvejledning, arbejdstræning og sundhedsfaglige ydelser. [16]



FIGUR 1. Figuren viser resultater for klienter, der har gennemgået tre forskellige behandlingstyper i 6 måneder. Klienter i de sorte søjler fik kun metadon, klienter i de hvide søjler fik metadon + rådgivning og klienter i de grå søjler fik metadon + rådgivning + supplerende ydelser.

FIG.1 viser resultaterne fra et kontrolleret forsøg, hvor klienterne efter lodtrækning fordeltes på hhv. metadon uden rådgivning, metadon kombineret med standardrådgivning og metadon kombineret med standardrådgivning og suppleret med hjælp til beskæftigelse, familieterapi og psykiatrisk bistand. Der var ca. 30 klienter i hver gruppe, og det fremgår klart, at behandlingsresultaterne afhænger af omfanget af ydelser, der gives supplerende til metadonen.

Tilsvarende resultater er produceret af Hser m.fl.,[15] der sammenlignede to grupper, hvor den ene gruppe fik standardrådgivning, og den anden i tillæg fik særlige ydelser (som de selv valgte), rettet mod områder, hvor klienterne selv definerede at de havde problemer. De klienter, der blev givet mulighed for at vælge mellem flere behandlingstilbud (erhvervsvejledning, arbejdstræning, juridisk rådgivning, familieterapi, medicinske ydelser etc.), klarede sig signifikant bedre end gruppen, der kun modtog den almindelige rådgivning.

I en behandlingssituation er det således godt at have flere varer på hylderne, og at der er et differentieret udbud af ydelser, men intensiteten eller kvantiteten spiller også en rolle. [18] Deltagelse i 1 - 2 gruppemøder og 1 individuel rådgivning pr. uge gav signifikant bedre resultater end en mere sporadisk rådgiv-

ningsindsats. Hyppig deltagelse i NA-møder og det at have en 'sponsor' mindskede ligeledes risikoen for tilbagefald.

Der er således stor variation i, hvad der kommer ud af en behandlingsindsats, og ikke al behandling er effektiv. Flere behandlingsmæssige ydelser - og specielt professionelle ydelser (socialfaglige, sundhedsfaglige og psykoterapeutiske) målrettet efter de problemer, klienterne præsenterer sig med - giver de bedste resultater. Medens man således ikke kan påvise, at det har en effekt at matche forskellige klienter til forskellige behandlingsinstitutioner eller -modaliteter, så er der en påviselig effekt af at tilbyde professionelle ydelser matchet efter klienternes problemer.

Særligt om rådgivning

Rådgivning er det centrale i den behandlingsmæssige indsats, uanset om vi taler om stoffri behandling eller metadonbehandling. Det er behandlingens organisering og tilrettelæggelse og omfanget af kvaliteten af rådgivningen, der er afgørende for kvaliteten af behandlingen. Erkendelsen af dette har da også ført til diskussionen om, hvem der er de bedste rådgivere eller behandlere, som de benævnes i Danmark. Det er en diskussion, der har pågået i årevis i USA, og som er blevet aktualiseret i Danmark i takt med Minnesota-behandlingens fremmarch og det stigende antal x-misbrugere, der fungerer som behandlere. Spørgsmålet om 'x´ere' eller 'ikke-x´ere' fungerer bedst som rådgivere kan næppe besvares entydigt, hvad der ikke er særlig mærkeligt, specielt når man betænker, at mange 'ikke-x´ere' heller ikke har fået nogen særlig uddannelse til at bestride rådgivningen af en gruppe klienter med ofte meget komplekse problemer. Spørgsmålet er også: bedre til hvad?

'En narkomans hjælp til en anden narkoman er uden sidestykke', er et velkendt NA-udsagn, og det kan man selvfølgelig ikke afvise. Spørgsmålet er bare, om det er den mest effektive? Den generelle opfattelse er nok, at 'x´ere' af klienterne opfattes som mere tilgængelige og bedre i stand til at forstå deres problemer end 'ikke-x´ere', hvilket kan være en oplagt fordel i behandlingens første faser. På den anden side er der også enighed om, at uden uddannelse går det ikke. 'Der er ingen grund til at tro, at en person uden uddannelse kan være en effektiv rådgiver', skriver Mattick m.fl. i en oversigtsartikel om emnet[6] og tilføjer, at 'der er ingen holdepunkter for, at 'x´ere' er bedre end 'ikke-x´ere', snarest tværtom.' De fleste ligger på den linie, at i forhold til de meget komplekse problemer, stofmisbrugerne bærer rundt på, er det en fordel med en relevant psykologisk, social- eller sundhedsfaglig uddannelse, suppleret med en relevant efteruddannelse [1, 10, 11, 13, 16, 21].

Afgørende for, om der er en effekt af rådgivningen, er, at der etableres en terapeutisk alliance mellem klienten og rådgiveren, og dette afhænger af rådgiverens engagement, indfølingsevne (empati) og dygtighed. Miller[20] har i en undersøgelse af rådgivere i et alkoholambulatorium vist, at graden af evnen til empati hos de forskellige rådgivere forklarede så meget som 2/3 af forskellene i behandlingsresultaterne. Og omvendt: Jo mere konfronterende rådgiverne var, desto mere benægtende blev klienterne, og desto mere drak de. Den barske, konfronterende stil, som unægteligt har sine tilhængere i vores branche ('der skal skarp lud til skurvede hoveder'), gør efter al sandsynlighed mere skade end gavn, eller som det udtrykkes af Mattick m. fl.[6]: 'behandlere, der anvender magt, trusler og skræmmetaktik for at få klienterne til at fungere, demonstrerer kun deres manglende kliniske færdigheder.'

Mads Uffe Pedersen har i en evalueringsrapport beskrevet arbejdsalliancen mellem behandlere og stofmisbrugere i døgnbehandling.[4] I undersøgelsen blev der fundet en statistisk signifikant sammenhæng mellem det, han betegner som en 'kommunikativ, strategisk arbejdsalliance' og tid i behandling, gennemførelse af behandlingsprogram og stoffrihed. Den nævnte form for alliance kan bl.a. beskrives ved adjektiverne 'rådgivende', 'vejledende', 'tolkende', 'informerende', og 'planlæggende'. Det er indlysende, at hvis en rådgivning skal have disse kvaliteter, kræver det uddannelse, og det nævnes da også i rapporten, at det er de bedst uddannede behandlere, der oftest etablerer en hensigtsmæssig alliance.

Der er altså gode behandlere, og der er dårlige behandlere, og det kan gøre en verden til forskel, om klienten møder den gode eller den dårlige. Om man er en god behandler afhænger bl.a. af den personlighedsmæssige udrustning, af engagement (og det er noget, en ledelse kan befordre eller hæmme), af mulighederne

for at yde en kvalificeret rådgivning, dvs. antallet af klienter man har ansvar for, de fysiske rammer m.v. (og det er ledelsens ansvar) – og endelig den faglige grunduddannelse, efteruddannelse og supervision (hvilket igen er ledelsens ansvar).

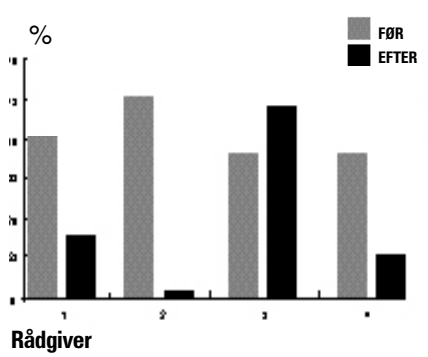
Hvor stor en betydning rådgivernes kvalifikationer har, er vist i en meget fornem undersøgelse af McLellan m.fl.[23] 80 klienter i behandling blev tilfældigt fordelt på fire nye rådgivere, og klienternes status blev registreret før og seks måneder efter skiftet til den nye rådgiver. Resultaterne er vist i **fig. 2, 3 og 4.**

Rådgiverne 1, 2 og 4 - og specielt 2 - havde i løbet af de seks måneder forbedret klienternes situation mærkbart, medens rådgiver 3 tydeligvis havde forværret situationen for sine klienter. Konklusionen er klar: Rådgivning virker og gør en forskel, afhængig af rådgivernes kvalifikationer. Ser man på de uddannelsesmæssige kvalifikationer hos de fire rådgivere, var rådgiver 3 en 'x'er' uden formel uddannelse. Rådgiver 2 havde en 'Master-degree' i psykologi, og rådgiverne 1 og 4 en 'Bachelor-degree'. Alle havde arbejdet mere end 8 år på feltet. Endnu mere interessant er det at se på, hvordan de fire rådgivere arbejdede. Rådgiver 1 og 4 arbejdede omsorgsfuldt og organiseret. De havde lagt en klar behandlingsplan i samarbejde med klienten og det øvrige behandlingsteam. De så deres klienter hyppigt, oftest mindst én gang ugentligt, og agerede på de daglige problemer med opmuntring, støtte, fornuftig rådgivning og adækvate henvisninger, hvis de ikke selv kunne klare problemerne. Det samme karakteriserede rådgiver 2, som i øvrigt var karakteriseret ved, at han ofte forudså klienternes problemer og med klienterne diskuterede strategier for, hvordan man kunne tænke og handle for derved at forebygge, at forventede problemer udviklede sig til reelle problemer. Rådgiver 3 var karakteriseret ved dårlig journalføring, en ikke-detaljeret behandlingsplan som ikke blev fulgt, inkonsistent og ikke-motiveret indgriben over for klienterne, og en mindre hyppig klientkontakt (i gennemsnit kun lidt mere end en gang månedligt). Resultaterne blev som vist derefter.

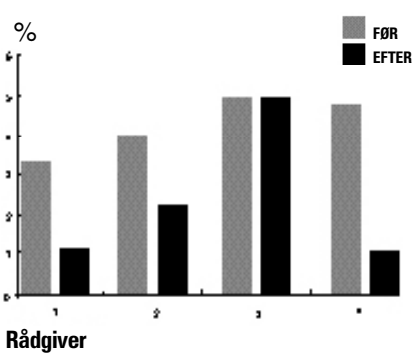
Særligt om metadonbehandling

Rationalet for metadonbehandling - og baggrunden for dennes store udbredelse - er selvfølgelig, at en meget stor del af stofmisbrugerpopulationen ikke ville være i behandlingssystemet uden metadon. Det gælder for denne majoritet af stofmisbrugere, at en mindre del kan klare sig med metadon uden rådgivning, medens rådgivning uden metadon ikke har nogen som helst effekt af den simple grund, at klienterne ikke er tilgængelige. Dette er en selvfølgelighed, og den afgørende pointe, som det bl.a. fremgår af fig. 1, er, at der er en synergieffekt mellem metadon og rådgivning og andre supplerende ydelser. Følgelig er det derfor sådan, at de faktorer, der er nævnt i det foregående, som er afgørende for kvaliteten af behandlingen, også er afgørende for

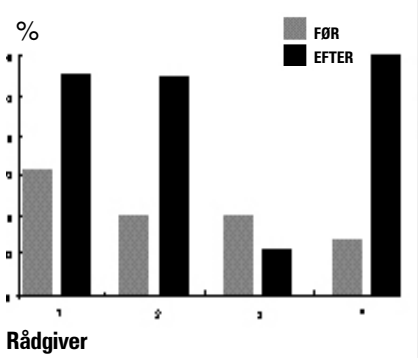
FIGUR 2. Procent positive urinprøver for morfin før og 6 måneder efter skift til ny rådgiver. Numrene 1-4 angiver de forskellige rådgivere. Grå søjler før skift. Sorte efter skift.



FIGUR 3. Procentdel af arresterede patienter.



FIGUR 4. Procentdel af beskæftigede.



metadonbehandlingens kvalitet. Det skal derfor kun meget summarisk beskrives, hvilke forhold der har betydning for metadonbehandlingens kvalitet. [2, 8, 9, 11, 21] Vigtige faktorer er:

- Behandlingens varighed. Metadonbehandling er i sagens natur en langvarig behandling. Behandlingen skal ikke afsluttes, før klienten er parat til det og ønsker det. Mindre end et halvt års behandling er oftest nytteløst.
- Behandlernes uddannelse. Behandlerne skal være veluddannede og have en positiv holdning til såvel stofmisbrugere som metadonbehandling (og anden substitutionsbehandling). Når vi herhjemme langt fra får det optimale udbytte af metadonbehandlingen, kan det først og fremmest tilskrives den negative holdning til metadonbehandling hos det personale, der udøver behandlingen.[25] Der er behov for, at ledelserne i behandlingssystemerne arbejder meget med deres egne holdninger på dette punkt. Og der er behov for en massiv uddannelsesindsats blandt personalet.
- Det er vigtigt, at målsætningen er vedligeholdelse og rehabilitering. Metadonbehandling må ikke primært opfattes som en 'Harm-reduction' foranstaltning, hvis fornemste mål er at få tiden til at gå, men som en offensiv foranstaltning, der skal hjælpe klienten til et bedre liv.
- Psykosociale ydelser af et tilstrækkeligt omfang og kvalitet skal være integreret i behandlingen rettet mod sociale og psykiske problemer og psykiatrisk co-morbiditet.
- Monitorering af sidemisbrug med regelmæssige urinkontroller har ingen dokumenteret effekt. Urinprøver bør kun tages i det omfang, de understøtter behandlingsplanen. Urinprøvetagning kan virke både ydmygende og krænkende og skal derfor doseres med varsomhed.
- Kontrol vil ofte have en anti-terapeutisk effekt. Sanktioner, f.eks. i form af inddragelse af privilegier i behandlingen, har ingen effekt.
- Belønninger, specielt i form af tag-hjem doser ved behandlingsmæssige fremskridt, synes at have en positiv effekt.
- Fleksibel og tilstrækkelig dosering, normalt i intervallet 50-120 mg. Dosisændringer skal være klinisk begrundede, og ændringer af dosis i et forsøg på at kontrollere klienternes adfærd må betegnes som utilstedeligt.

Konklusioner

Behandling for stofmisbrug virker – og virker meget forskelligt. Der er god og dårlig behandling, der er gode og dårlige behandlere, og om klienterne løber ind i det ene eller det andet kan gøre en verden til forskel. Det er en meget vigtig og positiv konstatering, for den betyder, at det ikke er ligegyldigt, hvad behandlingssystemer/behandlingsinstitutioner/behandlere gør. Det gør en forskel - og endda en stor forskel, om man gør det rigtige eller det mindre rigtige.

Men der er også noget, der ikke gør en forskel. Behandlingsmetoden er underordnet. Ingen speciel behandlingsmetode kan fremvise bedre resultater end andre. Man kan tilsyneladende heller ikke matche sig til et bedre resultat. Drømmen om, at man kan forbedre behandlingen ved at sende den rigtige klient til lige præcis den rigtige behandling, har vist sig at være en illusion. Det er en ubekvem konklusion, for den strider mod alle vores teoretiske forestillinger. Vi må konstatere, at vi endnu ikke er så tilstrækkeligt gode til at vurdere klienterne, og behandlingsapparatet er ikke så tilstrækkeligt differentieret, at vi med succes kan matche klienterne til forskellige behandlingsmodaliteter eller –institutioner.

Tilbage står så, at det, der gør en forskel i behandlingen, er det, vi kunne kalde de uspecifikke eller generelle elementer i behandlingen, dvs. sådanne som forekommer i enhver behandling: ledelse, organisering, ressourcer, uddannelse og holdninger.

Stofmisbrug har overvejende karakter af en kronisk, recidiverende tilstand. Det er derfor urimeligt at vurdere effekten af behandlingen på et så absolut mål som stoffrihed. I stedet bør man vurdere gradvise forbedringer over tid. Andre mål - som ofte også er mere relevante både for klienten og samfundet - bør inddrages i vurderingen, f.eks. psykisk og social funktion, reduktion af kriminalitet og smitteoverførsel m.fl.

Behandlingsindsatsen kan beskrives og vurderes på flere niveauer: behandlings-systemet, den enkelte behandlingsinstitution, behandlingsprogrammet og behandleren. Afslutningsvis skal kort resumeres, hvilke forhold der på de enkelte niveauer betinger, om der leveres god eller dårlig behandling:

Behandlingssystemet: Det gode behandlingssystem har en tilstræk-

PETER EGE
SOCIALOVERLÆGE
I KØBENHAVNS KOMMUNE

kelig kapacitet, er attraktivt og har et varieret udbud af behandlingstilbud. Behandlingssystemet skal være sammenhængende, hvilket indebærer, at de enkelte dele af systemet understøtter hinanden, og at medarbejderne i de enkelte institutioner har indgående kendskab til det samlede system og virker loyalt inden for dette.

Behandlingen: Skal være langvarig og sammenhængende. Den skal foregå i et særligt miljø, der fremmer den terapeutiske alliance. Behandlingen skal være styret af en behandlingsmodel, der mobiliserer klienternes ressourcer, og tilbyde ydelser og ritualer, der ligger i forlængelse af forklaringsmodellen. Ledelsen og organiseringen af behandlingen er afgørende, og behandlingspolitikken skal lægge vægt på langvarig behandling og rehabilitering. Mere er bedre. Det er vigtigt med relativt hyppig gruppe- og individuel rådgivning, og klienterne skal kunne tilbydes en række differentierede ydelser, der retter sig mod stofafhængigheden, familiære problemer, bolig-, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige problemer og helbredsproblemer, inklusive psykiske problemer. Flere professionelle ydelser – og ydelser, der matches til klienternes problemer – øger effekten af indsatsen.

Behandleren: En empatisk, reflekterende, ikke-konfronterende tilgang til klienterne fremmer den terapeutiske alliance og dermed behandlingsresultaterne. Arbejdet med klienterne skal være velorganiseret, systematisk og båret af en plan. Det er en fordel med en relevant social- eller sundhedsfaglig grunduddannelse, og efteruddannelse og supervision er en nødvendighed.

LITTERATUR:

1 Ege, P.: Stofmisbrug. Baggrund, konsekvenser, behandling. Hans Reitzels Forlag, København. 1999.
2 Ege, P.: Unge og rusmidler. Månedsskr Prakt Lægegern. 76: 1069 – 86. 1998.
3 Haastrup, S. & Jepsen, P.W.: Eleven Year Follow-up of 300 Young Opioid Addicts. Acta psychiatry Scand. 77: 22 - 6. 1998.
4 Pedersen, M.U.: Stofmisbrugere efter døgnbehandling. Center for Rusmiddelforskning. Århus. 1999.
5 Committee on Drug Abuse Research. Division of Neuroscience and Behavioral Health. Institute of Medicine. Pathways of Addiction. National Academy Press, Washington. 1996.
6 Mattick, R.P., Ward, J. & Hall, W.: The Role of Counceling and Psychological Therapy. I: Ward, J., Mattick, R.P. & Hall, W.: Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies. Harwood Academic Publishers. Australia. 265 - 304. 1998.
7 McLellan, A.T., Woody, G.E., Metzger, D. & al.: Evaluating the Effectiveness of Addiction Treatments: Reasonable Expectations, Approbiate Comparisons. The Milbank Quarterly. 74: 50 - 85. 1996.
8 Lindström, L.: Vändpunkt i psykologisk behandlingsforskning? Psykoterapi stöder naturliga läkeprocesser. Läkartidningen. 85: 2640 - 1.1988.
9 Ball, J.C. & Ross, A.: The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. Springer-Verlag, New York. 1991.
10 Belding, M.A., McLellan, A., Zanis, D.A. & Incmikoski, R.: Characterizing 'Non-responsive' Methadone Patients. J Subst Abuse Treat. 15: 485 - 92. 1998.
11 Ward, J., Hall, W. & Mattick, R.P.: Role of Maintenance Treatment In Opioid Dependence. The Lancet. 353: 221 - 6. 1999.
12 Bergmark, A. & Oscarson, L.: Behandlingseffekter inom narkomanvården. Socialstyrelsen. 1993.
13 Gerstein, D.R.: Outcome Research. Drug Abuse. I: Galanter, M. & Kleber, H.D.: Textbook of Substance Abuse Treatment. The American psychiatric Press, Washington, DC. 45 - 66. 1994.
14 NIAAA Project MATCH Research Group. Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. J. Stud Alcohol. 90: 1179 - 88. 1997.
15 Hser, Y.-I., Polinsky, M.L., Maglione, M. & Anglin, M.D.: Matching Clients Needs With Drug Treatment Services. J Subst Abuse Treat . 16: 299 - 305. 1999.
16 McLellan, A.T., Grissom, G.R., Zanis, D., Randall, M., Brill, P. & O'Brien, C.P.: Problem-Service 'Matching' in Addiction Treatment. Arch Gen Psychiatry. 54: 730 - 5. 1997.
17 Lindström, L.: Vad år verksamma inslag i behandlingen af alkoholister? Läkartidningen. 1479 - 82. 1989.
18 Fiorentine, R. & Anglin, M.D.: More Is Better: Counceling Participation and the Effectiveness of Outpatient Drug Treatment. Subst Abuse Treat. 13: 341 - 8. 1996.
19 Dahl, H.V.: Døgnbehandling på Kråsiglund. Center for Rusmiddelforskning. Århus. 1999.
20 Miller, W.R.: Why Do People Change Addictive Behavior? Addiction. 93: 163 - 72. 1998.
21 Danø, F.: Den socialfaglige del af substitutionsbehandlingen. Upubliceret notat til Narkotikarådet. 1999.
22 Pedersen, M.U.: Arbejdsalliancen mellem behandlere og stofmisbrugere i døgnbehandling. Center for Rusmiddelforskning. Århus. 1999.
23 McLellan, A.T., Woody, G.E., Luborsky, L. & Goehl, L.: Is the Councellor an Active Ingredient in Substance Abuse Rehabilitation. J Nerv Ment Dis. 76: 423 - 30. 1988.
24 Zanis, A. & Woody, G.E.: One-year Mortality Rates Following Methadone Treatment Discharge. Drug Alc Depend. 52: 257 - 60. 1998.
25 Jöhncke, S.: Brugererfaringer. Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune. 1997.