

Peter Ege

Behandling gør en forskel

indhold:

- 2** Hvad er god behandling ?
- 4** Hvad forstår vi ved behandling ?
- 4** Hvad ved vi om effekten af behandling ?
- 5** Hvilke kriterier skal behandlingen vurderes på ?
- 5** Antagelser om sammenhængen mellem behandlingsmetode og -effekt
- 6** Hvad er et godt behandlingssystem
- 7** Den gode behandling
Effekten af konkrete ydelser. - Intensitet, differentiering og matching
Særligt om rådgivning
Særligt om metadonbehandling
- 13** Konklusioner
- 15** Litteratur

Narkotikarådet 1999

PUBLICERET I STOF NR. 10 DECEMBER 1999

Hvad er god behandling?

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 stofmisbrugerer eller den stofafhængige, og vi gør ham heller ikke 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 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. Side-løbende, 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. afhængig af den behandling der tilbydes.

Alle forløbsundersøgelser, helt uden undtagelser, danske såvel som internationale, nye såvel som gamle, illustrerer da også dette, 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 Rusmiddelforskningens 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 Petersen fra Center for Rusmiddelforskning, at "de 30-35% stabilt stoffri var udtryk for et ikke nærmere definerbart mætningspunkt (dem 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 misbrugere, 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, mv. Men de kan behandles, symptomerne kan reduceres, og patienterne kan leve et godt (eller bedre) og mere produktivt liv med, end uden behandling. 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 hjælpøgende til relevante foranstaltninger

Den konkrete behandling kan finde sted i:

Ambulant- og/eller døgnregi

og 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 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 Rusmiddelforskningens 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 døgninstitutionsoopholdet 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 døgninstitutionsoophold 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 dikotomt mål. Enten er man stoffri eller også er man det ikke. Og det er relativt meningsløst når man skal vurdere effekten overfor 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. Og 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.

Antagelser om sammenhængen mellem behandlingsmetode og -effekt

Der hersker ofte en antagelse, 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, 1988*, gruppere antagelserne om sammenhængen mellem valg af behandlingsmetode og effekt som vist i skema 1. på næste side.

Den første antagelse er helt sikkert forkert. Den bedste metode findes ikke. Den anden antagelse

Skema 1.

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

er den vi tror på, men i sin generelle form er den forkert. Med ganske få undtagelser er det aldrig lykkedes at dokumentere at matching af forskellige klientprofiler til forskellige behandlingsinstitutioner eller -metoder giver bedre behandlingsresultater end hvis man ikke matcher (*NIAAA Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes J. Stud Alcohol 1997; 90: 1179 - 88. 1, 10, 13*). 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 indenfor 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, mv.

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 - 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 som 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 overfor 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 han vil om forskellige behandlingsformer, men som behandler kan han ikke tillade sig overfor 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 hjælpssøgende 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 hjælpssøgende 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 ham til at konfrontere sin hidtidige måde at anskue tilværelsen på med alternative, mere hensigtsmæssige måder, og lære ham nogle bedre strategier til løsning af problemerne.
- At behandlingen er langvarig og sammenhængende. Døgnbehandling kan aldrig stå alene, men skal forudgås og efterfølges af en ambulant indsats, som altid bør være det centrale.

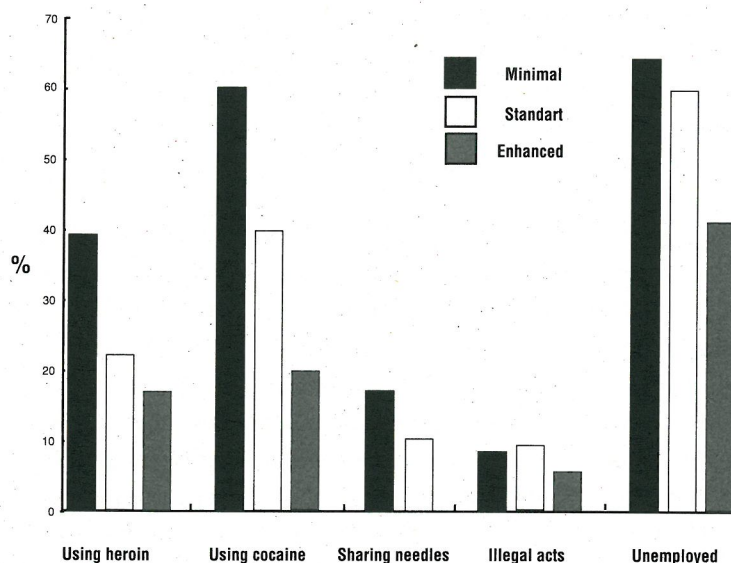
Alt dette er selvfølgelig almindelig sund fornuft, hvad der alene fremgår af, at hvis vi prøver at negere de ovenstående punkter, så kommer vi frem til nogle udsagn, som alle kan være enige om at sådan skal man i hvert fald ikke skrue behandlingen sammen. Men der er også noget der kan hente støtte i 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, 1991 (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, mv.)
- Omfanget af sundhedsfaglige ydelser (behandlingen af somatiske og psykiske lidelser).
- Metadondosering. Fleksibel dosering og intet doseringsloft.

Effekten af konkrete ydelser – Intensitet, differentiering og matching

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, mv. 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 overfor 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, arbejdsstræning og sundhedsfaglige ydelser. (*McLellan & al, 1997*).



Figur 1. Resultater efter 6 måneders behandling. Sorte søjler: Metadon. Hvide søjler: metadon + rådgivning. Grå søjler: 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, familierapi og psykiatrisk bistand. Der var ca. 30 klienter i hver gruppe, og det fremgår klart at behandlingsresultaterne afhænger af omfanget af ydelser supplerende til metadonen.

Tilsvarende resultater er produceret af *Hser & al., 1999*, 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, arbejds-træning, juridisk rådgivning, familierapi, 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, at der er et differentieret udbud af ydelser, men intensiteten eller kvantiteten spiller også en rolle (*Fiorentine & Anglin, 1996*). Deltagelse i 1 - 2 gruppemøder og 1 individuel rådgivning pr. uge gav signifikant bedre resultater end en mere sporadisk rådgivningsindsats. 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 vise 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 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-bevægelsens 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 betænkter, 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 & al., 1998*, i en oversigtsartikel om emnet, 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, indfølelse (empati) og dygtighed. *Miller, 1998*, 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 lyd til skurvede hoveder") gør efter al sandsynlighed mere skade end gavn, eller som det udtrykkes af *Mattick & al., 1998*: "behandlere der anvender magt, trusler og skræmmetaktik for at få klienterne til at fungere demonstrerer kun deres manglende kliniske færdigheder."

Mads Uffe Petersen, 1999, har i en evalueringsrapport beskrevet arbejdsalliancen mellem behandlere og stofmisbrugere i døgnbehandling. 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.

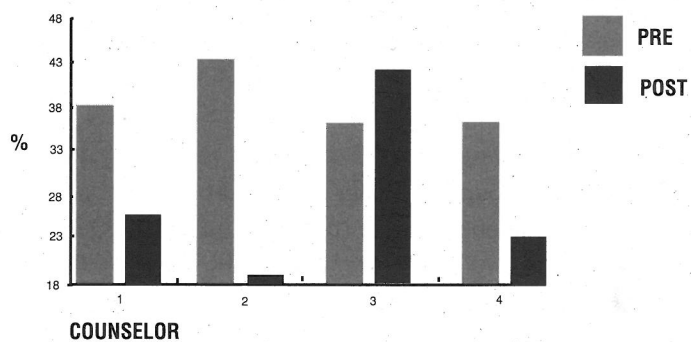
Der er altså gode behandlere og der er dårlige behandlere, og det kan gøre en verden til forskel om klienten møder den gode eller den dårlige. Om man er en god behandler afhænger bl.a. af den personlighedsmæssige udrustning, af engagement (og det er noget en ledelse kan befordre eller hæmme), af mulighederne for at yde en kvalificeret rådgivning, dvs. antallet af klienter man har ansvar for, de fysiske rammer, mv. (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 & al, 1988*. 80 klienter i behandling blev tilfældigt fordelt på 4 nye rådgivere, og klienternes status blev registreret før og 6 måneder efter skiftet til den nye rådgiver. Resultaterne er vist i **fig. 2, 3 og 4**. (se næste side)

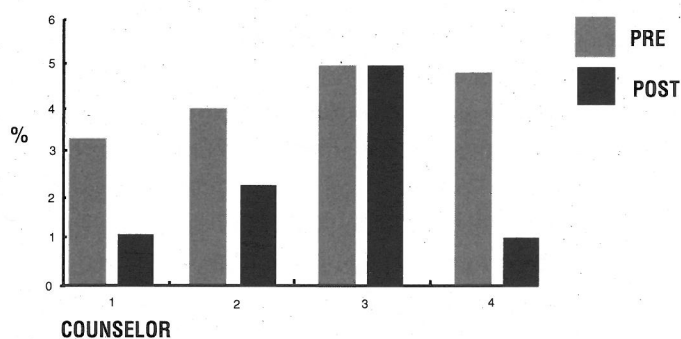
Rådgiverne 1, 2 og 4, og specielt 2, havde i løbet af de 6 måneder forbedret klienternes situation mærkbart, medens rådgiver nr. 3 tydeligvis havde forværret situationen for sine klienter. Konklusionen er klar. Rådgivning virker og gør en forskel, afhængig af rådgivernes kvalifikationer. Ser man på de uddannelsesmæssige kvalifikationer hos de fire rådgivere, var rådgiver nr. 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 4 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 en 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 nr. 3 var karakteriseret ved dårlig journalføring, en ikke-detaljeret behandlingsplan som ikke blev fulgt, inkonsistent og ikke-motiveret indgriben over klienterne, og en mindre hyppig klientkontakt (i gennemsnit kun lidt mere end en gang månedligt). Resultaterne blev som vist derefter.

Særligt om metadonbehandling

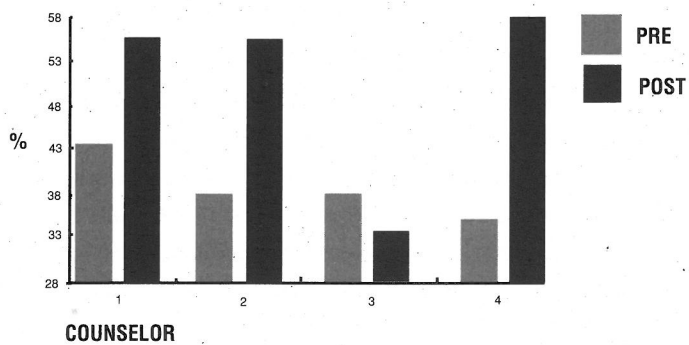
Rationalet for metadonbehandling, og baggrunden for dennes store udbredelse er selvfølgelig, at en meget stor del af stofmisbrugerpopulationen ikke ville være i behandlingssystemet uden metadon. Det gælder for denne majoritet af stofmisbrugere, at en mindre del kan klare sig med metadon uden rådgivning, 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 metadonbehandlingens kvalitet. Det skal derfor kun meget summarisk beskrives hvilke forhold der har betydning for metadonbehandlingens kvalitet. Vigtige faktorer er (2, 8, 9, 11, 21):



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.

- 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 (*Steffen Föhncke, 1997*). Der er et 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 andet kan gøre en verden til forskel. Dette 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/-program 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 tilstrækkelig kapacitet, er attraktivt og har et varieret udbud af behandlingstilbud. Det 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, bolig-, uddannelses- og beskæftigelsesmæssige problemer, helbredsproblemer inklusive psykiske problemer. Flere professionelle ydelser og ydelser der matches til klienternes problemer øger effekten af indsatsen.

Behandlerne: 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 efterbehandling og supervision er en nødvendighed. ■

Peter Ege er Socialoverlæge i Københavns kommune og medlem af Narkotikarådet

Litteratur.

1. Ege P. *Stofmisbrug. Baggrund, konsekvenser, behandling*. Hans Reitzels Forlag København, 1999.
2. Ege P. *Unge og rusmidler*. Månedsskr Prakt Lægegern 1998; 76: 1069 - 86.
3. Haastруп S, Jepsen PW. *Eleven year follow-up of 300 Young opioid Addicts*. Acta psychiatry Scand 1988; 77: 22 - 6.
4. Pedersen MU. *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 RP, Ward J, Hall W. *The Role of Counseling and Psychological Therapy*. I: Ward J, Mattick RP, Hall W. *Methadone Maintenance treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers: Australia, 1998: 265 - 304.
7. McLellan AT, Woody GE, Metzger D & al. *Evaluating the Effectiveness of Addiction Treatments: Reasonable Expectations, Appropriate Comparisons*. The Milbank Quarterly 1996; 74: 50 - 85.
8. Lindström L. *Vändpunkt i psykologisk behandlingsforskning? Psykoterapi stöder naturliga läkeprocesser*. Läkartidningen 1988; 85: 2640 - 1.
9. Ball JC, Ross A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. Springer-Verlag: New York, 1991.
10. Belding MA, McLellan A, Zanis DA, Incmikoski R. *Characterizing "Nonresponsive" Methadone Patients*. J Subst Abuse Treat 1998; 15: 485 - 92.
11. Ward J, Hall W, Mattick RP. *Role of Maintenance Treatment In Opioid Dependence*. Lancet 1999; 353: 221 - 6.
12. Bergmark A, Oscarson L. *Behandlingseffekter inom narkomanvården*. Socialstyrelsen, 1993.
13. Gerstein DR. Outcome Research. Drug Abuse. I: Galanter M, Kleber HD. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. The American psychiatric Press: Washington, DC, 1994: 45 - 66.
14. NIAAA Project MATCH Research Group. *Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes*. J. Stud Alcohol 1997; 90: 1179 - 88.
15. Hser Y-I, Polinsky ML, Maglione M, Anglin MD. *Matching Clients Needs With Drug Treatment Services*. J Subst Abuse Treat 1999; 16: 299 - 305.
16. McLellan AT, Grissom GR, Zanis D, Randall M, Brill P, O'Brien CP. *Problem-Service "Matching" in Addiction Treatment*. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 730 - 5.
17. Lindström L. *Vad är verksamma inslag i behandlingen af alkoholister ?* Läkartidningen 1989; 1479 - 82.
18. Fiorentine R, Anglin MD. *More Is Better: Counseling Participation and the Effectiveness of Outpatient Drug Treatment*. Subst Abuse Treat 1996; 13: 341 - 8.
19. Dahl HV. *Døgnbehandling på Kråsighund*. Center for Rusmiddelforskning: Århus, 1999.
20. Miller WR. *Why do people change addictive behavior ?* Addiction 1998; 93: 163 - 72.
21. Danø F. *Den socialfaglige del af substitutionsbehandlingen*. Upubliceret notat til Narkotikarådet, 1999.
22. Pedersen MU. *Arbejdssalliancen mellem behandlere og stofmisbrugere i døgnbehandling*. Center for Rusmiddelforskning: Århus, 1999.
23. McLellan AT, Woody GE, Luborsky L, Goehl L. *Is the Counsellor an Active Ingredient" in Substance Abuse Rehabilitatio*. J Nerv Ment Dis 1988, 76: 423 - 30.
24. Zanis A, Woody GE. *One-year mortality rates following methadone treatment discharge*. Drug Alc Depend 1998; 52: 257 - 60.
25. Jöhncke S. *Brugereerfaringer*. Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune, 1997.

