

## Amternes rolle i misbrugsbehandlingen

Stofmisbrugsbehandling har gennemgået store forandringer gennem de sidste 25 år. Samtidigt med flere ressourcer og mere professionalisme har holdningerne til behandling, hvordan man greb behandlingen an, og forholdet til brugerne skiftet betragteligt. Centerchef Bent Jensen giver her sit bud på hvordan udviklingen har været set fra Vestsjællands Amt.

### AF BENT JENSEN

Ser vi på den udvikling der gennem de sidste 25 år er sket indenfor stofmisbrugsbehandlingen, er der sket en markant forandring både med hensyn til indhold og holdninger til om det nytter noget. I mange år var narkobehandling et fagligt lavstatusområde præget af mangel på politisk opmærksomhed og interesse.

Regeringens narkoredegørelse i 1994 blev startskuddet til en kraftig oprustning af indsatsen på flere niveauer. Parallelt med iværksættelsen af en række forsknings- og evalueringsprojekter blev der afsat betydelige midler til direkte aktivitetsudvidelser, faglig opkvalificering og metodeudvikling.

Måske som det allervigtigste i denne sammenhæng medførte det en øget opmærksomhed og et fornyet håb og en tro på et bedre liv hos mange stofmisbrugere. Dette afspejles da også i de konkrete tal for antallet af misbrugere i behandling, som stort set er fordoblet siden 1994. Der er ikke holdepunkt for at antage, at antallet af stofmisbrugere er steget væsentligt i perioden, hvorfor det stigende antal behandlingssøgende må tages som udtryk for den enkelte misbrugers tro på, at behandling nytter. Det er en stor tilfredsstillelse at se, hvordan tidligere misbrugere selv aktivt tager del i behandlingsarbejde og samtidig opbygger livsvigtige netværk for ekstmisbrugere.

### Narkoloven 1996 – Amtet som den centrale aktør

Startskuddet den 01.01.1996 var naturligvis forskelligt for de enkelte



NANNA REIMERS, BAM

**AT SKABE MULIGHED FOR AT DEN ENKELTE MISBRUGER KAN ARBEJDE MED AT ÆNDRE SIT MISBRUGSMØNSTER MED DEN HENSIGT AT SKABE BEDRE LIVSKVALITET/LIVSMULIGHEDER**

Centerchef Bent Jensen, Misbrugscentret i Vestsjællands Amt.

amter, idet nogle få amter på det tidspunkt havde et konkret behandlingstilbud til stofmisbrugere, hvorimod en række amter i vid udstrækning havde en konsulents tjeneste eller lignende.

Ser jeg på Vestsjællands Amt, hvor jeg er ansat, var der ved udgangen af 1995 ansat fem medarbejdere, som arbejdede direkte med stofmisbrugsbehandling. I dag er der 35 medarbejdere. Det var den personalemæssige udvikling.

Men det der er langt vigtigere i den sammenhæng er den holdningsmæssige udvikling, der har været i perioden. Når man ser tilbage på opstarten i 1996 for de amter, for hvem opgaven var ny – og endda også for nogle af de amter, som havde kørt opgaven – så handlede det om kontrol, det handlede om restriktioner, det handlede om at klientgruppen var misbrugere, og det skulle ikke være let at være misbruger. Det handlede også om at køre en stram politik overfor brugerne, hvor medicinen i vid udstrækning blev brugt som restriktionsmiddel, og der blev brugt astronomiske summer til at kontrollere og udføre urinkontroller.

**Energien blev lagt i at omgå behandling i stedet for at indgå i behandling**

Vestsjællands Amt brugte på et tidspunkt omkring 800.000 kr. til urinkontrol. Disse økonomiske ressourcer til kontrol blev brugt på trods af, at det gang på gang viste sig, at brugernes opfindsomhed i forhold til at omgå kontrollen var langt større end de kontrolforanstaltningerne, der blev iværksat, og at de mange penge til kontrol stort set var spildt set i forhold til en behandlingsmæssig effekt.

Det var en situation, som var svær at håndtere. På den ene side skulle der føres en vis kontrol med brugerne, på den anden side var man klar over, at kontrollen ikke havde nogen positiv effekt.

En anden problemstilling, som specielt for Sjællands-området håndteringsmæssigt var vanskelig var, at man ofte brugte Københavns' behandlingssystem som forbillede, hvilket var i orden rent behandlingsmæssigt. Men opbygningen af behandlingen kunne ikke

realiseres på samme måde i provinsen som i København, idet koncentrationen af brugerne – eller rettere sagt den manglende koncentration af brugere, gjorde, at der var et behov for at gribe situationen an på en anden måde. Det er alt andet lige lettere at stille et stærkt behandlingsapparat til rådighed, når der inden for en kort radius findes en stor gruppe af brugere set i forhold til, at der i et almindelig provinsamt meget let bliver 100 km fra den ene ende af amtet til den anden. Det var relativt kompliceret at finde ud af hvordan det kunne organiseres og hvordan man fik tilgodeset eksempelvis det første punkt i Narkotikarådets pjeces "Hvad er god behandling", hvor der lægges meget vægt på den daglige kontakt. En af de første ting der viste sig i udviklingen var, at vi blev bedre til at se mere differentieret på brugergruppen, og der var den holdning i amterne, at det var de hårdest belastede misbrugere vi først og fremmest skulle tage os af.

Metadon kom meget let til at fylde alt for meget. Det var ret tydeligt i opstarten af behandlingstilbuddene i amterne, at metadonen blev omdrejningspunktet, det var det man talte om, det var den kontakt som blev skabt og brugerne brugte gang på gang behandlernes tid på at diskutere dosisstørrelse, hvilket gjorde det svært at prioritere tid til den direkte brugerkontakt, uden diskussion af metadon, og gå ind i et mere socialpsykologisk behandlingsmønster.

**Fra kontrol til kontakt**

På baggrund af dels de ret kraftige udgifter omkring urinkontrollen og dels på baggrund af en drøftelse af det etiske i at bruge medicin som restriktionsmiddel, er der sket en væsentlig reduktion af kontrolvirksomheden.

Det kan i den sammenhæng eksempelvis nævnes, at udgiften til kontrolforanstaltning i Vestsjællands Amt er reduceret til omkring 100.000 kr. om året, og at kontrolforanstaltningen stort set kun bliver brugt, hvor brugeren selv ønsker det, og kun i forbindelse med specielle foranstaltninger bruges urinkontrol, ellers bruges strips. Vi er

opmærksomme på, at sikkerheden er knapt så stor her, men til gengæld er det et fantastisk godt pædagogisk redskab, hvor situationen kan diskuteres med brugerne her og nu. Endelig kan det konstateres, at der er opnået en langt bedre kontakt med brugerne efter ophør med brug af kontrol og restriktioner. Ligesom der er opnået et forbedret arbejdsklima, idet voldssituationer og lignende oftest opstod i forbindelse med, at brugeren vidste, at det var en uren prøve og derfor gjorde alt for at undgå at få den taget, bl.a. også fordi vedkommende var bange for at miste sin metadon. Endvidere er man gået ind i en reel dialog med brugeren om dosisstørrelse, det giver en mere reel dialog, hvor det beror på tillid mellem bruger og læge frem for at brugeren skal overdrive ud fra den forudsætning, at "de nok skærer lidt ned på det jeg skal have og det jeg ønsker".

Det har været en proces, som uden tvivl har været gavnlig for brugerne og gavnlige for behandlingsstederne, men det er stadigvæk sådan, at metadon fylder meget, men nu kanaliseres over i en mere konstruktiv debat, dvs. at man bruger metadon og ønsket om ændringer mere afslappet i forhold til, at det så bliver nogle af de ting, som giver samtalemuligheder med brugeren, og at man udnytter dette frem for, at man lader sig fange af det. Der er vel også ved at ske en uddannelsesmæssig udvikling hos medarbejderne, som gør, at man er blevet bedre til at sige fra overfor nogle af de grupper, der presser meget på hele tiden, og få lidt mere tid tilovers til andre grupper.

**Fra punktvis behandling til helhedsorienteret behandling**

Det er vigtigt at være opmærksom på, at når man ser på døgn- kontra ambulante behandling, så er det sådan, at amterne i.f.m. de tilbud de har, skal kunne tage imod alle brugere. Derfor vil det være vigtigt, at der er en meget hurtig sagsafklaring og vigtigt, at der er mange forskellige muligheder at trække på.

Der er ingen tvivl om, at mange af de steder hvor man startede pr.

1.1.1996 med en decideret struktureret misbrugsbehandling, at her var der meget af behandlingen der foregik fra "hånden til munden", og det var helt tydeligt, at brugernes rutine i at få det de gerne ville have overgik medarbejdernes viden og evner til at prioritere og sige fra.

I mange sammenhænge var frustrationen over de problemstillinger man mødte så store, at man egentlig gerne sagde ja til stort set alt. D.v.s at den ambulante behandling blev meget præget af diskussion/debat omkring metadon uden en reel struktureret indsats - dog uden tvivl en langt bedre social indsats end der havde været tidligere, idet der stort set ikke havde været nogen. Det var helt tydeligt, at der skete en fysisk udvikling hos brugerne, idet det miljø de nu kom i i forbindelse med udlevering af metadon kunne bære, at de havde en endog aparte optræden, at der her var rammer til at de også til tider kunne råbe op, når de havde brug for det uden, at det føltes særligt generende for omverdenen, men først og fremmest at der i løbet af en relativ kort tid blev skabt en kontakt imellem dem og behandlingspersonalet som gjorde, at der blev en gensidig respekt.

Nogle af de ting det kunne måles på var, at brugerne begyndte at bruge udtryk som "god weekend", "god ferie" og andre ganske almindelige samværsudtryk, som er blevet en del af dagligdagen i rådgivningscentrene, og at den fysiske tilstand hos størstedelen af brugerne er ændret væsentligt.

Men stadigvæk var det et spørgsmål om, at når der rigtig skulle ske noget, så skulle det være døgnophold, men som tidligere omtalt fyldte den sociale indsats i forbindelse med det ambulante tilbud ikke særlig meget. Der var formodentlig også en indstilling hos behandlerne om øget ambulant behandling, men også den at de gerne visiterede til døgn. Og det var der de mange gange lagde deres energi - i at kunne fastholde nogen i døgnbehandling frem for at øge en reel ambulant indsats overfor de brugere, der dagligt kom i rådgivningscentrene. Og endelig

har det nok også været sådan, at var man kommet i gang og kommet igennem en behandling, så var det godt, og der var så heller ikke den store opfølgning bagefter. Oftest kom man efter en døgnbehandling en relativ kort periode ud i samfundet, måske fortsatte man blot derude og kom så i rådgivningscentret og blev på ny ordineret metadon, eller man sprang simpelthen fra døgnbehandling. Der er eksempler på helt op til tre-fire-fem forskellige døgnophold indenfor et år for visse brugere.

Dette er uden tvivl ændret, sådan at man i dag er mere bevidst om, at skal der ske en forbedring af personens situation er det vigtigt, at der er sammenhæng mellem det ambulante tilbud og evt. forbehandling inden man kommer i døgnbehandling/ evt. dagbehandling inden man kommer i døgn, derfra døgnophold og derfra udskrivning til efterbehandling. Man skal også være opmærksom på, at det at gennemgå en døgnbehandling ikke er ensbetydende med, at man er parat til at gå i gang med aktivering, men at der faktisk er behov for en væsentlig opfølgning, efter, at være blevet clean for at kunne gå i gang med aktivering og lignende. Ligeledes arbejdes der en del steder med det der hedder tilbagefalds behandling, d.v.s at såfremt man får et tilbagefald, så ryger man ikke bare tilbage i køen og starter forfra med et ambulant tilbud, men at man faktisk bliver samlet op og der arbejdes videre ud fra den situation man er i.

Skal vi se på nogle reelle mangler indenfor området, så handler det meget om at få udviklet det ambulante tilbud, at få gjort det ambulante tilbud til højstatusområde, som dækker langt størstedelen af det behandlingstilbud, som gives misbrugere i Danmark. Det betyder ikke, at de ikke får tilbudt et døgnophold, men det betyder nok, at de i mange situationer ikke gennemfører det, dels fordi det ikke er forberedt godt nok, og dels fordi der ikke er nogen til at samle dem op bagefter.

Men endelig kan man stille det spørgsmål, når nogen bliver visiteret

## AMTSRÅDSFORENINGEN FØLGER BEHANDLINGS- GARANTIE

Amtsrådsforeningen indsamler data fra amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner om udviklingen på stofmisbrugsområdet. På [www.arf.dk](http://www.arf.dk) offentliggøres for hver måned indberetninger om:

- antal visitationer (til henholdsvis dag-/ ambulant og døgnbehandling)
- antal visitationer af klienter som ikke tidligere er behandlet i amtet
- antal klienter der vælger at modtage den visiterede behandling et andet sted end det af amtet anviste
- antal klienter der har ventet mere end 14 dage fra 1. henvendelse.

Amtsrådsforeningen har under lovbehandlingens peget på, at man ikke kan forvente, at alle amter lige fra starten har kapacitet til at rumme alle stofmisbrugere, som ønsker behandling indenfor 14 dage. De første måneders indberetninger viser, at der generelt opleves en øget tilstrømning af klienter, men at kun få amter ikke har kunnet klare efterspørgslen. I starten af april ventede 72 stofmisbrugere på at komme i behandling, i februar var det 99 der ventede mere end 14 dage på at komme i behandling.

I marts 2003 blev 537 klienter visiteret til behandling (mod 495 i februar og 463 i januar). Mere end en tredjedel af alle visiterede klienter er ikke kendt af behandlingssystemet i de respektive amter/kommuner. I marts var 42 % af de visiterede klienter 'nye'. Dette kan enten skyldes, at der er kommet væsentligt flere klienter ind i behandlingssystemet på grund af behandlingsgarantien, eller det kan være et udtryk for en øget mobilitet hos klienterne.

I de første tre måneder med behandlingsgaranti har der hver måned været en klient, der har valgt at modtage den visiterede behandling et andet sted end det amtet anviste.



til døgnbehandling, hvad skulle der til i det ambulante system for, at de kunne undgå at komme i døgnbehandling, er der reelt behov for en miljøafskærmning eller er det bare en traditionel, let stereotyp løsning, at det er så løsningen.

### **Omgivelsernes forventninger**

Der skal heller ikke herske tvivl om, at pårørende og omgivelserne i den kommunale sagsbehandling og lign. har meget svært ved at tro på, at et ambulante tilbud kan hjælpe. De har mødt et menneske gennem mange år, set det gå op og ned i graden af misbrug, og så blot at blive indskrevet i et misbrugscenter og i øvrigt ingen ændringer, men blot fortsætte med at gå i misbrugscentret og komme hos den kommunale sagsbehandler uden, at der er nogle væsentlige synlige ændringer, hvordan skulle det hjælpe? For sagsbehandleren er det løsningen med et døgnbeholdingsophold, der skal ske et markant skift i brugerens daglige tilværelse.

Den holdning kan man nok umiddelbart ikke være med til at ændre, men jeg tror på, at hvis man kan skabe en holdnings- og uddannelsesmæssig baggrund for at kunne opkvalificere vores ambulante tilbud, så vil man kunne yde en langt større indsats på området. Jeg tror stadigvæk på, at den indsats der kan ske konkret mens misbrugeren er i det miljø, som de lige så stille skal gå ud og trække sig ud af, det er det som bunder længst i sidste ende.

### **Nyt indfald - brugerinvolvering**

Nogen gange drøfter vi i lederkredse opgaven at være leder for et misbrugscenter, det kan til tider være vanskeligt. Forstået på den måde, at den gruppe man skal være leder for i dagligdagen jo må kæmpe nogle brave kampe i forhold til brugerne, også i mange sammenhænge gå ind og føle, at de er brugerne ambassadører og skal stort set følge dem til det yderste, og det har i mange sammenhænge været svært at få brugerinvolvering, selv om man må sige, at det i princippet burde være en af de letteste grupper at skabe brugerinvolvering i. De har deres sprog, de

har deres meninger og de er i stand til at udtrykke dem. Det kan godt være, det ikke er lige hensigtsmæssigt, måden de udtrykker sig på, men de er i stand til at give udtryk for det, som de ligger inde med. Og i princippet skulle de også være virkelig gode til at gå ind og give behandlingstilbuddet den viden, som kunne forbedre deres situation.

I forbindelse med de undersøgelser der har været af misbrugsbehandlingen, har man fået mange forskellige udtalelser, eksempelvis "En behandlingsform, mange forskellige brugere". Selv om vi påstår, at vi arbejder med individuelle behandlingsforløb, så er der oftest tale om en type ambulante behandling med visse indførte variationer. En anden ting er afhængighed af misbrugsbehandlingsstedet, brugerens oplevelse af stavnsbundethed er meget konkret og en meget reel omkostning ved behandlingen, specielt i forbindelse med metadonunderstøttet behandling.

### **Uigennemskuelighed af behandlingen**

Mange af brugerne giver udtryk for ikke at kunne forstå den forklaring de får omkring behandlingsindhold og formål. Det gælder både vedr. deres egen behandling og det gælder den generelle behandlingsfilosofi i misbrugsbehandlingen. De bruger udtryk omkring behandlingen, som hedder "behandling stempler". Med alle behandlingens fordele og resultater ufortalt kan det være, at behandling opleves som ydmygende og som noget der cementerer brugerens status som stående uden for og mislykket.

Ser man det ud fra behandlingsinstitutionens synspunkt, så er der naturligvis en række problemstillinger, som ikke umiddelbart kan ændres, idet vi har som opgave at give tilbud til alle, der kommer med et misbrugsproblem. Der er dog ingen tvivl om, at der er behov for at få lavet en systematisk informationsstrategi overfor brugerne og for at tilgodese brugerne behov for at få indflydelse på det individuelle råderum i behandlingen.

Amternes rolle i forbindelse med stofmisbrugsbehandling har naturligvis

også haft den problemstilling, at det umiddelbart var det første område, hvor amtet ubetinget fik visitationsretten til en bestemt behandlingsmåde, og det har i nogle sammenhænge været svært at få opbygget et godt og udbytterigt samarbejde med kommuner og døgninstitutioner.

### **Hvordan ser fremtiden ud?**

Kigger vi på den indsats som amterne har ydet siden 1996, så vil jeg være ærlig at indrømme, at der har været meget kaos hen ad vejen. Det må også indrømmes, at der har været meget brug for en høj grad af videreuddannelse og brug for at blive rustet til at tackle personer i kaos. Brug for at lære at lytte til brugerne og blive i stand til at finde ud af hvilke relevante krav og behov de har.

Vi skal lære at finde ud af hvordan vi prioriterer de ressourcer, der er i forhold til den brede brugergruppe. Det være sig en høj prioritet omkring unge, at indgå i samarbejde med kommunerne omkring de unge under 18 år. Lære at respektere det ambulante tilbud som et ligeværdigt tilbud blandt behandlere og også lære omverdenen at forstå, at en stor gruppe af misbrugere ikke er motiveret for at stoppe – blive clean. Vi må også lære omkring harm reduction, at være meget forsigtige med krav i forhold til de hårdest belastede misbrugere. Prøve at give dem selvrespekt, så de får lyst og kræfter til at leve op til de krav, der bliver stillet.

Udviklingen de seneste år viser, at den måde misbrugsbehandlingen er blevet organiseret på i amterne har givet området et væsentligt løft. Behandlingsgarantien er en ny udfordring, der presser behandlingssystemet mange steder, men foreløbigt ser det ud til at de fleste amter lever op til garantien.

Vi har også fået et nyt metadoncirkulære at arbejde med, der forsøger at holde trit med udviklingen i praksis, hvor man længe har været på vej væk fra den tidligere meget håndfaste kontrol.

Opgaven i misbrugsbehandlingen er fortsat, at brugerne skal opleve at det nytter noget at indgå i et behandlingstilbud. ■