



'MAN KAN GØRE ALT FRA 0 TIL INGENTING'

STOF har inviteret tre kendte 'københavnslæger' til en snak om udfordringerne på misbrugsområdet: Hvor galt er det fat?





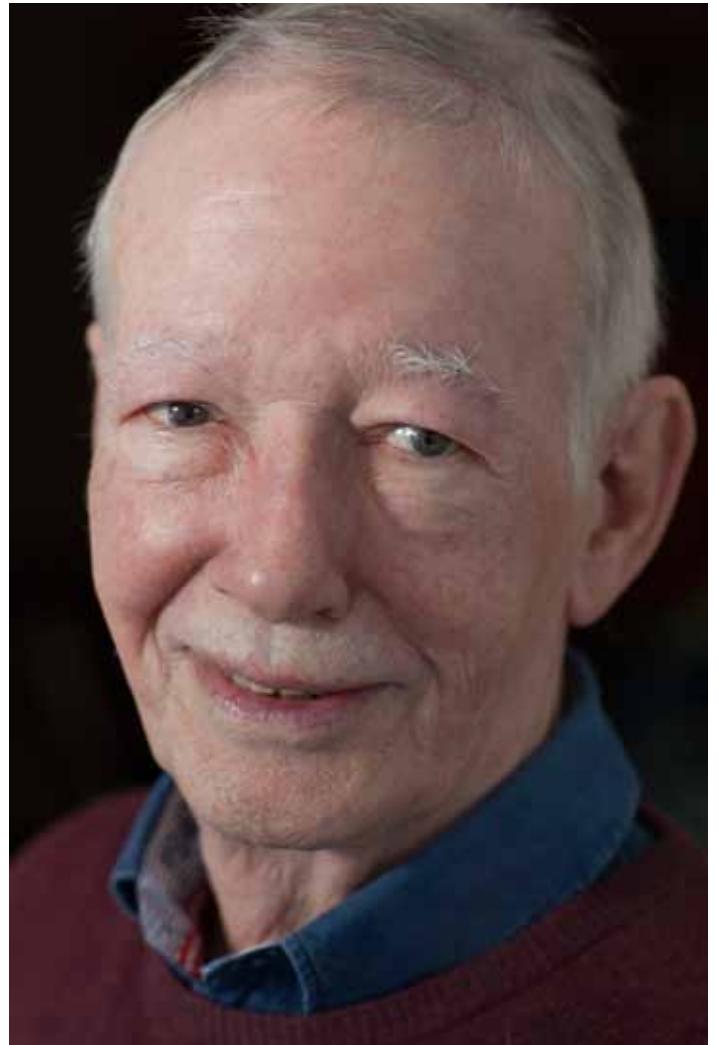
Helle Petersen:

- 1990 speciallæge i almen medicin, praktiserende læge på Ydre Nørrebro
- 1990'erne M65 på Nordvang, et døgnbehandlingssted under psykiatrien, Åben Rådgivning (forløberen for KABS), Københavns Kommune (bl.a. Forchammersvej og sygeplejeklinikker)
- 1998 dannede sammen med Thomas Fuglsang 'Dansk Selskab for Addiktiv Medicin', et lægefagligt forum med fokus på faglighed og god klinisk praksis på misbrugsområdet. Selskabet holder mindst to årlige konferencer eller temadage, som er åbne for alle interesserede.
- 2002 leder af Projekt X-Felt, et behandlingsprojekt med fokus på kvalitet, faglige standarder og systematik i substitutionsbehandlingen i Københavns Kommune. Rapporten: 'Mål, midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen' kan hentes på: www.kk.dk/
- 2005-2011 afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen. Bl.a. ansvarlig for udarbejdelsen af: 'Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling', 2008, 'Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opiodafhængighed' (heroinvejledningen), 2010: www.sst.dk
- 2012 socialoverlæge i Københavns Kommune
- 2012 Sundhedsstyrelsens sagkyndige i stofmisbrug



Thomas Fuglsang:

- 1966 dagblads- og radiojournalistik, uddannet på dagbladet Land og Folk og Danmarks Journalisthøjskole
- 1969 nattevagt på 'kontaktcentret' i Blågårdsgade, hvor Peter Ege var lægekonsulent
- 1973 arbejde som uuddannet pædagog med unge misbrugere i Kirkens Korshærs Ungdomsklub
- 1976 vinhandler og grossist
- 1979 starter som 32-årig på medicinstudiet
- 1994 speciallæge i almen medicin, ansættes i Københavns Kommune på Distriktscenter Indre i Hørsholmsgade, fra 1995 afdelingslæge på Specialinstitutionen Forchammersvej
- 1999 adm. overlæge på Socialmedicinsk Klinik, Københavns Amt
- 1998 danner 'Dansk Selskab for Additiv Medicin' sammen med Helle Petersen
- 2001 centerchef for Københavns Amts nyetablerede misbrugscen-ter, KABS, der i 2007 overgår til Glostrup Kommune. KABS leverer misbrugsbehandling til en lang række kommuner og har gennemført en udtalt specialisering, som bl.a. omfatter tilbud om heroinbehandling, misbrugspsykiatriske dagtilbud, særlige indsatser omkring unge, gravide og misbrugere med børn. KABS driver endvidere videnscentret KABS VIDEN, der spænder over forskning, eksternt finansierede projekter, ud-givelse af faglitteratur og konferencer på nationalt niveau.



Peter Ege:

- 1966 uddannet læge
- 1969 lægekonsulent, bl.a. på Dagcenter for unge misbrugere, ledet af Tine Bryld, reservelæge på socialpædiatrisk am-bulatorium
- 1979 lektor i socialmedicin på Den Sociale Højskole
- 1980 forskningssekretær i Alkohol- og Narkotikarådet (tidligere Kontaktudvalget for Ungdomsnarkomanien). Rådet udgav flere publikationer, bl.a. 'Metadon og hvad så?' i 1983 og behandlingsrapporten 'At møde mennesket, hvor det er' i 1984, som i dag er klassikere og bør læses af alle, der in-teresserer sig for misbrugsområdet.
- 1989 embedslæge-institutionen i København, Åben Rådgiv-ning i Københavns Amt, M65 på Nordvang
- 1994 socialoverlæge i Københavns Kommune
- 1995-2002 medlem af Narkotikarådet
- 2011 pensioneret efter mere end 40 års uafbrudt virke på mis-brugsområdet.

Læs også interviewet med Peter Ege i STOF nr. 4, dec. 2004. Det findes også på www.stofbladet.dk – og på sitet ligger desuden alle de artikler, som Peter Ege gennem årene har skrevet til STOF.

AF BIRGITTE JENSEN

Nu er I jo startet på lidt forskellige tidspunkter, men hvad husker I især om, hvordan misbrugsbehandlingen foregik, da I var nye på området?

Thomas: Da jeg startede på området, svor man jo virkelig til stoffrihed. Hvis klienterne eller patienterne bare tænkte på stoffer, blev de smidt ud, så de kunne komme på bedre tanker.

Helle: På lægestudiet havde vi fx intet lært om at ordinere metadon, så jeg anede ikke, hvordan man skulle behandle abstinenser med medicin. Man kunne ikke læse om det nogen steder, og det hele var meget tilfældigt. Jeg kan huske, da jeg startede på M65, det var et døgnbehandlingssted under psykiatrien, at jeg her kom ind i en verden, hvor det var - om ikke 'god tone' så i hvert fald nyt - som læge at beskæftige sig fuldtids med stofmisbrugsbehandling. Behandlingsstedet var fyldt med personer i behandling for stofmisbrug. Vi behandlede stoffrit/medicinfrit, vi vidste ikke en pind om hverken HIV eller det egentlig psykiatriske, og det var dybest set primært relationsterapi, vi gik og lavede. Det var meget med hjertet, vi behandlede, ikke så meget med faglig viden.

Peter: Metadon kom jo ind i de tidlige 1970'ere, hvor den blev brugt til afgiftning. Alle har nok hørt historier om afgiftningsture ud på landet, hvor metadonen stod i vindueskarmen til fri afbenyttelse, og det gik sådan set meget stille og roligt. I dag ville det ikke gå - der er jo ingen grund til at friste folk over evne, men det var meget afslappet, det må jeg sige.

Thomas: Dengang var det jo typisk 10 eller 14 dages nedtrapninger med 60 milligram dag 1, og så reducerede man med 5 milligram om dagen. Så på tolvte dagen var man stoffri, og så var der et par svære dage i badekåbe med uro i benene, hvor man skulle holde sig vågen, og vi måtte så sysselsætte folk med ludo, brusebade, og jeg ved ikke hvad.

I dag kommer vi ikke igennem med 60 milligram - i gennemsnit er det er nok nærmere det dobbelte.

Helle: Til gengæld var recidiv-frekvensen enorm høj dengang. Kun ganske få blev permanent stoffri, folk kom jo tilbage igen og igen.

Thomas: Men der i starten af 1970'erne, hvor jeg rejste land og rige rundt og lavede nedtrapninger og familieplejebringelser, da troede mange af os jo på, at misbrugsproblemet var noget forbigående, et ungdomsfænomen, som man kunne behandle sig ud



Peter Ege:

'Da 'Alkohol- og Narkotikarådet' lavede rapporten 'Metadon og hvad så?' var det lidt af en øjenåbner at se, hvordan det gik hos de praktiserende læger, og hvad stofbrugerne selv tænkte om metadon. Rapporten viste også, hvor elendige de praktiserende læger var til at løse opgaven, selvom stofbrugerne var uendeligt taknemmelige over, at de fik deres metadon. Dengang var det jo virkelig et eftertragtet gode, må man sige. Sammen med Lone Scocozza lavede vi så i 1984 behandlingsrapporten 'At møde mennesket, hvor det er', som jo i virkeligheden var en ret fremragende rapport.'

Thomas Fuglsang:

'I en alder af 32 begyndte jeg at læse medicin – jeg ville gerne have noget med mennesker at gøre, være med i et tværfagligt arbejdsfællesskab og have en anstændig løn. Jeg tænkte, at som praktiserende læge ville man få det hele på én gang. Men da jeg arbejdede på Forchhammersvej, hvor udfordringerne og personalet var som på et mindre sygehus, dér oplevede jeg virkelig tværfaglighed, der ville noget.'

**Helle Petersen:**

'Forchhammersvej har jo en lang historie om meget, meget syge HIV-smittede stofmisbrugere, som var indlagt dér for at dø. Jeg tror, at det var der, det lige så stille begyndte med helhedsorienteret og sundhedsfaglig indsats, samarbejde med sundhedsvæsenet og rummelighed - at borgere med de problemstillinger har ret til både at få en ordentlig behandling og til at dø på en ordentlig måde. Skadesreduktion var ikke rigtigt et ord endnu, men det var det, vi lavede. Det var virkelig udfordrende, men vi blev ret dygtige til at tage os af misbrugerens helbredsproblemer, de fejlede simpelthen så meget.'

af. Hele retorikken gik jo også på, at det var et ungdomsproblem, fx i betegnelsen Regeringens Kontaktudvalg vedrørende Ungdomsnarkomani – og det hed fx Amtsunngdomscenter til langt op i 1990'erne.

Opfattelsen af, at stofbrug udelukkende skulle være et ungdomsfænomen har jo ændret sig, men det er der også mange andre ting på området, der har?

Thomas: Ja, de gyldne år i dansk misbrugsbehandling i 1990'erne, hvor amterne fik opgaven, og hvor de blev 'boostet' med økonomi, så der kom volumen, faglig råstyrke og muligheder, de er jo for længst passé. Økonomisk oplever man ikke de store ændringer, men i og med, at pengene er fordelt på mange flere enheder, og der er kommet flere og mere forskellige brugere til, så er opgaven faktisk blevet større.

Helle: Der er også sket det, at mens lægerne pr. tradition har været bundet op på metadonbehandlingen, så er lægerne helt koblet fra i forhold til de mange nye brugergrupper – til trods for, at mange af dem i høj grad egentlig også kunne profitere af en lægelig involvering.

Thomas: Det er jo først og fremmest et problem på grund af, at rigtig mange af den ny tids misbrugere – af især hash og centralstimulerende midler - **har** masser af psykiatriske problemer. Og det ligger jo stadigvæk der i et eller andet limbo mellem kommunerne og regionerne: Hvem skal drive behandlingen?

Helle: Det er faktisk sådan, at lægerne aldrig er med, når der visiteres til behandling for stofmisbrug, og det kan i hvert fald være et stort problem, hvis folk ikke bliver set af en læge i forbindelse med substitutionsbehandling.

Thomas: Jamen, der skal jo være en læge ind over.

Helle: Ja, der skal være en læge, men i realiteten bestemmer visitationsudvalget det og kan sige: 'Ham her skal i stoffri behandling, vi behøver ikke snakke med en læge'. Hvis man er læge, så synes man jo, at der er nogle ting, der ikke bliver adresseret fagligt forsvarligt. Det er heller ikke rimeligt over for borgerne, at man ikke får en lægefaglig vurdering, når man henvender sig for at få en behandling. Hvis du tager på skadestuen eller går til din praktiserende læge, er der jo et lægeligt blik på, når du henvender dig, men det er der altså ikke her.

Peter: Det mindste man kunne forlange var, at der altid var en lægelig udredning i starten af forløbet.

Det mener jeg er helt afgørende nødvendigt. Så kan man altid diskutere, om man skal sidde med til de der visitationsmøder og spille tiden engang i mellem.

Thomas: Der er altså lysår til forskel på den lægelige bemanning og de vilkår, man har at arbejde under, og det fokus man har, når man fx sammenligner forholdeneovre i Vestdanmark med forholdene i storbyer som Odense, til dels Aarhus - og København og omegn, for her har vi fastansatte læger. Vi har fået en ordning med sygesikringen, så vi kan tage blodprøver og så videre og få udredt folk, hvis der er behov for det. Altså, hvor vi går ind, og jeg havde nær sagt: substituerer de praktiserende læger, hvis de ikke er til stede, og det er de jo ikke altid med denne brugergruppe. Hvordan er det i København nu? Har I fx læger på i udredningen af hashmisbrug?

Helle: Nej, nej. Vi er slet ikke inde over hash og kokainmisbrug overhovedet.

Peter: Kun dem, der bliver behandlet i døgnregi. De bliver alle sammen set af en læge.

Helle: I de store byer er der jo en vis tyngde, der gør, at man kan levere noget af en vis kvalitet. Men det er langt fra optimalt. Det er stadig svært at sikre en fornøden faglighed og sikre det optimale i tværfagligheden.

Peter: Og lægemanglen gør det jo ikke bedre.

Thomas: Er der lægemangel? Der har jo aldrig været så mange læger som nu.

Peter: Jo, men på det her område er der lægemangel. Det har ikke den store status, og enhederne er så små, at der ikke er nogen at være overlæge for - nogle gange er der ikke en gang en sygeplejerske.

Helle: Nej, men eftersom ét fagområde ikke kan vide det hele, så skal flere fagområder spille sammen, og så kan det være svært at få øje på sammenhængen.

Skete der ikke noget i forhold til lægernes rolle i misbrugsbehandlingen, da kommunalreformen blev indført?

Thomas: Det grundlæggende problem er jo, at hverken rammerne, strukturen, lovgivningen eller kommunernes opgaver præciserer, at det er en lægelig opgave at udrede for stofmisbrug.

Inden kommunalreformen var problemet præcis det samme.

Peter: Og kommunerne advarede mod, at hvis der ikke var læger nok, når kommunerne skulle tage over, så ville man være nødt til at bruge dem, der i gamle

dage hed kommunallæger og skolelæger – altså administrative læger, der ikke laver klinisk arbejde.

Thomas: Man må bare sige, at da misbrugsområdet sammen med en lang række andre områder røg ud til kommunerne i 2007, så var det på et rigtig, rigtig dårligt tidspunkt, for dansk misbrugsbehandling var slet ikke konsolideret omkring faglige principper, omkring den sundhedsfaglige 'approach', og lovgivningen var slet ikke var indrettet på det. Lovgivningen er stadig meget begrænsende for lægers indsats på misbrugsområdet. Sundhedslovens § 142 er yderst summarisk og siger blot, at 'kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri, lægelig behandling med euforiserende stoffer til stofmisbrugere'. Og – bare rolig – behandling med 'euforiserende stoffer' er blot et embedsmandsudtryk for ... metadonbehandling. Bundlinjen i det hele er desværre, at lovgivningen ikke giver belæg for lægelig udredning og behandling af andet end lige netop opioidafhængighed. En speciel og i international sammenhæng isoleret dansk opfattelse.

Helle: Jeg har oplevet en del eksempler på kommuner, der mener, at de kan klare behandlingen både bedre og billigere selv. Så spørger de om, hvad de skal gøre, for 'hvor svært kan det være?' er holdningen. Det har ikke meget med faglighed, behandlingsmål eller kvalitet at gøre, og jeg synes, at det er dybt foruroligende ved det kommunale selvstyre, at det er muligt.

Peter: Ja, det var jo også det, man hele tiden tænkte. Man var jo godt klar over, at på nogle områder er kommunerne simpelthen for små, så hvis de skal løse opgaven, så må de gå flere sammen. Så det der med, at kommune efter kommune går enegang, det er den helt forkerte vej.

Men så står regionerne og psykiaterne jo på spring, ser det ud til?

Thomas: Det ville dels forudsætte, at de midler, som i dag ligger i kommunerne, og som du er inde på, Peter, ikke er blevet færre, men stadigvæk er knap en milliard om året, at de blev overført til regionerne. Men det næste store problem er, om regionerne er i stand til at knytte kompetencer til sig eller udvikle kompetencer og fx efteruddanne psykiaterne internt?

Helle: Jeg tror, at al forandring skaber angst, og i min forståelse skal man jo ikke være imod forandring som udgangspunkt, hvis der er udsigt til noget, der kunne optimere behandlingen.

Jeg mener, at den sociale del af behandlingen er vældig

velplaceret i kommunerne, det er der ingen tvivl om. Men der er store dele af den sundhedsfaglige behandling, som ikke fungerer i kommunerne, det er det, der er opgaven. Som psykiatrien er skruet sammen nu, mener jeg ikke, at den på nogen måde er gearret til det her område. Det er jo ikke bare et spørgsmål om to diagnoser, dobbeltdiagnoser, det er jo mange tilstande, det handler om.

Så jeg tror, at når man bliver lidt mere spids på, hvad det egentlig er, der skal leveres i misbrugsbehandlingen, så kan det være på sin plads at gå organiseringen efter i sømmene. Lige nu er det store spørgsmål snarere: Hvad er det egentlig, vi skal?

Peter: Altså, i teorien kunne det måske være meget godt at placere det i regionerne, men man har sine betæneligheder i forhold til psykiatrien og dens interesse i feltet. Udmeldingerne klinger altså lidt hult, for de kunne jo for længst have sørget for, at psykiaterne var ordentligt uddannede på stofområdet. De har jo haft stofproblemer inde over i massevis af år, men de har udvist meget, meget lidt interesse. Deres efteruddannelse er fx en uge, hvor man bliver undervist i stof- og i alkoholproblemer, og det er så det. Og så har vi jo oplevet den der meget afvisende holdning fra psykiatrien, nærmest berøringsangst over for stofmisbrugere, som gør, at man ikke vil være særlig tryk ved at overlade opgaven til psykiatrien lige i øjeblikket.

Helle: Ikke som det er nu, men hvis man kigger på Norge, så har de jo lavet en ret interessant model, hvor de har lavet en 'Specialist Helsetjeneste' med kommunerne og sundhedsvæsenet, herunder psykiatrien, og det ser der ud til at være perspektiver i.

Peter: Jeg tror faktisk, at de kommunale behandlingsinstitutioner hellere end gerne vil samarbejde med psykiatrien, men de har alle dage været meget modstræbende.

Helle: De har jo nogle vældig urealistiske krav til vores brugere. De vil sådan set gerne behandle noget, de kalder den 'psykiatriske tilstand'. Der må bare ikke være noget misbrug ind over. Opfattelsen er, at man ikke kan behandle folk, der fx er i substitutionsbehandling eller har en eller anden form for misbrug.

Thomas: Det er jo et bekvemmelighedssynspunkt og kernen i meget af det her med, hvorfor stofmisbrugere ikke er velkomne i psykiatrien. Det er de samme grunde, som hersker i det almindelige sundhedssystem og alle andre steder: Stofmisbrugere er ubekvemme på grund af deres adfærd. Længere er den sådan set ikke. De er besværlige patienter. Derfor kan man også se,

at socialsygeplejerskerne er blevet en stor succes – de har vist deres værdi, også på fx helt almindelige ortopædkirurgiske afdelinger, for målsætningen i sygehusvæsenet er jo, at folk bliver i sengen, til de er færdigbehandlede. Så der er man vældig glade for socialsygeplejerskerne, som kan sikre ro og holde styr på brugerne, så de ikke farer rundt på nabostuerne, og samtidig holde forbindelsen til kommunen og fx sikre, at der er et sted at bo, når de udskrives.

I psykiatrien har man ikke den samme erklærede målsætning om at holde folk i sengene. De skal mange steder helst udskrives i en ruf, og det er et af kerneproblemerne i psykiatrien i dag: Der er for lidt kapacitet til at tage hånd om patienterne, og de bliver udskrevet alt for hurtigt.

Helle: Det er kun de svært psykotiske patienter, der får lov til at være indlagt i længere forløb, ikke dem fra vores målgruppe.

Peter: Det samme gælder distriktspsykiatrien. De vil jo også kun tage de psykotiske patienter.

Helle: Så hvis psykiatrien skal gå ind her, så kræver det i hvert fald, at de laver et nyt behandlingskoncept, der indeholder misbrugsbehandling. Men det er jo ikke det, man lige har fornemmelsen af.

Thomas: Eller også skal de ud og lave noget frem-skudt ambulans virksomhed, som de fx er begyndt på i Sønderjylland.

Peter: Det var jo også hele idéen med den oprindelige distriktspsykiatri, at indsatsen skulle være meget mere udfarende og meget mere samarbejdende med lokale myndigheder, praktiserende læger o.l., men det er jo bare endt med at blive et ganske almindeligt ambulatorium for en stationær patientgruppe.

Thomas: Det perspektiv, jeg har kunnet se i det med misbrugsbehandlingen til regionerne, det var at få hele porteføljen overdraget til regionerne – lægelig, terapeutisk og psykosocial behandling. Ikke *under* psykiatrien, men som nogle selvstændige indgangsveje eller enheder, så man kunne få opbygget i det mindste bare 5 store specialiserede centre i Danmark, som så kunne have nogen subcentre.

Det store problem er, at vi ikke har noget ordentlig volumen i dansk misbrugsbehandling i dag.

Er det kun volumen, det drejer sig om? Kan man ikke sætte spørgsmålstegn ved, om der overhovedet er viden og grundlag nok til en sådan organisering?

Helle: Det er et problem, at vi mangler klinisk forskning. Sundhedsvæsenet har jo tradition for klinisk forskning, det er en del af praksis og simpelthen nødvendig, og hele den kultur omkring det, den kommer jo ikke vores brugergruppe til gavn overhovedet. Vi går dybest set rundt uden nogen form for klinisk forskning eller praksisforskning. Det er også en mangel i forhold til kommunerne og i forhold til at tiltrække fagfolk til institutionerne, at vi ikke har den systematik og kultur at byde ind med.

Thomas: Det, der kunne være et godt afsæt for arbejdet i kommunerne, er de sociale handleplaner, som jo dækker det hele, også de lægelige behandlingsplaner. De bliver bare ikke lavet, fordi det er et underprioriteret område. Når der så samtidig mangler ordentlig forskning, og man kan se, at den forskning, der nu engang *er*, ikke bliver omsat, så er det ikke så underligt, at mange af de beslutninger, der tages på dette område, bærer præg af uvidenhed.

Helle: At få sat viden i spil på en systematisk måde kræver nogle meget stærke ledere og et meget stærkt administrativt system omkring det. Egentlig mangler vi ikke viden, men vi mangler at få det omsat i praksis, så det kan bruges i behandlingen.

Desværre er der ikke nogen faglige uddannelser, der træner personalet i vigtigheden af at kunne det her, at kunne se hele landskabet, at kunne samarbejde med de rigtige, at sikre forløb og håndtere vanskelighederne. Det bør være en faglig disciplin i misbrugsbehandlingen.

I dannede jo et fagligt selskab for læger allerede i 1998, et par år efter psykologerne, og siden har de fleste faggrupper på feltet fået deres eget faglige forum. Hvilken rolle spiller de faglige selskaber for tværfaglighed og udveksling af erfaringer?

Thomas: Dansk Selskab for Addiktiv Medicin har som hovedformål at være et videnskabeligt forum for læger, der interesserer sig for misbrugsproblemer, men selskabet har gennem sin mødevirksomhed været i stand til at tiltrække en bred kreds af faggrupper og har dermed bidraget til at spænde en tværfaglig paraply ud over dansk misbrugsbehandling. Vi afholder 2 – 3 konferencer årligt, nogle med op mod 300 deltagere fra hele landet, heriblandt rigtig mange sociale misbrugsbehandlere, administratorer og forskere.

Helle: Vores selskab har måske karakter af sådan en

MISBRUG

Det aktuelle tidsskrift om stofmisbrug

Årgang 2

September 1984

Nummer 2



Tema:
Narko og kriminalitet

Pris kr. 20,-

foredragsforening, fordi det er, hvad vi har kunnet magte, men det har trods alt også haft en vis politisk betydning, altså at man i fagkredse hører på, hvad vi siger.

Peter: Selskabet er jo fast høringspart, hver gang der bliver kastet noget op i luften, og vi har lavet en del arrangementer sammen med nogle af de andre selskaber, fx sammen med psykologerne om behandlingsskader.

Thomas: Og fx nogle fælles uddannelseskurser for og læger og sygeplejersker.

Helle: Vi lavede også en stor konference sammen med Center for Rusmiddelforskning, der hed 'Perspektiver på Forskning i Stofmisbrug'. Det er over 10 år siden, men det var en supergod konference. Jeg tror sagtens, at man kan bringe folk sammen i sådan nogle faglige fora, altså, at man kan holde temadage og den slags. Det tror jeg ikke, der er de store problemer med. Problemerne med at få omsat viden er i hverdagen - hvor der skal ydes en fælles indsats.

Thomas: I KABS-regi holder vi hvert år en konference, hvor der kommer omkring 250 mennesker. Det er en herlig blandet forsamling af forskellige faggrupper, som det også skal være efter min mening. Så det er ikke, fordi der mangler platforme og møder. Vi har også KL's årlige misbrugskonference og Socialstyrelsen, som arrangerer et hav af konferencer og kurser.

Så efter jeres mening er vi godt dækket ind med tværfaglige arrangementer og diskussioner, men hvad er det så, der mangler?

Thomas: Det, der mangler, det er, hvad der skal være styrende for dagligdagen. Altså nogle rammer eller en vejledning, der kan sætte en standard for den psykosociale misbrugsbehandling. Hvad er det?

Peter: En fælles social- og sundhedsfaglig vejledning ville være meget ønskelig.

Helle: Det behov er KL klar over.

Thomas: Bedre sent end aldrig. Den vejledning, du lavede i Sundhedsstyrelsen, Helle, den kom jo også først i 2008, et år efter kommunalreformen.

Helle: Der skete faktisk det, at i forbindelse med, at jeg lavede vejledningen, så blev det gjort lovbestemt, at der i forbindelse med substitutionsbehandling skulle sikres en udredning af helbredsproblemer, der er relateret til misbrug. Der står simpelthen, at det *skal* gøres, det gjorde det ikke før. Men én ting er, at lovgivningen siger, at man skal gøre det, og at der er lavet

en kagebog for, hvordan man gør det, noget andet er forståelsen for, hvor vigtigt det er - og at gøre det.

Peter: I virkeligheden er vejledningen jo en generel vejledning, men på grund af den lovgivning, der lægges ned over, så måtte man kun skrive vejledningen i forhold til substitutionspatienter. I virkeligheden kunne man bruge vejledningen helt generelt.

Helle: Ja, det er en stor mangel, at det ikke er et krav, at læger skal medvirke ved udredning af enhver misbrugstilstand. Det handler om samsygelighed og helhedsforståelse. Læger er jo ikke kun somatikere, de kan jo også godt se på helheden.

Thomas: Præcis, for godt nok fejler unge hashbrugere ikke så meget, men hele den psykiatriske del er et kæmpe problem, for der har vi sådan set på forhånd skrevet lægerne ud.

Hvordan forsøger man så at løse problemet med, at der ikke altid sker en lægelig udredning ved behandlingsstart?

Helle: Fx bliver der i øjeblikket udviklet rigtig mange screeningsværktøjer, og jeg er ikke sikker på, at det løser problemerne som sådan. Det kan føre til noget overdiagnostik, som vi har set med ADHD i skolesystemet, for spørgsmålet er, hvad man egentlig får afdækket?

Peter: Måske også noget, der ikke er behandlingskrævende eller kritisk?

Thomas: Screening er jo ikke det samme som at stille en diagnose og heller ikke ensbetydende med at kunne give en behandling.

Peter: Center for Rusmiddelforskning er også involveret i alle mulige screenings-projekter for personlighedsforstyrrelse, som vi jo ikke rigtig ved, hvad vi skal stille op med.

Hvis man ikke føler, at resultaterne kan bruges til noget relevant, så bliver screeningsundersøgelserne jo også irrelevante. Men som vi altid har sagt: Hvis man skal være en god stofmisbruger, så er man nødt til at udvikle nogle psykopatiske karaktertræk for i hvert fald at overleve i en periode. Og når man så bliver et pænt menneske, så klinger det psykopatiske jo af af sig selv. Det hektiske liv på gaden kan i sig selv godt give noget, der ligner personlighedsforstyrrelser.

Thomas: Når der er så stor interesse ude i kommunerne for screeningsværktøjer, så er det jo blandt andet, fordi jobcentrene sander til i borgere med ADHD. Hvis man kan få nogle af dem hævet til et an-

det matchtrin, gjort dem arbejdsduelige eller forpligtede psykiatrien til at tage over, så er der økonomi i det. Så det vi ser lige nu, er jo ikke, at kommunerne vil opruste og ansætte læger og psykiatere. Det har de ikke penge til, og jeg tror heller ikke, at de kan eller vil rekruttere dem. Men det er sådan en stillingskrig over for psykiatrien.

Helle: Det er endnu et eksempel på behovet for en fælles vejledning for hele misbrugsområdet. Danmark adskiller sig fra de fleste andre lande ved at stofmisbrugsbehandlingen er forankret i socialt regi, mens alkoholbehandlingen er forankret i sundhedsfagligt regi – og opgaverne fra begge opdragsgivere løses af kommunerne. Det er noget af det, KL arbejder på at få de involverede ministerier til at samarbejde om at gøre noget ved.

Er det et nyt fænomen, at det giver problemer, at ansvaret for området er spredt ud på så mange instanser?

Peter: Nej, slet ikke. Jeg kan huske, at for mange, mange år siden efterlyste vi fx en fælles klagevejledning for Patientklagenævnet og Det Sociale Klagenævn, men der gik 10 år eller sådan noget, før man barslede med en lille pjece, hvor de to vejledninger så var stablet sammen med et par clips i ryggen.

Thomas: Så vi har grundlæggende to problemer, kan man sige. Det ene er, at vi har en splittet lovgivning, hvor tingene ikke er koblet sammen. Og så har vi nogle meget små administrative enheder under kommunalt selvstyre, som giver vide rammer for forskellige serviceniveauer.

Peter: Opgaven med at få det sundhedsfaglige integreret mere i misbrugsbehandlingen er jo langt fra lykkedes. Der er et stykke vej endnu.

Når nu tingene ikke er koordineret hverken oppe eller nede, hvilken indflydelse har det så haft på området, at en stor del af det udviklende arbejde, projekter og forsøg er finansieret via satspuljer?

Peter: Jeg har da fået noget igennem med satspuljer, som var nyttigt og nødvendigt, men det er klart, at satspuljer er en elendig måde at finansiere på, fordi det er tidsbegrænset.

Thomas: Det varmer kun kortvarigt.

Peter: Projekterne bliver heller aldrig tænkt ind i en

form for overordnet strategi. Det bliver enkeltstående delprojekter, og dem, der har de bedste forbindelser og er bedst til at svinge pennen, de får de midler, der er.

Helle: Men lige nu er der meget få satspuljemidler, og det er på den anden side også bekymrende, for hvordan kommer der så midler til udvikling på området? De ting, der er blevet lavet på satspuljer, er jo ikke kommet på finansloven, men er bare stoppet.

Peter: I virkeligheden er satspuljer noget, fanden har skabt, også fordi det har været politikernes og projektmagernes legeplads.

Thomas: Og så har man brugt det som en ventil for den allerværste dårlige samvittighed, f.eks. her sidst med psykiatrien.

Peter: Psykiatrien er jo blevet fodret med satspuljepenget. Heroinbehandlingen er også finansieret af satspuljemidler, og det er meningsløst. Det er jo ikke et forsøg, men en behandling.

Thomas: Og nu vi er ved det, så er det fuldstændig meningsløst, at heroinbehandling har fået det store mediefokus og den store politiske interesse, som det har været tilfældet, i betragtning af, hvor få mennesker det handler om, og hvor rasende dyrt det har vist sig at være. Vi nærmer os en kostpris på mellem 400.000 og en halv million kroner pr. person pr. år.

Helle: Og det trækker fokus fra den store, brede behandling.

Thomas: Fra statslig side har der ikke været interesse for at koble en uafhængig og uvildig økonomisk vurdering på – altså, får vi 'value for money' her? Eller kunne vi bruge de her penge meget bedre til andre ting? Nu har det kørt siden 2010, og til næste år er vi oppe på at have brugt næsten en kvart milliard i Danmark på heroinbehandling. Hvad er der kommet ud af det?

Peter: Men det er jo sådan, at selvom man lavede nogle evalueringer af kosteffekten, så er det jo irreversibelt. I det øjeblik man har sat skibet i søen, så sejler det. Det er næsten umuligt at få det i dok igen og sige, at det her var nok alligevel ikke nogen god idé.

Helle: Men man laver jo heller ikke økonomiske beregninger på den brede misbrugsbehandling i øvrigt, og der er også mange forhold der, som ikke er belyst.

Thomas: Der er en vis uvilje mod at se på, hvad det egentlig er, vi går og gør

Det er vel også, fordi man ikke helt overordnet ved, hvor man skal hen? Det vil sige, at man

prøver alle mulige ting af?

Thomas: Ja, men hele målsætningen omkring misbrugsbehandlingen er jo inficeret med nogle forældede eller vanvittige synspunkter, som grundlæggende går på, at misbrugsbehandling skal sigte på stoffrihed. Så selvom 'harm reduction'-synspunktet har vundet indpas siden Narkotikarådets rapport fra 1984 og 'At møde mennesket, hvor det er' og så videre, så er det jo langt, langt fra slået igennem på landsplan - og slet ikke på Christiansborg. Og det gør jo, at der rundt om i Danmark i små kommuner er meget vekslende målsætninger og prioriteringer og opfattelser hos de folkevalgte om, hvad det hele går ud på. Når der så også er fravær af vejledninger og retningslinjer, og der er almindelig sådan lægeparanoia og trang til og spare og skære hårdt ind til benet, så er det op ad bakke.

Hvordan får man rykket på tingene? I har jo selv rykket jer en del undervejs? Jeg mener: Nogle af jer har jo skiftet holdning undervejs til fx både metadon og heroinbehandling?

Peter: Jeg har jo været med længst, så jeg har nok rykket mig mest; he, he.

Thomas: Vi kan skrive nok så mange artikler og holde konferencer og så videre og så videre. Så længe det ikke får gennemslag på nationalt niveau og i uddannelsessektoren, så kan vi blive ved med at snakke for døve ører.

Helle: Vi er også kun en lille forsamling af misbrugs-læger, og det er jo begrænset, hvor meget folk kan engagere sig i det.

Peter: Du kan godt begynde at tælle, hvor mange fastansatte læger der er, altså, når vi har talt Odense, København, det gamle Københavns Amt, og Aarhus med, så er vi på mellem 20 og 30, måske 40, hvis vi fintæller.

Hvordan ser det så ud med jeres planer for at oprette et lægefagligt speciale i addiktiv medicin?

Thomas: Det har vi opgivet.

Helle: Der er ikke ressourcer i vores gruppe til det. At man nu har en professor på feltet i Norge skyldes en stærk forankring i forskermiljøet og stor opbakning fra mange sider. Vi i Danmark er jo kun en lille kaffeklub, der skal arbejde med det i vores fritid.

Thomas: Sundhedsstyrelsen er jo også decideret imod at etablere flere specialer.

Helle: Det handler om at få defineret vores fagområde ligesom andre områder, fx smertebehandling, og det er en stor opgave. Men på sigt tror jeg, at det kommer, for når der kommer tilsynsordninger på hele misbrugsområdet, vil det blive åbenlyst, hvor store kvalitetsbrister, der er.

Thomas: I Norge har det også nærmest taget 10 år.

Helle: Det kom også først efter deres rusreform, hvor oprettelsen af specialist-helsetjenesterne gjorde det nødvendigt at definere lægefagligheden.

Thomas: Men det er da et problem, når man kan se, at det heller ikke er lykkedes sygeplejerskerne at få etableret en misbrugs-sygeplejerske specialisering, ligesom man har anæstesi-sygeplejersker og psykiatri-sygeplejersker.

Ville det lette tingene, hvis alkohol- og stofmisbrugsområdet hang bedre sammen?

Helle: Der er bestemt et problem, at alkohol- og stofmisbrugsbehandlingen på mange måde er adskilt. Hvis man vil styrke området, kræver det bl.a. en kulturforandring for at skabe en stærk faglighed.

Thomas: Nu har vi jo lige fået rapporten om alkoholbehandlingens tilstand fra SIF, men hvis en tilsvarende rapport blev lavet om den lægelige misbrugsbehandling, så ville vi sikkert også se nogle tankevækkende forskelle i kvalitet og serviceniveau på områder, som burde være rimeligt reguleret som fx substitutionsbehandling.

Helle: Det er også problematisk, at det er kommunerne, der godkender behandlingsinstitutionerne, når man oplever, at de ikke har den faglige ballast til det. Medmindre man kan argumentere for, at de metoder, der anvendes på et behandlingssted, kan være direkte skadelige, så godkendes det rask væk, og det synes jeg er helt langt ude.

Thomas: Problemet ligger også i, at muligheden for at styre den sundhedsfaglige behandling på landsplan ikke sker i kommunerne, men af autoriserede læger, en Sundhedsstyrelse og et embedslægevæsen, som overhovedet ikke har nogen som helst kapacitet til at opsøge og undersøge, hvordan det står til. Det er kun, hvis det går galt, at der sker noget.

Helle: Men nu er der kommet en ny lovgivning om lovpligtigt tilsyn af det *private* misbrugsbehandlingsområde, fordi det private fylder mere og mere på

sundhedsområdet – bare tænk på alle sagerne om plastikkirurgi. Jeg har været med til at udvikle de kvalitetskriterier, man skal tilrettelægge tilsynet på, og det er meget basalt.

Thomas: Så jeg vil sige: Hvad med at tage det offentlige med, når I er i gang?

Helle: Ja, det ville værre oplagt, men det var ikke en mulighed i denne omgang.

Hvad skal der til for at gøre det bedre? Har I nogen konkrete løsningsforslag?

Helle: Jeg mener, at man skal arbejde for en fælles målsætning, en faglig standard for misbrugsbehandlingen, som er nedfældet i en fælles vejledning for den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats, så det bliver klart, hvad der er hvad. Der skal mere fokus på, hvad der skal komme ud af indsatsen. Vi ved jo ikke rigtigt, hvad det egentlig er, man går og laver i misbrugsbehandlingen, og følger heller ikke rigtigt op på, om det egentlig er den vej, vi skal gå? Vi har også brugt mange år på at sikre folk metadonbehandling, fordi det var livreddende. Det kan jo godt være, at tiden er inde til, at vi måske kan begynde at tænke en smule mere 'recovery'-orienteret?

Peter: Der skal nogle vejledninger og retningslinjer til, så den enkelte kommune kan se, om den lever op til kravene. I mange tilfælde vil den nok ikke kunne det, medmindre den slår sig sammen med en eller flere andre kommuner.

Helle: Og så kan man gå ind og kigge på, hvad acceptabel faglig kvalitet er i det, der skal leveres, og får man det leveret, og hvor er problemerne? Lige nu er det for diffust det hele.

Peter: Ja, man kan gøre alt fra 0 til ingenting.

Thomas: Alternativet til det med, at regionerne skulle overtage, kunne være det, nogle omtaler som forpligtende kommunale fællesskaber. Og hvad er det så? Er det, når Kerteminde Kommune lægger sin ene misbrugsbehandler i kurven sammen med Ryslinge Kommune, som lægger en også, og så har man to? Er det så det, eller hvad?

Helle: Det kræver, at der kommer nogle nationale tiltag at styre ud fra. Altså, det er jo rigtig godt at Center for Rusmiddelforskning har bedrevet forskning på området i rigtig mange år. Men set fra vores side, så mangler den sundhedsfaglige forskning til at understøtte området.

Der har vi et kæmpe hul i Danmark, som vores selskab

har prøvet at komme med nogle modeller til, og det strander lidt på både ressourcer og også på, hvordan man får skruet sådan et forskningsinstitut sammen. Hvis man sammenligner med Norge, så blev det politisk bestemt, at forskellige forskningsinstitutter skulle slås sammen, og det har medført et konstruktivt samarbejde på hele området. Og det er i hvert fald noget, som også er en mangelvare hos os.

Thomas: Så den danske model er, at vi har Center for Rusmiddelforskning, som overvejende baserer sig på den sociale misbrugsbehandling plus noget psykiatri. Men vi foretrækker fortsat at have bind for øjnene, fordi vi i Danmark opfatter stofmisbrug som et overvejende socialt problem. Det er endnu ikke gået op for danskerne, at det er et folkesundhedsproblem af store dimensioner. Misbrugere er syge og ofte omvandrede hospitaler, men hvis man ikke tager tøjet af folk, så kan man jo ikke se, hvor galt det står til. Mange steder har man slet ikke faciliteter til at undersøge folk

Helle: Behandlingsområdet har brug for tiltag, der virker på hele paletten. Fixerum er bestemt vigtigt, heroinbehandling har måske også sin berettigelse, og alle indsatserne på gadeplan er rigtig vigtige, men vi har altså stadig 14.000 mennesker i behandling og lige så mange uden behandling. Det er det ikke så sexet at snakke om. Her forsvinder nyhedens interesse, som primært har fokus på det meget dramatiske med blå blink som overdoser, død mv.

Peter: Den mest oplagte skadesreducerende foranstaltning, man kunne forestille sig, er at få den halvdel, der mangler kontakt til behandlingssystemet, ind i behandlingssystemet.

Hvad skal der til for at få den anden halvdel i behandling? Er der nogle barrierer, der skal fjernes, eller er det mere nytænkning, der skal til?

Thomas: Vi skulle have nogle mere indbydende og brugervenlige behandlingssystemer med kapacitet til, at man kan komme i behandling fra 'day one'. Vi mangler jo en behandlingsgaranti for de her 13. – 14.000, som er afhængige af opioider.

Helle: De kan komme i social behandling.

Thomas: De må pænt vente til det bliver deres tur. Der står intet om det i behandlingsgarantien, og det varierer på landsplan fra adskillige måneders ventetid til, at man kan komme i behandling inden for 24 timer.

Peter: Et tilbud om anonym behandling, i hvert fald i en periode, det ville nok også lokke mange til. Vi har

BIRGITTE JENSEN
SOCIOLOG, REDAKTØR PÅ STOF

Marianne Bækbøl deltog i interviewet



jo set både i København og Odense, at det blev et tilløbsstykke, da vi åbnede for anonym behandling for folk i arbejde eller under uddannelse, som samtidig er brugere af hash og centralstimulerende stoffer.

Helle: Men det er helt specielt for det at være i behandling for misbrug, at man så bliver registreret og bliver en social sag. Den kobling findes jo ikke i forhold til mange andre tilstande, som man kan søge behandling for.

Peter: Hvis man går i behandling, så ved jobcenteret det også, i hvert fald i København.

Thomas: Og hvis man går i behandling, så er det altså heller ikke sikkert, at man får behandling.

Helle: Men man bliver oprettet som en myndighedssag.

Thomas: Og det er muligt, at man får en rigtig skidt behandling. Det er også muligt, at man får en behandling, som man ikke kan eller vil acceptere.

Og så er det jo interessant, at det, som har været bærende for politikerne i forhold til at lave behandlingsgarantien, har været den sociale indsats - det omfatter ikke den medicinske behandling. Det anses ikke for vigtigt.

Helle: Det turde man ikke, fordi det ville være alt for krævende i forhold til at skaffe lægelige ressourcer ude i de små kommuner.

Thomas: Men behandlingsgarantien blev jo indført i amternes tid, i 2002, 5 år før kommunalreformen. Det kunne man jo sagtens have rullet ud, velvidende, at amterne måske ikke havde tilstrækkelig lægekapacitet, men det kunne vel skaffes?

Helle: Jeg tror, at man har været bange for, at hullerne ville blive for synlige.

Thomas: De er jo så enormt synlige i forvejen.

Helle: Men de ville blive endnu mere synlige.

Thomas: Politikerne tøver jo ikke med at lave cancergaranti på en måned eller 14 dage, men hvorfor lige det her område skal underprioriteres, det er tankevækkende, og det virker som en reminiscens fra det gamle paradigme om stoffrihed, ikke andet.

Nu har vi snakket en del om, hvor opdelt ansvarsfordelingen er på misbrugsområdet. Men hvordan kan man få det til at hænge bedre sammen?

Peter: I forbindelse med det alt for varierede kommunale landskab, det mangelfulde kommunale samarbejde og alle de der ministerier og styrelser, så aner man også et behov for en mere overordnet koordinering. – Fx så jeg gerne, at man genoplivede Alkohol- og Narkotikarådet, for de gange, den slags råd er blevet nedlagt, har det jo aldrig været sagligt begrundet.

Thomas: Det gør ingen skade. Hvad formåede det Narkotikaråd, der blev nedlagt i 2002, egentlig? Man formåede jo fx ikke engang at sætte skadesreduktion på dagsordenen som en tværgående tankegang.

Peter: Nej, det nåede man ikke, men der blev arbejdet på det, og der blev fx også lavet nogle gode udredninger omkring dobbeltdiagnoser. Og dem fra København mødte nogle af dem fra Vestjylland, politifolk mødte sagsbehandlere osv.

Helle: Ja, i arbejdsgrupperne kunne folk fra feltet mødes på tværs, og der blev da lavet nogle gode rapporter.

Thomas: Og så kom der jo i hvert fald STOF ud af det, kan man sige! ■

STOFMISBRUG 2020

KABS VIDEN holder traditionen tro en 2-dages misbrugskonference på Munkebjerg Hotel i Vejle 19.-20. marts 2013.

Som titlen antyder, er der tale om en fremtidskonference, der kortlægger udviklingstendenser og sætter fokus på udviklingen i de kommende år. Emnerne omfatter megatrends, de nye rusmidler, fremtidens behandlere, cyberpsykiatri, e-

therapy, frivillige og hattedamer, legalisering af stoffer, bundliniestyring o.m.m. Blandt oplægsholderne er lektor Nana Mik-Meyer, CBS, direktør Anne Skare-Nielsen, Future Navigator, overlæge Henrik Thiesen, Sundhedsteamet, Dr. Paul Dargan, Guys and St. Thomas Hospital, London. Program og elektronisk tilmelding fra 1. januar på www.kabs.dk

KABS VIDEN

Megatrends
Nye rusmidler
Multidiagnoser
Cyberpsykiatri
Hattedamer
Know-how
Legalisering
E-therapy
Forskning

STOFMISBRUG