
Mens vi venter...

Peter Eges bud på nationale retningslinjer for misbrugsbehandlingen

AF PETER EGE

Jeg blev oprindeligt inviteret af Thomas Fuglsang til KABS's misbrugskonference i år for at sige noget om Socialministeriets/Servicestyrelsens 'Nye nationale retningslinjer for den sociale misbrugsbehandling'. Jeg blev i slutningen af 2014 orienteret om, at anbefalingerne var lige på trapperne, så jeg sagtens kunne nå både at læse og kommentere dem inden konferencen. Men i slutningen af februar kom så der en kontramelding fra Thomas: Et udkast af anbefalingerne var sendt i høring, der var mange reaktioner på udkastet, der ville gå en rum tid, inden Socialministeriet ville nå frem til et slutdokument, og ingen uden for en snæver kreds måtte se udkastet! Åbenbart arbejder man med samme hastighed i Socialministeriet som i den nu nedlagte Irak-kommision.

Hvad så? Thomas foreslog, at når Socialministeriet ikke kunne snøve sig sammen, så kunne jeg da komme med nogle retningslinjer om behandling; det mente han nok, jeg skulle være mand for. Det var jo smigrende, men så tilføjede han, at det kunne betragtes som et testamente fra min side, og så følte jeg, at jeg stod med det ene ben i graven. Men selvfølgelig sagde jeg da ja.

Begrænsningens kunst

Det er klart, at når man kun har uger, og ikke år, til at fremkomme med nogle anbefalinger, så må man begrænse sig. Og måske kunne man koge det hele ned til den anbefaling, som en gammel, klog spåkone frem siger i Roberto Bolanos roman '2666': 'At selvom det var rigtigt, at der åbnede sig en bundløs afgrund for enden af al vor møje, anbefalede hun til en begyndelse to ting: den første var ikke at snyde folk, den anden at behandle dem korrekt. Herefter kunne man tale om

'Det er min pligt at kæfte op', udtalte Peter Ege i et STOF interview i 2004.

Peter Ege har altid været klar til at tale brugernes sag – også på de bonede gulve...



resten.’

Selvom det er en rigtig god anbefaling for alt socialt arbejde, er det vel lige lidt nok at slippe af sted med.

Jeg har valgt en titel, der er noget anderledes end Socialministeriets ’Nye nationale retningslinjer for den sociale misbrugsbehandling.’ Min ser sådan ud:

’Anbefalinger for den integrerede social-, sundhedsfaglige og pædagogiske indsats for personer med et problebrug af stoffer.’

Jeg synes betegnelsen ’social behandling’ er et misfoster, men det er helt forfærdeligt, at man nu igen undlader at lave en samlet vejledning og laver en vejledning kun for social behandling. Man vælger at betragte den sociale og den sundhedsfaglige behandling som adskilte størrelser, selv om den afgørende forudsætning for, at der kan ske fremskridt på vores område, er, at den sociale og den sundhedsfaglige indsats integreres. Det er gået op for mange kommuner, men åbenbart ikke for ministerier og styrelser, selvom vi er mange, der gennem årene har efterlyst en samlet vejledning.

Som sagt har jeg af mange grunde været nødt til at begrænse mig. Jeg vil derfor ikke sige noget om den nødvendige udredning og monitorering eller om kvalitetsudvikling og forandringsteorier.

Jeg vil begrænse mig til at sige noget kort om den psykosociale og den medikamentelle behandling, og her begrænse mig til substitutionsbehandlingen.

Den psykosociale indsats

Vi ved godt, at behandling og de øvrige indsatser, vi tilbyder vores brugere, har en effekt. Men hvad er afgørende for en evt. behandlingseffekt? Der er en tyrkertro på, at bare vi anvender den bedste evidensbaserede metode, så gør vi det bedste for vores brugere. Spørgsmålet er så, om der er en ’bedste metode’ for alle, eller måske mere sofistikeret: en ’bedste metode’ til en given bruger med sin særlige problematik? Der har både internationalt og herhjemme været en søgen efter den bedste metode, men spørgsmålet er, om det ikke er en futil bestræbelse?

Det, man stor set når frem til i den internationale litteratur (Miller & Moyers 2015), er, at forskellige behandlingsmetoder stort set giver de samme behandlingsresultater, og endvidere at brugen af evidensbaserede metoder stort set ikke er bedre end

det, man kunne kalde den sædvanlige behandling (treatment as usual), dvs. almindelig problemeksplorerende, støttende og løsningsfokuseret rådgivning omkring her-og-nu problemer. Om man anvender den ene eller den anden metode gør ingen forskel. Bortset fra, at nogle metoder er decideret kontraproduktive. Det drejer sig om kontrollerende og konfronterede metoder. Jo mere man skælder brugerne ud, desto mere drikker de, og desto flere stoffer tager de (Miller & Moyers).

Men ellers gælder det, som Dodo-fuglen i ’Alice i eventyrland’ siger: ’Alle har vundet, og alle skal have en pris.’

Dermed være ikke sagt, at det ikke er godt at anvende en fornuftig manual-baseret metode i behandlingsarbejdet. Det skaber struktur og systematik i arbejdet med brugeren, tilbyder brugeren en forklaringsmodel og nogle ritualer, der kan få tiden til at gå på en fornuftig måde. Men valg af behandlingsmetoder forklarer bare ikke de meget store forskelle, der kan observeres mellem forskellige behandlingsinstitutioner og forskellige behandlere.

Hvis valg af metode ikke kan forklare forskelle i behandlingsresultater mellem forskellige behandlingsinstitutioner og forskellige behandlere – hvad kan så?

Normalt skelner man i beskrivelsen af et behandlingssystem mellem tre faktorer: 1: den medikamentelle behandling, 2: den psykosociale rådgivning med anvendelsen af en evidensbaseret metode og 3: de uspecifikke faktorer, også kaldet de ’fælles’ eller ’non-specifikke metoder’ (Ege P. 2008). Og da forskelle i behandlingsresultater ikke kan tilskrives brugen af forskellige behandlingsmetoder, må vi nødvendigvis finde årsagerne til forskellige behandlingsresultater i de non-specifikke elementer i behandlingen.

Det non-specifikke i behandlingen

I den overvejende del af behandlingsforskningen har man interesseret sig for behandlingsmetoderne og betragtet de uspecifikke elementer i behandlingen som baggrundstøj. Derved risikerer man ikke at se skoven for bare træer. Lad os tværtimod gå ind i skoven og se lidt nærmere på de uspecifikke elementer i behandlingen.

Noget af det vigtigste er behandlernes empatiske evner. Det beskrives af Søren Kierkegaard på føl-

TABEL 1. Sammenhængen mellem hyppigheden af metadonindtagelse og forsørgelsesgrundlag

	Metadon 1 gang/døgn	Metadon > 1 gang/døgn
Overførselsindkomst	10	6
Lønindtægt	3	8

gende måde: 'At man, naar det i Sandhed skal lykkes én at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. ... For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaa det, han forstaa.'

Iflg. Miller og Moyes er empati en egenskab, der både kan læres, og som også kan måles. De beskriver en undersøgelse, hvor man ratede 9 behandlere på graden af empati. Man fandt store variationer i behandlernes succesrate, og 2/3 af forskellene i opnåede behandlingsresultater kunne tilskrives forskellene i graden af empati.

En anden vigtig uspecifik faktor, der forudsiger succes eller fiasko i behandlingen, er behandlernes forventninger til deres klienter. I en berømt undersøgelse gav 3 behandlingsinstitutioner en gruppe forskere tilladelse til at studere belastninger og personlighedsstræk hos brugerne og relatere dem til behandlingsresultaterne. Forskerne undersøgte brugerne og fortalte derefter behandlingsinstitutionerne, hvilke brugere der havde et stort forandringspotentiale (High Recovery Potential (HRP)), og hvilke der ikke havde det. Det viste sig, at de brugere, der var kategoriserede som HRP-brugere, af behandlerne blev vurderet som mere motiverede, kooperative, pænere i deres fremtræden og havende en bedre prognose, end de brugere der ikke blev kategoriseret til at have et højt HRP. Og så man på behandlingsresultaterne, klarede de brugere, der blev kategoriserede som værende HRP-brugere, sig langt bedre end ikke-HRP-brugerne vurderet på graden af stoffrihed, beskæftigelse og tilbagefald. Pointen i undersøgelsen var imidlertid, at forskerne helt tilfældigt havde betegnet nogle brugere som HPR- og andre som ikke-HPR-brugere, og at den eneste forskel mellem de to brugergrupper var behandlernes forventninger til dem (Miller & Moyes 2015).

Miller & Moyes nævner andre faktorer, der kan bidrage til bedre behandlingsresultater, først og fremmest den terapeutiske alliance, men det er også vist, at en beholders tro på - og trofasthed i forhold til den metode, han eller hun anvender over for brugerne - bidrager til bedre behandlingsresultater.

Anbefalinger

Hvis vi fremover skal undgå ikke at se skoven for bare træer, skal vi i stedet for at fokusere på behandlingsmetoderne (træerne) fokusere på individuelle, interpersonelle, kontekstuelle og programmatiske forhold.

Vi skal både i behandlingsarbejdet, i uddannelsen og forskningen fokusere på forskelle i behandlingsresultater mellem de enkelte behandlere og mellem behandlingsinstitutioner og forsøge at relatere forskellene til de uspecifikke elementer i behandlingen.

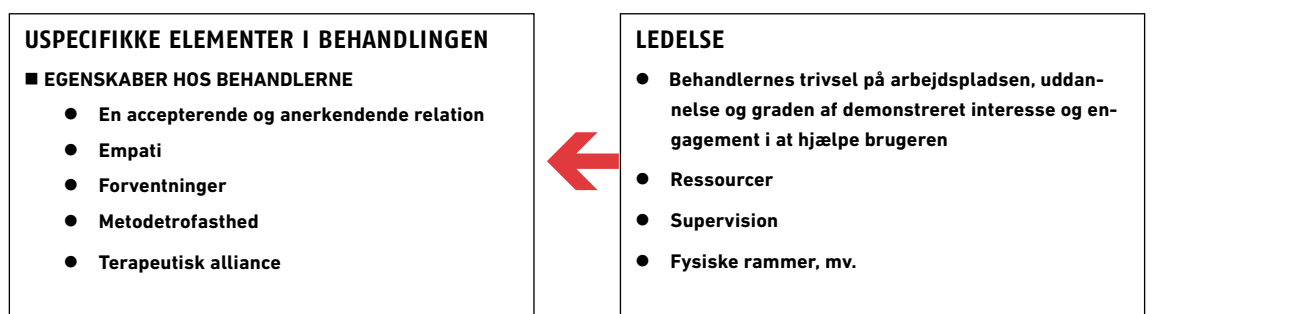
Den medikamentelle behandling (substitutionsbehandlingen)

Der foreligger en udførlig og glimrende vejledning på området. Den vil jeg ikke komme nærmere ind på. Det, jeg skal prøve at sige noget om, er valg af præparat i substitutionsbehandlingen, omfanget af psykosocial støtte og kontrolforanstaltninger.

Valg af præparat

I retningslinjerne anbefales det at tilbyde buprenorphin som førstevalgspræparat, specielt til nye brugere. Det er fornuftigt nok. Men de efterfølgende udmeldinger fra Sundhedsstyrelsen om, at flest muligt, og helst mindst 50 %, bør behandles med buprenorphin, og den meget aggressive markedsføring og lobbyvirksomhed fra medicinalfirmaets side, har medført, at metadon i den grad er blevet lagt for had, og at mange brugere har oplevet, at de bliver presset i urimelig grad til at skifte til buprenorphin. Metadon er meget, meget giftig, siges det, og brugerne kan slet ikke fungere på det, fordi det nedsætter de kognitive funktioner i svær grad. Det sidste er en udbredt forestilling. Brugere i metadonbehandling er lukket inde i en glasklokke og kan nærmest slet ikke fungere, hævdes det. Dette er imidlertid ikke i overensstemmelse med litteraturen (Ege P. 2009/2010). Blandt de brugere, som jeg har i behandling i Turesensgade, hvor jeg er læge, er halvdelen af de brugere, jeg behandler, i arbejde i en række forskellige stillinger. To af dem er på buprenorphin, resten på metadon, og de fungerer fint i mange forskellige jobs: SOSU-assistent, musiker, arbejdsmand, pedel, gulvafhøvler, hjemmehjælper, operationskoordinator, specialarbejder, lærer, indehaver af en tatoveringsbutik, chauffør, kontorchef

Der lægges op til diskussion af tidens buzzwords, patentløsninger, økonomi, tvang og meget mere. Konferencens målgrupper er behandlere, ledere, politikere, bruger o.a. aktører på stofmisbrugsområdet.
Se mere på www.KABS.dk



i en forvaltning, sygeplejerske, skolepsykolog, tømrer, filmfotograf, automekaniker, butiksbestyrelser, bager.

Savvas & al. (2011) har vist, at blodkoncentrationen af R-metadon steg med 60% 3 timer efter indtagelsen i forhold til koncentrationen umiddelbart før indtagelsen. Det er derfor forståeligt, at der er en tydelig tendens til, at de brugere, der er i arbejde, foretrækker at dele deres dosis for at undgå høje blodkoncentrationer, jf. tabel 1 overfor. (Ege P. 2013, Ege P. 2014, Savvas & al. 2011)

Buprenorphin og metadon har hver sine fordele og ulemper. Buprenorphin er mindre giftigt, mens metadon er mere effektivt, når det gælder om at fastholde folk i behandling. Således fandt man i en amerikansk undersøgelse, hvor man randomiserede 1.267 brugere i et 24-ugers forsøg til metadon- hhv. buprenorphinbehandling, at retentionen i metadonbehandling var 74 % mod 46 % for buprenorphinbehandling, en ganske betragtelig forskel (Hser & al. 2014). Og i en australsk undersøgelse af 5.992 brugere i enten metadon- eller buprenorphinbehandling var den gennemsnitlige retentionstid i behandling 271 respektive 40 dage (Bell & al. 2009).

Og ganske vist er metadon mere giftigt end buprenorphin, men i en forløbsundersøgelse af en meget stor gruppe patienter i hhv. buprenorphin- og metadonbehandling var dødeligheden af forgiftninger i de to grupper den samme, og når gruppen af buprenorphinbehandlede døde i samme omfang som metadonpatienterne trods stoffets mindre giftighed, skyldes det, at relativt flere faldt ud af behandlingen, og her ligger den højeste risiko for brugerne (Bell & al. 2009).

Sundhedsstyrelsen hævder, at en mere udstrakt brug af buprenorphin vil medføre færre forgiftningsdødsfald og refererer her til de mange dødsfald, hvor metadon angives som en medvirkende faktor. Nu er

metadondødsfald en mystisk størrelse, hvor det er uklart, om folk dør af eller med metadon i blodet. De dør i hvert fald ikke kun af metadon, men af en kombination af en række stoffer, primært alkohol og benzodiazepiner. Det er værd at bemærke, at de dodes gennemsnitsalder iflg. dødsårsagsregistret var 48 år for mænd og 50 år for kvinder; noget lavere i Rigspolitiets register, hvor den var 41 år for mænd og 44 år for kvinder. Det er således de gamle, slidte stofbrugere, der dør, måske af en forgiftning, måske af en metadonforgiftning, men de dør først og fremmest, fordi de er gamle og slidte og har haft et elendigt liv. Det er således tvivlsomt, om en mere udstrakt brug af buprenorphin vil føre til færre dødsfald, og hvis flere falder ud af behandlingen, fordi det bliver vanskeligere at komme i metadonbehandling, vil det måske resultere i flere dødsfald.

Overvågning og kontrol

Overvågning af medicinindtagelsen og forskellige former for kontrol er en del af substitutionsbehandlingen. Spørgsmålet er, hvor meget kontrol der er nødvendig, og hvilke skadevirkninger kontrollen har. Et er imidlertid sikkert: Brugere hader kontrollen, overvågningen af indtagelsen og uflexible udleveringspraksisser. Det er et område, der er forsket meget lidt i, fordi kontrollen betragtes som noget selvfølgeligt. Et lille 3-måneders pilotstudie fra Skotland, hvor man randomiserede brugerne til overvåget respektive ikke overvåget indtagelse af metadon, viste, at der ikke var nogen forskel på stofbrug mellem de to grupper, men at retentionen ved forsøgets afslutning var 94 % i den ikke overvågede gruppe mod 73 % i den overvågede gruppe (Holland & al. 2012).

Selv om alle er enige om, at kontrol og overvågning af medicinen - og specielt metadon - bør være en integreret del af substitutionsbehandlingen, er

kontrollen under pres fra to sider. Dels ønsker brugerne mindst mulig kontrol og ret til selv at administrere medicinen, dels er kontrollen under økonomisk pres. Jo mere kontrol, desto dyrere behandling, og det betyder i praksis, at kontrolniveauet varierer ganske betragteligt mellem forskellige institutioner, nationalt såvel som internationalt.

Som nævnt er der ikke forsket meget på kontrolområdet, men jeg vil dog fremhæve et interessant naturalistisk, engelsk eksperiment, som smukt illustrerer, at kontrol er et tveægget sværd. Både i England og i Skotland var der i 1990'erne en stor bekymring over det stigende antal metadondødsfald, og fra 1995 strammede man gevaldigt op på kontrollen med en udstrakt brug af overvåget indtagelse (Strang & al. 2010). Det hjalp da også ganske gevaldigt. Antallet af metadondødsfald faldt ganske vist ikke, men i relation til det stigende brug af metadon i perioden var der tale om et betragteligt relativt fald, som det fremgår af fig.1. Og det var jo isoleret set en succeshistorie. Men ser man på den samlede dødelighed i Skotland, er der ikke meget at juble over. (Graham & al. 2010)

Man skal således være forsigtig med at stramme op på kontrollen, uanset om det hedder øget buprenorphin på bekostning af metadon eller øget overvåget indtagelse af metadon. Hvis det fører til mindre søgning til behandlingen og øget afgang fra denne, øger det dødeligheden – brugerne dør, når de ikke er i behandling (Clausen & al. 2009).

Psykosocial støtte og rådgivning. Er det godt? Er det nødvendigt?

Det har været et helt ubetvivlet dogme, at psykosocial rådgivning og forskellige former for terapi er nødvendige ledsagere til den medikamentelle behandling. Behandling er godt, mere behandling er bedre. Spørgsmålet er, hvor meget supplerende terapi der skal til, eller - for at sætte det på spidsen - om det overhovedet er nødvendigt?

Der har i de seneste år været en del undersøgelser, der ryster vores tyrkeretro på den psykosociale behandling. Det, man har undersøgt og sammenlignet, er: metadon kombineret med noget fornuftig rådgivning – og: metadon + rådgivning + supplerende terapi. Cochrane-institutionen har i en stor metaanalyse gennemgået 35 undersøgelser med i alt 4.319 delta-

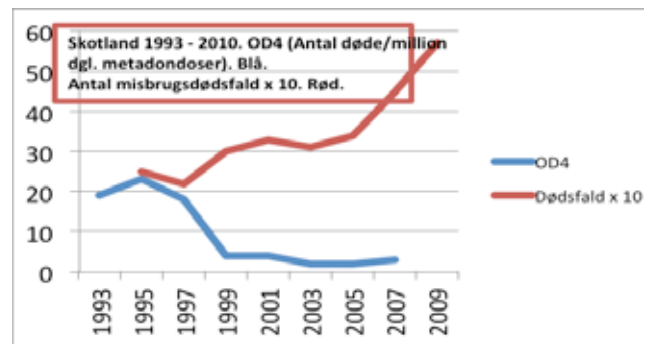


FIG. 1

gere og undersøgt effekten af psykosocial behandling kombineret med substitutionsbehandling og sammenlignet med substitutionsbehandling uden ledsagende psykosocial behandling. Konklusionen var, at der ikke var forskel på retention og stofbrug mellem de to grupper. Det samme finder Schwartz og medarbejdere (2011) og Ling og medarbejdere (2013) i en 16-ugers undersøgelse af brugere i buprenorphinbehandling, som blev randomiseret til henholdsvis ingen supplerende behandling (bortset fra rådgivning), kognitiv adfærdsterapi, motiverende behandling og kognitiv terapi + motiverende behandling. Der var ingen forskelle mellem grupperne, og forfatterne konkluderer, at det afhænger af behovene hos den enkelte patient, om adfærdsterapi er gavnlig, endside nødvendig.

Anbefalinger

Stop metadonhetzen. Det er fint, at vi har fået to præparater, der kan anvendes i substitutionsbehandlingen med hver sine fordele og ulemper, men der er ingen grund til at slå det ene præparat i hovedet med det andet. Lad os følge de mere fornuftige og afdæmpede anbefalinger fra England (National Institute for Health and Care Excellence 2007, Lingford-Hughes & al. 2012), der anbefaler, at *'the choice of drug should be determined on a case-by-case basis, taking into account a person's history of opioid dependence, their commitment to a particular management strategy, and the risks/benefits of each treatment. If both treatments are suitable, the recommendation is to choose methadone; this recommendation is influenced by the current superior performance of metha-*



PETER EGE

TIDL. SOCIALOVERLÆGE I KØBENHAVNS KOMMUNE,
NU LÆGEKLINIKKEN TURESENSGADE

done in cost-effectiveness analyses?

Metadon kan med fordel indtages to gange i døgnet.

Minimer kontrolforanstaltningerne i behandlingen, specielt den overvågede indtagelse. Kontrol er ydmygende, brugerne hader det, og det fører til en lang række ufrugtbare spil mellem brugere og behandlere. Brugere kan langt hen ad vejen godt finde ud af at administrere medicinen selv, og hvis de ikke får lov til det, fører det til mindre søgning til - og større frafald fra - behandlingen.

Rutinemæssig brug af supplerende psykosocial behandling er overflødig. Den medikamentelle behandling, ledsaget af den fornuftige rådgivning, der altid skal følge en medikamentel behandling, er en stærk og effektiv behandlingsform. Man opnår ikke mere ved at tilbyde forskellige evidensbaserede terapiformer. Men hvis brugerne har særlige psykiske eller sociale problemer, skal man selvfølgelig adressere dem.

Brugere kan mere, end vi tror! ■

Litteratur

- Miller WR, Moyers TB. The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction* 2015; 110: 401 – 13.
- Ege, P. Handling giver forvandling. Hvad giver behandling? *STOF* 2008, nr. 11: 9-13.
- Ege P. Bliver man dummere af metadon? *STOF* 2009/2010, nr. 14: 22 – 9.
- Ege P. Hvordan administreres den ordinerede metadon, når patienterne selv kan bestemme? *STOF* 2013; nr. 21: 89 – 90.
- Ege P. Brugere i substitutionsbehandling – i arbejde, på kontanthjælp eller på førtidspension. *STOF* 2014; nr. 23: 15 – 7.
- Hser Y-I, Saxon AJ, Huang D & al. Treatment retention among patients randomized to buprenorphine/naloxone compared to methadone in a multi-site trial. *Addiction* 2014; 109: 79 – 87.
- Savvas SM, Somogyi AA, White JM. The effect of methadone on emotional reactivity. *Addiction* 2011; 107: 388 – 92.
- Bell J, Trinh L, Butler B, Randall D, Rubin G. Comparing retention in treatment and mortality in people after initial entry to methadone and buprenorphine treatment. *Addiction* 2009; 104: 1193 – 1200.
- Holland R, Matheson C, Anthony G et al. A pilot randomised controlled trial of brief versus twice weekly versus standard supervised consumption in patients on opiate maintenance treatment. *Drug Alc Review* 2012; 31: 483 – 91.
- Strang J, Hall W, Hickman M, Bird SM. Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993 – 2008): analyses using OD4 index in England and Scotland. *BMJ* 2010; 341:c4851 doi:10.1136/bml.c4851.
- Graham L, Matthews S, Dunbar JK, Stoner N. The National drug related deaths database (Scotland). Report 2009. National Services Scotland. Information Services Division. December 2010.
- Clausen T, Waal H, Thoresen M, Gossop M. Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addiction* 2009; 104: 1356 – 62.
- Schwartz RP, Kelly SM, O'Grady KE, Gandhi D. Randomized trial of standard methadone treatment compared to initiating methadone without counseling: 12-month findings. *Addiction* 2011; 107: 943 – 52.
- Ling W, Hillhouse M, Ang A, Jenkins J, Fahey J. Comparison of behavioral treatment conditions in buprenorphine maintenance. *Addiction* 2013; 108: 1788 – 98.

Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.

Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012; 0: 1 – 54.

Amato L, Minozzi S, Davoli M & al. Psychosocial combined with agonist maintenance treatment versus agonist maintenance treatment alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane database of systematic reviews*: 2011, 10, Art. no.: CD004147.



The dodo bird verdict - i behandlingsforskning inden for psykoterapi udtryk for at alle metoder er lige gode. *red.*