

# Substitutions- behandling i eget miljø frem for på behandlingscenter er til stor gavn for udsatte stofbrugere

Substitutionsbehandling har dokumenterede positive effekter for stofbrugere, og såkaldt fremskudt behandling, dvs. behandling i eget miljø, er et vigtigt bidrag til at mindske skader hos udsatte stofbrugere. Det viser de første evalueringer af en ordning med fremskudt behandling, som blev etableret i København under COVID-19-pandemien.

AF ESSEN HOUBORG, MAJ NYGAARD-CHRISTENSEN, NICOLAY TORP,  
KATHARINA MAIKEN KRISTENSEN, MIRIAM BJÖRKLUND, CHRISTINE KAYA



STOF NR. 46 / EFTERÅR 2023



Esben Houborg er sociolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning



Nicolay Torp er læge ved Rusmiddelbehandling København



Miriam Björklund er sygeplejerske ved Rusmiddelbehandling København



Maj Nygaard-Christensen er antropolog og lektor ved Center for Rusmiddelforskning



Katharina Maiken Kristensen er socialrådgiver ved Rusmiddelbehandling København



Christine Kaya er socialrådgiver ved Rusmiddelbehandling København

Substitutionsbehandling er behandling med medicin, der 'erstatte' de stoffer, som stofbrugere tager illegalt. Fordelene ved behandlingen er fx at undgå overdoser, kriminalitet og meget andet. Der kan dog også være barrierer for behandlingen, bl.a. har stofbrugere skullet møde op på faste tidspunkter i behandlingscentre for at indtage medicinen under sundhedsfaglig monitorering. I forbindelse med COVID-19 i 2020 etablerede Københavns Kommune 'Fremskudt substitutionsbehandling', hvor stofbrugere kommer i behandling i deres eget miljø i stedet for på et behandlingscenter. Behandlingen kan foregå i stofbrugernes eget hjem, på et værested, et herberg, et stofindtagelsesrum eller lignende. Behandlingen blev etableret, da man i forbindelse med nedlukningen pga. COVID-19 stod med en gruppe stofbrugere, som man frygtede ville få akut brug for abstinensbehandling.

Behandlingen var først et midlertidigt tilbud begrænset til bydelen Vesterbro, men blev senere udvidet til at gælde hele byen og til at vare i en fireårig periode. Behandlingsteamet består af en læge, to socialrådgivere og to sygeplejersker. I juni 2023 havde 121 personer været i behandling, omkring 108 var blevet visiteret til et behandlingstilbud i Københavns Kommune eller et andet sted, herunder kriminalforsorgen. 21 personer var aktuelt i behandling.

Center for Rusmiddelforskning har fulgt behandlingen siden efteråret 2022 og foreløbig lavet interviews med 13 personer i behandling.

### Den fremskudte behandling møder stofbrugere, hvor de er

Fremskudt substitutionsbehandling består i, at behandlingsteamet cykler rundt i København og foretager behandlingen dér, hvor stofbrugere er. Teamet bliver kontaktet af behandlingscentre, væresteder, herberger, stofindtagelsesrum, gadeplansarbejdere og andre, som har kontakt med mennesker, der kan have gavn af substitu-

tionsbehandling. En af socialrådgiverne i teamet har en samtale med stofbrugeren og får samtykke til at tilgå vedkommendes lægejournal, social sag etc. Behandlingsteamet afgør, om stofbrugeren tilhører målgruppen. Hvis det er tilfældet, laver de en aftale om, at en socialfaglig medarbejder, en sygeplejerske og lægen tager ud til stofbrugeren for at starte behandlingen op.

I starten af behandlingen sker der en optrapning af medicin. Her besøger en af de sundhedsfaglige medarbejdere stofbrugeren hver dag. Det primære fokus er substitutionsbehandling for brug af opioider, fx heroin, helst med præparatet buprenorfin, som enten kan gives som piller eller depotmedicin (der langsomt og gradvist afgiver medicinen i kroppen) med varighed op til fire uger. Buprenorfin bliver foretrukket, fordi det har sundhedsmæssige fordele, bl.a. giver det ikke risiko for overdoser og dødsfald, som metadon kan gøre det. Oftest ønsker stofbrugere dog metadon, fordi det er det, de kender, men behandlingsteamet oplever, at mødet med stofbrugere i deres egne omgivelser kan føre til, at de giver buprenorfin en ekstra chance.

Behandlingsteamet prøver sammen med stofbrugere at indrette behandlingen efter, hvornår stofbrugeren oplever abstinenser. Det giver mulighed for en hurtigere optrapning end på et behandlingscenter, hvor stofbrugere sjældent møder med abstinenser, fordi det er en ubehagelig tilstand, ikke mindst hvis man i forvejen har det svært med at møde op på et behandlingscenter.

**Fremskudt behandling er defineret som et optrappings- og stabiliseringstilbud og ikke som et udleveringstilbud. Intentionen er derfor, at stofbrugere bliver optrappet og stabiliseret, hvorefter de skal visiteres til et relevant behandlingstilbud.** Dette kan foregå hurtigt, hvis der er et relevant tilbud, eller langsommere, hvis der er ting, der skal afklares, før det kan lade sig gøre.

## Barrierer for at modtage ordinær substitutionsbehandling findes både socialt og i systemet

Mennesker med stofbrug kan opleve forskellige barrierer i forhold til substitutionsbehandling (1). Man kan skelne mellem to overordnede typer af barrierer: Systemiske barrierer, som handler om, at den måde, behandlingssystemet (og andre systemer) er indrettet på, kan gøre det besværligt for nogle mennesker at bruge et tilbud. Sociale barrierer handler om brugere og personale og brugere imellem på et behandlingstilbud.

### Systemiske barrierer

For mange foregår substitutionsbehandling, som ikke er fremskudt, uden problemer (1). Men for nogle mennesker kan noget så simpelt som afstanden til behandlingstilbuddet eller åbningstiderne være et problem.

En mand var faldet ud af behandlingen og var samtidig flyttet til et botilbud, som lå langt væk fra behandlingstilbuddet, og kunne derfor ikke overskue at møde til tiden hver dag:

*"Jeg havde ligesom været igennem det et par gange. Og så skulle ud igen dagligt, fordi jeg stoppede. Det var, fordi jeg ikke kunne overskue at tage her fra og skulle hele vejen til [behandlingstilbuddet] med metro og lort inden kl. 11."*

Andre fortalte, at de havde det svært med at have abstinenser i et offentligt transportmiddel sammen med andre mennesker, og at det derfor var en overvindelse at skulle afsted. Andre havde en døgnrytme, som var svær at synkronisere med behandlingstilbuddenes åbningstider. Som en person fortæller:

*"Jeg har en døgnrytme, der siger nej til det."*

Flere fortalte om 'mentale' udfordringer og manglende overskud i forhold til at møde på bestemte tidspunkter, holde aftaler osv., fx denne kvinde:

*"Jeg har i forvejen PTSD og social angst og sådan noget, fra jeg har været udsendt til Afghanistan (...) Jeg har svært ved at komme afsted på et fast tidspunkt, et fast sted og sådan, ik' (...) Det er sådan en slags panikangst."*

Andre fortalte om bureaukratiske benspænd. En mand, som ikke kunne komme på sit behandlingsscenter pga. konflikter med andre brugere,

fortalte, at han gerne ville visiteres til et andet behandlingstilbud, men at det krævede, at han tog hen på netop det behandlingsscenter, hvor han oplevede konflikter. Det ledte til, at han var uden behandling i mere end et halvt år.

I nogle tilfælde var der tale om, at man ikke blev 'samlet op', når man var faldet ud af behandling. En gangbesværet mand fortalte fx, at han i en længere periode var uden behandling, fordi han fysisk ikke kunne bevæge sig hen på sit behandlingstilbud.

Endelig fylder 'tredagesreglen' meget i interviewene. Tredagesreglen gælder for metadon og er Københavns Kommunes implementering af Sundhedsstyrelsens retningslinjer om at starte patienter op med en dosis på 30 mg, hvis de har været fraværende fra behandlingen i mere end tre dage, og derefter trappe dem op med 10 mg hver anden dag. Erfaring viser, at 40 mg metadon kan være dødelig for mennesker, der ikke er vant til opiater. Under optrapningen skal man møde på behandlingsscenteret hver dag og blive der en time for at sikre, at der ikke sker overdoser. En typisk metadondosis kan være på 120 mg. Det vil derfor kræve fremmøde på 17 hverdage, før man er stabiliseret i sin metadondosis.

Omkring halvdelen af de personer, vi har talt med, nævnte tredagesreglen og beskriver den som en væsentlig barriere for, at de ikke er i behandling. En mand fortalte, at når man 'falder for tredagesreglen', er det ofte, fordi man har det svært, og at han derfor oplevede det som en yderligere belastning at skulle møde op hver dag med abstinenser og sidde en time på behandlingsscenteret:

*"Det, man kan sige, er jo, til sidst, når det er besluttet sværest, har man jo mest brug for behandling, så er det der, man begynder at gå lidt skævt, så siger de bare, fucker det helt op for en, hele lortet for en ik' og faktisk gør det hele endnu værre."*

### Sociale barrierer

For nogle af stofbrugerne gjorde sociale barrierer det svært at være i behandling. Der kunne være tale om, at de ønskede at undgå det 'stofmiljø', som findes omkring behandlingssentrene, hvor der bl.a. handles med stoffer og substitutionsmedicin:

*"Når du bliver tilbudt det, når du går ind og ud af døren, eller bliver spurgt, om du vil sælge medicinen. Det skubber jo til en, ikk'?"*

For andre handlede sociale barrierer om omgangen med personalet:

*"Enten er det personalet, der er noget galt med, ellers så er det mig, der fejler et eller andet."*

Det kunne handle om konflikter med personalet, at føle sig overset, nedværdigende behandlet eller manglende lydhørhed i forhold til sine ønsker og behov.

### **Fremskudt substitutionsbehandling kan mindske barriererne**

Det var en fælles erfaring for de personer, vi har interviewet, at den fremskudte behandling havde sænket nogle af de systemiske og sociale barrierer. En kvinde fortalte:

*"Ej, men det er det bedste. Personalet sidder med deres computer bagefter, og jeg sidder og går ud og drikker kaffe (...) Ja for helvede, det passer mig helt fint, at jeg ikke skal ud et sted også (...) Så skal du være der klokken 9, eller klokken 13, men så skal du med alle de der normale mennesker, eller der ikke er på stoffer, og det er bare det pinligste, synes jeg (...)."*

En mand fortalte, at behandlingen hjalp ham i en svær periode:

*"Også det, at de kommer hjem til en (...) Også fordi, jeg er inde i en svær periode her for tiden, så det er jo en stor hjælp, at de gider og komme og aflevere min medicin, og man lige kan få snakket, hvis der er et eller andet."*

Det spillede også en rolle for flere af vores interviewpersoner, at de ikke længere behøvede at mødes med andre stofbrugere på og omkring behandlingscentrene, så de undgik utryghed eller at blive fristet.

Den fremskudte behandling er ved at blive integreret med den ordinære substitutionsbehandling, så der bliver samlet op på stofbrugere, som er faldet ud eller er ustabile i ordinær behandling. Det var tilfældet med en kvinde, som sammen med sin kæreste havde svært ved at passe den ordinære behandling. Hun fortalte:

*"Så kommer vi derop [på behandlingscenter] for 14 dage siden og kommer ind til lægen; det er en ny læge, jeg snakker med deroppe, som siger, at der findes et eller andet tilbud, om vi ville det, og*

*det var så det her tilbud. Men det bliver jo ikke til en skid, og det ved vi jo godt. Så vi droppede alt det og gik og regnede ikke med, at der var noget. Og så skriver de til mig om fredagen, at han godt kunne komme hjem til mig og trappe mig op, hvis det var. Vi troede, det var løgn, mand, altså vi troede, det var løgn. (...) Og så stod de der bare allerede om mandagen, tror jeg."*

Den fremskudte substitutionsbehandling virker på samme måde som anden substitutionsbehandling. Det vil sige, at den for nogle betyder, at de kan lægge kontakten med det illegale stofmarked og stofmiljøer bag sig og begynde at koncentrere sig om andre ting, fx have kontakt med familie eller børn. En mand havde været stresset over at skulle skaffe penge og stoffer, fordi han var faldet ud af behandling, og havde derfor ikke haft tid til andre ting i sit liv. Med den fremskudte behandling kunne han nu koncentrere sig om sin familie og sin nye lejlighed:

*"Jeg er lige begyndt og få kontakt med min søn, så ham bruger jeg rigtig meget tid med, og det er sådan set det. Jeg har en meget tæt familie [...], vi ses flere gange om ugen og sådan nogle ting, og det er det, jeg bruger det meste af min energi på, det er familien. [...] Jeg har med vilje mere eller mindre skåret alle bekendtskaber fra på grund af, at det er tilbage i misbrugsmiljøet, og er du sammen med folk hver dag, der misbruger, jamen så er der jo ikke langt fra det ene til det andet, vel altså."*

Der er dog også flere af personerne i fremskudt behandling, som fortsætter med at bruge illegale stoffer, særligt benzodiazepiner (stærkt beroligende medicin) og andre stoffer, som ikke er opioider – ikke mindst kokain – ligesom det er tilfældet med stofbrugere i ordinær substitutionsbehandling.

**Uanset om man som person i substitutionsbehandling fortsætter med at bruge illegale stoffer eller ej, har behandlingen dokumenterede positive effekter for stofbrugere. Det er derfor vigtigt, at så mange som muligt får mulighed for at få den.** Det yder den fremskudte substitutionsbehandling et vigtigt bidrag til. Den model, man har udviklet i København, er ikke den eneste mulige. Det vigtige er, at man forsøger at indrette behandlingssystemet, så det prøver at målrette sig brugerne, frem for at det er brugerne, der skal målrettes systemet.

**Referencer:**

(1) Houborg, Kronbæk, Kappel, Fahnøe, Pedersen & Johansen (2022). Marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv i København. Stofmiljøer og velfærdstilbud. Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Resultater fra forskningsprojektet, som denne artikel er baseret på, er udgivet i bogen 'Marginaliserede stofbrugeres hverdagsliv i København – stofmiljøer og velfærdstilbud'. Bogen kan downloades gratis på Center for Rusmiddelforskningens hjemmeside under 'Forskning i policy' → 'Hverdagsmiljø for udsatte stofbrugere'