



MISBRUGSBEHANDLING I ISLAND

Erfaringer fra et land, hvor stoffri behandling er ideologisk grundlag for al misbrugsbehandling.



AF GRIMUR ATLASSON OG MORTEN HESSE

De sidste tre årtier er der sket en revolution i behandlingen af alkoholafhængige og narkomaner i Island. Islands alkoholkultur har gennemgået en markant udvikling: Fra 1920'erne til 1989 var øl forbudt, og kulturen var en udpræget nordisk brændevinskultur. Alkoholforbruget var som oftest samlet på få dage, hvor der blev drukket tæt, og ofte med slagsmål og ballade til følge. Den islandske afholdsbevægelse var stærk - som i andre nordiske lande - udgav et medlemsblad, holdt månedlige fester etc. Anonyme Alkoholikere kom til Island i 1954 og var i lang tid en lille gruppe. Illegale stoffer var stort

set ikke-eksisterende. Der var et vist forbrug af ordineret Ritalin (ordineret mod træthed) og barbiturater - og fra 1960'erne forskellige slankepræparater med stimulanseffekt.

I halvtredserne og tresserne var der kun to muligheder for misbrugere, der søgte behandling: En psykiatrisk misbrugsafdeling - afdeling 10 på det psykiatriske hospital Kleppur - og døgnbehandlingen på Det Blå Bånd, Bláa bandid.

Den amerikanske inspiration

I starten af halvfjerdserne tog den islandske stat imidlertid det initiativ, at man sendte hundredvis af islandske alkoholikere i behandling på behandlingsinstitutionen Free-

port, USA, hvor de for første gang mødte 12-trins-behandlingen. Da de kom hjem efter afsluttet behandling, dannede de efter et stykke tid en organisation, SÁÁ⁽¹⁾, som blev en magtfaktor i det islandske samfund. Foreningen, som på engelsk har taget det officielt klingende navn 'National Center of Addiction Medicine', er først og fremmest en interesseorganisation for fremme af 12-trins-behandling. Efter et omfattende PR-arbejde lykkedes det SÁÁ at få oprettet de første 12-trins-behandlingstilbud i Island allerede i 70'erne. Et tilbud, som islændingene har taget til deres hjerte: Siden 1977 er den islandske befolkningen taget i behandling som få. I løbet

TABEL 1. OVERSIGT OVER AFGIFTNINGS- OG DØGNILBUD I ISLAND.

	BEHANDLINGS- TILBUD	ANTAL PLADSER	PLANLAGT VARIGHED I DAGE
SÁÁ			
Vogur	Afgiftning	70	10
Stadarfell	Døgnbehandling	34	28
Vík	Døgnbehandling	30	28
RIGSHOSPITALET			
33-A	Afgiftning	15	10*
Teigur	Døgnbehandling	10	28*
Arnarholt ⁽³⁾	Døgnbehandling for psykisk syge misbrugere	10	180
ANDRE			
Byrgid	Behandlingskollektiv	50	90*
Krysuvík	Døgnbehandling	20	90*
SAMHJÁLP			
Hladgerdarkot	Afgiftning	10	10*
Hladgerdarkot	Døgnbehandling	20	28

AFGIFTNINGSPLADSER I ALT: 95 DØGNBEHANDLINGSPLADSER I ALT: 174

*Typisk gennemsnit for den planlagte varighed

af disse næsten 30 år har omkring 20.000 islændinge været i behandling – det svarer til lidt over 10% af islændinge i aldersgruppen 16-80 år⁽²⁾. Der er nu fem institutioner, som driver afgiftning eller behandling. Det største, afgiftningshospitalet Vogur, blev færdigbygget i 1983 og indviet med pomp og pragt med deltagelse af TV-stjernen Ken Kercheval, alias Cliff Barnes fra TV-serien Dallas. Det meste af behandlingen er direkte finansieret af staten. Hvert år er der omkring 2.000 mennesker, som en eller flere gange bliver indlagt til døgnbehandling, svarende til 7 promille af befolkningen. For Danmark findes ingen samlede tal, men i 2003 blev der i DanRIS-institutionerne registreret 1.179 cpr-numre, svarende til 0.2 promille af befolkningen. Men forskellen er større, for de omkring 2.000 islændinge er nyindskrevne, mens DanRIS-databasen ikke tager højde for tidligere forløb.

Det er naturligvis en bekostelig affære, at så mange kommer i døgnbehandling. Men er det nu, fordi Island har et misbrugsproblem af dimensioner, der langt overgår eksempelvis Danmark? Har alle disse

mennesker virkelig brug for døgnbehandling? Og betyder det, at alle de, der har allermost brug for hjælp, kan være sikre på at få den?

Behandlingen i Island

Behandlingsmetoderne og -stederne i Island er både mange og forskellige. Der er religiøse steder, og steder der tilbyder kognitiv adfærdsbehandling. Der er Minnesota-behandling, og der er en blanding af disse tre metoder. Hertil kommer støtte fra social-centrene samt diverse tilbud om boformer, f.eks. halvvejshuse – der ofte er drevet af private organisationer.

Gennemsnitstiden for et afgiftningsforløb er 10 dage. Den planlagte tid for behandling efter afgiftning er oftest efter amerikansk forbillede sat til 28 dage. En oversigt over afgiftnings- og døgntilbud kan ses i tabel 1. De fleste institutioner leverer kortvarig behandling på 28 dage, men to institutioner - 12-trinsbehandlingsinstitutionen Krysuvík og det karismatisk-kristne behandlingskollektiv på Byrgid - yder behandling, der er planlagt til at vare længere end én måned. Rigshospitalets tilbud til misbrugere med

psykiatriske problemer i Arnarholt lukker snart, men har i dag plads til 10 klienter ad gangen.

Som det fremgår er der i alt 95 afgiftningspladser og 174 døgnbehandlingspladser. Da afgiftningen typisk er kortvarig - omkring 10 dage - og primært består af afgiftning fra alkoholmisbrug og restituering efter amfetamin- og hashmisbrug, er kapaciteten så stor, at der typisk kan afgiftes omkring 3.600 misbrugere om året. Kapaciteten til kortvarig døgnbehandling er på 94 pladser, og da disse behandlingsforløb kun varer lidt under en måned, er der således kapacitet til gennemførelse af ikke mindre end 1.200 sådanne forløb pr. år. Det er sværere at beregne kapaciteten til længerevarende døgnbehandling, da sådanne forløb ofte afbrydes, som vi også kender det i Danmark. En løbende kapacitet på 80 pladser ville, hvis gennemsnitstiden er de anslåede 90 dage, svare til omtrent 320 behandlingsforløb om året.

Visitationen foregår direkte til de enkelte institutioner, sådan at den enkelte henvender sig direkte til døgnbehandlingsstedet eller afgiftningsafdelingen. På grund af den store kapacitet er der stort set ingen ventetid på behandling, og stort set ingen bliver afvist. Ligesom der ikke er nogen kontrol med visitationen til behandlingen, er der næsten intet opsyn med de diverse behandlingstilbud fra det offentlige. Flere behandlingssteder modtager ud over statsstøtte - massiv sponsorstøtte fra private og virksomheder, og da lønnen for de flere af de ansatte er lav, typisk en uddannelsesløn på omkring 10 -15.000 dkr. pr. måned, har behandlingsstederne antagelig en god økonomi. Det er dog ikke let at finde ud af de økonomiske forhold omkring de private døgnbehandlingsinstitutioner.

Den bedste behandling til de bedste patienter?

Vogur er et sygehus, hvor der er

'På den karismatisk-kristne institution helbredes misbrugerne ved hjælp af håndspålæggelse og djævluddrivelse. To ting er store her: troen på Gud og omkostningsbevidstheden.'

ansatte læger, sygeplejere, behandlere og rådgivere. Der er 70 senge, hvoraf 10 er beregnet til børn under 18 år, og monitoreringen af fysiologiske abstinenssymptomer gør, at afgiftningen her foregår under forsvarlige forhold. På dette elegante og veludstyrede afgiftningshospital betjenes først og fremmest de bedst integrerede misbrugere: alkoholmisbrugere med arbejde eller i gang med uddannelsesforløb, der ofte kun har et begrænset misbrug. Der findes ikke egentlig dokumentation for det, men af og til hører man om personer, der er blevet indlagt til afgiftning, til trods for at de kun havde indtaget ganske få genstande i den forudgående uge. Kapaciteten til behandling af psykisk syge misbrugere er omvendt særdeles begrænset: Blot 10 døgnpladser på en enkelt afdeling er der til rådighed, og den lukkes snart. Til dårligere integrerede misbrugere er der primært Krysuvik og Hladgerdarkot, institutioner med betydeligt dårligere forhold for brugerne end Vogur.

Et andet tilbud til de dårligst fungerende misbrugere er det karisma-

tisk-kristne Byrgid. Her helbredes misbrugerne ved hjælp af håndspålæggelse og djævluddrivelse; to ting er store her: troen på Gud og omkostningsbevidstheden. Huset er en gave fra staten, der også yder omkring 3.000.000 dkr. i årlig støtte, og de få ansatte yder behandling til hele 50 patienter ad gangen. Det meste af maden er gaver fra private, og hertil kommer, at institutionen har en egenbetaling på omkring 6.000 dkr. pr. patient pr. måned. Formodentlig har denne institution således et ganske imponerende overskud eller et ganske vellønnet personale, men det er ikke let at finde ud af. Rygterne svirrer om institutionen, der af nogle betegnes som en kult, men det er meget svært at gennemskue både de organisatoriske forhold og behandlingsindholdet.

Virker systemet?

SÁÁ understreger på sin hjemmeside (www.saa.is), at behandlingen har succes: Kun 20% af de årlige behandlingsforløb er svingdørsklienter med mere end tre behandlingsforløb bag sig. Imidlertid skjuler dette

tal flere ting:

- For det første, at det er muligt at være svingdørsklient i den forstand, at mange af disse klienter kan have været i døgnbehandling andre steder end i SÁÁs egen behandling
- For det andet, at tallene inkluderer de mange behandlingsforløb i opbygningsfasen af systemet - tilbage fra 1977. Det aktuelle tal er noget højere, sådan at 25% har været i afgiftning i SÁÁs eget system 4 gange eller flere
- Det mest almindelige er kun at gennemføre afgiftningen, men ikke komme videre til døgnbehandling efter afgiftning (68%)

Men nu er brug af behandling heller ikke et tilstrækkeligt mål for behandlingssucces. I Kristinn Tómassons undersøgelse var det overordnede tal, at 16% af dem, der gik i behandling, var alkohol- og stoffri uafbrudt 28 måneder efter afsluttet behandlingsforløb.⁽⁴⁾ Bedst gik det de mest velfungerende klienter med socialt netværk, og værst gik det de psykisk skrøbelige misbrugere. Tómasson og Vaglum fremhæver såle-



GRIMUR ATLASSON

MORTEN HESSE

CAND.PSYCH., PH.D.-STUD.
VED CENTER FOR RUSMIDDEL-
FORSKNING



des, at de psykisk syge misbrugere tilsyneladende fik en utilstrækkelig behandling i behandlingssystemet.

Også det islandske sundhedsministerium peger på dette.⁽⁵⁾ I en rapport herfra beskrives bl.a., at SÁÁ driver markedsresearch i stedet for forskning på selve behandlingen. Hensigten med dette er ifølge rapporten, at ved at vise efterspørgsel kan bevillingerne til behandlingen fastholdes og øges.

Koordinationsproblemer

I den lille nordatlantiske stat står hele tre ministerier for behandlingen af misbrugere: sundhedsministeriet, socialministeriet, og justitsministeriet. Koordinering af disse forskellige ydelser er således noget af en udfordring. De sociale myndigheder, som skal tage sig af resocialisering efter endt behandling, har praktisk taget ingen kommunikation med behandlingsstederne under selve døgnforløbet. Et problem, der har begrænset betydning for den arbejdende alkoholmisbruger, der blot skal tilbage til sit job efter fem ugers sygeorlov, men som har en enorm betydning for de svageste misbrugere.

Koordinationsproblemerne imellem er særdeles begrænset, og der er ingen, der har det overordnede ansvar for behandlingen. Forsøg på at koordinere indsatsen strander ofte på, at systemerne på den anden side af barrieren ikke selv ser behovet for koordination.

Eksempel: Olafur⁽⁶⁾ var en svært belastet alkoholmisbruger og stofmisbruger på 50 år. Han havde været igennem mange behandlingstilbud i årenes løb og var nu hjemløs, ude i et massivt misbrug, og hans sagsbehandler var i gang med hans sag og diskuterede behandling med ham. Pludselig forsvandt Olafur uden et ord. Ni måneder senere ringer en medarbejder fra et halvvejs hus under SÁÁ og fortæller, at Olafur bliver udskrevet i næste uge, og man vil gerne høre, om der er mulighed for at skaffe en bolig. Olafur havde

i løbet af de ni måneder været igennem afgangsbekendtgørelse, døgnbehandling og i halvvejs hus. I hele denne periode fik hans sagsbehandler ingen besked om, at han var i live, eller hvad der i øvrigt skulle foregå i sagen. Da han kommer ud, er han boligløs, uden beskæftigelse eller noget sted at gå hen i hverdagen. Olafur finder hurtigt vejen til et natværested, hvor der er både alkohol og stoffer. Tre år senere dør han, uden igen at være blevet ædru, men efter flere forgæves forløb.

Olafurs sag illustrerer direkte den manglende kommunikation mellem de forskellige enheder. Til trods for et omfattende hjælpesystem med fokus på behandling frem for alt blev Olafur ikke hjulpet meget.

Eksempel: Gudmundur var en social sag. Han var 21 år gammel. Siden han var 18 år, havde han været igennem 10 behandlingsforløb og i alt overflyttet mere end 20 gange mellem afgangsbekendtgørelse, døgnsted, halvvejs hus og egen bolig. Han var startet i job mange gange, men intet af det havde været mere end nogle få dage. Som 21-årig var han hjemløs, i massivt misbrug, totalt desillusioneret, og han havde intet håb om at blive stoffri eller blot få en fornuftig tilværelse. I sociale ydelser havde han fået udbetalt omkring 100.000 dkr. om året. Der var ingen, der havde et overblik over indsatsen, og der var aldrig lavet en handleplan. Hver gang der var lavet en aftale, var Gudmundur pludselig startet i behandling.

Gudmundurs sag illustrerer en anden svaghed i systemet. Den manglende koordination fører til, at behandlingssystemet bliver til en ramme om klientens kaotiske liv frem for en vej ud af kaos. De mange behandlingstilbud bliver et kortvarigt glimt af håb, men bliver samtidig en scene for gentagne impulshandlinger, og resultatet bliver en fastholdelse af, at klienten ikke behøver at tænke fremad, planlægge og overveje konsekvenserne af sine handlinger.

Kursskifte på vej?

Det er ikke nemt at finde det reelle resultat af behandling i Island. Tallene kommer direkte fra selve behandlingsstederne, og der bliver ikke forsket så meget på området i Island. De ganske få uafhængige undersøgelser peger på, at omkring 10-15% stadigvæk er stoffri 2 år efter endt behandling. Ambulant behandling er ikke så almindeligt i Island. De sidste år er der ganske vist blevet oprettet flere ambulante tilbud, men de fleste, der har et alkohol- eller stofmisbrugsproblem i Island, går i døgnbehandling. Ifølge både Kristinn Tómassons undersøgelse og en undersøgelse fra Skotland er der ingen forskel på resultaterne på ambulant behandling og et døgnforløb, når det gælder vedvarende stoffrihed.⁽⁷⁾ I et land, hvor der er 5.770 pladser til døgnbehandling om året, må man overveje, om der måske er tale om en fejlprioritering. Er det nødvendigt at drive 3-4 afgangsbekendtgørelse i et land med 290.000 indbyggere?

Imidlertid er der fremsat flere forslag i Al tinget om at ændre prioriteringerne i misbrugsbehandlingssystemet med henblik på at øge koordinationen. Den borgerlige regering er imidlertid tæt forbundet med behandlingsindustrien og meget uvillig til at overveje ændringer.

NOTER

1. Organisation for dem, der bekymrer sig om stof- og alkoholproblemer.
2. Ifølge tal fra SÁÁ og det islandske statistiske institut. Populationen omfatter i alt 290.000 mennesker.
3. Under afvikling.
4. Tomasson, K. & Vaglum, P.: The Two-year Course Following Detoxification Treatment of Substance Abuse: The Possible Influence of Psychiatric Comorbidity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 247: p. 320-7. 1997.
5. Howard J. Shaffer: Evaluering af alkohol- og stofbehandling i Island. Sundhedsministeriet i Island. 1997.
6. Navnene i casevignetterne er opdigtede.
7. Se også Kristinn Tómasson udgivelser fra 1995 og 1996.