

THE LANCET

Drug Addiction and its Treatment – Editorial, *The Lancet*, Vol. 200, No. 5159, p. 137. 15. July 1922

...Det er på ingen måde alle, som ønsker det, der kan blive stofbrugere. En dosis morfin, taget eksperimentelt kan gøre én person syg, men fascinere en anden. Det er i hvert fald ikke på grund af manglende forsøg, at nogle ender som 'alkoholofile' og aldrig som alkoholikere. For at forklare virkningen af stoffer må vi gøre os bekendt med 'den jord, den spirer i', forberedt som den kan være af neuropatisk arv eller – tilstand. En tendens til selvmord kan antage en familiær form, ligesom utvivlsomt alkoholisme kan. Hvis tilstrækkeligt bevis var for hånden, ville sammenhængen mellem en hvilket som helst stofindtagelse, fra te til methylalkohol, og arvet eller erhvervet neural instabilitet kunne demonstreres. Den, der studerer emnet, vil vide, at data, som støtter denne holdning, kan findes til overmål.

Vi ser derfor med nogen bekymring på den tilsyneladende stiltiende accept af den situ-

ation, der nu opstår, og som kun kan føre til større konflikt mellem modstridende synspunkter...

... Vi var begyndt at tro, at den rædselsfulde stigmatisering, som var tildelt de mentalt lidende ved ophold i sindssygehospitalet, var ved at blive mindre ved spredning af viden om, at mental sygdom er nervesygdom, og ved en mere udbredt brug af begrebet 'mentalsygehus'. Den seneste offentlige diskussion ser imidlertid ud til at fjerne vores forhåbninger.

Men hvad med den stigmatisering, som er hæftet på fængsling? Skal anklagede med nervesygdomme, for det er, hvad stofsager grundlæggende er, sendes i fængsel som deres helbredelse? Vores profession er sikkert ikke så svag eller ligegyldig, at den billiger en yderligere spredning af denne særlige praksis...

... Den forbryderiske handel med en bestemt klasse af stoffer håber man at stille skakmat ved hjælp af politiregulativer, og alle disse anstrengelser for at bekæmpe dette onde hilses velkommen af fornuftige borgere, som tror på, at forebyggelse er bedre end helbredelse. Men spørgsmålet, om sygdom kan forebygges eller helbredes ved lovgivning fra parlamentet, behøver et meget dybere studium, end der normalt ofres på det, og intet studie er komplet, som ikke tager medicinske faktorer med i betragtning.

Uddrag af: Stofafhængighed og dets behandling. Leder, The Lancet, Vol. 200, No. 5159, s137. 15 juli 1922. Henrik Thiesens oversættelse.

STOFFET, LÆGEN OG SAMMENHÆNGEN

Hvis stofmisbrugsbehandlingen skal ud af den nuværende stagnation, må man først blive enige om, hvad det egentlig er, man behandler på. Dernæst bl.a. blive bedre til at udnytte sundhedsfaglige kompetencer.

AF HENRIK THIESEN

Diskussionen om, hvad vi grundlæggende har med at gøre, når vi taler om alkohol- og stofafhængighed, er ikke af ny dato, som ovenstående leder antyder. Samtidig står det også klart, når man læser teksten, at vi på mange områder ikke er nået meget videre end for 80 år siden.

Jeg vil i det følgende forsøge at anskue stof- og alkoholbehandlingen fra en sundhedsfaglig synsvinkel. Både for at forsøge at identificere den overordnede plads for sundhedspersonale, læger og sygeplejersker, og for at forsøge at underbygge den påstand, der fremsættes i citatet fra *The Lancet*, altså at et behandlings-

system ikke er fuldstændigt, hvis det ikke medinddrager den medicinske del.

Det vi behandler

Den grundlæggende forudsætning er, at vi har at gøre med en tilstand, som kan karakteriseres ved at blive udløst af varierende andele af arvelighed, social-/fysisk påvirkning og stofpåvirkning. Tilstanden udvikles over tid (år – årtier) og kan, når udviklingen er kørt til ende, sammenlignes med det, der inden for sundhedsvidenskaberne kaldes kroniske sygdomme.

Når vi, set fra et sundhedsfagligt synspunkt, skal se på forløb og forventelige resultater ved behandling

af alkohol- og stofafhængighed, skal vi altså sammenligne med andre kroniske sygdomme som for eksempel skizofreni, diabetes og astma. Vi skal derfor også sammenligne de forventelige resultater med behandlingsresultaterne for disse sygdomme.⁽¹⁾

Det, der karakteriserer den kroniske tilstand, er, at vi ikke har behandling, der grundlæggende kan korrigere eller helbrede den. Vi har ofte behandlinger, der viser stor effekt på symptomerne, men kun så længe behandlingen er aktiv. Når behandlingen ophører, så ophører effekten som regel også efter nogen tid.

Manglende gennemførelse og vedligeholdelse af behandlingsmål efter ophold i døgnbehandling af

stofmisbrug har længe været problematiseret, men set i lyset af kronicitetsbegrebet er det kun en naturlig følge af ophør med behandling, at der forekommer fornyet udbrud af tilstanden - undtagen hos den i forvejen bedst fungerende gruppe.

Hvad måler vi på i forhold til 'gennemførelse af behandling'? Hvilke forhold påvirker den enkeltes forbliven i stoffrihed eller substitutionsbehandling?

Målene er forskelligt defineret i forhold til behandlingskoncept. I den offentlige substitutionsbehandling er stabilisering på metadon eller Subutex og stabil fremmøde i henhold til aftaler at regne for behandlingssucces, mens man i forhold til stoffri behandling har et succeskrav, der ofte omfatter fuldstændig stof- og medicinfrighed. Dette kan vel også forsvares - ligesom behandlingsmangfoldighed ses over for andre sygdomme - men det kræver, at man identificerer, hvilke grupper man kan forvente succes af i forhold til den givne behandling. Ikke mindst kræver det, at man accepterer, at succesraten i forhold til et højt behandlingsmål uvægerligt vil være lavere end succesraten i forhold til et lavere behandlingsmål.

Når man forventer sammenlignelige 'gennemførelsesrater' for én behandling, der som mål har en total omkalfatring af livsforholdene, og en anden behandling, der som mål har stabilisering og gennemførelse af aftaler på lavt niveau, er der tale om mangel på en grundlæggende definition af, hvad man behandler.

Det ideelle behandlingsforløb for en socialt marginaliseret heroinafhængig kunne se således ud: En person, der ønsker at komme i døgnbehandling, kendes i Danmark som oftest fra det offentlige misbrugsbehandlingssystem. Vedkommende har som regel påbegyndt sit behandlingsforløb i metadonsubstitution. Anmodning om videre behandling fører til, at man identificerer brugerens mål, og at misbrugs-

rådgiveren - sammen med brugeren - opstiller en realistisk målsætning for behandlingsforløbet. Brugeren kører herefter selv, eller følges, til en behandlingsinstitution. Behandlingen i døgninstitutionen følger en overordnet behandlingsplan, som i forløbet refereres tilbage til hjemamtet. Efter en behandlingstid på 3-6 måneder afsluttes forløbet med udskrivning til efterbehandling i hjemamtet. Efter yderligere 6-12 måneders efterbehandlingsforløb afsluttes til videre foranstaltning af social- og uddannelsesmæssig art. Det samlede behandlingsforløb har en varighed af minimum 1½ år. Forløbet er langt, men ikke specielt langt i forhold til de tidsrammer, der ellers opereres med i forhold til kroniske lidelser.

Som i alle behandlinger af kroniske lidelser ses der problemer med navigation mellem behandlingssystemernes forskellige dele (i det somatiske sundhedsvæsen har dette medført tanker om patientkonsulenter). Denne problematik er forstørret i misbrugsbehandlingen på grund af manglende konsensus om, hvad man behandler, og på grund af manglende gensidig accept af behandlingstyper. Brugeren fanges derved i overgangene fra det ene system til det andet.

I den beskrevne model er der mindst tre overgange fra ét system til et andet, og i hver overgang lurer faren for misforståelser eller direkte modproduktive foranstaltninger.

Dem, der behandler

Det store problem ligger i en manglende konsensus om, hvad det grundlæggende er, vi behandler. Hvis vi antager, at vi har at gøre med en kronisk tilstand som beskrevet ovenfor, vil det være muligt at antage synsvinkler, der afspejler de forskellige fagligheder, der er involveret. Der har ikke i Danmark været en samlet teoridannelse på misbrugsområdet, som har omfattet alle faggrupper eller vundet gehør inden for alle fag.

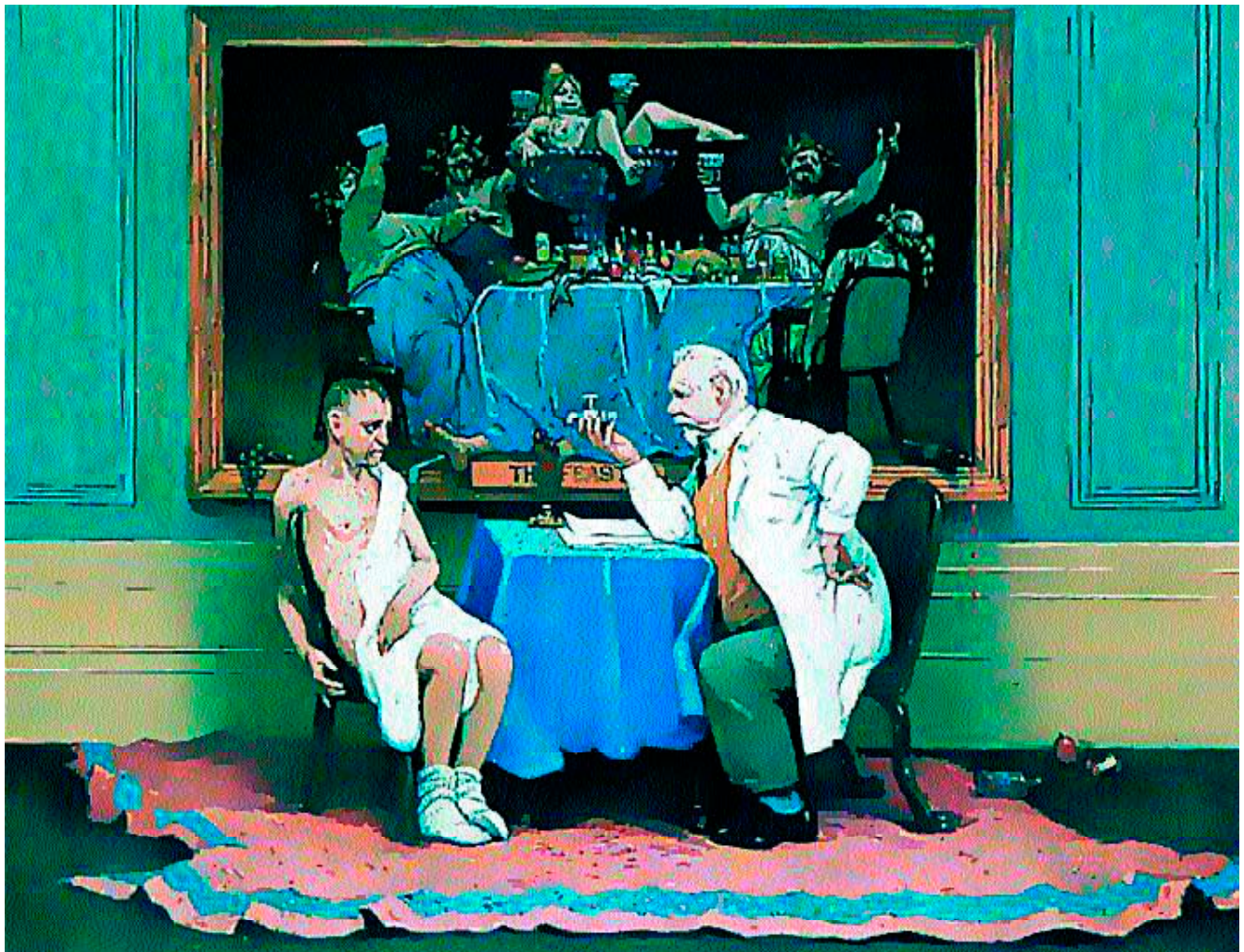
Samtidig har politiske strømninger i høj grad medvirket til at skabe forvirring. For eksempel har der været ensidigt fokus på den sociale synsvinkel, og der er indført diffuse begreber som 'social arv'. Til andre tider har en ensidigt biologisk model medført lignende mangler. Min pointe er, at hvis der kun fokuseres på enkelte af elementerne, vil den viden - der kan rummes i en teoretisk model og dermed i en behandlingsmodel - være mangelfuld. Hvis en behandlingsmodel er næsten ensidigt socialt orienteret, vil man kunne afhjælpe store dele af de skader, som afhængighedstilstanden medfører, men man vil ikke behandle de fysiske skader, som et langvarigt stofmisbrug medfører. Når den fysiske belastning bliver for voldsom, søger den enkelte lægehjælp for den skade, der er mest påtrængende i øjeblikket. Men den behandelende læge vil oftest ikke være bekendt med netop den patientkategori og vil ofte heller ikke være i stand til at vurdere det problem- og sygdomskompleks, som den enkelte misbruger rummer.

Manglende brug af ny viden på de neurobiologiske og medicinske felter medfører ligeledes forsinket indførelse af nye lægemidler, og at grundlæggende fejl kan opstå, især i overgangene mellem forskellige behandlingsmodaliteter.

Der er opnået endog meget fine resultater med det nuværende behandlingssystem, men der findes en del uopdyrkede områder, som fungerer utilfredsstillende. Den primære årsag til, at disse områder ikke fungerer, er, at de kræver tværsektorielt og tværinstitutionelt samarbejde.

De mest iøjefaldende områder, hvor der er behov for nye veje i behandlingen, er:

- Tunge co-morbiditetsproblematikker (følgesygdomme, primært skizofreni og misbrug)
- Svært marginaliseredes forhold
- Dobbelt diagnoseproblematikker, som ikke inkluderer skizo-



freni (fx. ADHD, personlighedsforstyrrelser, forskellige somatiske problemstillinger), og som dermed per definition ikke er en opgave for psykiatrien

- Multipelt blandingsmisbrug
- Alkohol- og benzodiazepinmisbrug hos opiatafhængige

Uanset at man inden for sin egen institutionstype er ekspert i den behandling, man tilbyder, og opnår gode resultater, vil der ikke være en synergistisk effekt af at inddrage andre behandlingstyper, hvis man ikke grundlæggende er enige om behandlingsmålene, og om hvordan forløbet skal gennemføres hos de involverede parter. Der vil opstå problemer i overgangsfaserne mellem

behandlingsstederne, så længe der ikke opnås fælles referencerammer, og så længe kommunikationen mellem behandlingsmodaliteterne ikke føres på et fælles grundlag.

Hvad er succes?

Der fokuseres ofte på de - ikke ubetydelige - beløb, som afsættes til stofmisbrugsbehandling, og de mistrøstige resultater, der opnås i forhold til det succeskriterium, der af mange ses som nummer et, nemlig permanent stoffrihed.

Der er behov for en grundlæggende omvurdering af dette succeskriterium. Forøgelse af livskvalitet, mindre følgesygdom og mindre kriminalitet bør vurderes langt højere,

end tilfældet er i dag. Dermed er behandlingen - som for andre kroniske tilstande - et spørgsmål om lindring snarere end helbredelse. Hvis stoffrihed ses i dette perspektiv, vil det kunne opfattes som en tilstand, der kan opnås ved spontan helbredelse, eller en tilstand, som kan opnås ved vedvarende kontrol af lidelsen. Ultimativt vil de to tilstande ikke kunne skelnes fra hinanden. Tilbagefaldet vil i denne sammenhæng være en naturlig del af forløbet for en del misbrugere og skal ikke opfattes som et tilbageslag. Derimod skal tilbagefald snarere opfattes som en del af lidelsens natur. Ligesom man ikke straffer diabetikeren for at få for højt blodsukker, men blot klør endnu

kraftigere på med behandling, bør misbrugere med tilbagefald tilbydes intensiveret behandling, der retter op på tilstanden, frem for straf.

Sundheds- og socialarbejde under samme hat

For at bringe stofmisbrugsbehandlingen ud af den nuværende stagnation er det nødvendigt at integrere de dele af den kroniske behandling, som i øjeblikket ikke er involveret eller ofte kun er det som et appendiks til behandlingen. Et umiddelbart eksempel er den lægelige rolle i misbrugsbehandlingen.

Sundhedspersonale er blevet en fast del af stofmisbrugsbehandlingen, men lægens rolle er i modsætning til sygeplejerskens stadig dårligt defineret. I en socialfaglig kontekst er det lægefaglige ikke en integreret del af grundydelsen – afhængighedsbehandlingen. Lægen spiller oftest kun en rolle som problemknuser i forhold til akutte helbredsmæssige forhold eller i forhold til sundhedsmæssige problemer, som ikke direkte er afhængighedsrelaterede. Dermed bliver den lægelige forankring ofte løs, udefineret og uden relation til den øvrige behandlingsindsats. En fast forankring i en lægelig struktur, som det ses i de større byer, afhjælper naturligvis en del af problemerne. Men i andre dele af landet er den lægelige ydelse kun defineret i faste indsatser som for eksempel metadonordination, mens den egentlige psykosociale misbrugsbehandling foregår sideløbende og uden samarbejde med lægen.

Dette medfører en lang række frustrationer og sandsynligvis også, at den bedste behandling ikke er til rådighed, selvom vi i dag har en viden, der anviser nye muligheder.

Lægens kompetencer er nødvendige i en lang række sammenhænge som for eksempel:

- Mindskelse af skade ved aktivt stofmisbrug - for eksempel sufficient abstinensbehandling i tilstrækkelig lang tid, beskyt-

tende medicin' såsom vitaminer, stemningsstabiliserende medicin etc.

- Rådgivning og opfølgning efter behandling og opnået stoffrihed
- Rådgivning i forbindelse med blandingsmisbrug – og medvirken til en reel vej ud
- Forbedring af det psykiske helbred, behandling af angst, depression og lettere psykotiske tilstande
- Forbedring af den kognitive tilstand ved opmærksomhedsforstyrrelser og demens
- Identificere og behandle legemlige sygdomme, som medvirker til kaotisk adfærd
- Behandle angst, depression og lettere psykotiske tilstande, som ikke hører hjemme i det psykiatriske system
- Medvirke som brobygger til det psykiatriske og somatiske sundhedssystem

Listen kan gøres længere efter behag, men ud over at man herved opnår en bedre behandling generelt set, opnår man at udnytte lægens faglige kompetencer i en grad, som sjældent sker i dag.

Ved at medinddrage lægen som ressource kan man opnå en synergieffekt inden for institutionernes rammer, som ikke nødvendigvis kommer smertefrit, men som vil vise sig som en lettelse for alle inklusive brugeren.

De teorier, hvorpå behandlingssystemet bygger, skal samles i en model som omfatter sociale -, psykodynamiske - og biologiske områder. Dermed lettes adgangen til - og kommunikationen med - de omgivende, specialiserede sociale - og sundhedsfaglige systemer, som er essentielle i den samlede behandling. I dag er sundhedssystemet ikke i stand til at opfatte komplicerede problemstillinger, som er sammensat af en række helbredsmæssige og sociale problemer. Til gengæld er de enkelte dele af behandlingssystemet eksperter i at identificere

og behandle problemstillinger, som præsenteres i klar form: Med andre ord: Hospitalet har ekspertisen til at behandle et mavesår, men ikke til at identificere og behandle årsagen – det langvarige alkoholmisbrug, som udløste mavesåret.

Sundhedssystemet leverer en glimrende service til langt den største del af befolkningen. Det forekommer derfor ikke hensigtsmæssigt at ofre store ressourcer på at ændre systemet til at kunne overskue en meget stor kompleksitet hos en lille gruppe mennesker. Det vil være mere hensigtsmæssigt, at behandlingssystemet, som i forvejen er vant til at behandle stofmisbrugere med kompleks sammenvævning af somatiske, psykiatriske og sociale problemer, bliver i stand til at identificere de problemer, som kræver speciallsthjælp. Problemerne præsenteres derefter - et for et - for det specialiserede system, men det er behandlingssystemet, der samtidigt holder styr på kompleksiteten.

Ny viden omsat til praktik

I Københavns Kommune er der i årene 2000 – 2004 gennemført flere gadeplansprojekter med fokus på hjemløse misbrugere. Disse misbrugere er karakteriseret ved ikke bare at have problemer med det specialiserede social- og sundhedssystem, men de har også hyppigt problemer med de foranstaltninger, som egentlig er oprettet til dem. Denne gruppe er således en dobbelt marginaliseret gruppe og har problemer både i forhold til samfundet som helhed og i forhold til behandlingssystemet for misbrugere.

Med basis i de evalueringer og undersøgelser, der er foretaget i forbindelse med disse projekter, har man implementeret gadeplansindsatsen direkte og uden større forsinkelser. Den overordnede tanke er, at hele indsatsen skal være et sammenhængende hele med indbyggede krav om dokumentation og vidensopsamling. Det seneste skud



på stammen i denne indsats er et sundhedsteam af sygeplejersker og læge. Sundhedsteamet skal fungere som et uafhængigt team i sundhedsfaglig sammenhæng, men som en integreret del af gadeplansindsatsen i det daglige arbejde med brugerne. Etableringen af Sundhedsteam bygger direkte på data indsamlet i et udgående projekt, som metodeudviklede tæt samarbejde mellem sundheds- og socialarbejde omkring hjemløse misbrugere.⁽²⁾ Data fra projektet viser en generelt dårlig sundhedstilstand i den undersøgte gruppe og samtidig, at gruppen ikke modtager behandling for de kroniske lidelser, der er en følge af eller årsag til misbrug og hjemløshed. Det bliver derfor en hovedopgave for Sundhedsteam, sammen med den øvrige gadeplansindsats, at identificere de komplekse problemstillinger, dele dem i overskuelige diagnoser og problemstillinger og præsentere dem for det omgivende system.

Der er her tale om direkte implementering af ny viden, endda så ny, at noget af den endnu ikke er offentliggjort, og interessant nok en viden, som umiddelbart medfører brud med gængs praksis på flere områder. Blandt andet, at der er tænkt kompetencer før institution, således at der ikke er oprettet nye behandlingsinstitutioner. Indsatsen sker fra gaden og fra de eksisterende strukturer, og hele processen er baseret på den enkelte medarbejders kompetencer med hensyn til samarbejde og faglig kunnen.

Samtidig indbygges som nævnt vidensopsamling og for Sundhedsteamets vedkommende kvalitetssikringsmål som for det øvrige sundhedsvæsen.

Fremtiden

Hvordan den nævnte gadeplansforanstaltning forløber, vil kun fremtiden kunne vise, men indtil videre ser den systematiske indsats ud til at bære frugt i form af en bevidsthed

om fælles enhed og metodik og en stigende bevidsthed om problemernes kompleksitet og dermed også en stigende bevidsthed om, at der kræves flere fagligheder i spil for at løse disse problemer.

Samarbejdet mellem praksis- og forskningsniveauerne kan øges betragteligt, og mulighederne for systematisk uddannelse af de læger, sygeplejersker og sociale medarbejdere, som skal overtage det sociale område, øges ligeledes ved denne form for systematisk indsats, idet der både er mulighed for klinisk forskning indefra og tilknytning af teoretiske forskere udefra, som det ses i andre dele af social- og sundhedsvæsenet.

NOTER

1. McLellan, A.T., Editorial: Have We Evaluated Addiction Treatment Correctly? *Addiction*, Vol.97, p. 249–52. 2002.
2. Thiesen, H. & Schacke, J.: Evalueringsrapport for Sundhedsprojektet, Kontaktstedet, Mændenes Hjem og Kontaktstedet, Forchammersvej. Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen. 2005 (endnu ikke offentliggjort).