

Foredrag "Amternes rolle i Misbrugsbehandlingen" Europæisk konference den 26.-27. sept. 2002

Tilbageblik og udviklingsperspektiver

Ser vi på den udvikling der gennem de sidste 25 år er sket indenfor stofmisbrugsbehandlingen, er der sket en markant forandring både med hensyn til indhold og holdninger til om det nytter noget.

I mange år var narkobehandling et fagligt lavstatusområde præget af mangel på politisk opmærksomhed og interesse.

Regeringens narkoredegørelse i 1994 blev startskuddet til en kraftig oprustning af indsatsen på flere niveauer.

Parallelt med iværksættelsen af en række forsknings- og evalueringsprojekter blev der afsat betydelige midler til direkte aktivitetsudvidelser, faglig opkvalificering og metodeudvikling.

Måske som det aller vigtigste i denne sammenhæng medførte det en øget opmærksomhed og et fornyet håb og tro på et bedre liv hos mange stofmisbrugere. Dette afspejles da også i de konkrete tal for antallet af misbrugere i behandling, som stort set er fordoblet siden 1994. Der er ikke holdepunkt for at antage, at antallet af stofmisbrugere er steget væsentligt i perioden, hvorfor det stigende antal behandlingssøgende må tages som et udtryk for den enkelte misbrugers tro på, at behandling nytter. Det er en stor tilfredsstillelse at se, hvordan tidligere misbrugere selv aktivt tager del i behandlingsarbejde og samtidig opbygger livsvigtige netværk for eksmisbrugere.

Narkoloven 1996 – Amtet som den centrale aktør

Startskuddet 01.01.1996 var naturligvis forskellig for de enkelte amter, idet nogle få amter havde et konkret behandlingstilbud til stofmisbrugere, hvorimod en række amter i vid udstrækning havde en konsulenttjeneste eller lign.

Ser jeg på det amt, som jeg selv er ansat i, Vestsjællands Amt, var der ved udgangen af 1995 ansat 5 medarbejdere, som arbejdede direkte med stofmisbrugsbehandling, og i dag er der 35.

Det var den personalemæssige udvikling.

Men det der er langt vigtigere i den sammenhæng er den holdningsmæssige udvikling, der har været i perioden. Når jeg ser tilbage på opstarten i 1996 for de amter, for hvem opgaven var ny - og endda også for nogle af de amter, som havde kørt opgaven, så handler det om kontrol, det handlede om restriktioner, det handlede om at klientgruppen var misbrugere, og det skulle ikke være let at være misbruger. Det handlede også om at køre en stram politik overfor brugerne, hvor medicinen i vid udstrækning blev brugt som restriktionsmiddel, og der blev brugt astronomiske summer til at kontrollere og udføre urinkontroller.

Energien blev lagt i at omgå behandling i stedet for at indgå i behandling

Hos os brugte vi på et tidspunkt omkring 800.000 kr. til urinkontrol og i den sammenhæng har jeg lyst til at fortælle en historie om, at jeg på daværende tidspunkt boede på Fyn, men arbejdede på Sjælland, og en fredag aften hvor jeg var på vej hjem, blev jeg lukket ind i en kupeerne i de gamle tog, hvor der kom to misbrugere ind og satte sig ved siden af mig, den ene havde uden tvivl lige fået en injektion af et eller andet stof og var i vældig godt humør, og personen overfor kendte han periferisk, og der var vist også en lille smule gæld imellem dem, men turen fra Nyborg til Odense kom i vid udstrækning til at bestå i en samtale de to imellem omkring, hvordan man klarede diverse kontrolforanstaltninger i forhold til at bibeholde sin metadonration. Jeg husker, da jeg kom tilbage på jobbet og så havde en diskussion i ledergruppen, hvor jeg sagde, at det kunne da godt være at vi skulle fortsætte med kontrollen, det skulle vi på daværende tidspunkt i forhold til retningslinierne omkring metadon, i hvert fald til vores måde at tolke det på, men at jeg helt klart som leder så over ½ mio. blive smidt ud af vinduet til - efter min mening - absolut ingen nytte og måske ligefrem til at forringe brugernes direkte behandlingsmuligheder. Men der var ingen tvivl om, at der herskede enorm usikkerhed om, hvordan vi tacklede dette her, hvordan fik vi udviklet området - og forvirringen blev såmænd ikke mindre, da Narkotikarådet udgav pjecen "Hvad er god behandling?" (*transparent 1*).

En anden problemstilling som vi i hvert fald led under her på Sjælland var en eller anden form for københavneri (sering) af opgaven, dels fordi problemstillinger nogen gange blev sidestillet mellem København og provinsen og en anden ting, at behandlingstilbuddene så også helst skulle ligne. Der var to væsentlige ting der ikke rigtig var taget i ed, det var geografien, som var betydelig sværere at tilgodeses med en radius på 100 km minimum fra den ene ende af amtet til den anden - og mere endda i nogle af de jyske amter. Hvordan kunne det organiseres, og hvordan fik man tilgodeset eksempelvis det første punkt på god behandling af behandlingssteder, hvis der var behov for daglig kontakt, inden for rimelig fysisk afstand, alt efter behandlingsforanstaltningens karakter.

En anden del var at gå ind og se betydeligt mere differentieret på brugergruppen, idet meget af holdningen var, at det var hårdt belastede misbrugere og at det var dem vi først og fremmest skulle tage os af.

En tredje problemstilling der opstod, var tydeligt den, at metadon simpelthen kom til at fylde utroligt meget. Vi har opbygget en organisation i Vestsjællands Amt med 5 rådgivningscentre (*kort over Vestsj. amt m. geografiske problemstillinger, transparent 2*) og vi har valgt, for at skabe et nogenlunde rimeligt fagligt grundlag, at lade det være misbrugscentre, dvs at der foregår behandling for både stofmisbrug og alkoholmisbrug. Også en

problemstilling man har forsøgt at efterligne i en række andre amter, idet det giver et bedre fagligt bagland, men det gav så også den problemstilling, da vi startede, at vi langt havde undervurderet, den kapacitet der skulle til i forbindelse med udlevering af metadon, kontrol og urinprøver. Hvorved vi i hvert fald i en periode stjal tid fra alkoholbehandlingen for overhovedet at få det til at hænge sammen ressourcemæssigt.

Der har undervejs i denne debat været tanker om, at man skulle kunne udvikle alkoholbehandlingen i samme takt som stofmisbrugsbehandlingen, men jeg tror, man må erkende som leder af et misbrugscenter, at det har været svært at få den fokus på alkobehandlingen, som der har været på narkobehandlingen - og det er så for øvrigt heller ikke det vi skal drøfte i dag.

Fra kontrol til kontakt

På baggrund af dels de ret kraftige udgifter omkring urinkontrollen og dels på baggrund af en drøftelse af det etiske i at bruge medicin som restriktionsmiddel, er der sket en væsentlig reducere af kontrolvirksomheden. Jeg kan i den sammenhæng nævne, at vi eksempelvis i Vestsjællands Amt har reduceret vores kontrolforanstaltning til omkring 100.000 kr. om året og at vi stort set kun, der hvor brugeren selv ønsker det, og evt. i forbindelse med specielle foranstaltninger, bruger urinkontrol og ellers bruger strips, hvor vi er opmærksom på, at sikkerheden knapt er så stor, men til gengæld har det fantastiske gode pædagogiske redskab, at vi kan diskutere det med brugerne her og nu, og endelig kan vi konstatere, at vi har fået en langt bedre kontakt med brugerne efter, at vi er holdt op med at bruge kontrol og restriktioner og endelig, at vi har fået et forbedret arbejdsklima, idet voldssituationer og lign. oftest opstod i forbindelse med, at brugeren vidste, at det var en uren prøve og derfor gjorde alt for at undgå at få den taget, bl.a. også fordi vedkommende var bange for at miste sin metadon.

Endvidere er vi gået ind i en reel dialog med brugeren om dosisstørrelse, det giver en mere reel dialog, hvor det beror på tillid mellem bruger og læge frem for at brugeren skal overdrive ud fra den forudsætning, at de nok skærer lidt ned på det jeg skal have og det jeg ønsker.

Det har været en proces som uden tvivl har været gavnlig for brugerne og gavnlig for behandlingssteder, men det er stadigvæk sådan, at metadon fylder meget, men at den kanaliseres over i en mere konstruktiv debat, dvs. at man bruger metadon og ønsket om ændringer mere afslappet i forhold til at det så bliver nogle af de ting, som giver samtalemuligheder med brugeren, og at man udnytter dette frem for, at man lader sig fange af det. Endelig er der vel også ved at ske en uddannelsesmæssig udvikling hos medarbejderne, som gør at man er blevet bedre til at sige fra overfor nogle af de grupper, der presser meget på hele tiden, og få lidt mere tid tilovers til andre grupper.

Fra punktvis behandling til helhedsorienteret behandling

Det er vigtigt at være opmærksom på, at når vi ser på døgn- kontra ambulant behandling så er det sådan, at amterne ifm de tilbud de har skal kunne tage imod alle brugere. Derfor vil det være vigtigt, at der er en meget hurtig sagsafklaring og vigtigt, at der er mange forskellige muligheder at trække på.

Der er ingen tvivl om, at mange af de steder hvor man startede op pr. 1.1.1996 med en decideret struktureret misbrugsbehandling, at her var der meget af behandlingen der foregik fra "hånden til munden", og det var helt tydeligt, at brugernes rutine i at få det de gerne ville have overgik medarbejdernes viden og evner til at prioritere og sige fra. I mange sammenhænge var frustrationen også over de problemstillinger man mødte så konkret så stor, at man egentlig gerne sagde ja til stort set alt. Dvs at den ambulante behandling blev meget præget af diskussion/debat omkring metadon uden en reel struktureret indsats, men dog uden tvivl en langt bedre social indsats end der havde været tidl., idet der stort set ikke havde været nogen. Det var helt tydeligt, at der skete en fysisk udvikling hos brugerne, idet det miljø de kom i i forbindelse med udlevering af metadon kunne bære, at de havde en endog aparte optræden, at der var rammer til at de også til tider kunne råbe op, når de havde brug for det uden, at det følte særligt generende for omverdenen, men først og fremmest at der i løbet af en relativ kort tid skabtes en kontakt imellem dem og behandlingspersonalet som gjorde, at der blev en gensidig respekt.

Min personlige banale måling af det er, at udtryk som "god weekend", "god ferie" og almindelige hverdagsudtryk er blevet en del af dagligdagen i rådgivningscentrene, at fysiske forhold hos størstedelen af brugerne er ændret væsentligt, dvs man er mere clean, man har fået et bedre fysisk udseende og dvs derved også fået sin påklædning forbedret. Men stadigvæk var det et spørgsmål om, at når der rigtig skulle ske noget, så skulle det være døgnophold, men også ud fra det jeg har sagt tidl., den sociale indsats i forbindelse med det ambulante tilbud ikke var særlig høj. Der var formodentlig også den indstilling hos behandlerne, om øget ambulante behandling, men også at de gerne visiterede til døgn. Og der de mange gange lagde deres energi, det var det at kunne fastholde nogen i døgnbehandling frem for at øge en reel ambulante indsats overfor de brugere, der dagligt kom i rådgivningscentrene. Og endelig har det nok også været sådan, at var man kommet i gang og kommet igennem en behandling, så var det godt, og der var så ikke heller den store opfølgning bagefter. Det vil sige at oftest kom man efter en døgnbehandling en relativ kort periode ud i samfundet, måske fortsatte man blot derude og kom i rådgivningscentret og blev på ny ordineret metadon eller at man simpelthen sprang fra døgnbehandling, eller relativ mange gange. Der er eksempler på helt op til 3-4-5 forskellige døgnophold indenfor et år for visse brugere.

Dette er uden tvivl ændret, sådan at man i dag er mere bevidst om, at skal der ske en forbedring af personens situation, så er det vigtigt, at sammenhæng mellem det ambulante tilbud evt. forbehandling inden man kommer i døgnbehandling, evt. dagbehandling inden man kommer i døgn, derfra døgnophold og derfra udskrivning til efterbehandling, og at man også skal være opmærksom på, at det at gennemgå en døgnbehandling ikke er ensbetydende med, at man er parat til at gå i gang med aktivering, men at der faktisk er behov for en væsentlig opfølgning efter, at være blevet clean til at kunne gå i gang med aktivering og lign. Ligeledes arbejdes der en del steder med det, der hedder tilbagefalds behandling, dvs at såfremt man får et tilbagefald, så ryger man ikke bare tilbage i køen og starter forfra med et ambulante tilbud, men at man faktisk bliver samlet op og der arbejdes videre ud fra den situation man er i.

Skal vi se på nogle reelle mangler indenfor området, så handler det meget om at få udviklet det ambulante tilbud, at få gjort det ambulante tilbud til højstatus område, som på godt og

ondt dækker det behandlingstilbud, som gives til misbrugere i Danmark. Umiddelbart må man vurdere, at det er sådan, at lagt størstedelen af misbrugere der er i behandling, har tilbragt langt den største tid i ambulante behandling. Det betyder ikke, at de ikke får tilbudt et døgnophold, men det betyder nok, at de i mange situationer ikke gennemfører det, dels fordi det ikke er forberedt godt nok, og dels fordi der ikke er nogen til at samle dem op bagefter. Men endelig kan man stille det spørgsmål, når nogen bliver visiteret til døgnbehandling, hvad skulle der til i det ambulante system for, at de kunne undgå at komme i døgnbehandling, er der reelt behov for en miljøafskærmning eller er det bare en traditionel let stereotyp løsning, at det er så løsningen.

Omgivelsernes forventninger

Der skal heller ikke herske tvivl om, at pårørende og omgivelserne i den kommunale sagsbehandling og lign. har meget svært ved at tro på, at et ambulante tilbud kan hjælpe. De har mødt et menneske gennem mange år, set det gå op og ned i graden af misbrug, og så at de blot bliver indskrevet i et misbrugscenter og iøvrigt ingen ændringer, men bliver ved med at gå der og komme hos den kommunale sagsbehandler uden, at der er nogen væsentlige synlige ændringer, hvordan skulle det hjælpe. For sagsbehandleren er det løsningen, at de skal afsted på døgnbehandling, der skal ske et markant skift i deres daglige tilværelse. Den holdning kan vi nok umiddelbart ikke være med til at ændre, men jeg tror på, at hvis vi kan skabe en holdnings- og uddannelsesmæssig baggrund for at kunne opkvalificere vores ambulante tilbud, så vil vi kunne yde en langt større indsats der. Jeg tror stadigvæk på, at den indsats der kan ske konkret mens misbrugeren er i det miljø, som de lige så stille skal gå ud og trække sig ud af, det er det som bunder længst i sidste ende.

Nyt indfald - brugerinvolvering

Nogen gange drøfter vi i lederkredse opgaven at være leder for et misbrugscenter, det kan til tider være vanskeligt. Forstået på den måde, at den gruppe man skal være leder for i dagligdagen jo må kæmpe nogle brave kampe i forhold til brugerne, også i mange sammenhænge gå ind og føle, at de er brugernes ambassadører og skal stort set følge dem til det yderste, og det har i mange sammenhænge været svært at få brugerinvolvering, selv om man må sige, at det i princippet burde være en af de letteste grupper at skabe brugerinvolvering i. De har deres sprog, de har deres meninger og de er i stand til at udtrykke dem. Det kan godt være, det ikke er lige hensigtsmæssigt, måden de udtrykker sig på, men de er i stand til at give udtryk for det, som de ligger inde med. Og i princippet skulle de også være virkelig gode til at gå ind og give behandlingstilbuddet den viden, som kunne forbedre deres situation.

I forbindelse med de undersøgelser der har været af misbrugsbehandlingen, har man fået mange forskellige udtalelser, eksempelvis "en behandlingsform, mange forskellige brugere". Selv om vi påstår, at vi arbejder med individuelle behandlingsforløb, så er der oftest tale om en type ambulante behandling med visse indførte variationer. En anden ting er afhængighed af misbrugsbehandlingsstedet, brugernes oplevelse af stavnsbundethed er meget konkret og en meget reel omkostning ved behandlingen, specielt i forbindelse med metadonunderstøttet behandling.

Uigennemskuelighed af behandlingen

Mange af brugerne giver udtryk for ikke at kunne forstå den forklaring de får omkring behandlingsindhold og formål. Det gælder både vedr. deres egen behandling og det gælder den generelle behandlingsfilosofi i misbrugsbehandlingen. De bruger udtryk omkring behandlingen, som hedder ”behandling stempler”. Med alle behandlingens fordele og resultater ufortalt kan det være, at behandling opleves som ydmygende og fordi det cementerer brugerens status som stående uden for og mislykket.

Ser man det ud fra behandlingsinstitutionens synspunkt, så er der naturligvis en række problemstillinger, som ikke umiddelbart kan ændres, idet vi har som opgave at give tilbud til alle, der kommer med et misbrugsproblem. Der er dog ingen tvivl om, at der er behov for at få lavet en systematisk informationsstrategi overfor brugerne og for at tilgodese brugernes behov for at få indflydelse på det individuelle råderum i behandlingen.

Amtets rolle i forbindelse med stofmisbrugsbehandling har naturligvis også haft den problemstilling, at det umiddelbart var det første område, hvor amtet ubetinget fik visitationsretten til en bestemt behandlingsmåde, og det har i nogen sammenhæng været svært at få opbygget et godt og udbytterigt samarbejde med kommuner og døgninstitutioner.

Hvordan ser fremtiden ud

Kigger vi på den indsats som amterne har ydet siden 1996, så vil jeg være ærlig at indrømme, at der har været meget kaos hen af vejen. Jeg vil også indrømme, at vi har meget brug for en høj grad af videreuddannelse og brug for at blive rustet til at tackle personer i kaos. Brug for at lære at lytte til brugerne, så vi også bliver i stand til at finde ud af hvilke relevante krav de har.

Vi skal lære at finde ud af hvordan vi prioriterer de ressourcer, der er i forhold til den brede brugergruppe. Det være sig en højprioritet omkring unge, at indgå i samarbejde med kommunerne omkring de unge under 18 år. Lære at respektere det ambulante tilbud som et ligeværdigt tilbud blandt behandlere og også lære omverdenen at forstå, at en stor gruppe af misbrugere ikke er motiveret for at stoppe – blive clean. Vi må også lære omkring harm reduction, at være meget forsigtige med krav ift de hårdest belastede misbrugere. Prøve at give dem selvrespekt, så de får lyst til at leve op til de krav, der bliver stillet.

Slutteligt vil jeg sige, at ser vi på ?-rapporten, så må vi konstatere, at der er en vis grund til at tro, at den måde vi har organiseret misbrugsbehandlingen på i amterne har givet området et løft.

At det har gjort en forskel i misbrugsbehandlingen skal ikke bruges til, at vi slapper af i amterne, men bruges til at vi får mod på at arbejde videre, så vi kan give brugerne endnu et løft, endnu en forhåbning om at det nytter noget at indgå i et behandlingstilbud.

Primæropgaver for Misbrugscentret:

At skabe mulighed for at den enkelte misbruger kan arbejde med at ændre sit misbrugsmønster med den hensigt at skabe bedre livskvalitet/livsmuligheder

Primary tasks for Misbrugscentret:

To enable the individual addict to work with changing his addiction pattern, in order to create better life quality/life possibilities

Every day life	The ideal
Methadone takes up too much space	Smooth running
Interruptions dominate	Planned sessions
Chaos and fear is projected outwards	Therapy
Lack of control	Clients who keep appointments (reach the goal)
Clients set the agenda	Visible results
Clients priorities themselves	Planned (controllable)
Service partners call friday afternoon	Specialists
Here and now functions	Consultants/educators
Conflicts	Further education
Emergencies	Supervision

Praksis/hverdag	Idealet
Metadon fylder for meget	Pæne forløb
Afbrydelser præger arbejdet	Planlagte samtaler
Kaos og angst projiceres ud	Terapi
Mangler styring	Klienter der holder aftaler (når målet
Klienter sætter dagsordnen	Synlige resultater
Klienter prioriterer sig selv	Planlagt (styrbart)
Samarbejdspartnere ringer fredag eftermiddag	Specialister
Her og nu funktionen	Konsulenter/undervisere
Konflikter	Efteruddannelse
Akut	Supervision