



Årsmagasinet 2018

Årsmagasin 2018





KABS Årsmagasin 2018

KABS, Bakken 3, 2600 Glostrup
Tlf. 45 11 75 00
KABS@glostrup.dk
www.kabs.dk

Udgivet oktober 2018

1.500 stk.
Elektronisk udgave på kabs.dk

Redaktion

Kathrine Bro Ludvigsen (ansv.)
Rasmus Axelsson
Thomas Fuglsang

Korrektur

Ida Routhe
Louise Skotte Møller
Anne Hyldekvis

Foto

Christian Liliendahl

Øvrige foto

Kathrine Bro Ludvigsen (kap. 6), Maja Frommelt
og Louise Duus, (illustrationsfoto s. 38)
Birgit Bundesen (kap.8), Malene Anthony Nielsen
(kap. 10), Flemming Kristensen (inderside af om-
slag: Blomst og bier)

AD

©Aro Mekker

Grafisk tilrettelæggelse

1:60, Sanne Støvelbæk

Trykkeri og bogbinding

Trykportalen

Omslag og indhold

Omslag: MultiArt, 300 g. Indhold: MultiArt, 150 g.

©KABS

Citater er tilladt med angivelse af kilde

Indholdsfortegnelse

6	<u>KAPITEL 1</u> Er dansk rusmiddelbehandling reformparat? <i>Af centerleder Rasmus Axelsson, KABS</i>	54	<u>KAPITEL 10</u> Fra sidste stop til bedste stop <i>Af institutionsleder, Trine Krak, Center for Udsatte voksne og familier, Københavns Kommune</i>
12	<u>KAPITEL 2</u> Ser du steroidbrugeren i dit behandlingstilbud? <i>Af seniorkonsulent, Malene Radmer Johannisson & kommunikationskonsulent, Ditte Toft Clausen, Anti Doping Danmark</i>	60	<u>KAPITEL 11</u> Dobbeltdiagnoser – dobbelt-up ét sted <i>Af specialkonsulent, Kathrine Bro Ludvigsen og centerleder, Rasmus Axelsson, KABS</i>
16	<u>KAPITEL 3</u> Sex, stoffer og samfundsproblem <i>Af journalist og stud.soc., Ida Routhe, Roskilde Universitet</i>	64	<u>KAPITEL 12</u> Samarbejde mellem psykiatri og misbrugsbehandling – og bud på hvorfor det er svært <i>Af ph.d., leder og seniorforsker Katrine Schepelern Johansen, Kompetencecenter for Dobbeltdiagnoser, Region Hovedstadens Psykiatri</i>
20	<u>KAPITEL 4</u> Global Drug Survey 2018: Hvordan ser det ud herhjemme? <i>Af centerleder Rasmus Axelsson, KABS</i>	68	<u>KAPITEL 13</u> Den vellykkede dobbeltdiagnose-behandling – erfaringer fra Specialambulatoriet KASA <i>Af behandlingskoordinator og socialrådgiver Ida Darré og psykolog Gitte Christiansen, KABS KASA</i>
24	<u>KAPITEL 5</u> Depotmedicin i substitutionsbehandlingen – amerikanerne er allerede godt i gang <i>Af ledende overlæge, speciallæge i psykiatri, Danny Reving, KABS</i>	74	<u>KAPITEL 14</u> Eksklusion som forebyggelsesstrategi og unges reaktion herpå <i>Af lektor, ph.d. Thomas Friis Søgaard, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet</i>
30	<u>KAPITEL 6</u> Leg og kreativitet i behandlingen af dobbeltdiagnoser <i>Af pædagog og misbrugsbehandler Nathalie K. Larsen, KABS Stjernevang</i>	78	<u>KAPITEL 15</u> Elefanter spises bedst en bid ad gangen <i>Af Anne Mette Dons, speciallæge i samfundsmedicin, selvstændig rådgiver om patientsikkerhed og regler i sundhedsvæsenet</i>
34	<u>KAPITEL 7</u> Musik- og kunstterapi: At finde vej via sanserne <i>Af musikterapeut, cand.mag., Maja Frommelt og kunst- og musikterapeut, cand.mag., Louise Duus, KABS Stjernevang</i>	82	<u>KAPITEL 16</u> Behandlingsstatistik og udviklingstendenser <i>Af studentermedhjælper Oliver Høm Jensen og centerleder Rasmus Axelsson, KABS</i>
40	<u>KAPITEL 8</u> Læse- og skriveterapi gavner borgere i misbrugs- og psykiatrisk behandling <i>Af læge Birgit Bundesen, Psykiatrisk Center Amager</i>	96	<u>KAPITEL 17</u> KABS organisation og økonomi 2017 <i>Af administrationschef Christian Scharbau, KABS</i>
48	<u>KAPITEL 9</u> Multimorbiditet og accelereret aldring – et nyt og stigende fænomen blandt socialt udsatte <i>Af ledende læge Henrik Thiesen, SundhedsTeamet, Københavns Kommune</i>		

KAPITEL 1

Er dansk rusmiddelbehandling reformparat?

Det spørgsmål må de fleste i 'branchen' stille sig selv på et eller andet tidspunkt, efter regeringens sundhedspolitiske udspil blev offentliggjort på den sidste dag i 2017. I udspillet *Sundhed, hvor du er* blev diskussionen om hvem, og hvor misbrugsbehandlingen bedst placeres i fremtiden, atter bragt til live.

Af centerleder Rasmus Axelsson, KABS

Set i et historisk perspektiv, er der imidlertid ikke nogen overraskelse i at opgave- og ansvarsplaceringen, især i stofmisbrugsbehandlingen, er dukket op igen. Kort fortalt har op-

gave- og ansvarsplaceringen skiftet mellem kommuner, amter og regioner med et cirka ti-femten års interval. Først amterne i 60'erne, så kommunerne i 70-80'erne, så amterne igen i 90'erne og så kommunerne igen fra 2007. Nu, ti år efter kommunalreformen, er ønsket

om at ændre ansvars- og opgaveplaceringen igen på den politiske dagsorden med det nye sundhedspolitiske udspil, som er forløber til regeringens længe varslede sundhedsreform.

Diskussion om kvalitet og vejen frem

I løbet af foråret kom Danske Regioner og Kommunernes Landsforening med deres bud på hvor behandling af dobbeltdiagnoser bedst placeres i fremtiden, og siden har flere aktører heriblandt Sundhedsstyrelsen, FLOR, KABS, Fagligt Selskab for Addiktive Sygeplejersker, Rådet for Socialt Udsatte og Dansk Psykolog Forenings Selskab for Misbrugspsykologi bidraget til debatten.

Diskussionen går på bekymringer for kvaliteten af den behandling, disse sårbare borgere skal mødes med, og på hvilke fordele og ulemper, der knytter sig til organisationsforankringen i henholdsvis regioner og kommuner. Men dis-

kussionen går også på, om de to organisationsformer overhoved kan varetage behandlingen isoleret set, eller hvordan en ny placering vil forudsætte et intensiveret tværsektorielt samarbejde.

Bedst som regionerne byder ind på opgaven, slår politiske aktører så til lyd for at nedlægge regionerne som led i de kommende reformer. Og skal det ikke være kommunerne og heller ikke regionerne, kunne de seneste tegn på en ny organisationsforankring og opgaveplacering være de nye sundhedsklynger¹.

Misbrugsbrugsbehandling – en kompliceret sag

Misbrugsbehandling er en kompliceret sag, for den inkluderer de allermest udsatte borgere i vores samfund. Den skal omfavne borgere med en fysisk og psykisk funktionsevne, der går fra det problemfri til det totalt invaliderende stofbrug og med en lang række sociale problemer. Hertil kommer så, at misbrugsbehandlingen kontinuerligt skal tilpasse sig de forandringer, som påvirker både brugen af rusmidler, behandlingsbehov og -muligheder, samt organiseringen heraf. Det er dette Årsmagasin med til at understrege!

Kapitlerne i Årsmagasinet falder som nedslagspunkter i en række aktuelle tematikker, der understreger kompleksiteten. Først ser vi nærmere på en række rusmidler, som i stigende grad trænger sig på i det danske samfund:

I kapitel 2 uddyber Antidoping Danmark problemerne ved brug af anabole steroider, og i kapitel 3 ser vi nærmere på chemsex-fænomenet og de problemer, som AIDS-Fondet har fået erfaringer med gennem rådgivning og deres brugerundersøgelse blandt mænd, der dyrker chemsex.

¹ Som omtales i Mandag Morgens artikel *Løkkes sundhedsplan: 205 regionspolitikere skal fyres* den 19. september 2018.



Kapitel 4 fremhæver nogle af resultaterne fra den danske del af Global Drug Survey 2018. Her ser vi nærmere på hvilke stoffer, de 15.000 danske respondenter har prøvet inden for det seneste år. Selvom alkohol og cannabis fortsat er i top, er brugen af andre rusmidler såsom metamfetamin og MDMA stigende blandt respondenterne.

Endelig ser vi i kapitel 5 nærmere på de mange substitutionspræparater, som er tilgængelige på det amerikanske marked, men ikke på det danske. Der er først og fremmest fokus på depot-præparater til substitutionsbehandling af opioidafhængighed, og fordele og ulemper herved. Med andre ord skal misbrugsbehandlingen fortsat tilpasse sig og i det mindste tage stilling til, hvordan brugen af rus- og lægemidler kan stille nye krav til behandlingen.

Fokus på kreativitet

Det andet tema, som vi forfølger i dette Årsmagasin, handler om 'kreative metoder' i misbrugsbehandlingen. Sandheden er nemlig, at selvom der er evidens for bestemte metoder, så er det langt fra sikkert, at alle brugere profiterer af den i den konkrete behandling. I sådanne tilfælde skal der ofte helt andre metoder til.

I kapitel 6 beskriver vi et 'kreativt' gruppekoncept rettet mod tilbagefaldsforebyggelse blandt (ofte unge) brugere med dobbeltdiagnoser. Metoden handler først og fremmest om at nå ind til et gruppefællesskab, som gruppens deltagere kan være trygge i, og som gennem en stor vifte af pædagogiske øvelser bringer den enkeltes problematikker og behandlingsmål ind i gruppedynamikken og dermed tilbagefaldsbehandlingen.

I kapitel 7 følger vi op på erfaringerne med kunst- og musikterapi: Behandlingsmetoder, som retter sig mod brugere, der har brug for at arbejde med sanserne for at få gavn af behandlingen. Brugere med traumer eller nedsatte kognitive funktioner har i mange tilfælde en begrænset kontakt med deres følelser og

intellekt, hvorfor traditionelle metoder som kognitiv adfærdsterapi og motivationssamtalen med fordel kan suppleres – endsige byttes ud – med sansebaserede terapiformer.

I kapitel 8 beskriver vi erfaringerne med læse- og skriveterapi, som KABS Stjernevang, i samarbejde med Region Hovedstadens Psykiatri, har afprøvet i det seneste lille års tid. International forskning peger på, at skrive- og læseterapi har en betydning for såvel indre ro, koncentrationsevne og øget livsglæde. Sammenfattende vidner de kreative metoder om, hvorfor misbrugsbehandlingen kun kommer et stykke af vejen, hvis man alene baserer sig på de traditionelle evidensbaserede metoder, og at det er nødvendigt at tænke ud af boksen, når behandlingen ikke virker for den enkelte.

Aldrende brugere og dobbeltdiagnosedebatten revisited

Det tredje tema handler om de aldrende brugere, ofte i langvarig substitutionsbehandling. Selvom tilgangen af 'nye' opioidafhængige har været stærkt dalende, bliver gruppen af brugere i langvarig substitutionsbehandling ældre. Med alderen og et langt liv med rusmidler følger et øget behandlingsbehov af aldersrelaterede sygdomme. I kapitel 9 stiller vi skarpt på en række sygdomme, som den aldrende bruger kan – og i stigende grad vil komme til at – fejle.

Temaet fortsætter i kapitel 10, der tegner et portræt af et af Københavns kommunes sociale og sundhedsfaglige tilbud til ældre stofbrugere med et egentligt plejebestov. Det er værd at bemærke, at beboernes gennemsnitsalder blot er 51 år, hvilket understreger, hvor tidligt aldersbetingede sygdomme og problemer sætter ind blandt stofbrugere. Temaet understreger behovet for at analysere, hvorvidt det etablerede misbrugsbehandlingssystem er klar til at matche de behandlingsbehov, de 'gamle' brugere – som dog ofte ikke engang er fyldt 50! – i behandling har. Der vil i fremtiden blive brug for mange flere specialiserede plejehjemspladser, end der i dag findes.

Det fjerde tema handler om de dobbeltdiagnosticerede, og temaet skriver sig naturligvis ind i den herskende diskussion, som regeringens sammenhængsreform har aktualiseret. Temaet starter med kapitel 11, hvor nogle overordnede pointer skitseres. Disse følges op i kapitel 12, hvor Kompetencecenter for Dobeltdiagnoser beskriver det svære samarbejde mellem psykiatri og misbrugsbehandling for brugere med dobbeltdiagnoser. Et samarbejde som i særlig grad er årsag til, at debatten om den fremtidige placering af misbrugsbehandlingen fortsat er aktuel.

I kapitel 13 beskriver vi erfaringerne med den integrerede behandling af dobbeltdiagnoser i KABS KASA. Fokus på specialisering, tværfaglige behandlerteams og ikke mindst tid til progressionen er nøgleord og forudsætninger for behandlingen. Kapitlet understreger også betydningen af en helhedsorienterede indsats, som i høj grad trækker på de kommunale randydelser og en høj grad af tværsektoriel koordinering for at lykkes.

De blandede bolsjer

De sidste kapitler er 'blandede bolsjer' men ikke desto mindre aktuelle: I Kapitel 14 handler det om unge. Vi ser nærmere på Center for Rusmiddelforsknings undersøgelse af effekten af politiets forsøg med forebyggende restaurationsforbud som følge af brugen af illegale rusmidler. Kapitlet understreger betydningen af, hvordan vi skal kommunikere om rusmidler, og hvilke indsatser, der skal gøre brugen af rusmidler sikrere, så et egentlig behandlingskrævende misbrug undgås.

I kapitel 15 ser vi nærmere på Patientsikkerhedsstyrelsens risikobaserede tilsyn med den sundhedsfaglige misbrugsbehandling og brugen af antipsykotisk medicin på behandlingsstederne. Tilsynet har 28 målepunkter, som i alle detaljer gennemgår den sundhedsfaglige behandling, og som behandlingscentre skal kunne leve op til for i fremtiden at udøve kvalificeret behandling.

Vi slutter Årsmagasinet af med kapitlerne 16 og 17, der indeholder nøgletal fra KABS, i form af sociodemografiske data om brugere i behandling samt om KABS som organisation. KABS har i det forgangne år oplevet en massiv kommunal efterspørgsel på særlig behandling af dobbeltdiagnoser. Samtidig har vi fået visiteret borgere i behandling fra mere end halvdelen af landets kommuner – et resultat af, at der ikke findes ret mange behandlingstilbud til målgruppen med dobbeltdiagnoser, og at den regionale behandlingspsykiatri fortsat har svært ved at håndtere misbrug og samtidig psykisk sygdom.

Årsmagasinet's temaer er med til at understrege, at tingene dårligt kan skilles ad – det er behandlingsbehovene for komplekse til. Misbrugsbehandlingen, og herunder behandlingen af dobbeltdiagnoser, skal derfor samles under kun én myndighed. Så er der nemlig kun én stol brugeren skal sætte sig på.

God læselyst.



KAPITEL 2

Ser du steroidbrugerens i dit behandlingstilbud?

Undersøgelser og erfaringer tyder på, at steroidbrug er udbredt blandt borgere i rusmiddelbehandling. Anvendelsen af steroider får dog meget lidt opmærksomhed, selvom det kan have betydning for selve rusmiddelbehandlingen

*Af seniorkonsulent, Malene Radmer
Johannisson og kommunikationskonsulent,
Ditte Toft Clausen, Anti Doping Danmark*

Doping har historisk været associeret med konkurrenceidræt og præstationer. I dag er doping også på dagsordenen, når det gælder fitness og styrketræning. Kropsidealene har ændret sig markant over de seneste årtier, og både mænd og kvinder skal i dag være slanke og muskuløse. Barbie og andre lignende dukker er gennem årene blevet tyndere, og helte som Batman og Superman er blevet stadig mere muskuløse, når du ser dem på film og køber udklædningsdragten i legetøjsbutikken.

Før kunne vi se idealkroppene blandt sportsstjerner og Hollywood-skuespillere, men de sociale medier har bragt kropsidealene helt tæt på. Den rette vinkel, belysning og redigering af billeder kan få naboen, veninden eller klassekammeraten til at stå skarpt med 'sixpack' og muskuløse arme på Instagram. Den redigerede virkelighed kan give opmærksomhed og anerkendelse, men den skaber også et urealistisk niveau for normalitet, der frister nogle til at benytte motionsdopingstoffer som f.eks. steroider, for at leve op til idealerne.

Erfaringer fra rusmiddelbehandlere i kommunerne samt undersøgelser fra Norge har vist, at

steroidbrugere finder vej til rusmiddelbehandlingen. Rusmidler kan være en del af et kropsprojekt, hvis primære stof er AAS¹ – enten som



decideret slankemiddel, som smertestiller eller som 'energibooster' inden træning. Omvendt kan AAS være et middel til at undgå en tynd og afpillet krop forårsaget af rusmiddelbrug. Brugen af steroider kan have betydning for selve rusmiddelbehandlingen, og derfor kan viden om steroider bidrage til et mere komplet billede af netop denne gruppe borgere i behandling.

Hvad er motionsdoping?

Doping handler i bred forstand om optimering af ydeevne i idræt. Motionsdoping handler om at forme kroppen – at gøre den muskuløs med

lav fedtprocent, typisk i forbindelse med fitness og styrketræning. Det primære motionsdopingstof er anabole androgene steroider (AAS), ofte blot kaldet steroider. Derudover bruges andre væksthormoner samt slankemidler. Nogle bruger derudover amfetamin som et slankemiddel.

Om AAS

AAS er en gruppe af steroidhormoner, som omfatter det mandlige kønshormon testosteron og en række syntetiske hormoner, som er kemisk beslægtet med testosteron. Testosteron produceres naturligt i kroppen, hos mænd primært i testiklerne. AAS er potente hormoner, som blandt andet medfører øget muskelmasse, træningskapacitet og fedtforbrænding. Derudover kan brug af steroider medføre anerkendelse, oplevelse af mestring, selvtillid og tilknytning til et fællesskab. AAS indtages hovedsageligt som

piller eller injektion i muskler, og steroidindtaget systematiseres ofte i en såkaldt kur, som typisk varer 10-20 uger. Steroidbrug er sjældent en impulsiv beslutning, men derimod et nøje planlagt forløb i forhold til længde af kur, kombination af stoffer samt doser.

Den muskelmasse og styrke, som er skabt ved brug af AAS, kan i et betydeligt omfang også kun vedligeholdes ved hjælp fra AAS. Når man stopper sin steroidkur, vil kroppen forandre sig tilbage mod udgangspunktet, og størstedelen af muskelmassen og styrken forsvinder igen.

Bivirkninger

Menneskets fysiologi er kompleks og reguleres via mange systemer, der indbyrdes arbejder sammen og påvirker hinanden. Derfor kan man ikke indtage AAS og isolere effekten til muskelopbygning. Det er umuligt at forudsige, hvilke bivirkninger den enkelte risikerer at få af AAS, da det afhænger af genetisk disposition for sygdom, alder, køn, type af steroid, stoffets renhed, dosis, varighed, samtidig brug af andre stoffer osv.

Det er uforsvarligt at lave kliniske studier, som kan give et retvisende billede af risikoen for bivirkninger ved brug af AAS i de mængder, steroidmisbrugere ofte benytter, netop på grund af de alvorlige bivirkninger. Ny forskning fra Herlev Hospital blandt nuværende og tidligere brugere af AAS har dog blandt andet påvist, at steroidbrugere har øget risiko for:

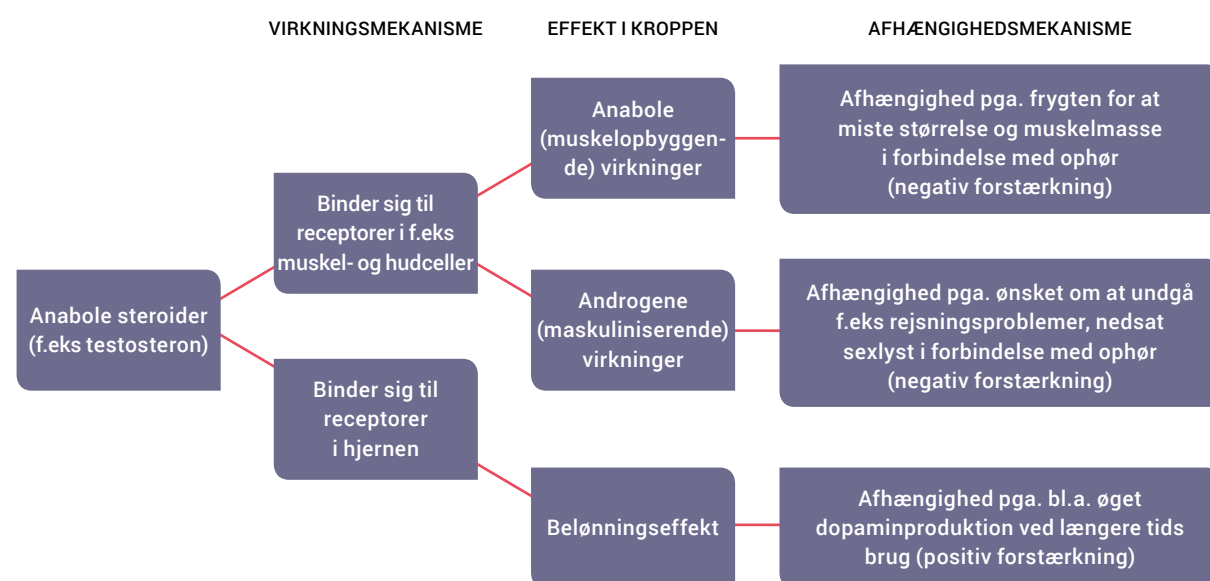
- nedsat testosteronproduktion, som kan medføre nedsat sexlyst, rejsningsproblemer og depression
- type 2-diabetes
- forhøjet blodtryk og risiko for hjertekarsygdom
- blodpropper

En britisk undersøgelse fra 2017² om selvrapporterede bivirkninger viser, at brugerne blandt andet har:

- formindskede testikler (grundet nedsat testosteronproduktion)
- søvnproblemer
- humørsvingninger
- øget aggression/irritabilitet
- depression/nedtrykthed
- forhøjet blodtryk
- mandlig brystudvikling (gynækomasti)

¹ Anabole androgene steroider

² Begley, E., McVeigh, J. & Hope, V. (2017). *Image and performance enhancing drugs: 2016 national survey results*. Liverpool: Public Health Institute, Liverpool John Moores University.



Tre mulige årsagsmekanismer bag steroidafhængighed – inspireret af Kanayama et al. (2010) i *Håndbog om motionsdoping* (se note 5).

Afhængighed

AAS har ingen umiddelbar rusvirkning, selvom nogle brugere beskriver øget energi, velvære, selvtillid og "pump" i kroppen ved træning som en rus. Hvor rusmidler oftest har en akut påvirkning i hjernen, påvirker AAS flere fysiologiske processer i kroppen over længere tid.

Der findes kun sparsom forskning, der behandler afhængighed af AAS. Studier klarlægger, at steroidafhængighed ikke medfører abstinenser tilsvarende rusmidler. Men nyere forskning peger på tre årsagsmekanismer, der kan få steroidbrugere til at føle sig nødsaget til at fortsætte indtaget af AAS:

1. Den anabole mekanisme har afsæt i stærk utilfredshed med egen krop og et forstyrret kropsbillede, som gør steroidbrugeren sygeligt optaget af at blive større og mere muskuløs og angst for at tabe muskelmasse, da kroppens størrelse er afgørende for selvbilledet og identiteten.

2. Den androgene mekanisme aktiveres, fordi testosteronniveauet falder, når man stopper med AAS. Det kan blandt andet medføre rejsningsproblemer, nedsat sexlyst og depressionssymptomer.

3. Belønningsmekanismen tager afsæt i en række dyrestudier, som indikerer, at AAS kan påvirke hjernens belønningssystem og dermed føre til afhængighed. Blandt andet indtager hamstere i forsøg testosteron til de dør af det, og det bunder næppe i et ønske om store muskler.

Steroidbrug i rusmiddelbehandling

Omfanget af steroidbrug i Danmark er ukendt. Der er ingen aktuelle befolkningsundersøgelser om emnet, og der indsamles ikke systematisk data om AAS i sundhedssystemet, som det sker på rusmiddelområdet. Men vi ved, at brug af AAS især er udbredt i fitness- og styrketræningsmiljøer og mest blandt mænd. Samtidig tyder nyere undersøgelser på, at steroidbrugere i et betydeligt omfang findes i den etablerede rusmiddelbehandling, hvor de behandles for brug af rusmidler.

I Norge er omfanget af dopingbrug blandt borgere i rusmiddelbehandling undersøgt flere gange. I 2013 viste en undersøgelse blandt 79 mænd og 30 kvinder i rusmiddelbehandling, at 40,5% af mændene og 20% af kvinderne havde brugt dopingstoffer – primært AAS³. I 2016 viste en norsk specialeafhandling, at blandt 204

borgere i rusmiddelbehandling havde mere end en tredjedel af mændene og cirka 4% af kvinderne erfaring med brug af AAS⁴. Undersøgelsen var første fase af en større kortlægning af omfanget af steroidbrug blandt borgere i rusmiddelbehandling, som fortsat pågår. Tal fra kortlægningen forventes publiceret i nærmeste fremtid.

Meget tyder på, at situationen i Danmark kan sammenlignes med Norge på dette område. Erfaringer fra et satspuljeprojekt i fire danske kommuner og samtaler med rusmiddelbehandlere rundt om i landet bekræfter, at behandlere møder borgere, hvor de har mistanke eller konkret viden om brug af AAS. Men erfaringerne viser også, at borgernes brug af AAS har lille eller ingen opmærksomhed i forbindelse med behandlingen af rusmidler. Det kan være, fordi AAS ikke er en del af udredningssamtalen, eller fordi behandlere ikke føler, at de er klædt på til at kunne tale med borgerne om AAS.

Men brug af AAS kan være et middel i en mere kompleks trivselsproblematik om f.eks. krop, sårbarhed, selvværd og kontrol, der også omfatter rusmidler. Og brug af AAS samtidig med rusmidler kan måske have betydning for rusmiddelbehandlingen, fordi de forskellige stofbrug kan påvirke hinanden.

Dyreforsøg har vist, at AAS kan nedsætte rusfølelsen af alkohol, cannabis, amfetamin, MDMA og opioider og dermed forårsage øget indtag heraf, ligesom AAS-brug kan give kraftigere abstinensreaktioner fra cannabis og morfin.

Brug Anti Doping Danmark

Steroidbrugere er i rusmiddelbehandlingen, men der er tendens til, at de ikke selv aktivt italesætter deres steroidbrug. Nogle anser ikke steroidbrugen som et problematisk misbrug tilsvarende deres rusmiddelbrug, og nogle fortæller, at de ikke oplever, at rusmiddelbehandlere har tilstrækkelig viden om steroiderne og deres følger.

I Anti Doping Danmark har vi viden om stero-

ider og andre motionsdopingstoffer, og gennem vores erfaringer fra arbejdet i de miljøer, hvor stofferne er i spil, har vi indsigt i motiver, praksis og udfordringer i forbindelse med steroidbrug og ophør med steroider. Vi vil meget gerne etablere et samarbejde med den store ekspertise i afhængighed og behandling, der findes rundt om i landet, fordi det er en forudsætning for, at vi kan udvikle et stærkere videns- og erfaringsgrundlag for den indflydelse, steroidbrug kan have på rusmiddelbehandling samt på mekanismerne i afhængighed af steroider.

Anti Doping Danmark bidrager derfor meget gerne, hvis dit rusmiddelcenter er interesseret i sparring, deltagelse og oplæg på temadage eller har spørgsmål om steroider og andre motionsdopingstoffer.

Kontakt Anti Doping Danmark

- Kontakt@antidoping.dk eller telefon 43 26 25 50
- Læs mere om motionsdoping i *Håndbog om motionsdoping*⁵
Bogen kan bestilles gratis eller downloades på www.antidoping.dk/haandbogommotionsdoping

3 Nøkleby, H. (2013). Use of doping agents and symptoms of eating disorders among male and female patients in drug addiction treatment. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(4), s. 331–346.
4 <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonal-kompetansetjeneste-tsb/vare-prosjekter/steroidprosjektet/utbredt-bruk-av-anabole-steroider-blant-ruspasienter>
5 *Håndbog om motionsdoping- baggrunds- og praksisviden om brug af dopingstoffer i motions- og fitnesscentre* (2018), Anders Schmidt Vinther & Malene Radmer Johannisson, Aalborg Kommune og Anti Doping Danmark

KAPITEL 3

Sex, stoffer og samfundsproblem

Chemsex – sex på hårde stoffer – er et fænomen, som både kan få store konsekvenser for den enkelte og for samfundet. I AIDS-Fondet er man bekymret for, at vi i Danmark ikke er forberedte på at tage hånd om problemerne ved chemsex, før de eskalerer.

Af journalist og stud.soc., Ida Routhe, Roskilde Universitet

"Som det er i dag, falder chemsex-brugere for ofte igennem systemerne, når de søger råd og vejledning. Det skal gøres bedre, for behovet er åbenlyst i et ellers mørklagt miljø, der går under radaren hos de etablerede overvågnings- og behandlingssystemer."

Sådan skriver AIDS-Fondets direktør Andreas Gylling Æbelø i en kommentar i Information¹ fra juli i år. Nogle af de mennesker, der ikke føler sig mødt i de offentlige misbrugscentre, søger rådgivning hos AIDS-Fondet. De oplever ikke, at sex er et muligt emne i misbrugscentrene, og det er ifølge Andreas Gylling Æbelø et stort problem.

"Det er afgørende, at vi taler åbent om, hvordan vi håndterer chemsex og årsagerne hertil. Der er nemlig tale om en kombination af afhængigheder, der med al sandsynlighed risikerer at skabe en række udfordringer i et omfang, vi ikke før har set. Hos AIDS-Fondet er vi særdeles bekymrede for, at vi i Danmark ikke er forberedte," skriver han i Information.

Et problem for folkesundheden

I lande som England, Tyskland, Holland og USA er chemsex-fænomenet velkendt, men i Danmark er det stadig relativt nyt og underbelyst. I 2017 foretog AIDS-Fondet en undersøgelse² af fænomenet i Danmark, og heraf fremgår det, at 44,3% af brugerne har haft negative oplevelser

i forbindelse med chemsex, blandt andet i form af depression, overdosis og seksuelle overgreb.

Chemsex foregår oftest mellem mænd, der har sex med mænd (herefter MSM), og at dyrke sex på stoffer øger risikoen for smitte med hiv og andre seksygdomme samt hepatitis C. Det skyldes til dels deling af udstyr til indtag af chemsex-stofferne, men også manglende præ-

vention under sex; 36,7% af respondenterne i AIDS-Fondets undersøgelse svarer nej til, om de bruger beskyttelse, når de har sex på stoffer. 25,3% bruger sjældent beskyttelse, 20,8% næsten hver gang og kun 17,1% bruger altid beskyttelse, når de har sex på stoffer.

Årsagen til den lave brug af prævention kan blandt andet findes i de seksualnormer, der eksisterer i chemsex-miljøet, idet 42,7% af respondenterne i undersøgelsen angiver som begrundelse, at man ikke bruger kondom til de sexfester, de deltager i.

Særligt de hiv-positive respondenter angiver dette som begrundelse (53,8%), mens det gælder for 27% af de hiv-negative.

Minoritetsstress blandt brugerne

AIDS-Fondets undersøgelse tyder altså på, at det særligt er de hiv-positive mænd, der und-



Chemsex

- Chemsex-begrebet dækker over brugen af euforiserende stoffer i forbindelse med sex. I England defineres chemsex typisk kun som brugen af crystal meth, GHB/GBL (fantasy) og mephedrone, men AIDS-Fondets undersøgelse fra 2017 lægger op til at operere med en bredere definition i Danmark. I undersøgelsen angiver respondenterne kokain, MDMA (ecstasy) og GHB/GBL som deres tre primære chemsex-stoffer, men også amfetamin (speed), crystal meth og ketamin angives hyppigt. 11,2% svarer, at de har taget mephedrone i forbindelse med sex.
- Selvom det ikke er nyt, at stoffer og alkohol bliver anvendt i seksuelle sammenhænge, er den epidemiologiske sammenhæng mellem brugen af de ovenfor nævnte stoffer og hiv, hepatitis C og andre seksygdomme uden fortilfælde.
- Chemsex-stofferne kan give en følelse af at være usårlig og gøre brugeren overdrevent selvsikker, uforsigtig, grænsesøgende og udholdende. I seksuel sammenhæng kan det medføre, at sex dyrkes i lang tid, antallet af sexpartnere øges, kondombrug udelades, og risikoen for hiv, hepatitis C og andre seksygdomme ignoreres.
- International forskning viser, at chemsex overvejende foregår i større byer. Det samme billede tegner sig i AIDS-Fondets undersøgelse fra 2017, hvor over 60% af de respondenter, der har prøvet sex på stoffer, bor i Region Hovedstaden, og 42% bor i Københavns Kommune.

Kilde: AIDS-Fondet

¹ Flere og flere er afhængige af sex på hårde stoffer – der skal handles nu, Information, 2018.

² SEX PÅ STOFFER blandt homoseksuelle, biseksuelle og andre mænd der har sex med mænd i Danmark 2017, AIDS-Fondet, 2017.

lader at anvende prævention i forbindelse med chemsex. Det er i den forbindelse interessant, at international forskning peger på, at stofbrug i det hele taget er mere almindelig blandt hiv-smittede MSM end hiv-negative MSM.

Ifølge AIDS-Fondet relaterer de mest almindelige forklaringer på, hvorfor stofbrug er mere almindeligt blandt hiv-smittede, sig til fænomenet minoritetsstress³, fordi stoffer kan hjælpe hiv-smittede med at overvinde frygten for afvisning, glemme en negativ selvopfattelse samt til at klare de generelle fysiske og følelsesmæssige udfordringer ved at være smittet; som hiv-smittet MSM er man en minoritet i minoriteten. I AIDS-Fondets undersøgelse svarer 9,2%, at stofferne gør, at de ikke tænker over deres hiv-status.

Udover at være en forklaring på, hvorfor det særligt er hiv-smittede MSM, der tager stoffer, kan minoritetsstress også ses som en af forklaringerne på, at det primært er homoseksuelle og biseksuelle, der dyrker chemsex.

Minoritetsstress er således en af årsagerne til, men ikke den hele forklaringen på, chemsex som fænomen. Kvalitative studier viser, at den primære motivation bag chemsex er en søgen efter mere intense og/eller grænsesøgende seksuelle oplevelser. Dette afspejles også i AIDS-Fondets undersøgelse, hvor 85,3% svarer, at de er enige eller meget enige i, at sex på stoffer øger oplevelsen af nydelse og intimitet. 83,4% svarer, at det fjerner deres hæmninger, 73,3% at det øger varigheden af sex, 62,3% at deres seksuelle præstationsevne øges, og 61,2% at de bliver mere selvsikre.

Behov for tværsektoriel indsats

Ifølge AIDS-Fondet søger mange chemsex-brugere ikke råd og vejledning omkring chemsex, fordi de føler, at de har kontrol over deres stofbrug. En anden årsag kan være det oplevede tabu omkring det at have sex på stoffer; i undersøgelsen svarer 38,1% af respondenterne, at de oplever et tabu omkring chemsex. Af de

respondenter, der svarede ja til at have søgt råd og vejledning om sex på stoffer (18,8%), angav 42,1%, at de havde henvendt sig til AIDS-Fondet.

I AIDS-Fondet forsøger man at reducere skader ved at stille ”chemsex-kits” gratis til rådighed for at sikre brugerne sterile instrumenter, rådgivning og dermed en reduceret smitterisiko. De understreger imidlertid, at de ikke kan løse problematikkerne omkring chemsex alene, men at andre, her iblandt misbrugscentre, må på banen.

”Selv om vi har indsigt i emnet både i kraft af vores rådgivning og af vores analysearbejde, så kan vi som NGO ikke håndtere disse udfordringer alene. Vi har brug for et samarbejde på tværs af sektorer for at starte samtalen – ikke om hverken stofmisbrug eller sexafhængighed – men om denne nye kombinationsafhængighed,” skriver Andreas Gylling Æbelø i Information.

For at opnå optimal skadesreduktion blandt chemsex-brugere er der ifølge AIDS-Fondet behov for øget viden hos venerologiske klinikker, misbrugscentre, infektionsmedicinske afdelinger/ ambulatorier og blandt andre relevante organisationer om, hvad chemsex er, hvordan det kan gøres mere sikkert, hvilke hepatitis C-risici MSM har under chemsex, og hvordan denne viden kan omsættes til at screene og kommunikere fordomsfrit med chemsex-brugere.

Samtidig skal de steder, hvor chemsex fysisk finder sted⁴, have klare skadesreducerende politikker og procedurer, og relevante apps og hjemmesider skal have tydelig sundhedsfremmende og skadereducerende information om chemsex lettilgængelig, lyder anbefalingen i undersøgelsen fra 2017.

3 Minoritetsstress betyder, at man som minoritet (f.eks i forhold til seksuel orientering) har forhøjet risiko for at blive udsat for strukturelle stressfaktorer som diskrimination samt for at få et negativt selv billede.
4 Chemsex foregår ofte i det private rum, men også på barer, klubber og i saunaer.

Chemsex-stofferne

De stoffer, der generelt anses som mest skadelige i forbindelse med chemsex, er GHB, crystal meth, mephedrone og ketamin. Nedenfor beskrives nogle af virkningerne og følgevirkningerne af disse stoffer.

GHB

Ved lav dosis kan man opleve en følelse af afslappethed, eufori, øget sex-drive, øget sensualitet og selskabelighed.

Følgevirkninger:

GHB’s virkning aftager efter relativt kort tid, og man kan derfor få lyst til at gentage doserne i løbet af dagen og natten og dermed hurtigt blive afhængig af stoffet. Der er desuden stor risiko for overdosis, fordi forskellen er meget lille på en dosis, der har euforisk effekt og en dosis, som leder til bevidstløshed, koma og død. Hvis man er hiv-positiv, kan GHB påvirke ens hiv-medicin.

CRYSTAL METH

Rusen kan nogle gange vare i flere dage, hvis det tages i etaper. Stoffet kan resultere i et intenst sus, eufori, glædesrus, øget energi, mindsket appetit, øget sex-drive, selvtillid og selskabelighed.

Følgevirkninger:

Man kan blive mere aggressiv og få en pludselig voldelig adfærd, og når virkningen aftager, opleve depression, angst og selvmordstanker. Man kan udvikle psykoser; paranoia, forfølgelsesvanvid, illusionsbedrag, hallucinationer, oprevethed, irrationel fjendtlig adfærd, gentagen stereotyp adfærd og behov

for isolation. Der er risiko for at dø som følge af slagtilfælde, hjerteanfald eller hjerneblødning.

MEPHEDRONE

Medfører svimmelhed efterfulgt af eufori, udtømmelig energi, overstrømmende tale, øget sex-drive og tidsforstyrrelser. Hvis det tages i store doser, kan man opleve visuelle hallucinationer.

Følgevirkninger:

Man kan få hjerteproblemer, blive oprevet og få psykoser. Man kan i værste tilfælde dø som følge af brug af mephedrone.

KETAMIN

Kan både føre til øget energiniveau, eufori, kreativitet, visioner og ud-af-kroppen-oplevelser alt efter i hvilke omgivelser, det tages.

Følgevirkninger:

I kombination med andre stoffer kan ketamin sløve ens krop og stoppe organernes funktion. Følgerne af ketamin kan føre til en tilstand af forvirring, og man kan derfor være sårbar overfor alvorlige, fysiske skader og uheld.

Man kan i værste tilfælde dø af at indtage ketamin. Med chemsex øges risikoen for at få hiv, hepatitis C og andre sexsygdomme.

Kilde: AIDS-Fondet

KAPITEL 4

Global Drug Survey 2018: Hvordan ser det ud herhjemme?

Igen i år har KABS VIDEN, som dansk partner, bistået verdens største brugerundersøgelse om stofbrug, Global Drug Survey, med indsamlingen af danske besvarelser. I år indgik 15.000 danskere i den anonyme spørgeskemaundersøgelse, der viser trends for brugen af rusmidler verden over.

Af centerleder Rasmus Axelsson, KABS

Global Drug Survey (GDS) kom for alvor tilbage til Danmark i 2017, hvor KABS VIDEN blev dansk partner og bistod med at indsamle erfaringer med brug af rusmidler fra mere end 13.000 danske respondenter. I 2018 har GDS (GDS2018) igen indsamlet erfaringer med rusmidler fra mere end 15.000 danske respondenter. På verdensplan endte GDS2018 med 130.000 komplette interviews.

De årlige undersøgelser har i perioden 2014-2018 resulteret i mere end 400.000 interviews, og GDS råder derfor over en enorm datamængde om brugen af rusmidler verden over. I takt med at GDS er blevet større og større, er undersøgelsen blevet genstand for en diskussion om, hvad den kan bruges til.

Metodiske forbehold

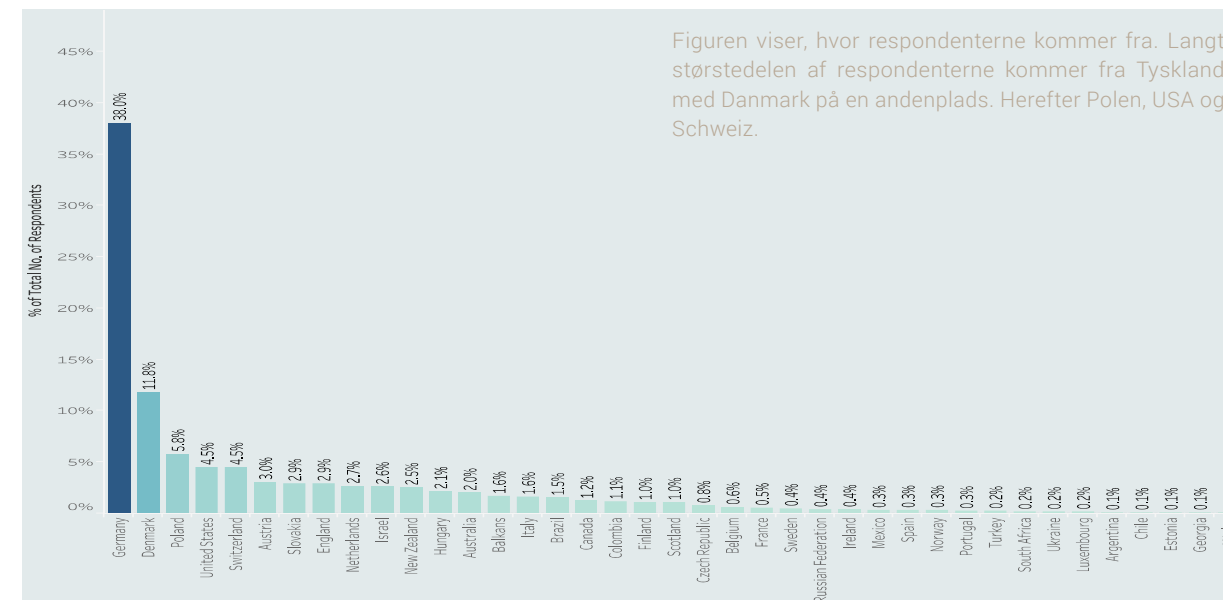
Problemet er nemlig, at GDS baserer sine data på frivillige og anonyme besvarelser af en såkaldt websurvey. Metoden er billig og let tilgængelig, men giver også et datagrundlag, som ikke nødvendigvis er repræsentativt for en samlet population, f.eks. danskere eller svenkere som helhed. Det betyder, at man skal være varsom med at konkludere resultaterne på tværs af landegrænser eller generalisere besvarelserne i en national kontekst. Metoden

resulterer også i, at de nationale populationer er ganske forskellige i antal. Således tegner de tyske og danske respondenter sig for cirka halvdelen af GDS' årlige besvarelser. Analyserne skal derfor behandles med varsomhed.

Når de metodiske forbehold er taget, er der imidlertid meget at hente fra undersøgelsen, og det ledende hold bag undersøgelsen, GDS Core Research Team, har da også publiceret mere end 50 videnskabelige resultater i de sidste fire år. GDS2018 resulterer forventeligt i ni såkaldte *peer-reviewed* forskningsartikler. I 2017 tog GDS Core Research Team fat i metodekritikken med publikationen *Moving on from representativeness: Testing utility of the Global Drug Survey*¹. Artiklen viser, hvordan GDS' cannabis-respondenters køn og aldersspredning er sammenlignelig med repræsentative stikprøveundersøgelser i både USA, Australien og Schweiz.

Alt efter, hvad man prøver at belyse i den forskningsmæssige kontekst, tyder meget altså på, at besvarelserne i GDS har en forskningsmæssig værdi og ikke mindst validitet. Research Team'et peger derfor på, at GDS i vid udstrækning kan bruges til at forstå mønstre i adfærd

¹ Barratt et al. Substance Abuse; Research and Treatment. 2017, 11.



Kilde: Global Drug Survey 2018 Danish sample n>15.000

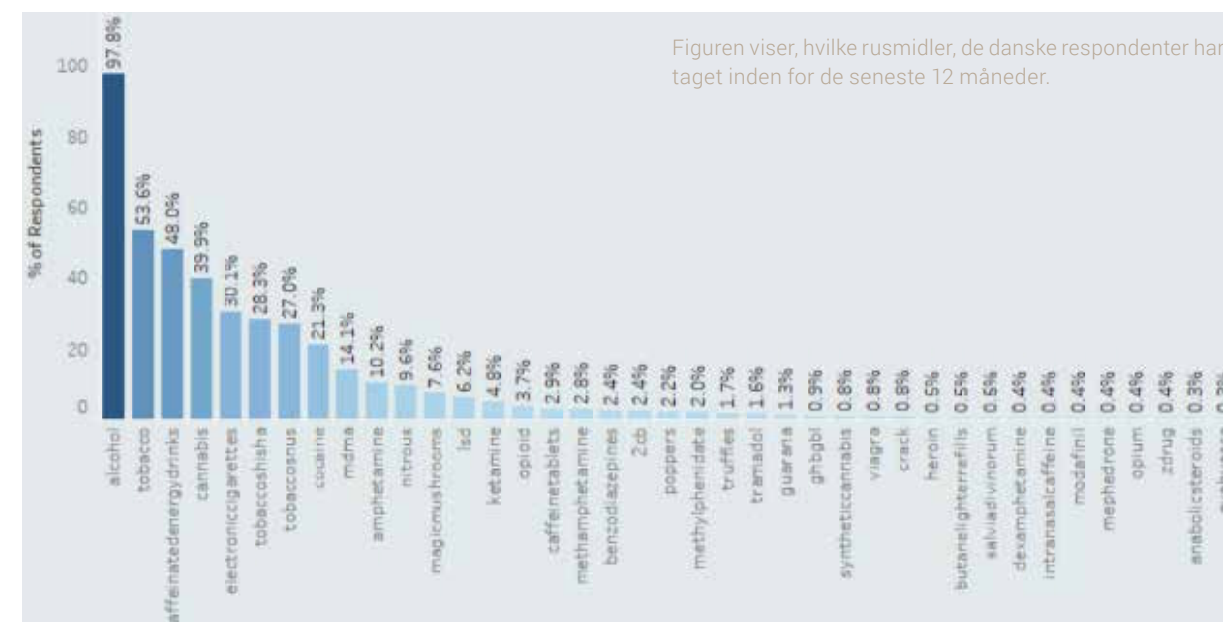
og praksis i relation til brugen af rusmidler. En væsentlig pointe, ikke mindst grundet behovet for at forstå, hvordan brugen af rusmidler udvikler sig i de enkelte lande og globalt set i de enkelte lande og globalt set, blandt en gruppe informanter der er svære at nå.

Dem, det hele handler om

Dataindsamlingen til GDS2018 blev afviklet i perioden november til december 2017. Surveyen er delt op i sektioner, som hver især tager mellem 20-30 minutter at besvare. Hvis man har prøvet alle stoffer, omfatter surveyen 555 spørgsmål og tager flere timer at besvare.

Respondenterne har derfor udvist stor disciplin og engagement.

Surveyen blev distribueret via Google og sociale medier, fortrinsvis Facebook. Distributionen nåede ud til knap 200.000 danskere, hvoraf 20.629 danskere påbegyndte surveyen. Efter GDS' frafaldssortering og validering endte 15.008 danskere med at indgå i datamaterialet. De danske respondenter tegner sig for 11% af den globale population. De er dertil blandt de alleryngste med en gennemsnitsalder på 20 år. 85% af danskerne er under 25 år mod 53,3% i den globale population.



Kilde: Global Drug Survey 2018 Danish sample n>15.000

De danske respondenter har stort set samme kønsfordeling som den resterende GDS population, hvor 35,2% er kvinder.

Alkohol er stadig nummer ét

Ikke overraskende er det fortsat legale rusmidler som alkohol, tobak og energidriks, der indtager de øverste pladser på listen over hvilke rusmidler, danskerne har taget inden for det sidste år. Cannabis, kokain, MDMA og amfetamin er de mest udbredte illegale rusmidler blandt respondenterne.

Cirka hver femte kvindelige danske respondent og næsten hver tredje mandlige har et skadeligt alkoholbrug eller et forbrug, der peger på egentlig afhængighed². Særligt de unge under 25 år udtrykker et mere skadeligt alkoholforbrug end de ældre over 25 år. Ligesom sidste år udtrykker de danske respondenter ikke noget ønske om at reducere alkoholforbruget i det næste år – blot 13,3% ønsker at reducere. Det til trods for, at de danske respondenter har den største andel af skadelige forbrugere sammenlignet med resten af GDS populationen. Adspurgt om behov for akut skadestuehjælp i forbindelse med alkoholindtag er det de danske respondenter over 25 år, der oftest har søgt hjælp (hhv. 1,6% for kvinder og 1,9% for mænd).

Som noget nyt bad GDS respondenterne forholde sig til syv sundhedsadvarsler mod alkohol, både i forhold til om informationen var ny for dem, og om det kunne få dem til at drikke mindre. Advarslerne var:

- 1.To alkoholfrie dage pr. uge øger kontrol og muligheden for at reducere forbruget;
- 2.Hjertekarsygdomme er hoveddødsårsag blandt mennesker med tungt alkoholforbrug;
- 3.Risici for leversygdomme kan reduceres for mennesker med tungt alkoholbrug selv ved små reduktioner;

2 Målt med WHO’s AUDIT, som er en del af GDS surveyen

- 4.Reduktion i alkoholbrug nedsætter risikoen for syv forskellige kræftformer;
- 5.En flaske vin eller fem øl indeholder ligeså mange kalorier som en burger med pommes frites;
- 6.De fleste mennesker får meget lidt eller intet bedre helbred fra alkohol, heller ikke ved et lille forbrug;
- 7.Alkohol øger risikoen for vold og overgreb.

Her var det særligt risikoen for flere kræftformer og ekspertrådet om to alkoholfri dage om ugen, der var ny viden for de danske respondenter. Det var imidlertid oplysningen om kalorier i alkohol, der kunne få flest til at drikke mindre (15,1% ville overveje at drikke mindre af den grund), efterfulgt af risikoen for kræft (12,7%). Svarene peger fortsat på, at det er relevant at skærpe opmærksomheden på unges alkoholbrug, samt hvilke sundhedsrisici, det indebærer.

Danskernes yndlingsstoffer

Cannabis er det mest udbredte illegale rusmiddel blandt de danske respondenter i GDS2018. Der er forsat tale om, at respondenterne foretrækker hash (harpiks) eller høj koncentrat cannabisblade. De fleste foretrækker at indtage cannabis sammen med tobak (87,9%) og kun 0,7% angiver at foretrække *vaping*. I gennemsnit, bliver der røget cannabis ca. tolv dage om måneden, og 41,7% ryger mere end 50 dage om året. Lidt over halvdelen ryger et halvt gram eller mindre på de dage, de ryger, og under 5% ryger mere end ét gram. I modsætning til alkohol, er det kun 0,7% af de danske cannabis-respondenter, der har haft behov for akut skadestuehjælp i forbindelse med brug af cannabis. Ikke desto mindre mente 2,2%, at de på et tidspunkt burde have opsøgt skadestuehjælp. 67,4% af respondenterne angav at have forsøgt at stoppe med at bruge cannabis i det seneste år.

Sammenlignet med GDS2017 er der i GDS2018 lidt flere danske respondenter, der i det sene-

ste år har taget MDMA (13,7% vs. 14,1%), mens færre angiver at have taget amfetamin (13,7% vs. 10,2%) og kokain (27,6% vs. 21,3%). Der er nogle små indikationer på, at danske kvinder foretrækker MDMA i højere grad end mænd. Dels tager kvinderne MDMA 10,3 dage om året gennemsnitligt (for mænd 9,9). Andelen af kvinder, der tager MDMA mere end 50 dage om året, er også højere end hos mænd (32% vs. 24,6%).

GDS2018 indeholdt spørgsmål for førstegangsbrug af både MDMA, kokain og LSD. I denne forbindelse er det værd at bemærke, at debutalderen for de danske respondenter ligger tidligere end hos den globale population. Eksempelvis angav 50%, der i det seneste år har prøvet kokain, at de var under 18 år - mod 21 år globalt. 80,4% af de danske respondenter angav at være sammen med en nær ven eller gruppe venner første gang, de prøvede kokain.

Og alle de andre

De danske besvarelser viser også, at langt de fleste stoffer er tilgængelige i Danmark, da respondenterne har angivet at have taget dem inden for det sidste år. Sammenlignet med sidste års danske besvarelser er der dog nogle bevægelser, som er værd at holde øje med, fordi vi erfaringsmæssigt også har set en tendens til, at flere brugere af disse stoffer har søgt behandling.

I GDS2017 angav 0,5% af danske respondenter at have prøvet metamfetamin inden for det seneste år – i 2018 lå tallet på 2,8%. Ditto angav 0,4% i 2017 at have prøvet GHB mod 0,9% i 2018. For begge stoffer har vi i KABS set en øget søgning om behandling, omend der er at tale om meget små tal. Langt de fleste, der har prøvet metamfetamin, har kun prøvet det en enkelt gang, og det gennemsnitlige antal dage er 5,5 på et år.

GDS’ respondenter er typisk personer med et eksperimenterende brug og således ikke kendt i misbrugsbehandlingscentre. I GDS2018 er

respondenterne blevet screenet med metoden *Severity of Dependcy Scale*³, som kan udtrykke respondenternes oplevelse af forskellige stofgrupper af afhængighedspotentiale.

I den globale population angives netop metamfetamin og syntetiske cannabinoider (SRCA) som de to stofgrupper, der har det største potentiale for såvel tolerans og afhængighed. Som det indikeres i GDS2018, er det en ganske lille del af de danske respondenter, som har taget disse stoffer. Meget tyder på at disse stoffer ikke er så udbredte i Danmark. Der er ganske få beslaglæggelser og afrapporteringer fra skadestuer, Giftlinjen, behandlingssteder eller politiet⁴.

I GDS2018 er de syntetiske cannabinoider og NPS (nye psykoaktive substanser) udskilt som hver sin stofgruppe. Der er 225 danske respondenter, som har angivet at have taget NPS og 120, der har angivet at have taget syntetiske cannabinoider, i det seneste år.

Beskrivelser af de danske GDS besvarelser vil løbende blive lagt op på KABS’ hjemmeside.

3 For mere information om SDS screeningen se <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7795497>
4 Sundhedsstyrelsen udgav i juni 2018 publikationen *Syntetiske cannabinoider – et trendspotterstudie af udbredelse og skader i Danmark*, der støtter samme pointe.

KAPITEL 5

Depotmedicin i substitutionsbehandlingen – amerikanerne er allerede godt i gang

I USA har Food and Drug Administration inden for de sidste år godkendt flere depotvarianter af henholdsvis buprenorphin og naltrexon. De nye lægemiddelformuleringer omfatter både injektioner og implantater. Perspektiverne for behandlingen peger i retning af bedre fastholdelse og udbytte.

*Af ledende overlæge, speciallæge i psykiatri,
Danny Reving, KABS*

Som deltager ved den årlige kongres for den amerikanske psykiaterforening (American Psychiatric Association, APA) er det tydeligt at den alvorlige opioid-krise i USA optager sindene mere og mere og at man forsøger at udbrede behandlingsmulighederne til hele landet. Det er dog også meget tydeligt at der er modstand mod at tilbyde klassisk substitutionsbehandling som vi kender det i Danmark¹ og at der er betydelige administrative barrierer for de læger der overvejer det.

APA og det nationale institut for misbrug (National Institute on Drug Abuse, NIDA) har klare anbefalinger for udbredelse af alle behandlingstyper, men der er store nationale forskelle i hvor omfattende tilbuddene er og i tilgængeligheden. I USA er det pålagt den enkelte læge at søge særlig tilladelse fra myndighederne, hvis denne ønsker at tilbyde substitutionsbehandling og man får et klart indtryk af, at det ikke som udgangspunkt er fristende for lægerne at udvide deres behandling til at indbefatte opioid-afhængige patienter. Det er desuden kun et minimum af de amerikanske behandlingscentre der tilbyder den brede vifte af behandlingstyper som er

frigivet af de amerikanske sundhedsmyndigheder (Food and Drug Administration, FDA) og man må formode at det er en væsentlig årsag til den voldsomme stigning i dødsfald, der er set i USA som følge af opioidforgiftninger.

Indtoget af potente syntetiske fentanyl (præparater i opioidgruppen, der er 100 gange mere potent i morfin) på særligt det amerikanske marked har på få år medført en voldsom stigning i dødsfald blandt misbrugerne og da behandlingstilbuddet som oftest er afgiftning og sparsom opfølgning ofte uden substitutionsbehandling er tilbagefalds-raten enorm.

Som læge fra Danmark er det derfor paradoksalt at konstatere, at der foreligger en bred vifte af behandlingsmuligheder i USA, men at disse ikke i stort omfang benyttes lokalt.

De gængse behandlingstyper

De evidensbaserede medicinske behandlingsmuligheder ved opioidafhængighed skal kombineres med den helt nødvendige psykosociale behandling, som det også er tilfældet i Danmark. De medicinske præparater, som anvendes til behandling af opioidafhængighed

inddeler man traditionelt efter virkningen på receptorniveau:

- Agonister, som stimulerer opioidreceptorerne, f.eks. metadon
- Partielle agonister, som kun delvis stimulerer opioidreceptorerne, f.eks. buprenorphin
- Antagonister, som blokerer opioidreceptorerne, f.eks. naltrexon
- Kombinationspræparater, som forebygger injektionsmisbrug af medicinen, f.eks. buprenorphin + naltrexon

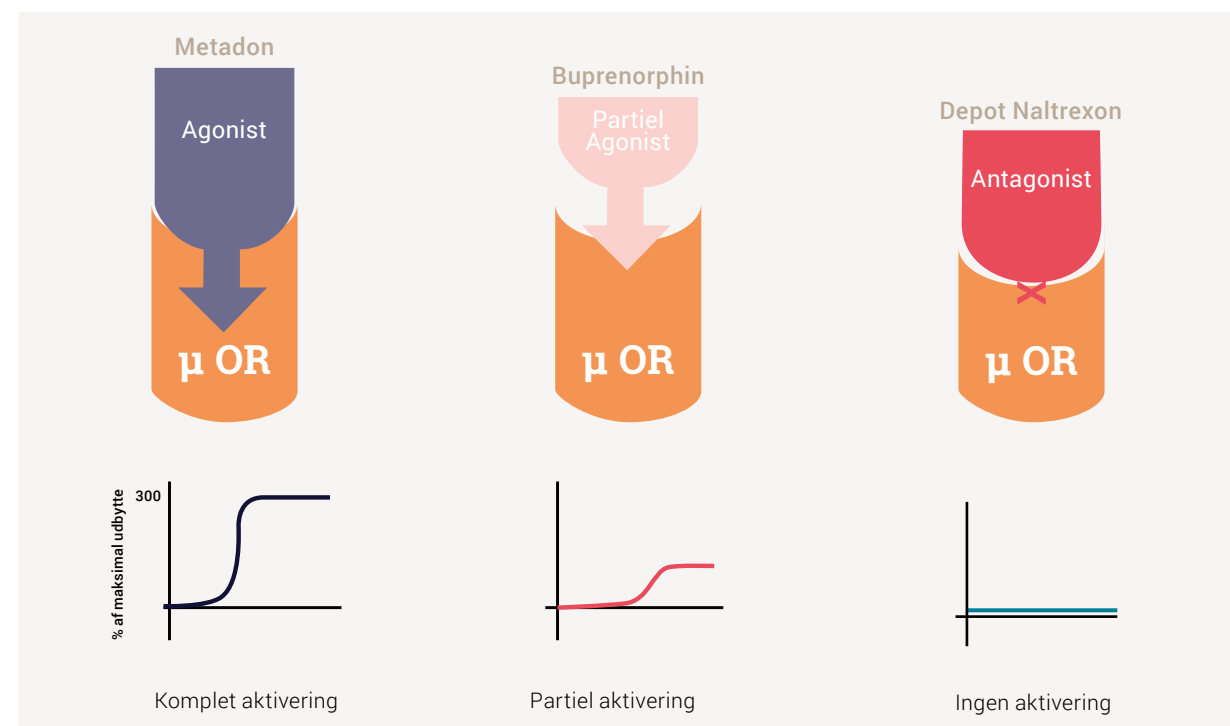
Agonist-behandling

Agonister ligner i deres kemiske struktur hjernens naturlige signalstof endorfin, og virker som en nøgle i receptor-"låsen", der derved aktiveres. Princippet i den traditionelle substitutionsbehandling er at stimulere opioid-receptoren med et lægemiddel med lang halveringstid, således at brugeren har en nogenlunde stabil



¹ Ved substitutionsbehandling erstattes et uhensigtsmæssigt stof eller lægemiddel med et mere hensigtsmæssigt. I Danmark benyttes typisk metadon og buprenorphin.

FDA godkendte behandlingstyper for opioidmisbrug



Figuren er udarbejdet efter Adam Bisagas model, Columbia University and New York State Psychiatric Institute. Modellen blev præsenteret på den årlige kongres American Psychiatric Association i USA, 2018

og døgndækkende koncentration af lægemiddel i blodet, hvilket forebygger abstinenser og mindsker behovet for illegale opioider. Den gængse behandling af denne type er metadon, som er velkendt i behandlingen igennem årtier, og som kræver daglig behandling med tabletter.

Partiel agonist-behandling

I modsætning til de rene agonister vil behandling med en partiel agonist medføre en vis, men ikke fuld aktivering af receptoren og virker samtidig ved effektivt at udkonkurrere eventuelle andre tilstedeværende opioider, da denne type præparat binder særdeles stramt til receptorerne. Behandlingen kendes som buprenorphin (Subutex eller Suboxone) og tilbydes som tabletter eller film, der lægges i mundhulen og optages gennem slimhinden.

Antagonist-behandling

En særlig kategori af behandling for opioidafhængighed er antagonist naltrexon, der sætter sig på opioid-receptoren og forhindrer aktivering af denne. Præparatet passer som

en nøgle i receptor-låsen, men vil forhindre stimulation. Naltrexon vil ligesom den partielle agonist udkonkurrere tilstedeværende opioider og forhindre, at disse kan aktivere receptoren, således at yderligere tilførsel af opioider ikke resulterer i den forventede rus. Naltrexon er også kendt som den modgift, der gives hvis en forgiftet patient bringes til hospital, og der er mistanke om opioid-overdosis. Derved fjernes alle opioider øjeblikkeligt fra receptoren og patienten bringes ud af sin kritiske tilstand, men vil være omgående abstinert.

Kombinations-behandling

Sluttelig eksisterer kombinationsbehandling med præparatet suboxone, som indeholder både partiel agonist (buprenorphin) og antagonist (naltrexon). Præparatet er designet med henblik på at mindske misbrugspotentialet, dvs. forhindre rus, såfremt patienten forsøger at injicere tabletterne. I så fald vil antagonisten blot optage pladsen på receptorerne og blokere for virkningen af den partielle agonist. Indtages kombinationstabletten derimod som

foreskrevet gennem munden, nedbrydes antagonist-delen i mavesækken, mens den partielle agonist udøver sin virkning efter at være optaget over mundslimhinden.

De nye præparater

Behandlingsmulighederne som ovenfor skitseret er som sådan ikke anderledes i Danmark og USA, men der hvor forskellen bliver tydelig er i hvilke formuleringer der kan tilbydes, og her er paletten betydeligt bredere i USA. Primært er der tale om at man i USA har mulighed for at tilbyde depot-varianter af præparaterne med henblik på at sikre stabil medicinering.

Sublocade er et buprenorphin-præparat der er godkendt af FDA i november 2017 som skal injiceres i underhuden en gang månedligt. Derved er patienten dækket af sin partielle agonist uden behov for tabletter og uden risiko for at falde ud af behandlingen med forhøjet recidivrisiko til følge. En række undersøgelser har godtgjort, at depot-varianten Sublocade er væsentligt bedre til at fastholde patienterne i behandling sammenlignet med traditionel tabletbehandling. Derfor er det anbefalingen fra APA, at dette bør være den primære behandling i USA.

Probuphine er ligeledes et buprenorphin-præparat godkendt af FDA i maj 2016, men der er tale om et implantat der lægges i underhuden med virkningsvarighed på seks måneder. Derved sikres partiel agonist effekt længevarende og patienten har intet behov for tabletter og vil være sikret mod tilbagefald. Probuphine vil typisk blive lagt i underhuden på overarmen ved et mindre indgreb hos lægen.

Vivitrol er et naltrexon-præparat godkendt af FDA i 2010 som injiceres i en muskel. Præparatet sikrer derved effekt af en opioid-antagonist med en måneds varighed.

Et **naltrexon-implantat** er også på vej med forventet seks måneders varighed, men det er endnu ikke godkendt af FDA, da der mangler amerikanske studier, og da den eksisterende

forskning er baseret på korttidsresultater og desuden ikke er sammenholdt med vivitrol-behandling, hvilket ville være mest hensigtsmæssigt med henblik på eventuel godkendelse. Implantatet er udviklet til at skulle placeres i underhuden i mave-regionen ved et mindre indgreb ved læge.

Flere værktøjer til rådighed

Der er naturligvis fordele og ulemper forbundet med alle behandlingstyper, men der kan ikke være nogen tvivl om, at det ville være en fordel for læger involveret i misbrugsbehandlingen i Danmark at have så bred en vifte af behandlingsmuligheder til rådighed som muligt. Som nævnt virker det paradoksalt, at man i USA har relativt mange typer af medicinsk behandling til rådighed, men ikke har systemet eller viljen til at benytte mulighederne.

Sammenligner man med psykiatrisk behandling mod psykose, har det største gennembrud i det seneste årti uden tvivl været, at psykiaterne har fået en bred vifte af muligheder for at tilbyde depot-varianter af flere af de gængse præparater. Studier har vist, at depot-behandlingerne er klart overlegne i forhold til vanlig tabletbehandling, idet compliansen sikres mest muligt og patienternes forløb bedres hvad angår tilbagefald til sygdomsudbrud, indlæggelser og varigheden af disse. Der kan næppe herske tvivl om, at man indenfor opioidafhængighed vil kunne høste nogle af de samme gevinster ved at udvide behandlingen til at inkludere depot-præparater.

Som al anden medicinsk behandling er opioidafhængighed en lidelse som kræver en skræddersyet indsats, og der er i dag tusinder af patienter der har gavn af de nuværende lægemidler i Danmark, men det er utvivlsomt at endnu flere ville kunne få gavn af de ovenfor nævnte nyere behandlingstyper. Derfor synes det hensigtsmæssigt, at man fra de danske sundhedsmyndigheders side overvejer hvorvidt lægerne skal have flere værktøjer til rådighed i behandlingen af opioid-afhængige patienter.



KAPITEL 6

Leg og kreativitet i behandlingen af dobbeltdiagnoser

Mange praktikere ved, at det kan være vanskeligt at sikre stabilt fremmøde i gruppebehandling af dobbeltdiagnoser på grund af målgruppens kompleksitet. Men erfaringer fra KABS Stjernevang har vist at kreativt mod og legende øvelser kan ændre på det.

*Af pædagog og misbrugsbehandler
Nathalie K. Larsen, KABS Stjernevang*

På det ambulante behandlingssted KABS Stjernevang har den tilbagefaldsforebyggende gruppe (TBF) tidligere kørt som en struktureret gruppe med udgangspunkt i kognitiv metode. Gruppegangene var fast planlagt, men fremmødet var ikke godt. Da TBF-gruppen skulle have nyt gruppelederteam, brugte vi derfor muligheden til at sætte os ned og se på det eksisterende materiale. Vi besluttede os for,

at finde en ny tilgang til gruppen – en tilgang, som kunne højne fremmødet og sikre, at gruppedeltagerne ville profitere af gruppen. Her præsenterer vi jer for gruppen, kommer med eksempler på indholdet og beskriver de pædagogiske overvejelser, der ligger til grund for det nye TBF gruppekoncept.

Samhørighed og fællesspisning

Gruppen fungerer som en åben gruppe med løbende indtag. Det betyder, at gruppelederne hele tiden skal have fokus på gruppedyna-

mikken og sørge for, at nye deltagere oplever samhørighed med resten af gruppen. Gruppen består af deltagere i alle aldre og med psykiatriske diagnoser som f.eks. skizofreni, personlighedsforstyrrelser, angst og ADHD.

Adgangskriteriet er, at deltagerne er stoffri. Der er ikke lavet en ramme for, hvor længe den enkelte skal have været stoffri – det varierer og besluttet i dialog mellem primærbehandler og gruppeledere. Hvis en deltager har et 'slip'¹, bruges dette som arbejds punkt for hele gruppen. Hvis en deltager har længerevarende tilbagefald, vil videre fortsættelse blive drøftet med den enkelte.

Gruppen er ugentlig og varer to timer med indlagte pauser, hvorefter der sluttes af med fællesspisning. Vi opfordrer deltagerne til at spise med, både for at pleje gruppedynamikken, men også for at give deltagerne en mulighed for sammen at 'lande' efter gruppen. Emnerne under spisningen er sjældent misbrugsrelaterede, og vi oplever, at gruppens fællesskab vokser gennem en mere afslappet atmosfære samt det fælles tredje, som spisningen bliver.

Tryghed, omsorg og leg

Gruppeforløbet varer 16 gange, hvoraf emnet til 12 gange er planlagt, og de resterende kan bruges til mere spontane emner. Hver gruppegang starter med en runde, hvor deltagerne kort præsenterer sig selv og fortæller, hvordan de har det den pågældende dag. Det skaber en tryk start og styrker båndet mellem gruppedeltagerne. Der er overordnet fire emner, som vi kommer igennem på de 16 gruppegange; stof- og psykoedukation, højrisikosituationer, netværk og identitet.

I processen med at genskabe TBF-gruppen, har vi opfundet en del af vores øvelser selv (se

boks). I det følgende vil vi uddybe, hvordan to af dem, nemlig 'speeddating' og 'lyskryds', fungerer.

Speeddating

Speeddating er en øvelse i sociale kompetencer. Navnet kommer af, at deltagerne på kort tid skal samtale med flere forskellige personer. Speeddating er en eksponeringsøvelse, som ligeledes skaber grundlag for at kunne tale med andre mennesker, uden at skulle udlevere sig selv. Samtidig øves deltagerne i, hvad de kan tale om, når de ikke skal tale om deres misbrug.

Gruppelederne har på forhånd udvalgt en række emner, som kan bruges til small talk; vejret, bland-selv-slik, Donald Trump, kongehuset osv. Deltagerne sidder over for hinanden, to og to, og skal i to minutter tale om emnet. Efter de to minutter skifter de plads, således at de taler med en ny person om et nyt emne. Vi samler op og evaluerer efter øvelsen og taler med deltagerne om både det udfordrende og det givende ved øvelsen. Vi forsøger at få dem til at reflektere over, hvordan de kan bruge det i andre sammenhænge.

Deltagerne tager imod denne øvelse på blandet vis. Tanken om, at skulle sidde to og to og tale,

Pædagogteamets selvopfundne øvelser:

- Strategikort
- Idebank
- Lyskryds – øvelser omkring relationer
- Interview øvelser
- Blinde guidning
- Stofedukation som Kahoot quiz
- Speeddating – øvelse i sociale kompetencer
- Sæt halen på æslet - psykoedukation
- Skriv et brev til en gammel ven
- Storytelling
- Videoer/youtube
- Magretheskålen med følelser



Artiklens fotos er fra Ungdommens Folkemøde i år. Her prøvede forskellige skole- og gymnasieelever nogle af de kreative metoder.

¹ 'Slip' refererer til enkelte gange, hvor personen har brugt stof i modsætning til tilbagefald, der henviser til en længerevarende periode med stofbrug.

er for nogle angstprovokerende. Et eksempel herpå er Louise, en kvinde på 26 år med en svær angstproblematik. Da Louise blev præsenteret for speeddatingøvelsen, lignede hun en, der var ved at forlade lokalet. Vi besluttede derfor hurtigt, at den ene gruppeleder startede med at tale med Louise i første runde. På den måde blev øvelsen mere tryk for Louise, og hun var bedre i stand til at tale med de andre gruppedeltagere i de efterfølgende runder.

Lyskryds

Lyskryds er en øvelse, der forsøger at afdække gruppedeltagernes netværk på en tilgængelig og meget visuel måde. Deltagerne skal indledningsvis skrive navnene på alle de mennesker, de har i deres netværk. De skal herefter med farve markere, om relationen til dem er grøn, gul eller rød; hvor grøn betyder, at relationen er hensigtsmæssig; gul betyder, at relationen er delvis uhensigtsmæssig, men potentielt kan være risikofyldt; og rød betyder, at relationen ikke er hensigtsmæssig. Deltagerne farvelægger deres relationer, og der samles efterfølgende op i plenum.

Vi har mange gange oplevet, at deltagerne reflekterer på ny vis over deres relationer, og flere får øje på, at en relation kan være flere farver. Den visuelle del af øvelsen gør det mere konkret for deltagerne og betyder, at de på anden vis tager stilling til deres relationer. Der inviteres efterfølgende til en dialog om, hvordan deltagerne kan navigere i deres relationer og pleje de grøntfarvede mere.

Ejerskab og engagementet

Vores faglige overvejelser tager udgangspunkt i, at vi skal skabe en homogen gruppe, hvor gruppen er det bærende element for, at deltagerne kan profiteres af indholdet. Da vores målgruppe er differentieret både mht. alder og psykiatriske diagnoser, skaber vi homogenitet gennem gruppedynamik og ikke ved nødvendigvis at have deltagere, der på forhånd relaterer til hinanden. For at understøtte dette har vi en let tilgang: Vi bruger meget humor og benytter os selv som

eksempler. Det responderer deltagerne godt på, og det skaber et trygt rum. Vi deltager altid selv i de øvelser, vi laver, med udgangspunkt i at deltagerne er eksperterne – ikke os.

Vores primære prioritet er, at gruppedeltagerne oplever mest mulig autonomi, hvorfor vi lader gruppen lave grupperegler, som vi evaluerer. Samtidig forsøger vi at have den enkeltes egne behandlingsmål i fokus i den samlede gruppedynamik.

Vi bruger en hel gruppegang på, at deltagerne opstiller regler for gruppen med udgangspunkt i "ret til" og "pligt til". Dette giver deltagerne ejerskab og medindflydelse i gruppen. Vi mener, at deltagerne bedre kan forpligte sig på gruppen, når de er med til at opstille regler. Vores tanke er, at deltagerne hermed kan sætte grænser for sig selv og for hinanden, hvilket er med til at skabe et trygt rum for individet og for gruppen. De eneste regler, vi som gruppeledere bestemmer, er at gruppen har tavshedspligt, og at der ikke 'tørfixes'.²

Bag de pædagogiske overvejelser

Vi har valgt at planlægge gruppegangene ugentligt. Det betyder, at vi kan målrette indhold efter de deltagere, vi har, og efter gruppens behov. Vi har et katalog af øvelser, som vi kan benytte, og nye kommer stadig til. Den ugentlige planlægning kræver mere forberedelse, end hvis vi arbejdede efter et fastlagt program, men det betyder også, at vi bedre kan møde deltagerne på deres både individuelle og samlede behov.

Det er vigtigt for os, at gruppen oplever kontinuitet. Vi gennemfører derfor gruppe og fællesspisning, selvom den ene gruppeleder er fraværende og fastholder fællesspisning på trods af andre kalenderaktiviteter. Gruppen bliver mere stabil af, at vi altid forsøger at gennemføre gruppen.

² Når brugere "tørfixer", taler de om stoffer på en måde, der genkalder rusen/suset, hvilket kan vække lysten og afstedkomme 'slip' eller tilbagefald.



Målgruppen betyder, at der er bred diversitet i TBF-gruppen. Det kan have sine begrænsninger, da deltagerne har vidt forskellige udgangspunkter. Vi har valgt at se begrænsningerne som midlertidige og i stedet skabe samhørighed imellem deltagerne på de livsaspekter, hvor de kan relatere til hinanden. Vi oplever, at diversiteten kan være medvirkende til, at gruppedeltagerne opøver færdigheder til at kunne forholde sig til mange forskellige typer mennesker. I stedet for at se forskelle, ser de, hvor de har noget til fælles. Gruppen tager godt imod nye deltagere og får dem hurtigt indviet i det fællesskab, gruppen rummer.

Det kreative mod

Det har krævet en god portion mod af os at kaste os over øvelser, som ikke tidligere var afprøvet. Med modet følger en villighed til at fejle og erkende, hvis vi har ramt ved siden af med en øvelse. Vi forsøger altid at være transparente omkring øvelser, indhold og metode for at understøtte, at gruppedeltagerne er eksperter i eget liv og gruppelederne facilitatorer, der

skal koble deltagernes erfaringer sammen. Vi italesætter f.eks., hvis gruppen taler meget til gruppelederne, frem for at samtale rundt om bordet. Dét, at mange af øvelserne har et legende element, gør, at tunge emner kan takles på en let, tilgængelig og håndgribelig måde. Det er vores klare vurdering, at det betyder, at deltagerne nemmere kan relatere til det indhold, vi kommer med.

Det er vores oplevelse, at vi med den meget pædagogiske og legende tilgang til gruppebehandling har skabt et gruppekoncept, hvor deltagerne profiterer af indholdet og hinanden. Vi har ikke målt mere dybdegående på gruppens effekt – i stedet bygger vores resultater på en meget lille procentdel af tilbagefald blandt deltagere samt en høj, kontinuerlig deltagelse. Vi lader gruppedeltagerne evaluere løbende, og deres tilbagemeldinger er, at de får meget ud af TBF-gruppen. De beskriver, at fællesskabet i gruppen er stærkt, og at det netop er dette, der betyder, at de kan bruge hinandens erfaringer til at forebygge tilbagefald til misbrug.

KAPITEL 7

Musik- og kunstterapi: At finde vej via sanserne

I misbrugsbehandling har mange gavn af traditionelle samtaler. Men en gruppe mennesker har brug for andre metoder, fordi de grundet traumer og sansemæssige udfordringer har begrænset adgang til deres følelser og intellekt. Erfaringer med musik- og kunstterapi har vist sig særlig velegnet.

*Af musikterapeut, cand.mag., Maja Frommelt
og kunst- og musikterapeut, cand.mag.,
Louise Duus, KABS Stjernevang*

Mange af de mennesker, der søger hjælp på KABS Stjernevang, har heldigvis god gavn af de metodiske tilgange i ACT, MI og DAT¹. Vi kan imidlertid let komme til at overse, at en del mennesker er så sansemæssigt uintegrerede, at de kun i ringe omfang har adgang til følelser og intellekt. Dermed skyder gængse tilgange over målet og adresserer ikke disse menneskers egentlige behov for regulering på nervesystems niveau.

Det drejer sig om mennesker, der pga. af traumer og omsorgssvigt har nedsatte kognitive funktioner. Deres defensive strategier – kamp, flugt og freeze – brager derudad, og al energien opbruges her (1, 2). Ord går over hovedet på dem. De ved ikke, hvordan følelser føles, og de har ikke ord for deres indre tilstande. Atter andre mennesker kan have utrolig mange ord for deres situation, men være ude af stand til at forbinde sig med kroppen og egentlig at mærke indefra. Nogle har meget tydelige egne logikker, som det kan være en fordel at tage konkret udgangspunkt i behandlingen, hvis vi skal kunne skabe det møde, der er afgørende for, at forandring kan finde sted. Disse menne-

¹ ACT: Acceptance and Commitment Therapy, MI: Motivational Interviewing, DAT: Dialektisk adfærdsterapi.

sker vil ikke flytte sig i deres behandling, hvis vi kun tilbyder dem traditionelle samtaler.

I KABS er rummelighed, fantasi og nytænkning en vigtig del af organisationens værdigrundlag. Det har givet plads til, at musik- og kunstterapi² siden 2015 har været en del af den tværfaglige behandlingsindsats i KABS Stjernevang, hvor vi tilbyder ambulant behandling af dobbeltdiagnosticerede mennesker.

² Musikterapi er en kombineret bachelor- og kandidatuddannelse på fem år på Aalborg Universitet, som har eksisteret siden 1982. Kunstterapiuddannelsen på Institut for Kunstterapi i Gadbjerg varer fire år og afsluttes med et speciale og eksamen, før man bliver diplomeksamineret kunstterapeut.

Hvor er den enkelte udfordret – sanser, følelser eller tanker?

Hvordan hjælper vi det enkelte menneske bedst? Det diskuterer vi ugentligt på vores tværfaglige behandlingskonferencer. Det er vigtigt at have overblik over, hvor det enkelte menneske befinder sig i sin proces, for at vi kan tilrettelægge den mest succesfulde behandling.

Neuropsykologen Susan Hart har defineret tre områder af menneskelige processer ud fra et neuroaffektivt perspektiv: Det autonomt-sansende, det limbisk-følelses og det præfrontalt-mentaliserende niveau (se boks).



Ifølge Susan Hart arbejder vi på det forkerte niveau med det menneske, vi ønsker at hjælpe, hvis dét, Daniel Stern kalder *Now Moments* (særlige mættede øjeblikke af nærvær) ikke opstår i behandlingen. Det er vigtigt, at vi gør os klart, på hvilket niveau brugeren er udfordret, så vi er i stand til at møde vedkommende i den nærmeste udviklingszone. Der hvor der kan ske forandring.

Som musik- og kunstterapeuter kan vi arbejde med mennesker på alle de tre niveauer, Susan Hart skildrer, men vi er en af de få faggrupper, der er specialister i at arbejde med nonverbal regulering på det autonomt-sansende niveau. I det følgende giver vi to eksempler på musik- og kunstterapeutisk arbejde på dette niveau, hvor der er fokus på nonverbal regulering gennem krop, musik og det at udtrykke sig gennem billedsprog.

Det autonomt-sansende niveau

Omhandler den basale energiforvaltning og kropssansning, dvs. graden af passivitet/aktivitet ("arousal") og graden af sanset ubehag/behag. Dette niveau regulerer funktionen i alle indre organer og kirtler, og udgør basen for reflekser, instinkter og drifter og er følelseslivets fundament (3).

Det limbisk-følelsesniveau

Omhandler emotionelle interaktionsforventninger. Det vil sige følelsesmæssige forventninger til andre, tillært ud fra tidligere erfaringer. Niveauet er helt centralt i tilknytningen – og dermed relationen – til andre mennesker (3, 4).

Det præfrontal-mentaliserende niveau

Omhandler viljestyret regulering og mentalisering. Dvs. tænkning om mentale og følelsesmæssige tilstande. Niveauet er væsentlig for tænkning, forestillingsevne, refleksion og bevidst planlægning (4).

Case om regulering ind i tryghed og samhørighed

Kim³, er i starten af 30'erne med et dagligt hashforbrug siden niårsalderen og et kokainforbrug siden 11-årsalderen og ønsker hjælp til at stoppe pga. erfaringer med kokainpsykoser. På Stjernevang fortæller Kim for første gang, at han som niårig blev voldtaget af en ældre dreng. Den ældre dreng, som nu er voksen som ham selv, er fortsat meget opsøgende og kontrollerende, og kan ringe 30 gange på en dag for at presse Kim til kontakt og kokainkøb. Kim er præget af traumer og fremstår kognitivt reduceret. Han har svært ved at producere en hel sammenhængende sætning, fordi han nervøst afbryder sig selv. Det er særdeles vanskeligt for Kim at sige nej til sin eneste 'ven', selvom han ikke ønsker at tage kokain. Kim føler sig altid på vagt. Kims eneste erfaring med tryghed, er i Stjernevang. Her møder Kim troligt til musikterapeutisk behandling, opsat på at forandre sit liv.

Vi indleder med to minutters samtale, hvorefter Kim skal ligge på gulvet i en maveliggende position, musikterapeuten har vist ham. En position, der adresserer den asymmetriske toniske halsrefleks, og som har en generel nedregulerende effekt på nervesystemet⁴. Mens Kim ligger på maven i bestemte positioner, laver musikterapeuten nogle dybe tryk på bagsiden af hans krop og guider ham verbalt til at vende sin opmærksomhed mod underlaget, og at det er stabilt under ham og til at regne med. Kim guides til at mærke efter, om kroppen kan sanse, at jorden under ham er stabil, og at han er båret. Til sidst afspiller musikterapeuten et lille stykke forudsigelig og struktureret musik, mens hun (efter tilladelse) holder ham på hovedet. Kim bliver ofte berørt, når han ligger her,

3 Personernes navne i de to cases er opdigtede af hensyn til deres anonymitet.

4 Øvelsen er udviklet på the Institute of Neuro-Physiological Psychology, hvor man har fokus på primitive reflekser, som børn naturligt skal lukke ned i etårsalderen, men som nogle børn og voksne fortsat har åbne. De primitive reflekser kan desuden åbne op i traumatiske reaktioner, og når dette sker, fremstår man sansemæssigt uintegreret og vil få adfærdsmæssige udfordringer (5).

fordi denne oplevelse af sikkerhed og tryghed er en ny erfaring, som er det modsatte af tilstanden af konstant at være på vagt.

Vi spiller også klaver sammen siddende på klaverbænken skulder ved skulder. Vi improviserer og lytter os frem tone for tone uden at spille noget bestemt defineret. Kim begynder i sit høje register, og musikterapeuten følger ham med bastonerne. I begyndelsen spiller han, som han taler og går; abrupt, som om han starter og stopper sig selv uafsladeligt. Musikterapeuten spiller en gentaget struktur og laver en tydelig ramme for det, han spiller. Kim spiller mere og mere flydende, og musikterapeuten mærker, at vi nu 'svinger sammen'. Højt synger musikterapeuten: "Det er dejligt at spille sammen!".

På klaveret ligger Kims mobiltelefon, som er tændt igen under øvelsen ved klaveret. 'Vennen' ringer tre gange under den halve time, vi spiller klaver. Vi stopper med at spille, og er sammen om alle følelserne, der opstår, når 'vennen' vil kontrollere ham. Kim presser, inviteret af musikterapeuten, sin håndflade imod terapeutens, mens hun siger højt: "Jeg tager ikke telefonen. Jeg gider ikke tale med dig". Kim ser triumferende og lettet på musikterapeuten.

Vi spiller videre og etablerer igen fornemmelsen af at svinge sammen. Indimellem er det en udfordring for Kim at holde sine egne musikalske figurer i sit spil, når musikterapeuten spiller noget andet. Nogle gange synger musikterapeuten henover musikimprovisationen: "Jeg holder fast i mig selv; jeg bestemmer selv, hvad jeg vil". Bagefter er Kim begejstret over, hvor godt det lød. Han smiler og fortæller, at han er blevet glad.

Regulering af kamp-flugt tilstand

I casen arbejdes der med at få etableret erfaring af basal sikkerhed gennem kroppen. Den nedregulerende maveliggende øvelse giver Kim

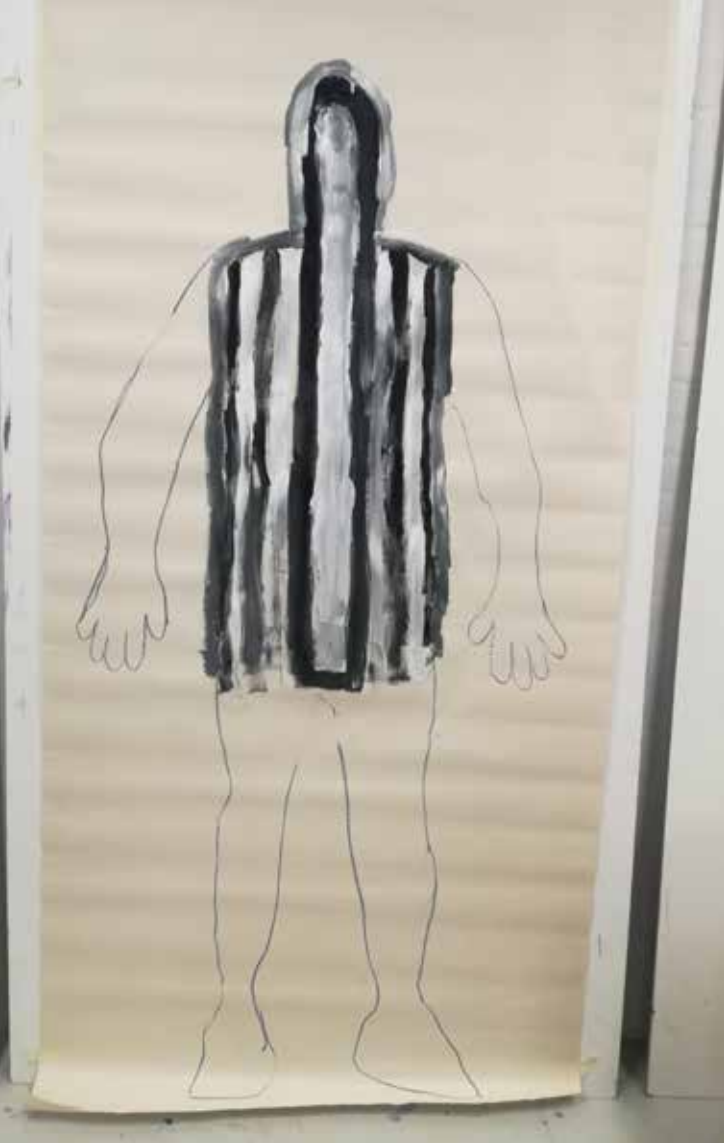
5 Peter Lewine har udtrykt, at man ikke kan være bange og nysgerrige på samme tid (10).

ro og berører ham følelsesmæssigt, fordi det er tiltrængt og ukendt for ham at opleve 'en sikker base' (6). Efter Kim konkret og fysisk er blevet guidet til at regulere sin vagtsomme kamp-flugt respons ned, kan han bedre indgå i en dyadisk tilstandsregulering gennem den mikroudveksling, der finder sted i klaverimprovisationen (7). Musikterapeuten agerer her moderen, der beroliger det lille barn og giver det mulighed for at rumme både frygtsomme og glædesfyldte tilstande, som barnet ellers ikke ville kunne rumme alene. Afstemningen i samspil på klaveret repræsenterer en ny erfaringsmatrice af samhørighed, som Kim har manglet i sit liv (8). Man kan sige, at traumatisering sker i ensomhed og skal heles i kontakt (9). Via forbundetheden med terapeuten får Kim tilstrækkelig kontakt til sig selv, så han er i stand til at afgrænse sig fra 'vennen', når denne ringer. Kim bliver i stand til at handle efter egne ønsker frem for automatisk at handle på sin længsel efter kontakt, uanset hvordan den er. Kims umiddelbare sansning af efterfølgende glæde, ses ofte efter en vellykket regulering⁵.

Case om at integrere det dissocierede og blive hel

Dette eksempel omhandler Ali, der er i 40'erne. Som 17-årig flygtede han alene fra Iran. Han flygtede ikke kun fra regimet, men lige så meget fra en ekstremt voldelig opvækst samt oplevelser af seksuelle krænkelse. Ali kommer i Stjernevang med ønsket om at stoppe sit hashmisbrug.

I det kunstterapeutiske forløb maler Ali sine erindringer. Det er en proces, hvor han begynder at integrere sin egen historie, som han ellers med hashrygning har holdt fra sig i strakt arm. "Mine billeder har vist mig mig selv," siger han. Ali har en oplevelse af at blive hel og mødt med accept, hvor han før følte sig fragmenteret og skamfuld. Ali er en velreflekteret mand, men pga. sine traumatiske oplevelser har han en tendens til at dissociere og dermed fjerne sig fra kroppen, så han ikke er i kontakt med følelserne.



På et tidspunkt peger Ali på sin krop og siger, at han ikke ved, hvordan han har det indeni. Kunstterapeuten tegner et omrids af Alis krop på et stort stykke papir og inviterer ham til at tegne sig selv og prøve at vise de fornemmelser, han ikke forstår. Det kommer der ovenstående billede ud af.

Fangedragten og den hjælpeløse krop

Mens Ali maler, forklarer han at det sorte omrids er aggressionen i ham, der kan svulme op. Stri-berne er de gode og de dårlige følelser, der hele tiden afløser hinanden. Da han træder tilbage og ser på billedet, bliver han chokeret og konstaterer lidt efter: "Det ligner jo en fangedragt".

Vi laver en kropslig afprøvning af billedet, hvor vi står som den krop, han har malet. Ali konstaterer, at han ikke kan bevæge sig, og vi mærker begge, at vi ikke trækker vejret. Kunstterapeu-

ten inddrager et element fra psykodrama og foregiver, at hun tager fangedragten af ham. Ali reagerer instinktivt med at trække vejret dybt og blive meget berørt. Han får adgang til sorgen over sin historie. Adspurgt til, hvad der er inden under fangedragten, svarer han, at det er ham selv som toårig, hvor han kommer i tanke om en helt tydelig fornemmelse af at opleve tryk et kort øjeblik. Han tegner en tegning af dette, og maler mange flere billeder, fordi der efter denne session dukker flere og flere minder op, som han ellers havde lukket ned for. Ali maler "Hjertebilledet" og forklarer, at han har gået rundt som en levende død, men nu kan mærke, at han er i live.

Ali kommer i kontakt med erindringen om som niårig at forsøge at tage livet af sig selv, og hvordan han hver gang efter faderens voldsudgydelser lå helt stille, stiv som en pind, og "lod sjælen forlade kroppen". Dette er en meget klar erindring om dissociation. Han overvældes af voldsom modløshed, og musikterapeuten



vælger derfor at fortsætte reguleringen af det autonome nervesystem via arbejde med kroppen, så han kan komme ud af den hjælpeløse krop og få oplevelsen af egen kontrol. Det er en vigtig pointe fra den oplevelsesorienterede tilgang i musik- og kunstterapi, at vi skal støtte mennesker, der er pacificeret af misbrug, i at blive aktivt handlende i egne liv, og at de kan øve sig med os.

Nonverbal regulering via sanserne

Sammen arbejder Ali og musikterapeuten med bevægelse på mange forskellige måder, blandt andet udfører de en kamp, hvor Ali krummer sig sammen på gulvet, mens terapeuten holder ham nede, og han kæmper sig op at stå. Ali fortæller, at han for første gang har oplevelsen af at være en voksen mand, der kan forsvare sig selv og ikke en lille bange dreng. Ud fra teorien om *Somatic Experience* kan man forstå det sådan, at Ali lærer at rumme sine stærke sansninger, følelser og impulser uden at blive overvældet. Han får afsluttet de uafsluttede instinktive beskyttende handlinger, som han ikke var i stand til, da han var barn (10). Ali fortæller, at han i sin hverdag nu er i stand til at hente sig selv tilbage til nutiden, hvor han kan sanse, at han er i sikkerhed, når de grimme flashbacks brager frem på nethinden.

Gennem kontakt med kroppen etableres oplevelsen af *grounding* – en tilstand, som mange stofbrugere oplever, at de ellers kun kan opnå som stofpåvirkede. Når man er nærværende i kontakt med kroppen og pludselig kan mærke, at der er noget, der holder, at ens krop går dér og dértil, at noget er indeni og noget er uden for én selv, så opstår der et stort rum, hvor tanker, følelser og fornemmelser kan få lov til at være, uden man af den grund bliver væltet helt omkuld. I musik- og kunstterapi lærer man at aktivere sit selvberoligelsessystem. Man lærer kroppens naturlige reguleringsmekanismer at kende og får håndgribelig hjælp til at udholde abstinenser og trang. Man lærer at regulere sig selv med alle de op- og nedture, der hører til dét at være menneske.

Referencer

1. Porges, Steven W. (2011) *The Polyvagal theory. Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication and self-regulation*. New York, W.W.Norton and Company.
2. Perry, Bruce D. og Szalavitz, Maia (2011) *Drengen der voksede op som hund*. Latvia, Hans Reitzels Forlag.
3. Hart, Susan (2009) *Den følsomme hjerne*. Latvia, Hans Reitzels forlag.
4. Bentzen, Marianne (2015) *Den neuroaffektive billedbog*. Latvia, Hans Reitzels forlag.
5. Goddard, Sally (2002) *Reflexes, Learning and Behavior. A Window Into the Child's Mind*. Oregon, Fern Ridge Press.
6. Bowlby, John (2001) *En sikker base, Danmark*. Det lille Forlag.
7. Stern, Daniel N., Sander, L.W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N. og Tronick, E. Z. (2006) Ikke-fortolkende mekanismer i psykoanalytisk terapi: "Noget mere" end fortolkning. I: J.H. Sørensen *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København, Hans Reitzels forlag.
8. Sørensen, L.J. (2012) Dansen med nervesystemet. På sporet af de nonspecifikke psykoterapeutiske faktorer? I: Susan Hart (red.) *Neuroaffektiv psykoterapi med voksne*. Viborg, Hans Reitzels Forlag.
9. Sørensen, L.J. (2005) *Smertegrænsen: Traumer, tilknytning og psykisk sygdom*. Viborg, Dansk psykologisk Forlag.
10. Lewine, Peter (2012) *Kroppens tavse stemme. Hvordan kroppens sprog kan opløse traumer og skabe velvære*. København, Hans Reitzels Forlag.

KAPITEL 8

Læse- og skriveterapi gavner borgere i misbrugs- og psykiatrisk behandling

Læse- og skriveterapi har i en lang række forsøg vist sig at være en succesfuld intervention i misbrugs- og psykiatrisk behandling. Indre ro, styrket koncentrationsevne og stimuleret selvbevidsthed er blandt de positive effekter.

Af læge Birgit Bundesen,
Psykiatrisk Center Amager

Forsøg med læse- og skriveterapi har i en lang række kliniske og non-kliniske samples vist sig at være en omkostningseffektiv, let implementerbar intervention i både misbrugs- og psykiatrisk behandling. F.eks. viser flere undersøgelser lavet blandt såvel college-studerende og alkoholmisbrugere, at skrivning i gruppe har kunnet reducere alkoholindtaget (1,2,3) og kunne være del af en indsats for tidlig intervention.

I misbrugsbehandlingen har en undersøgelse med skriveterapi hos opioidafhængige kvinder vist bedring af den subjektive oplevelse af velbefindende, og alle deltagerne samt personalet havde oplevet skriveterapien som meningsfuld og deltaget med stor entusiasme (4). Der er desuden tiltagende videnskabelig evidens for den positive effekt på mentalt velvære ved deltagelse i kunst- og kulturaktiviteter.

Kunstterapi i misbrugsbehandlingen

Internationalt set har kunstterapi siden 1970'erne været en almindelig del af misbrugs- og psykiatrisk behandling, men i Danmark har den haft begrænset udbredelse. KABS er en af de eksemplariske undtagelser i deres faste tilbud om kunstterapi. Inden

for misbrugsbehandlingen har kunstterapien nemlig længe været anerkendt som virksom intervention (5).



Den mest almindelige kunstterapeutiske approach har primært været anvendt som supplement til den velkendte og velafprøvede 12-trins-misbrugsbehandling, som stammer fra AA-regimet, og især er udbredt i USA. Dets stil er *konfronterende*, og terapiens primære mål er i starten at *nedbryde patientens modstand* mod misbrugsbehandlingen og -ophøret og sætte patienterne i kontakt med egen afmagt og hjælpeløshed. En anderledes tilgang ses i den britiske, psykodynamisk funderede kunst-

terapi tradition, der er mindre konfronterende og mere undersøgende og støttende. Her argumenteres for beskyttelse af forsvarsmekanismer, behovet for terapeutens rummelighed og udvikling af den misbrugendes selvtilid gennem identificering af personlige kvaliteter, blandt andet via styrkelse af kreative processer. Behandlingsmålene inden for denne tradition sigter mod at styrke forsvarsmekanismer, at forstærke personlige styrker og styre ambivalensen henimod beslutningen om misbrugsophør. Nyere, velafprøvede misbrugsbehandlingskoncepter, hvor denne kunstterapi tilgang har vist sig virksom, er *Motivational Interviewing* (MI) og *Stages of Change* (SOC).

Foto fra skrivegruppe afholdt på Distriktpsikiatrisk Center Amager i maj 2018 med forfatter Martin Glaz Serup.

Læse- og skrivegrupperne skal ses som del af et ikke-konfronterende, opbyggende, reflekterende MI-koncept, der kan være med til at modne beslutningen hos den enkelte om misbrugsophør samt være med til at styrke følelsen af personlige evner og bedre samspillet med andre i en gruppe.

Metoden: Creative Writing

Creative writing har primært været anvendt på forfatterskoler og på universiteters skrivekurser, men er beskrevet anvendt i vidt forskellige

sammenhænge, såsom på plejehjem, i et californisk kvindefængsel, til uddannelse af alment praktiserende læger, i behandling af alkoholmisbrug, depression og impuls kontrolforstyrrelser samt til at øge selvværd og *self-efficacy* hos sårbare teenagere. En stor undersøgelse foretaget af kunststyrelsen i England i 2004 konkluderede, at creative writing har en hel række af positive virkninger, men metoden er endnu ikke testet systematisk.

Creative writing er defineret ved den skønlitterære skriveform, hvis fokus er på den kreative proces og på skriftteknik. Det er blevet defineret som enhver form for skrivning, der anvendes til at strukturere betydningsfulde oplevelser, til at dele oplevelser med en interesseret gruppe og til at befri det individuelle udtryk, der bidrager til fysisk og psykisk velvære.

Gruppens struktur og forløb

I pilotprojektets læse- og skrivegrupper sker der fra start en social reorganisering, idet alle introduceres som læsere. Første gang præsenterer deltagerne sig med navn, og alle bedes nævne en god læseoplevelse, man har haft. Skellet mellem behandler, patient og forfatter relativiseres herved. Til at begynde med skal der etableres et fælles sprog, der består af forfatterens erfaringer og deltagernes input og de fælles læsninger. Det understreges, at opgaven ikke er som en danskundervisning eller anden skolesituation, samt at der ikke skal præstere noget specifikt, og at der ikke er nogen rigtig eller forkert måde at skrive eller tale om tekster på. Det vil sige, at intuitive, følsomme og sanselige læsninger kan være lige så gyldige som intellektuelle eller meningsorienterede.

Gruppen som helhed anses fra start for en samlet krop eller en tekst, der endnu ikke er skrevet frem, men som er til stede som mulighedsrum i gruppen fra starten. Der er altså ikke nogen på forhånd given opgave, men alle udsagn anses som udgangspunkt for meningsfulde, og gruppens proces er rettet mod at skrive det allerede eksisterende, meningsfulde i de enkeltes

Hvis jeg var perfekt

Hvis jeg var perfekt ville jeg
være blondine eller brunette
hvis jeg var perfekt ville
jeg være langhåret.
Hvis jeg var perfekt ville jeg
være smuk i alles øjne
Hvis jeg var perfekt ville
Alle hjælpe mig.
Hvis jeg var perfekt var alle
som mig.
Hvis jeg var perfekt ville
jeg ikke engang vide det!

Kvinde, 18 år

TRE HAIKU

NØGENT MORGENGRY

UDVALGTE Menneskesind

MØDES I LIVET

俳

FALSK GUDDOMMELIGT

HASHENS MAGI TAGER FAT

RÅBER UNDER VAND

句

SOLEN LEGER SKY

PSYKOSETUNGE TANKER

LADER KAFFEN STÅ

CHARLEY SOFLA JØRN,
2018, 37 ÅR

MIT DRØMMEHJEM

Mit drømmehjem ligger i
Australien, på en stor grund med
masser af plads. Selve huset er ret
stort, der skal være plads til mig
og alle de dyr jeg lyster, og så er
der selvfølgelig værelser nok til
mine nærmeste, kan komme og
besøge mig. Der er altid varmt
og lækkert så man kan nyde
meget af tiden udendørs. Jeg har
en dejlig stor have, med masser
af smukke planter og blomster.
Jeg har min egen køkkenhave og
er selvforsynende, det er dejligt.
Jeg er ikke afhængig af andre
mennesker.

Isabel

Uddrag fra projektets digtsamling i KABS 2018. Kan downloades på www.kabs.dk

stemmer frem. Forfatter-lederens opgave er at høre, stimulere og orkestrere disse i det skrevne tekstmateriale. I en vellykket gruppe oplever de enkelte deltagere dette ved, at læsningen føles som en kollektiv begivenhed. Højdepunktet nås, når gruppen har en fælles oplevelse af at *opleve kunst* og det flow, der er forbundet med det. Hermed ikke sagt, at teksterne skal være kunst, men de skal have kunstneriske elementer i sig, og det er møderne omkring dette, der giver den særlige oplevelse af at være del af et konstruktivt fællesskab. Dette er pointen med, at lederen af gruppen er kunstnerisk og ikke psykologisk ekspert.

Opmærksomt og rammesat dagdrømmeri

Skriveøvelserne er på forskellig vis designet til at stilisere tanker, og skriveprocessen fungerer som en form for opmærksomt dagdrømmeri (*mindful mindwandering*). Denne stilisering kan ses som en eksternalisering af den indre bevidsthedsstrøm, hvis semibevindste modus giver mulighed for at tune ind på egne tanker

på en ny måde, hvor nyt og uventet materiale kan vise sig. Stiliseringen af tanker i skrift gør det muligt at reflektere over disse på en ny måde. De enkeltes skriveprocesser og sociale interaktioner omkring det særligt kunstneriske flow sammenvæver gruppens matrix til et trykt resonansrum, et drivhusmiljø, hvor spirende stemmer kan drives frem under beskyttede omstændigheder. Hypotesen er, at disse har et efterliv i deltagernes øvrige liv og faciliterer oplevelsen af empowerment, positiv forandring og styrkelse af evnen til at forstå og interagere med sig selv og andre.

Læse- og skrivegruppen skal altså ikke ses som et terapeutisk tilbud, men som "participatory art", altså et tilbud der skal *engagere, involvere og hermed indirekte motivere*. En fordel ved en læse- og skrivegruppe i behandlingssammenhæng er, at det er en struktureret aktivitet, der medierer den sociale interaktion gennem en ramme og faste regler. Men derudover er det op til den enkelte, hvor meget eller lidt man vil dele eller afsløre om sig selv i gruppen. Ud-

gangspunktet er på ethvert tidspunkt teksten, hvorfor det er en vigtig pointe for projektet, at gruppens leder ikke er en sundhedsfaglig person, men en forfatterautoritet med et anerkendt forfatterskab, der kan afvise meget terapeutiske problemstillinger og henvise til arbejdet omkring teksterne som det primære. Herved gives skrivelederen, sammen med co-terapeuten der er læge, på ethvert tidspunkt mulighed for at beskytte den enkelte og de andre deltagere mod at dele ting, der hverken er til den enkeltes eller det fælles bedste.

Fokus er altså på empowerment på en måde, som ikke opleves som at gå i skole og heller ikke som et spørgsmål om at præstere.

Koncentrationsevne, glæde og indre ro

Pilotprojektets præliminære resultater ekkoer ovenstående hypoteser og peger på, at en vigtig effekt af creative writing består i den strukturerede feedback, som forfatteren giver på de skrevne teksters form. Modsætning til andre udbredte skriveinterventioner, såsom *expressive writing* og narrativ terapi, arbejder creative writing hovedsageligt med form og ikke direkte med konfliktfyldt indhold, hvorfor metoden heller ikke defineres som egentlig terapi. Desuden peger pilotprojektet på andre positive tendenser, såsom at deltagernes opmærksomhed og koncentrationsevne styrkes, at de inspireres af de andre deltageres tekster, at de mindes om glædelige ting fra deres fortid, at det er en lettelse, at der ikke tales om sygdom, at skrivningen i gruppen giver indre ro og samling på mange tankespor, at skrivningen stimulerer selvbevidstheden på en positiv måde, samt at de oplever en stærk forbindelse med gruppen.

Disse fund bekræftes af den videnskabelige litteratur på området, hvor forskellige teorier forsøger at redegøre for creative writings indvirkning på mentalt velvære hos mennesker med psykisk sårbarhed. Ifølge nogle forskere (7) kan genfortællingen af dele af ens livshistorie bevirke psykisk forbedring, mens andre (8)

Pilotprojekt

I foråret har der været afviklet et pilotprojekt på KABS Stjernevang med en læse- og skrivegruppe ledet af en skønlitterær forfatter, Adda Djørup, med en lægelig co-terapeut.

Projektet er et videnskabeligt effektstudie med psykologiske målinger før og efter skrivegruppen, der løb over 14 uger. Målgruppen var dobbeltdiagnosepatienter med cannabismisbrug og ADHD. Projektet har været del af et større projekt med læse- og skrivegrupper – også på Psykiatrisk Center Amager og Recovery-enheden Ballerup.

Forfatterne har modtaget struktureret supervision og har siddet med i hinandens grupper, der bestod af seks-otte patienter, et plejepersonale og en lægelig co-terapeut.

Forfatterne og co-terapeuten er løbende blevet superviseret af en psykodynamisk supervisor med årtiers erfaring med psykose- og traumebehandling (professor, overlæge i psykiatri og psykoanalytiker Bent Rosenbaum).

Det samlede projekt danner baggrund for udfærdigelse af et manualkoncept, der skal udkomme i bogform. Der er tale om en tværfaglig arbejdsgruppe af praktiserende kunstnere, læger og supervisor, hvis systematiske tilgang ikke tidligere er beskrevet i forskningslitteraturen.

Forfatterne er: Adda Djørup, Pablo Llambías, Asta Olivia Nordenhof, Martin Glaz Serup.

foreslår, at skrivningen er en form for kognitiv genmediering, der fungerer som en systematisk træning af opmærksomhed og koncentration, og at creative writing er mere effektiv, når fokus er på skriveevne og teknik frem for indhold, samt når fokus er på den poetiske bearbejdning af fortællefragmenter frem for stringens i narrativitet.



Udsagn fra deltagerne

"Jeg har skrevet mig ud af en psykose med et 81-siders langt rimende digt."

(kvinde, 24 år)

"Nogle gange har jeg mange tankepor i hovedet samtidigt, de er viklet sammen som i et stort garnnøgle. Når jeg skriver, kan jeg tage fat i en ende af en tråd og vikle tankerne ud som i en lang tråd."

(kvinde, 22 år)

"I starten var jeg meget nervøs i gruppen, men jeg fik hurtigt følelsen af, at "hey, jeg kan godt skrive!" Det har været kæmpe optur og givet vildt meget selvtillid. Det har spredt sig som små ringe i vandet til andre områder af mit liv."

(kvinde, 41 år)

"Jeg blev meget rørt over de andres tekster og fik meget lyst til også at skrive noget ægte til at dele med de andre."

(kvinde, 22 år)

"Jeg kom i tanke om mange positive ting fra min fortid. Jeg er blevet bedre til at kommunikere mine følelser over for min familie."

(kvinde, 41 år)

"Der var svære ting, jeg kunne skrive om i gruppen, som jeg ikke turde fortælle til min terapeut."

(kvinde, 33 år)

"Når jeg skrev, syntes jeg aldrig, det jeg skrev var særlig godt, men gruppen fik mig ofte til at se mere i mine egne tekster, end jeg selv havde kunnet se."

(kvinde, 41 år)

"Det var en befrielse, at gruppen ikke – ligesom i psykoterapi-grupper som jeg havde deltaget i – kom med gode råd. I skriveøvelserne kan man nå at tænke lidt over, hvad man vil sige, men man har ikke lang tid nok til at gå i selvsving og blive usikker på, om det man skrev nu var godt nok. Og det var ens for os alle."

(mand, 27 år)

København:

Hvis du vil opleve imødekommende og flinke mennesker, åbenhed og respekt, så er du gået forkert.

Den københavnske mentalitet er opbygget omkring ego, selvhøjtidelighed og afsky.

Hvis du klokken 5.30, søndag morgen, er på vej hjem fra en 2dages knaser, du lige har drukket en "skrub-hjem-bajer" på et lille tilrøget, svedlugtende værtshus, og møder et menneske, der er på vej på job eller lignende og man lige siger "Go'morgen" så forvent ikke et "i lige måde" eller et "Go'morgen" tilbage.

Forvent derimod et blik som om du er stukket af fra et sindssygehospital, eller lige har spurgt om vedkommende kunne være interesseret i at sælge sin lever.

Går du hen mod en ældre dame, for at tilbyde hende din hjælp til at komme ind i bussen, fordi chaufføren ikke har sænket hydraulikken, så forvent hverken tak eller et par søde ord om din mors gode opdragelse.

Forvent du hellere at den ældre dame stiller sig på bagbenene og råber "Stop tyven, han tager min taske."

MEDMINDRE:

Du tager ind på Christianshavn. Mere specifikt Christiania, Staden, Øen, Shamba, Studs. Kært barn har mange navne, staden har flere. Og staden har flere forskellige typer mennesker, end den har navne.

Men de har alle det tilfælles at de er glade og hjælpsomme, flinke og åbne. Mangler du en smøg, en lighter, så er dine fellow smokers klar.

Får du et ildebefindende og går omkuld, er der allerede hentet juice, vand og en Snickers til dig inden du når at rejse dig igen. Folk bliver siddende ved dig, holder øje, følger dig eventuelt ned til bussen eller metroen, ingen forventer noget igen, for hvis det var os selv, håber vi at folk også er der for os.

Gå en tur på den store vold, drik en kop med alkohol, se en kamp med deres fodboldhold, køb en nol', ryg en trolld', find en bænk og gå kold. Nyd solen, ta på spiseloppen, op og se live musik bagefter.

Piger i sommerkjoler, drenge der kommer i grupper, lige fra skolen af, jakkesættet, bumsen, familiefaren, turisten. Der er plads til os alle sammen, for det er nærmest vores motto.

Vi ses på Nemoland.

Stefan Legarth

Uddrag fra projektets digtsamling i KABS 2018. Kan downloades på www.kabs.dk

Referencer

- Rodriguez, L., Young, C., Neighbors, C., Campbell, M., & Lu, Q. (2015). Evaluating guilt and shame in an expressive writing alcohol intervention. *Alcohol*, 49(5), 491-498.
- Young, C., Rodriguez, L., & Neighbors, C. (2013). Expressive writing as a brief intervention for reducing drinking intentions. *Addictive Behaviors*, 38(12), 2913-7.
- Baikie KA, Wilhelm K: Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005, 11: 338-346. 10.1192/apt.11.5.338
- Baikie, K.A., Liesbeth, G., Wilhelm, K., 2012. Expressive writing and positive writing for participants with mood disorders: an online randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 136, 310–319
- Horay, Brian J. (2006). Moving Towards Gray: Art Therapy and Ambivalence in Substance Abuse Treatment. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(1), 14-22.
- Allen, P. B. (1985). Integrating art therapy into an alcoholism treatment program. *American Journal of Art Therapy*, 24(1), 10- 12
- Roe, D., & Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. *Medical Humanities*, 31(2), 89-94.
- King, R., Neilsen, P., & White, E. (2013). Creative writing in recovery from severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 444-452.



KAPITEL 9

Multimorbiditet og accelereret aldring – et nyt og stigende fænomen blandt socialt udsatte

En kraftig stigning i andelen af ældre stofbrugere i behandling medfører nye udfordringer i form af flere aldersrelaterede sygdomme. Det skal der være opmærksomhed på og strategier for i behandlingen, anbefaler Henrik Thiesen i denne artikel.

*Af ledende læge Henrik Thiesen,
SundhedsTeamet, Københavns Kommune*

Der er sket en kraftig stigning i andelen af personer over 40 år i substitutionsbehandling. Hvor tallet i 1993 lå på 39% lå det i 2008 på 55% (1). Så hvad skyldes denne stigning? Det er sandsynligvis en konsekvens af både langvarige skadesreduktionstiltag, samt bedre medicin og behandlingsmuligheder for mange af de kroniske sygdomme, som kan være en følge af stofbrug, samt bedre sundhedsforhold for stofbrugere i al almindelighed.

Men samtidig er den forventede levetid i den gruppe af socialt udsatte, som mange stofbrugere tilhører, stadig mindst 20 år kortere end for befolkningen som helhed. Halvdelen får højst ét varmt måltid om ugen, og 54% af stofbrugere vurderer deres helbred som mindre godt eller dårligt. 65% oplever stress i dagligdagen, og cirka halvdelen oplever mangel på energi og lider af træthed i store dele af dagligdagen. Sidst, men ikke mindst, har 45% forsøgt selvmord på et eller andet tidspunkt i deres liv (2).

Det, at stofbrugere, med en forventet høj sygdomsbelastning og et dårligt selvoplevet helbred, overlever længere, kræver at vi i behandlingstilbud for socialt udsatte efterhånden

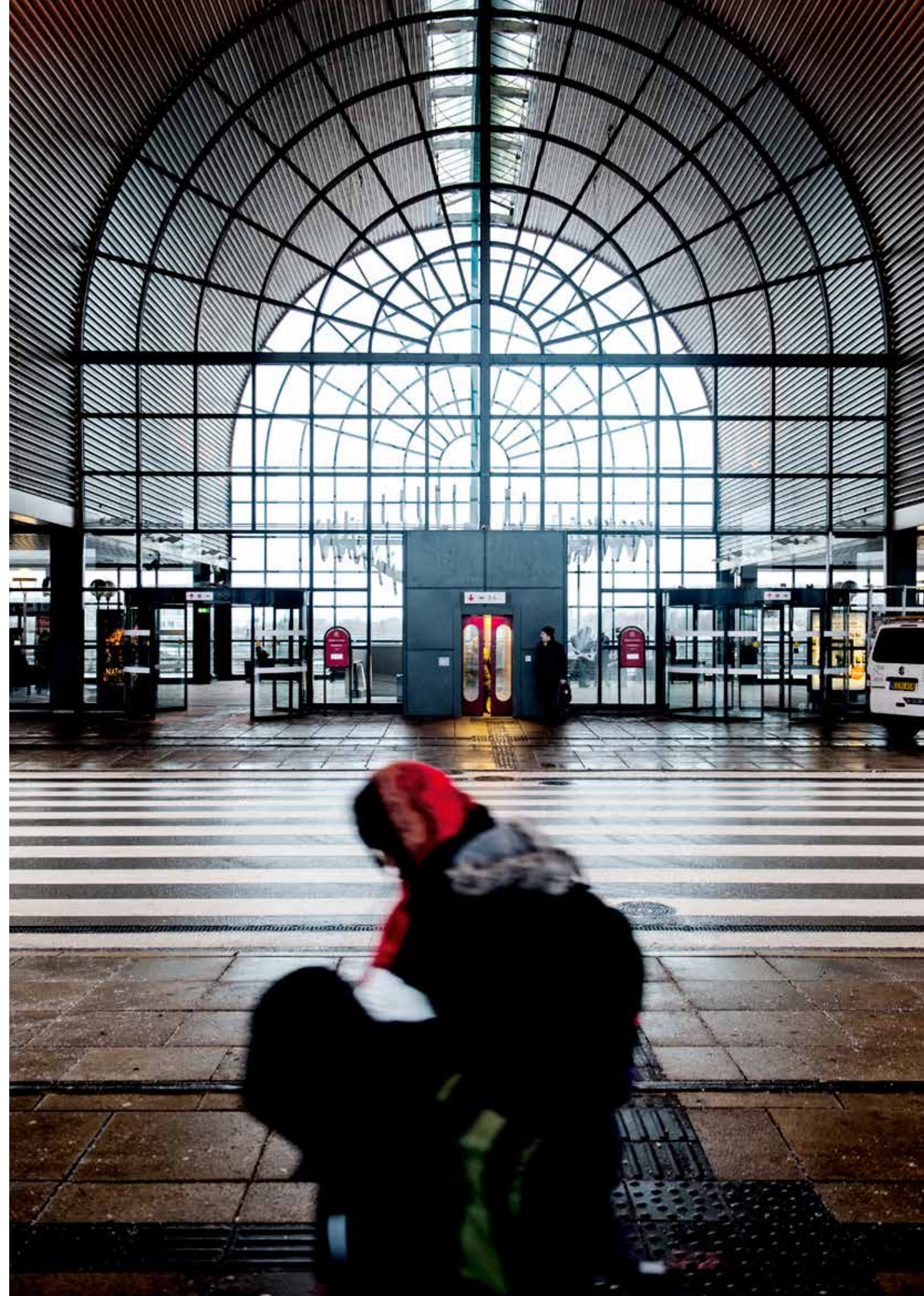
også flytter en del af fokus fra akutte skadesreduktionsopgaver – som dog stadig skal løses – til at kunne håndtere kronisk somatisk aldersrelateret sygdom. Ligesom vi i årevis har haft fokus på dobbeltbelastning i form af stofbrug og psykisk sygdom, skal vi have fokus på tidlig, tilpasset forebyggelse og behandling af de somatiske livsstilssygdomme, som følger gruppen (se figur 1).

Ulighed i sundhed

Da stofbrugere også ofte befinder sig yderst i den sociale sundhedsgradient, er det også her, vi generelt vil se en større andel af kroniske og aldersrelaterede sygdomme. Den øgede risiko kan spores helt tilbage til barndommen, og selvom man kan rette på mange problemer senere i livet, er uligheden en markant driver i sygdomsudviklingen.

De fleste aldersrelaterede lidelser er de samme for stofbrugere, som det er for resten af befolkningen. Men uligheden, som følge af dårlige opvækstforhold, dårligere uddannelse, infektioner, fysisk belastning, stofindtagelse, tobaksrygning og øget alkoholforbrug, medvirker til en øget ophobning af sygdomme.

Som eksempel er cancersygdomme oftest kraftigt relateret til alder, og tidligere døde mange socialt udsatte stofbrugere, før de nåede en



alder, hvor cancersygdommen blev aktiv. I mit eget opsøgende SundhedsTeam fandt vi for 10 år siden ingen cancersygdomme hos målgruppen, men inden for de seneste 2-3 år er antallet af henvisninger til cancerpakker og antallet af patienter med behov for lindrende behandling steget kraftigt.

Multimorbiditet og accelereret aldring

Multimorbiditet er en betegnelse for mennesker med mere end én kronisk sygdom, og det er kendetegnende, at det i aldersgruppen over 65 er mere end halvdelen, som har to eller flere kroniske sygdomme. Den kortere livslængde for mange stofbrugere er et udtryk for en "accelereret aldring", som medfører, at aldersrelaterede sygdomme kommer, langt før vi forventer det, i den almene befolkning.

I et opsøgende projekt i Københavns Kommune i 2005 fandt vi, at den meget marginaliserede gruppe stofbrugere, vi undersøgte, havde mere end seks somatiske sygdomme i gennemsnit i en gruppe, hvor gennemsnitsalderen var 37,5 år (4). Så ligesom multimorbiditet er almindeligt blandt ældre, er det også oftere reglen end undtagelsen blandt stofbrugere.

Kroniske sygdomme har ofte deres rod i langvarig belastning. Det gælder både psykiske sygdomme, hvor f.eks. risikoen for udvikling af angst og depression både kan have deres ophav i traumatiseret opvækst, men også i stofpåvirkning og stofoverdoser. Tilstande som f.eks. ADHD har en meget høj comorbiditet eller samsygelighed med afhængighed og angst. Som det også er vist i mange andre sammenhænge, er der altså et behov for at håndtere afhængighed og den psykiske problematik på samme tid.

Det er hensigtsmæssigt at håndtere de somatiske problemer samtidig med de øvrige elementer. De har nemlig også indflydelse på forløbet af afhængighed og på udviklingen af psykiske sygdomme. En ubehandlet KOL kan f.eks. provokere angsttilstande.

Trippeldiagnose

Der er dog også særlige sygdomme, som er relateret til langvarigt stofbrug og udsathed. De inkluderer hepatitis, lungelidelser, skader på nervesystemet samt psykiske og fysiske skader som følge af langvarig stresstilstand. Nogle lidelser, som cancersygdomme og diabetes, der skyldes organbelastning, så vi ikke tidligere

hos målgruppen. De er nu i stabil stigning som følge af aldring.

Det vil være for omfattende at beskrive alle stofbrugerrelaterede kroniske sygdomme her. Men når man ser bort fra de generelle aldersrelaterede lidelser - som så blot kommer mange år før de gør i resten af befolkningen - så er der i dag lidelser, som kan forudses som følge af de stoffer, der indtages, og den måde de indtages på. Vi har for eksempel i årevis anbefalet skift fra injektion til rygning af stoffer, for at nedbringe smitte med HIV og hepatitis. Men rygning af stoffer ser også ud til at have sine egne problemer, som under alle omstændigheder bør overvejes i skadesreduktionssammenhæng.

I det følgende giver jeg tre eksempler på hidtil oversete problemer, som allerede nu kunne have behov for overvågning, forebyggelse og behandling – eller i det mindste overvågning og rådgivning.

Eksempel 1: Hepatitis C

Hepatitis C er allerede nu en enorm belastning for en stor andel af stofbrugere. Det skønnes, at 17.000 personer har hepatitis C, og en stor del af dem er tidligere eller nuværende stofbrugere. Kun halvdelen er, ifølge Statens Seruminstitut, kendt i sundhedsvæsenet¹. Der har været tilgængelig behandling i mange år, men indtil for nylig har den været langvarig, fuld af bivirkninger og med svingende succesrate. Det har gjort, at mange stofbrugere har fået en lidt opgivende holdning til diagnose og behandling.

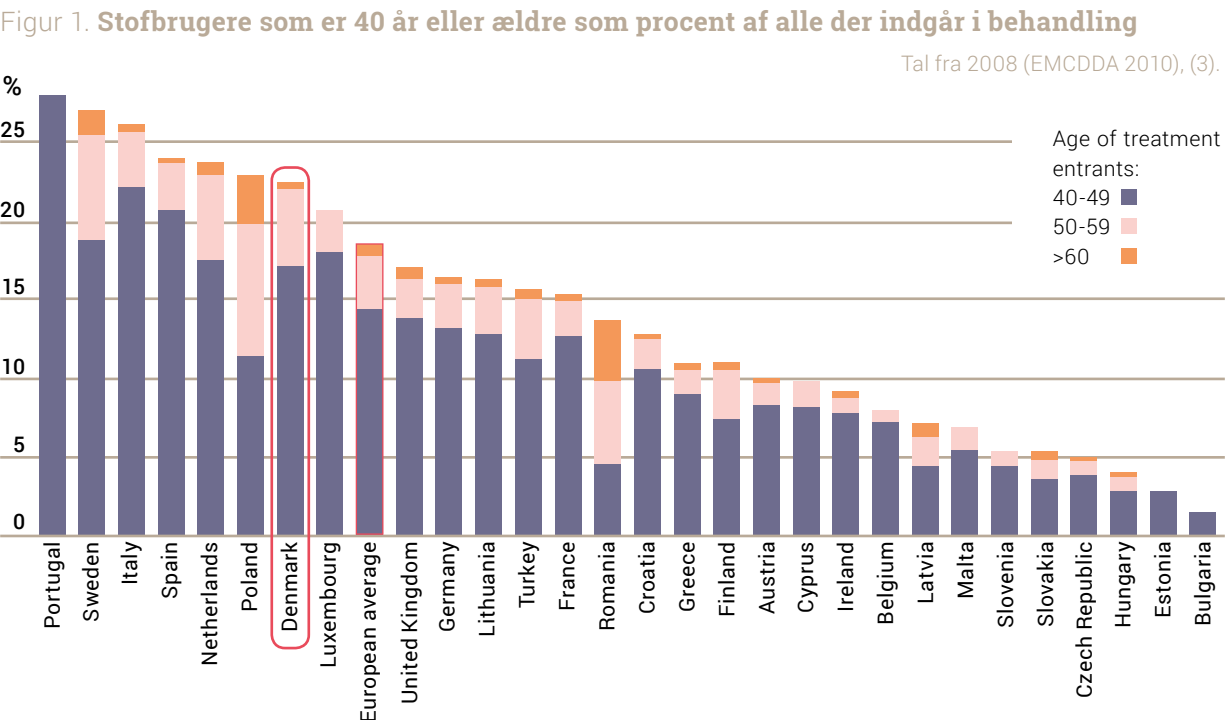
Hepatitis C har været udbredt i stofmiljøerne i mange år og smitter med blod og sekreter. Virussen er lumsk på den måde, at der ikke nødvendigvis er nogen tegn på infektion. Men infektionen gør leveren mere skrøbelig, så der er en forhøjet risiko for at få leverfibrose, hvilket ødelægger leverens struktur og funktion og i sidste ende kan føre til skrumpelever med svære fysiske følger. Ud over skrumpelever, er der over en 10-15 årig periode en forhøjet risiko for levercancer, som udvikles af hepatitis-C

virussen selv, men som forværres to-tre gange af en alkoholindtagelse blot lidt større end Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Behandlingen for hepatitis C er voldsomt forbedret i de senere år med næsten bivirkningsfri medicin og en meget høj succesrate. Inficerede kan findes ret enkelt med ny teknologi, men medicinen er indtil videre af rent økonomiske årsager tilbageholdt fra stofbrugere². Det gør, at smittepresset i stofbrugergruppen stadig er til stede, og at unge smittes – og det med livslang risiko, uanset om de ophører med stofindtagelse. Der bliver naturligvis testet i stofmisbrugsbehandlingerne i Danmark, men en meget stor del af de mere end 8000 stofbrugere, som ikke er kendt i sundhedsvæsenet, er heller ikke i stofmisbrugsbehandling. Der er altså en stor opgave med opsporing, diagnostik og rådgivning og ikke mindst behandling uden for de vanlige behandlingssystemer. De personer, som ikke findes og behandles, udvikler for en stor del leverfibrose og for nogles vedkommende cancer, hvilket skal kontrolleres ved dyre ambulatoriebesøg flere gange årligt i 10, 20 eller 30 år, og som samtidig vil have meget stor negativ effekt på livskvaliteten.

Eksempel 2: Hjerte-lungesygdomme og kokain

Crack-rygning kan medføre akutte problemer med sammentrækning af blodkarrene i lunger og hjerte, hvilket kan medføre hjertesmerter og blodpropper. I en del tilfælde er der også set en langvarig effekt af kokainrygning i form af forstørrelse af hjertet og dårlig pumpefunktion med efterfølgende risiko for blodpropper. Det er kendt, at man akut kan få forstyrrelse i hjertemuskelfunktionen og i nogle tilfælde ødelæggelse af hjertets muskulatur, som kan føre



1. <https://www.ssi.dk>
2. Redaktionel note: Efter ... indlevering af denne artikel er der i Danmark truffet beslutning om, at diagnosticerede brugere med kronisk hepatitis fra 1. november 2018 skal tilbydes behandling, det ændrer dog ikke ved forfatterens pointer (jf. Medicinrådet: <http://www.medicinraadet.dk/media/9515/behandlingsvejledning-med-laegemiddelrekommandation-kronisk-hepatitis-c.pdf>).



til kronisk dårlig hjertefunktion. Påvirkningen af blodkarrene i lungerne kan medføre akutte blødninger og "crack-lung", ligesom langvarig påvirkning af kokain kan fortykke muskulaturen i de små bronkiegrene og føre til lungefibrose.

Mange af de tilfælde, som er beskrevet, er enkeltcases, fordi der ikke kan laves undersøgelser med kontrolgrupper. Men en brasiliansk undersøgelse af 22 crack-rygere har påvist, at mange forskellige kroniske og akutte lungeproblemer er udløst af crackrygning (5). Stofbrugere, som injicerer kokain sammen med andre stoffer, som for eksempel metadon – hvilket er forholdsvis almindeligt i vores stofindtagelsesrum i København – har risiko for at ophobe talkumkrystaller i lungevævet og udvikle kronisk lungefibrose og 'stenlunge' (6).

Forebyggelsesopgaven er her at give information om risikoen for kroniske hjerte-lungeproblemer og at tilbyde opsøgende lunge-røntgen og lungefunktionsundersøgelser i de miljøer,

hvor der ryges kokain. Problemet er ofte, at kroniske crack-rygere er voldsomt stressede og kan have svært ved at deltage i undersøgelser. Derfor vil en vedvarende oplysningskampagne og opfølgning af sundhedstilstanden hos tidligere rygere være på sin plads.

Eksempel 3: Neurologiske skader og heroin

Det største problem ved opioider er den vedvarende risiko for overdosis gennem en stofbrugers liv. Grænsen for overdosis er flydende og påvirkelig af, om man indtager flere stoffer samtidig, og om der er fysisk sygdom. Der kan opnås en massiv tolerance, som til gengæld også hurtigt kan forsvinde. Overdoser fører til nedsat vejrtrækning og iltmangel i de indre organer inklusiv hjernen. En til to procent af overdoser fører til dødsfald.

Problemet med de mange overdoser er, at skaderne hober sig op og medfører en ringere funktionsevne over tid, ligesom de indre organer bliver mere sårbare over for andre sygdom-

me. Kognitive forstyrrelser og måske tidlige demenstilstande er blandt konsekvenserne.

Siden 1990'erne har der været projekter med uddannelse af stofbrugere og pårørende i behandling af overdoser, og siden 2010 har vi haft forskellige projekter i Danmark, som fokuserer på livredning og indgift af opioidblokeren Naloxon som næsespray. Udviklingen af en næsespray har været understøttet af den katastrofale situation i USA, hvor overdosis er en af de hyppigste dødsårsager. Naloxon som næsespray er en forebyggelsesopgave på linje med hjertestartere, hvor det gælder om at forkorte den tid, hvor den enkelte stofbruger har iltmangel. Derfor er tilgængelighed overalt i miljøer med heroinbrug et hovedmål i forebyggelsen.

I stofindtagelsesrummene er opioidoverdoser typisk ved injektion, mens de stort set ikke forekommer ved rygning. Derfor har det, i skadesreduktionøjemed og for at nedbringe smitte, været anbefalet at skifte fra injektion af heroin til rygning eller snifning. I en ny og

gennemgribende oversigtsartikel i *Journal of the American Medical Association*, hældes der dog lidt malurt i bægeret, idet den beskriver en degenerativ hjernesygdom; *leucoencephalopati*, som ses meget hyppigere i forbindelse med rygning fra folie end ved injektion. Sygdomme opstår sandsynligvis på grund af toksiske stoffer, som opstår fra heroinen, når den opvarmes og indtages. Leucoencephalopati skyldes ikke aluminiumforgiftning fra foliet (7). Ved leucoencephalopati nedbrydes myelinskederne i hjernevævet, og det medfører forskellige skader afhængigt af, hvor skaderne sker. Psykomotoriske forstyrrelser, kognitive problemer og koncentrationsbesvær er almindelige. Hele patologien bag leucoencephalopati er ikke afklaret, men vi bør under alle omstændigheder undersøge pludselige forandringer og ikke blot afskrive dem som psykisk sygdom eller følger af overdosis.

Afsluttende anbefaling

Listen over kroniske sygdomme, der er risiko for ved stofbrug, er lang og omfatter de fleste organsystemer. Skadesreduktion og sygdomsforebyggelse over for stofbrugere bør altså være langt mere omfattende end blot uddeling af rent værktøj. En skadesreduktion version 2.0 omfatter tæt samarbejdende sundheds- og socialtilbud tæt på stofbrugeren.

Referencer

1. Pirona, Alessandro: *Ageing High-Risk Users in Europe Implications for Policy and Responses*. EMCDDA.
2. Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M., og Ekholm, O. *SUSY UDSAT 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte, 2018.
3. EMCDDA. *Treatment and care for older drug users*. Selected Issue, 2010.
4. Schacke J., og Thiesen H. *Evalueringsrapport for Sundhedsprojektet, Kontaktstedet Forchammersvej og Kontaktstedet Mændenes Hjem*. Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune, 2005.
5. Almeida, RR. et al.: Cocaine-Induced Pulmonary Changes: HRCT Findings. *J Bras Pneumol*. 2015, 41(4), 323-330.
6. Restrepo C.S et al. Pulmonary Complications from Cocaine and Cocaine-Based Substances: Imaging Manifestations. *RadioGraphics*, 2007, 27, 941-956.
7. Alambyan, V. et al. The Emerging Role of Inhaled Heroin in the Opioid Epidemic: A Review. *Journal of the American Medical Association: JAMA Neurology*, Published online July 9, 2018. doi:10.1001/jamaneurol.2018.1693.

KAPITEL 10

Fra sidste stop til bedste stop

Socialt udsatte afhængige bliver ligesom den øvrige befolkning ældre. Sundholm Pleje tilbyder målgruppen en bolig samt social- og sundhedsfaglige ydelser, der bidrager til at stabilisere og om muligt forbedre beboernes livskvalitet og helbred.

Af institutionsleder, Trine Krak, Center for Udsatte voksne og familier, Københavns Kommune

Sundholm Pleje består af tre §108 botilbud: Plejekollektivet, Kollektivet og Fristedet. De tre tilbud rummer tilsammen 51 pladser og er et af de få plejetilbud, der er til ældre borgere med misbrug og plejebehov.

Beboernes livssituation er ved indflytning i tilbuddet ofte kaotisk og præget af mange års hårdt liv i udsatteområdet. Tilbud til hjemløse borgere, f.eks. herberger, eller omfattende forfald i eget hjem. Nogle af kendetegnene ved gruppen er afhængighed, misbrug, ressourcervagt netværk, angst, skader som følge af brug af rusmidler, psykiske lidelser, rodløshed, kriminalitet, vold, mangel på lægekontakt/of-fentlige instanser, demenslignende symptomer, lav tolerancetærskel, initiativløshed og lav motivation.

Beboernes afhængighed er altoverskyggende og har efterladt dem et sted, hvor mulighederne er få, og drømmene oftest må nedjusteres til at omfatte en bolig i et §108 botilbud efter serviceloven. Et tilbud med døgnstøtte, accept af brug af rusmidler og social og sundhedsfaglige medarbejdere som en del af hverdagen.

Ikke noget drømmetilbud

De færreste beboere drømmer om en plads i tilbuddet, men accepterer omstændighederne og takker ja. Det gør de på trods af fordommene i miljøet om, at tilbuddet er "sidste stop". Netop derfor er det væsentligt, at personalet i tilbuddene hver dag bestræber sig på ikke blot at blive "sidste stop" men også være "bedste stop".

Fordommene afspejler på sin vis virkeligheden. De fleste af beboerne ender deres liv i tilbuddet. Få efter kort tid, mange efter flere år. Således har vi netop taget afsked med en beboer, som fik hele 18 år i tilbuddet. Det er ikke det typiske billede, men som nævnt i indledningen, ser vi også, at denne målgruppe bliver ældre og ældre, og flere af vores beboere fejrer 60 års fødselsdag, mens de bor hos os. Gennemsnitsalderen er pt. 51 år. Et nyt og trist faktum er, at flere og flere nyindflyttede og kommende beboere på ventelisten er helt ned i 30-årsalderen, og enkelte i slut 20'erne.

Beboerne har, unge som ældre, kvinder som mænd, de klassiske kendetegn fra målgruppen. Hos den ældre del af gruppen ser vi naturligt flere aldersbetingede lidelser, og sammen med gruppens øvrige kendetegn og kompleksitet gør det, at vi nødvendigvis må have en stærk sundhedsfaglig indsats.



Beboere i Plejekollektivet 2018.

Hvordan vi lykkes, når vi lykkes

Vi lykkes kun, når vi tager udgangspunkt i den enkelte beboer, i dennes misbrug, behov, adfærd og ressourcer i nogenlunde den rækkefølge. Beboerne har alle et mangeårigt og invaliderende misbrug, som stadig er aktivt og er deres dominerende problematik. I tilbuddene bor både alkohol-, stof- og hashbrugere. De færreste har et rendyrket brug af enten det ene eller det andet rusmiddel, men de fleste har et foretrukket valg, der gerne suppleres med det, der er tilgængeligt. Flere af beboerne får metadon, men har et sidemisbrug. Højst 10 beboere benytter udelukkende alkohol som rusmiddel.

I det daglige er personalet vidne til nogle ekstremt destruktive livsforløb. Beboernes misbrug er altid det første i deres prioriteringsrække, og jo før vi erkender det og arbejder ud fra

Om Sundholm Pleje

- §108 længerevarende botilbud til socialt udsatte, aktivt misbrugende og plejekrævende mænd og kvinder over 18 år med behov for ophold i døgnregi med massiv støtte.
- 51 pladser, heraf 13 forbeholdt dobbelt-diagnosticerede.
- Ca. 50 ansatte hovedsageligt: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og pædagoger, samt et mindre tværgående team med monofaggrupper, f.eks. ergoterapeut, risikomanager og køkkenpersonale.
- Ledes af institutionsleder samt afdelingsleder og socialfaglig afdelingsleder.

den forudsætning, jo før lykkes vi med vores indsatser.

Den ´nye´ beboer bruger den første periode til at falde til, og vi bruger den første periode til at lære beboerens vaner og personlighed at kende. Vi stiller få, eller ingen, krav, og altid kun når det er nødvendigt. Et eksempel kunne være, at sikkerhed eller tryghed er i fare pga. beboerens udadreagerende adfærd. Her stiller vi krav, hvor vi på den ene side vægter sikkerhed og på den anden side beboerens trivsel og selvbestemmelsesret. Vi taler om, hvad der trigger beboerne, og hvad der trigger os selv.

Vi møder beboere med en voldsom adfærd, heldigvis oftest verbalt. Trusler og stride verber udtrykkes jævnligt fra beboerne mod personalet, og det er en løbende proces at tage afstand fra det og arbejde målrettet og insisterende på den ordentlige kommunikation mellem personale og beboere. Det er ligeledes en løbende proces at tage påvirkningen af sprogbruget seriøst og som medarbejder se det som sin pligt at anmelde, når man udsættes for trusler eller verbal chikane. Det er afgørende, at personalet er trygt i arbejdet og oplever, at påvirkningen af jobbet tages seriøst.

Hvordan fastholder vi medarbejderne

Vi arbejder hårdt på at undgå, at afmagt, udtrykt i forråelse, flytter ind og tager ophold i personalets sprogbrug og tænkning. Det er så let at lade sig rive med af frustration og afmagt, og det kan være så umådeligt svært at holde den faglige fane højt. Men det lykkes, hvis man insisterer, taler højt om det, og er indstillet på at hjælpe sine kollegaer med deres blinde vinkler og selv modtage samme hjælp. Vi er gode til at se de vigtige betydninger i de små forandringer.

En af vores selvfortællinger er, at det tager to år at falde fagligt til som medarbejder i tilbudene. I de to år trænes medarbejderen i at bevæge sig i et miljø, hvor de møder skæbner,

der er mere belastede end de fleste. Et miljø, der er mere destruktivt end udviklende, og med beboere, som generelt er meget vanskelige at motivere til og fastholde i udvikling.

Vi arbejder målrettet med at udvikle os til at blive anerkendt som et speciale. Vi er en niche i udsatteområdet, hvor det aktive og dominerende misbrug er i front. Det kræver en særlig og specialiseret tilgang, som dels udvikles med interne supervisionsforløb, uddannelsesstrategier og med masser af praksisnær faglighed, men også ved at dele ud af vores viden, blandt andet til uddannelsesinstitutioner og videnskabelige undersøgelser. Vi stiller gerne vores viden og dygtige medarbejdere til rådighed for at rette fokus på denne målgruppes særlige behov.

Etik i hverdagen

Vi har udviklet en intern etisk trekant, hvor dimensionerne selvbestemmelsesret-værdighed-omsorg danner ramme for den dialog, personalet har om de dilemmaer, de møder i hverdagen.

Dilemmaer, som opstår, når vi gang på gang er vidner til, at beboerne udsætter deres helbred og liv for alvorlig risiko. Misbrug der trods advarsler fortsættes og indirekte understøttes af vores tilbud om hjælp til at administrere lommepenge eller alkohol. Dilemmaer der opstår, når en beboer prostituerer sig, lader sig udnytte eller mishandle, eller når basale nødvendigheder som kost eller medicin fravælges. Beboere med sår, som ikke er motiverede til behandling, mangler sygdomsindsigt eller ikke kan gennemføre.

At have en etisk ramme om vores dilemmaer og frustrationer sikrer, at personalet fastholder den professionelle tilgang i deres refleksioner. Vi arbejder med en tilgang, hvor beboeren rummes og plejes på et accepteret grundlag. Vi definerer begreber, når begrebet i sig selv udfordrer vores gængse opfattelse af succes. Hvordan går rehabilitering f.eks. hånd i hånd

med destruktivitet? Det kræver, at vi er villige til at se på den præmis, vi har, frem for de begrænsninger, begrebet kan tilføre, hvis det fol-des ud uden hensyn til specialet.

Vi rummer og favner

At rumme beboerne er et begreb, der trods sine år på bagen stadig har værdi hos os. I ordet "rumme" kan der for nogle være en mislyd af "tålt ophold". Sådan er det ikke hos os. I vores begrebsdefinition af "rumme" ligger også at favne. Vi favner, fordi vi ved, det virker. Vi favner vores beboere, og deres afhængighed. Det har de sjældent mødt før.

Efterhånden som beboerne oplever, at vores rummelighed er favnende, og har tillid til det, begynder vi at kunne arbejde med mere målrettede indsatser. Vi kalder det nanomål, for det er oftest små mål og til en start ofte med et sundhedsfagligt fokus. De socialfaglige indsatser dækkes af overskriften "social færdighedstræning" og spænder over alt fra samtaler, praktisk bistand og individuelle pædagogiske processer, hvor der laves fokusområder særligt med stabilisering af f.eks. misbrug, økonomi, netværk/familie og beskæftigelse for øje.

Vi forsøger at være fagligt kreative og modige, og vi tager gerne en omvej eller ti for at lykkes med vores arbejde. For os er det vigtigt, at vi står stabilt, fordi det giver tryghed og tillid for de beboere, som ikke gør det. Vi ved godt, at beboeren er eksperten i sit eget liv, men vi ved også, at vores ekspertise er uundværlig for beboeren. Det giver grobund for godt partnerskab.

Vi arbejder med kontaktpersonsystemet, da de gode relationer er bærende for samarbejdet. De sidste tre år har vi med succes implementeret ´Low Arousal´. Det har givet personalet et endnu stærkere fundament i forhold til at danne sunde relationer til beboerne og dermed være med til at puste til de små forandringspotentialer, som de spotter. Vi forsøger at skabe et alternativ til misbruget ved at bygge en

hverdag op, hvor der tilbydes både impulsive og faste aktiviteter, daglige måltider, kulturbe-givenheder og sociale arrangementer, ligesom alle højtider fejres på behørig vis. Det er vigtigt for os at signalere, at beboeren har ret til at være i verden som den, han/hun er, og at vores rammer kan rumme det.

Fra sidste stop til bedste stop

Enkelte beboere bevarer en utilfredshed med og tilbagetrukkethed i forhold til tilbuddet, men langt størstedelen af vores beboere holder hurtigt meget af deres hjem og lader det blive deres sidste. Mange omtaler de positive forandringer, tilbuddet har givet dem, og den ro, de finder. Mange mener, at tilbuddet reddede deres liv, da alt var værst, og rigtig mange mener, at det er det bedste sted, de har været, når nu det ikke kunne være anderledes. Så er vores mission lykkedes.

Misbrugsbegrebet

- Når vi benytter begrebet misbrug, ønsker vi ikke at dømme beboerens afhængighed, men derimod give beboerens brug af rusmidler den tyngde, som vi mener, den har. I forhold til beboernes indtag af rusmidler gælder og begrundes følgende, i vores optik, brugen af begrebet misbrug:
 - Rusmidlet indtages uhæmmet og ukritisk og er 100% styrende for beboerens gerninger og livsindhold.
 - Indtag af rusmidlet kan karakteriseres som værende destruktivt og ødelæggende for beboerens liv.
 - Indtag af rusmidlet forringer på omfattende vis beboerens sundhedstilstand, der har taget og stadig tager skade af indtaget, og som med stor sandsynlighed vil ende beboerens liv.
 - Der arbejdes som udgangspunkt ikke med nye initiativer til rusmiddelbehandling.



KAPITEL 11

Dobbeltdiagnoser – dobbelt op ét sted

Stofmisbrug og psykisk sygdom er hver for sig alvorlige lidelser med mange konsekvenser og følgeproblemtikker for den enkelte. At hjælpe disse mennesker kræver en samlet, højt specialiseret, rummelig og fleksibel indsats¹.

Af specialkonsulent Kathrine Bro Ludvigsen og centerleder, Rasmus Axelsson, KABS

Siden stofmisbrugsfænomenets opståen i Danmark har debatten om psykiatriens rolle gentagne gange været debatteret. Det var imid-

lertid først med Narkotikarådets anbefalinger i 1999; Indsatsen for svært integrerbare psykisk syge stofmisbrugere at der for alvor kom fokus på behovet for at få placeret et klart behandlingsansvar i forhold til at hjælpe målgruppen (2).

Knap 20 år efter Narkotikarådets påpegning af dette behov, er der forsat diskussion om, hvor behandlingsopgaven er bedst placeret. Problemet er imidlertid, at diskussionen udspringer af to organisationsformer, som ikke formår at tilpasse sig entydigt efter målgruppens behov for hjælp. Den ene organisation er regionernes behandlingspsykiatri, og den anden er den kommunale misbrugsbehandling med udgangspunkt i sundhedslovens §142 og servicelovens §101.

På årets sidste dag i 2017 fremsatte regeringen sit sundhedspolitiske udspil *Sundhed, hvor du er*. I denne anbefaler regeringens udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen en "Vurdering af det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling (dobbelbelastede)" (3). Hermed er debatten om behandling af dobbeltdiagnoser fortsat helt aktuel.

Multibelastede mennesker

Psykiske lidelser blandt mennesker med misbrug af rusmidler er velkendte - nogle opgørelser peger på, at 40-60% af mennesker med et stofmisbrug også har en psykiatrisk lidelse (4). I Sundhedsstyrelsens seneste opgørelse over narkotikasituationen fremgår det, at der de sidste ti år er sket en markant stigning af mennesker behandlet i psykiatrien med en stofrelateret bidiagnose. Stigningen ses mest i forhold til bidiagnoser relateret til cannabis (5). Samtidig peger Kommunernes Landsforening i deres udspil på, at der de seneste år er sket en stigning af sårbare, skrøbelige unge, som både kæmper med misbrug og psykisk lidelse som f.eks. personlighedsforstyrrelser (6).

Det er en væsentlig pointe, at dobbeltdiagnosticerede mennesker ofte karakteriseres med komplekse problemstillinger ud over den psykiatriske lidelse og misbruget. Det drejer sig bl.a. om nedslidte eller få sociale relationer; hyppige akutindlæggelser og afgiftninger; hurtigere sygdomsudvikling (f.eks. udvikling af psykose); øget risiko for selvmord; øget kontakt til politi og kriminalforsorg; dårlig boevne; manglende sygdomsindsigt; afbrudte behandlingsforløb og hyppigere genindlæggelser; overdødelighed og kortere levetid mv. (7, 8). Forværringen af dobbeltdiagnosticeredes livssituation kan dels forklares ved, at de to problemstillinger forstærker hinanden, dels at behandlingen som bekendt er fragmenteret, hvorved borgeren lander mellem to stole.

Det er naturligvis ikke alle mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, der har ovenstående karakteristika, men behandles de to lidelser ikke, er risikoen for yderligere udvikling af problemer overhængende.



¹ Dele af artiklen er bragt i KABS' notat om dobbeltdiagnosebehandling i fremtiden (1).

Udredning og integreret
behandling er alfa omega

Det er imidlertid langt fra alle mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug, der bliver udredt og diagnosticeret². Mennesker med stofmisbrug udskrives generelt hurtigt fra psykiatrien, da stofmisbrug traditionelt har været et udelukkelseskriterium her. En undersøgelse fra 2011 viste tilsvarende, at 85% af borgere med psykisk sygdom og misbrug i alderen 20-29 år ikke var i misbrugsbehandling (9). Den manglende hjælp til psykiske problemer og problemer med rusmiddelbrug har den konsekvens, at borgeren ofte får svært ved at samarbejde om at tage imod andre tilbud. Det kan f.eks. dreje sig om uddannelses- og beskæftigelsestilbud, fritidsaktiviteter, etablering eller fastholdelse af sociale relationer, bolig mv.(8).

Det er vigtigt, at behandlingen af borgere, med samtidig rusmiddelfafhængighed og psykisk lidelse, integreres, således at begge problematikker behandles samtidig, allerede fra første henvendelse. Borgeren kan have været syg siden tidlig ungdom og måske have en historik i psykiatrisk behandling. Under alle omstændigheder kan et misbrug starte og accelerere, hvis personen oplever, at symptomer kan dæmpes eller problemer håndteres med rusmidler. Der opstår derved en form for ’selvmedicinering’.

I disse tilfælde ser vi ofte først borgerne, når de ikke længere oplever den ønskede effekt af selvmedicineringen og at deres egen løsningsmodel altså er faldet fra hinanden. Nu er der imidlertid ikke kun tale om de psykiske sygdomssymptomer, men ofte også et ukontrolleret afhængighedssymptom og en række ledsagende sociale problemer. Behovet for hjælp bryder gennem sektorgrænserne og ofte er eller har flere aktører været involverede op til henvendelsen til misbrugsbehandlingen. Borgerens forsøg på at opsøge hjælpen, hvor den lovgivningsmæssigt er forankret, bliver fragmenteret og begynder at smuldre for både borgeren og behandlingssystemerne.

Faglighed,
rummelighed, fleksibilitet og tid

Som beskrevet i KABS’ notat til debatten om behandling af dobbeltdiagnose, bør dobbeltdiagnosebehandling varetages af fagprofessionelt personale med en høj grad af psykiatrisk viden og erfaring, så behandlerne ikke overser, misforstår eller fejlfortolker symptomer eller bevæggrunde for den enkelte borgers misbrugsmønster. Psykiatrisk viden er imidlertid ikke tilstrækkeligt i sig selv, da en kvalificeret behandling fordrer misbrugsfaglighed, herunder teoretisk viden og metodiske færdigheder i forhold til rusmiddelfafhængighed. Begge ekspertiser er nødvendige for at sikre en integreret behandlingsindsats, hvor det enkelte fagområde kvalificerer og supplerer det andet.

På baggrund af KABS’ mangeårige erfaring med dobbeltdiagnosebehandling anbefales det, at behandlerteams sammensættes af både somatiske og psykiatriske speciallæger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger mv. for at sikre den nødvendige monofaglige, metodiske og tværfaglige ekspertise.

Ligeledes bør behandlingen organiseres med teamstruktur for en dynamisk opgaveglidning til de enkelte faggrupper³. Behandlerteams bør ikke organiseres med en for omfattende brugerportefølje, hvilket blandt andet begrundes i tyngden af de problemforhold, målgruppen repræsenterer⁴. Konsekvensen af en omfattende brugerportefølje er, at der ikke er tilstrækkeligt med tidsmæssige ressourcer til at tilbyde en tilstrækkelig behandlingsmæssig indsats.

Personlige kompetencer som omstillingsparathed, tålmodighed, engagement og indfølelse må ligeledes fremhæves som centrale kompetencer hos den enkelte fagprofessionel.

2 KABS’ speciallæger i psykiatri udreder løbende de borgere, der indskrives i KABS’ misbrugsbehandling (4).
3 Kapitel 13 i dette Årsmagasin.
4 Den primære behandler bør ikke have mere end otte brugere.

le. For at lykkes med dobbeltdiagnosebehandling er behandlerne – og behandlingssetup’et – nødt til at kunne sadle om, hvis den behandlingsplan, der først er besluttet, ikke virker. Borgerens situation kan pludselig ændre sig, hvorfor et rigtigt behandlingssetup med standardiserede forløb vil komme til kort.

En samlet behandling

To systemer, som organisatorisk ikke kan overskride sine grænser, vil vedblive med at have udfordringer med at skabe en sammenhængende, helhedsorienteret behandlingsindsats, der matcher disse borgeres behandlingsbehov.

Men de to behandlingsdele bør ikke adskilles. At behandlingen foregår under samme tag og i tæt parløb er en kæmpe gevinst for borgeren, misbrugsbehandleren og psykiateren. Det gør, at misbrugsbehandlingen med større sandsynlighed kan lykkes, fordi vedkommende ikke er hallucineret, ikke er angst eller opmærksomhedsforstyrret i samme grad, som da vedkommende startede i dobbeltdiagnosebehandlingen.

Sideløbende med den psykiatriske behandling løber misbrugsbehandlingen, således at et stort misbrug dæmpes og stabiliseres. Når det kaotiske misbrug dæmpes, bliver det lettere at lykkes med medicineringen af de psykiatriske symptomer. Psykiateren får et klarere billede af de psykiatriske symptomer, fordi misbruget stilner lidt af.

Referencer

1. KABS. *Behandling af misbrugere skal samles ét sted! Fagligt notat til regeringens udspil Sundhed, hvor du er baseret på behandlingscenteret KABS’ erfaring*, august 2018. Notatet kan downloades på www.kabs.dk
2. Narkotikarådet. *Indsatsen for svært integrerbare psykisk syge stofmisbrugere. Narkotikarådets anbefalinger*. København, 1999.
3. Sundheds- og ældreministeriet. *Sundhed, hvor du er. Opfølgning på udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*, december 2017 <https://www.regeringen.dk/publikationer-og-aftaletekster/sundhed-hvor-du-er/>
4. Schmidt, John. Psykiatrisk udredning, diagnostik og behandling. *Årsrapport 2014*, KABS, maj 2015. Findes på www.kabs.dk
5. Sundhedsstyrelsen. *Narkotikasituationen i Danmark 2017*. København, 2017.
6. Kommunernes Landsforening. *Styrket indsats til mennesker med psykiske vanskeligheder*, maj 2018.
7. Johansen, Katrine Schepelern. *Dobbelt diagnose – dobbelt behandling*, KABS VIDEN, 2009 findes på www.kabs.dk
8. Ludvigsen, Kathrine Bro. Socialsygepleje i psykiatrien – udfordringer og muligheder. I: *Socialsygepleje i somatik og psykiatri*, Kathrine Bro Ludvigsen og Nina Brünés (red), KABS VIDEN, 2013 findes på www.kabs.dk
9. Amilon, Anna et al. *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København, 2016.

KAPITEL 12

Samarbejde mellem psykiatri og misbrugsbehandling – og bud på hvorfor det er svært¹

Sundhedsministeren har varslet, at regionerne skal overtage ansvaret for misbrugsbehandlingen til gavn for mennesker med psykisk lidelse og misbrug. Artiklen peger dog på, at løsningen ikke nødvendigvis fjerner de udfordringer, der præger arbejdet i dag.

Af ph.d., leder og seniorforsker
Katrine Schepelern Johansen,
Kompetencecenter for Dobbeldtagnoser,
Region Hovedstadens Psykiatri

I Danmark har vi formelt set et delt behandlingsansvar i forhold til mennesker, der har misbrug og psykisk sygdom. Den psykiske sygdom skal behandles i den regionale behandlingspsykiatri og misbrug i den kommunale misbrugsbehandling. Men da psykisk sygdom og misbrug hænger meget tæt sammen, giver denne formelle opdeling i praksis udfordringer både for menneskene med en dobbeltdiagnose og for behandlingssystemet.

Den politiske løsning indtil nu² har været at understrege behovet for samarbejde mellem de to parter, og en række initiativer er blevet taget for at støtte op om samarbejdet, f.eks. Retningslinjerne for de Koordinerende Indsatsplaner fra Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen i 2014 og puljemidler, bl.a. fra satspuljen, der gennem de sidste cirka ti år er blevet givet til at styrke samarbejdet mellem psykiatri og misbrugsbehandling.

I denne artikel ser jeg på en række af disse samarbejdsprojekter fra perioden 2007-2017 og på, hvad vi kan lære om samarbejdet og de institutioner, der skal samarbejde. Der er ikke tale om

en udførlig liste over projekter, og der er tale om projekter, der har været gennemført i Region Hovedstaden. Det er dog min vurdering, at de mere generelle pointer om samarbejdet, som jeg identificerer, har relevans ud over den sammenhæng, hvori projekterne er gennemført.

Projekterne

Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb. I dette projekt blev sygeplejersker fra misbrugsbehandlingen ansat i psykiatrien for at sikre, at patienter med misbrug, der blev indlagt, fik et bedre behandlingsforløb. Indsatsen mødte dog en række udfordringer; socialsygeplejerskerne måtte konstant argumentere for misbrugsperspektivet i den psykiatriske behandling, hvilket flere gange blev afvist af psykiaterne. Derudover så socialrådgiverne på de psykiatriske afdelinger socialsygeplejer-

skerne som konkurrenter, ligesom socialsygeplejerskerne måtte trække sig fra den tætte patientkontakt, for at plejepersonalet fik plads til deres alliance med patienterne (2).

Projekt Integreret Indsats var et samarbejdsprojekt mellem et psykiatrisk center og to kommuner. Her holdt man fælles behandlingsmøder mellem psykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri hver 14. dag og fik på den måde etableret en fælles tilgang (3). Projektlederne i projektet erfarede dog også, at det var vigtigt, at selve samarbejdet blev adresseret på disse fælles møder (4).

Klinik for misbrug og ikke-psykotiske sindslidelser var et andet samarbejdsprojekt, der involverede et psykiatrisk center og syv kommuner. Behandlingstilbuddet blev etableret på et psykiatrisk center, og medarbejdere fra den kommunale misbrugsbehandling deltog i udredning og behandling her.

Projektet formåede dog kun i meget begrænset omfang at inkorporere perspektiverne fra misbrugsbehandlingen i behandlingstilbuddet, og flere metoder herfra blev afvist som ikke-evidensbaserede. I interviews, der blev lavet med det personale, der i praksis skulle samarbejde,



¹ Denne artikel er en forkortet version af artiklen Dual Diagnosis Treatment in Denmark – Models of Cooperation and Positions of Power, der publiceres i *Qualitative Studies*, vol. 1, nr. 2. Læsere, der er interesserede i en mere omfattende præsentation af de forskellige projekter, metoder, position og analytiske modeller, henvises til denne artikel.

² 31/12 2017 varslede sundhedsministeren, at der skal ske en ændring af opgavefordelingen i forhold til mennesker med en dobbeltdiagnose, således at regionerne overtager ansvaret for misbrugsbehandlingen (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017). Vi ved endnu ikke, hvordan disse ændringer kommer til at se ud, eller hvordan dobbeltdiagnosegruppen defineres og afgrænses (1).



beskrev personalet fra psykiatrien, at de havde svært ved at se, hvad de skulle bruge perspektiverne fra misbrugsbehandlingen til, og personalet fra misbrugsbehandlingen beskrev, at de ikke kunne se noget formål med at deltage i behandlingen (5).

Fællesteam på botilbud var endnu et samarbejdsprojekt mellem et psykiatrisk center og en kommune. Her etablerede man et fælles team bestående af to medarbejdere fra psykiatrien, to medarbejdere fra kommunen og en medarbejder med brugerbaggrund, der skulle tilbyde integreret dobbeltdiagnosebehandling til beboere på et botilbud.

Teamet lykkedes med at få inkluderet en lang række beboere, der ikke tidligere havde deltaget i behandling, og samarbejdet med den lokale psykiatriske afdeling fungerede også godt.

Den koordinerende indsatsplan blev udviklet af Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen i 2014. Den koordinerende indsatsplan er en fælles plan mellem psykiatri og misbrugsbehandling og eventuelt andre aktører, hvis der er behov for det.

Planen laves på et indsatsplansmøde, hvor medarbejdere fra de forskellige instanser deltager. Borgeren skal være med, hvis vedkommende ønsker det. Pårørende kan også inviteres, hvis borgeren ønsker det. I Region Hovedstaden blev den først implementeret i et fælles projekt mellem Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri, og dét, der præsenteres her, er erfaringer fra dette projekt. De peger på, at medarbejderne finder det ressourcekrævende at indkalde til møde og deltage i det, og selvom man egentlig synes, at idéen er god, så har det været svært at få planen udbredt i praksis (6).

I projektet blev det også klart, at der var forskellige incitamenter til at deltage i projektet. Misbrugsbehandlingen havde håbet, at den koordinerende indsatsplan kunne fungere som en genvej ind i psykiatrien, således at man undgik den almindelige visitationsprocedure; psykiatrien havde en interesse i at sikre, at dette ikke skete.

Screeningsprojektet på Frederiksberg. Det sidste projekt, som jeg vil nævne her, er et projekt, der fokuserer på screening for psykisk sygdom

blandt brugere indskrevet på et kommunalt misbrugscenter. Sådanne projekter har været gennemført flere steder i Danmark.

Princippet er, at man på misbrugscenteret screener borgerne, og hvis man her identificerer noget, der kan være psykiatriske problemer, bliver borgeren henvist til en psykiater på det lokale psykiatriske center. Her udredes borgeren, og der bliver eventuelt lavet en henvisning til et relevant tilbud. Projektet er blevet positivt evalueret af deltagerne – et vigtigt punkt er, at det formelle samarbejde også understøtter uformelle udvekslinger og rådgivninger.

Samarbejde

I organisationssociologien har man igennem mange år interesseret sig for organisationer, der skal samarbejde. I denne artikel anvender jeg den amerikanske organisationssociolog David Brown (7). Når organisationer skal samarbejde, så er der behov for, at begge parter er nødvendige i opgaveløsningen, og at der er en forståelse for dette hos begge parter. Og allerede her peger gennemgangen af samarbejdsprojekterne på et problem: Det er tydeligt, at misbrugsbehandlingen oplever at have brug for psykiatrien, men dette gør sig ikke gældende i samme omfang for psykiatrien. Flere af projekterne viser, at psykiatrien ikke oplever at have brug for det faglige perspektiv, som misbrugsbehandlingen repræsenterer.

En anden udfordring for samarbejdet er, at man i projekterne arbejder som om, der er tale om to ligestillede organisationer, der skal samarbejde. Reelt er der imidlertid tale om to meget forskellige organisationer, som ikke er ligestillede. Psykiatrien er et specialiseret tilbud, man skal visiteres til, og repræsenterer en begrænset og dermed attraktiv ressource modsat misbrugsbehandling, hvor der er uvisiteret adgang. En anden vigtig forskel er, at psykiatrien som en medicinsk profession trækker på den prestige, som er knyttet til moderne medicin, hvorimod misbrugsbehandling er knyttet til en knapt så prestigefyldt socialfaglig profession.

Konklusion

Analysen peger på nogle udfordringer for samarbejdet mellem psykiatri og misbrugsbehandling – udfordringer som samarbejdsprojekterne typisk ikke har adresseret – nemlig forskellige opfattelser af behov for samarbejde og forskellige magtpositioner i forhold til hinanden. Det varslede udspil om ændringerne af ansvaret for behandlingen af mennesker med en dobbeltdiagnose (se note 2) kan ses som et udtryk for, at man har taget udfordringerne med at få samarbejdet til at fungere seriøst og derfor har valgt at implementere en strukturel ændring, der overflødiggør samarbejdet.

Denne tolkning har dog to problemer. For det første begrundes udspillet fra ministeriets side med en henvisning til kvalitet – det vil sige samme argument, som psykiatrien afviste misbrugsbehandlingen med i flere af projekterne – uden at forholde sig til, hvad det er for en kvalitet, som psykiatrien kan tilbyde. For det andet vil en flytning af misbrugsbehandling ikke garantere, at vi ikke fortsat har samarbejdsproblemer omkring mennesker med en dobbeltdiagnose – nu bare internt i regionerne – og fortsat samarbejdsproblemer i forhold til den række af andre kommunalt forankrede indsats, som mennesker med en dobbeltdiagnose typisk har brug for.

Referencer

1. Sundheds- og Ældreministeriet. (2017). *Sundhed, hvor du er*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
2. Ludvigsen, K.B. (2013). *Socialsygepleje i psykiatrien – udfordringer og muligheder*. I: Ludvigsen, K.B. & Brünés, N. (red). *Socialsygepleje i somatik og psykiatri*. Glostrup, KABS VIDEN.
3. Deloitte.Social. (2016). *Model for integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug*. Håndbog. Odense: Socialstyrelsen.
4. Johansen, K.S., & Børsting-Andersen, S. (2015). *Kulturspor i Projekt Integreret Indsats*. København: KORA.
5. Buch, M.S., Thygesen, P., & Johansen, K.S. (2015). *Tværsæktorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug*. København: KORA.
6. Buch, M.S., & Petersen, A. (2017). *Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner*. København: KORA.
7. Brown, L.D. (1983). *Managing Conflict at Organizational Interfaces*. USA: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.

KAPITEL 13

Den vellykkede dobbeltdiagnose-behandling – erfaringer fra Specialambulatoriet KASA¹

Hvornår virker behandling af mennesker med dobbeltdiagnoser egentligt, og hvilke krav og forudsætninger stiller det til behandler-teamet? På Specialambulatoriet KASA har man siden 2004 varetaget integreret behandling af borgere med dobbeltdiagnoser.

*Af behandlingskoordinator og socialrådgiver
Ida Darré og psykolog Gitte Christiansen,
KABS KASA*

KASAs optag omfatter borgere inden for et bredt spektrum af psykiatriske diagnoser, herunder depression, angst, ADHD, personlighedsforstyrrelser og skizofreni – samt brug af rusmidler og ofte et sidemisbrug af benzodiazepiner, centralstimulerende stoffer, cannabis og alkohol.

Et særligt behandlingsparadigme

Når KASAs dobbeltdiagnosebehandling virker, er det bl.a. fordi, den er forbundet med et behandlingsparadigme, der tilsigter individuel og situationsbestemt tilfældighed, og som tager udgangspunkt i borgerens behov, mål og ønsker, i stedet for standardiseret behandling eller pakkeforløb. Erfaringen viser nemlig nødvendigheden af at etablere individuelle og fleksibelt tilrettelagte behandlingsforløb. Det kræver et fagprofessionelt personale med en høj grad af psykiatrisk viden og erfaring, så behandlerne ikke overser, misforstår eller fejlfortolker symptomer eller bevæggrunde for den enkelte borgers misbrugsmønster.

Men psykiatrisk viden er ikke nok i sig selv - en kvalificeret behandling fordrer også misbrugsfaglighed. Begge ekspertiser er nødvendige i forhold til at sikre en integreret behandlingsind-

sats, hvor det enkelte fagområde kvalificerer og informerer det andet. Samtidig er personlige kompetencer og værdier som omstillingsparathed, tålmodighed, indfølelse, rummelighed, nytænkning, og ikke mindst interesse for det enkelte menneske, også centrale kompetencer hos den fagprofessionelle. Arbejdet bør foregå i dynamiske teams sammensat af forskellige faggrupper². Behandlerteamet bør ikke have en for stor brugerportefølje pga. de problemforhold målgruppen repræsenterer. Desuden skal afdelingsledelsen have beslutnings- og handlekompetence i forhold til behandlingstilrettelæggelse og kunne understøtte udviklingen af selvledende teams.

En helhedsorienteret tilgang

Pernilles case viser, hvordan dobbeltdiagnosebehandling bør have en helhedsorienteret tilgang til borgerens liv. Dobbeldiagnosticerede borgere er ofte kendetegnet ved multiple problemer udover den psykiske lidelse og misbrug af stoffer bl.a; hjemløshed, isolation,

- ¹ Artiklen er en redigeret udgave af en længere version, bragt i notatet; *Behandling af misbrugere skal samles ét sted! Fagligt notat til regeringens udspil Sundhed*, hvor du er baseret på behandlingscenteret KABS' erfaring, august 2018. Det samlede notat kan hentes på www.kabs.dk
- ² Det drejer sig om somatiske og psykiatriske speciallæger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger mv. for at sikre den nødvendige monofaglige, metodiske og tværfaglige ekspertise.



Case

Pernille³ er en 24-årig kvinde, der blev henvist til KASA med henblik på behandling for et omfattende kokainmisbrug samt et stort alkoholoverforbrug med et stærkt selvdestruktivt element. Samtidig er hun diagnosticeret med en svær ADHD samt mental retardering (oligofreni).

Pernille har i løbet af sin barndom flere gange været henvist til psykolog og psykiater og været tilknyttet flere opholdssteder pga. adfærdsmæssige problemer, bl.a. svært udadreagerende adfærd.

Hun bor i egen lejlighed, men har brug for støtte til praktiske forhold i hjemmet. Pernille har fået tildelt en hjemmevejleder, men hun oplever, at tiden til den praktiske hjælp er for kort, og at samarbejdet er vanskeligt.

Pernilles forældre tager sig derfor af en lang række støttefunktioner i forhold til økonomi, transport og koordinering af kontakt til diverse instanser. Begge udviser tegn på krise efter fejlslagne forsøg på at få relevant behandling og støtte til deres datter, så de tilbydes pårørendesamtaler ved KASAs psykolog. Efter kort tid står det klart, at den behandlingsmæssige indsats ikke kun bør rettes mod Pernilles kognitive vanskeligheder samt løbende motivationsarbejde i forhold til misbruget. Indsatsen bør i ligeså høj grad tilrettelægges som en langsigtet plan, der skal fremme Pernilles overordnede funktionsniveau gennem selvstændiggørelse og tilegnelse af praktiske færdigheder.

I samarbejde med Pernilles kommunale sagsbehandler lægges en plan for tilknytning til et botilbud samt opnormering af hjemmevejlederens ugentlige støttetimer.

³ Alle navne i artiklens cases er opdigtede af hensyn til borgernes anonymitet.

Case

Susan er en 54-årig kvinde med uspecifiseret skizofreni, der har været i behandling i KASA for et samtidigt kaotisk blandingsmisbrug af hash, alkohol, benzodiazepiner og centralstimulantia.

Susan har gennemlevet en svært traumatisk opvækst med vold, misbrug og andre former for groft omsorgssvigt. Susan er godt begavet, men er så svært præget af kaotiske tanker og indre uro, at hun har vanskeligt ved at målrette sin tænkning og sin adfærd. Hun kan være verbalt udskældende og devaluerende og var i sine unge år også fysisk udadreagerende. Hun er som følge af dette blevet bortvist fra en række forskellige institutioner og behandlingssteder, før hun blev indskrevet i KASA.

Susan har et stort ønske om at få et stille og roligt liv med kontakt til enkelte venner og familiemedlemmer, men hun bliver nemt frustreret og kommer ofte i konflikt med andre mennesker. I KASA tager hun både imod medicinsk-, psykosocial- og psykologisk behandling, samt, i en længere perio-

de, psykosociale ydelser i form af ledsagelse, deltagelse i den miljøterapeutiske café samt motiverende samtaler.

Behandlingseffekten er i en årrække objektivt set begrænset, formentlig pga. det massive blandingsmisbrug. Men Susan gør visse fremskridt i forhold til basal egenomsorg og nærmer sig, efter flere års behandling, en parathed til at reducere sit misbrug.

Kvalificeret dobbeltdiagnosebehandling for Susan er i vidt omfang en rummelig og omsorgsfuld tilgang fra behandlerteamet, der kan håndtere en til tider stærkt devaluerende adfærd, og som er i stand til at gribe de situationer, hvor hun er parat til at arbejde mere målrettet med sine forandringsønsker. En væsentlig forudsætning for behandlingen er tid og tålmodighed.

Susan udtalte jævnligt om sin tid i KASA, at hun ikke var i tvivl om, at KASA var med til at redde hendes liv.

kaotisk økonomi, familieproblemer, somatiske følgesygdomme, arbejdsløshed mv. Derfor er det vigtigt, at behandlingsinstitutionen så tidligt som muligt og i samarbejde med borgeren afdækker problemer, der kan hindre, at behandlingen lykkes.

I praksis betyder det, at effektiv dobbeltdiagnosebehandling har fokus på de mange forskellige støttebehov, borgeren har, og som må løses gennem samarbejde med eksterne aktører og foranstaltninger⁴. De aktører, der er medvirkende i den samlede rehabiliteringsplan, skal løbende identificeres og inddrages.

Det skal sikre sammenhæng mellem dobbeltdiagnosebehandlingen og parallelle indsatser, f.eks. beskæftigelsesrettede afklaringsforløb, støtte til udvikling af færdigheder i hjemmet og gældsrådgivning. Men det skal også skabe overblik for borgeren i forhold til hvilke fagprofessionelle aktører, der er inddraget i behandlingsplanen. Muhammeds case viser netop nødvendigheden af at inddrage andre relevante aktører i indsatsen.

⁴ KASA samarbejder typisk med borgerens kommune, egen læge, kriminalforsorgen, almenpsykiatrien, distrikpsykiatrien og sundhedsfagligt personale i somatisk regi mv.

Progression tager tid

Tid er en af de vigtigste forudsætninger for en kvalificeret og vellykket dobbeltdiagnosebehandling, hvilket casen om Susan – som de øvrige cases – illustrerer. Det er alfa omega, at der afsættes den nødvendige tid til koordinering af parallelle indsatser, løbende informationsudveksling, møder, udfærdigelse af indsatsplaner og systematisk tilpasning og opfølgning.

Tid er også en afgørende faktor for det relationelle arbejde. Har behandlingsstedet ikke den fornødne tid til at opbygge et tillidsfuldt samarbejde med borgeren, vil udrednings- og behandlingsforsøg komme til kort, for borgeren vil ofte ikke være i stand til at tage imod det.

Det skyldes, at mange dobbeltdiagnosticerede mennesker, ud over de diagnostiske hovedkategorier, også lider af PTSD og/eller tilknytningsforstyrrelser grundet svære opvækstvilkår. Mange dobbeltdiagnosticerede møder derfor i behandling med en helt grundlæggende ambivalens og tillidsproblemer. Tidsforbruget bør altid afstemmes fleksibelt i forhold til den konkrete brugers samlede livssituation og behandlingsbehov. Desuden bør dobbeltdiagnosebehandling altid bygge på en forståelse af, at progression kræver tid, og at et behandlingsforløb periodisk vil omfatte både regression og stilstand. Netop derfor bør behandlingen ikke tilbydes i en på forhånd defineret og afgrænset periode.

Case

Muhammed er en 38-årig mand, der henvises til KASA til behandling for hashmisbrug. Da Muhammed først tilknyttes huset, er han så præget af et årelangt og massivt hashforbrug, at han ofte ikke formår at møde op i afdelingen.

Gennem det første år arbejdes der løbende på at skabe kontakt til og motivere Muhammed til at møde op i KASA, hovedsageligt via behandlingssamtaler i hans eget hjem. Hjemmet er svært ufremkommeligt, så Muhammeds kommunale sagsbehandler inddrages ift. tildeling af hjemmevejleder. En hjælp, Muhammed finder brugbar.

Muhammeds hashforbrug har desuden resulteret i en omfattende gæld, så han ledsages til professionel gældsrådgivning. I starten er Muhammed præget af store hukommelsesproblemer samt stor ambivalens i forhold til at nedsætte sit hashforbrug. Med vedholdende, respektfuld kontakt og

understøttelse af Muhammeds egne ønsker om forandring, integreres han langsomt i KASA og begynder gradvist at deltage i behandlingsrettede aktiviteter, bl.a. psykologsamtaler, den miljøterapeutiske café, motionsgruppe og individuelle behandlingssamtaler. Desuden bliver der stillet en psykiatrisk diagnose (bipolar lidelse), som han modtager relevant medicinsk behandling for. I løbet af det følgende år lykkes det Muhammed at stoppe sin hashrygning helt. Det betyder, at han skal til at forholde sig til sin egen identitet på en helt ny måde.

I denne periode støttes han i et samarbejde med jobcenteret, der bl.a. involverer en speciallægeundersøgelse samt ledsagelse til møder i jobcenteret, der munder ud i tildeling af et ressourceforløb. Ved udskrivning fra KASA nærmer Muhammed sig så småt arbejdsmarkedet gennem virksomhedspraktikker, hvilket han aldrig tidligere i sit liv er lykkedes med.



KAPITEL 14

Eksklusion som forebyggelsesstrategi og unges reaktion herpå

Myndigheder udsteder i stigende grad 'restaurationsforbud' til personer med illegale rusmidler. Et nyligt afsluttet forskningsprojekt viser, hvordan forbuddet kan påvirke unges sociale liv og trivsel negativt, samt hvordan det kan føre til nye former for risikoadfærd.

Af lektor, ph.d. Thomas Friis Søgaard, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Restaurationsforbud og kampen mod illegale rusmidler

I mange danske byer udsteder myndighederne i dag 'restaurationsforbud' til personer, som tages i besiddelse af illegale rusmidler til egen brug eller videresalg. Brugen af restaurationsforbud indgår som en central del af 'kampen mod narko' og myndighedernes forsøg på at indføre en nultolerancepolitik over for illegale rusmidler i nattelivet. Et restaurationsforbud er en administrativ sanktion, som udstedes af politiet i tillæg til den straf, som udmåles i det strafferetslige system. At få et restaurationsforbud betyder typisk, at en person ikke må vise sig på den restauration, hvor de har begået en strafbar handling, i op til to år. Aalborg har i mange år været foregangsby, når det kommer til brugen af restaurationsforbud. Siden starten af 2000'erne har politiet i Aalborg udstedt såkaldte 'udvidede restaurationsforbud'. I Aalborg betyder det, at personer, der får et restaurationsforbud i og omkring Jomfru Ane Gade, ikke blot har forbud mod at frekventere den beværtning, hvor de har begået en strafbar handling, men hele 44 beværtninger i to år.

En af grundene til, at myndighederne i stigende grad gør brug af restaurationsforbud, er, at

disse hævdes at have en stor afskrækkende og kriminalpræventiv effekt på unges adfærd i nattelivet. Man antager, at unges frygt for at blive frataget muligheden for at feste på deres foretrukne beværtning(er) vil have en positiv effekt på deres adfærd og højne den generelle tryghed i nattelivet. Mens borgernes problematiske adfærd i nattelivet tidligere primært blev forsøgt reguleret ved brug af restriktive bevillingslove, så repræsenterer brugen af restaurationsforbud en mere individualiseret kontrolform, der er rettet mod den enkelte 'uansvarlige' forbruger. Brugen af restaurationsforbud bygger på en forebyggelseslogik, som hævder, at nattelivsbrugeren er en rationel aktør, der gennem trus-

ler om og oplevelsen af udelukkelse kan guides til at træffe fornuftige valg.

Selvom der ikke findes nogen solid videnskabelig dokumentation for forbuddenes kriminalpræventive og tryghedsskabende effekter, så har de seneste års skifte i retningen af forebyggelsestiltag, der virker gennem afskrækkelse og sanktion, betydet, at et voksende antal unge oplever at være ekskluderet fra hele nattelivsområder i længere perioder. På Center for Rusmiddelforskning har vi netop afsluttet et forskningsprojekt, som undersøger, hvordan unge oplever og forholder sig til dét at få et udvidet restaurationsforbud i Aalborgs natteliv¹.



¹ Søgaard, T. F. (2018). Voices of the Banned: Emergent Causality and the Unforeseen Consequences of Patron Banning Policies. *Contemporary Drug Problems*, 45(1), 15-32.

Søgaard, T. F. & Middelbo, R. R. (2018). Afskrækkelse som forebyggelsesstrategi og unges oplevelser heraf. *STOF. Tidsskrift for stofmisbrugsområdet*, 30, 29-33.

Forskningsprojektet bygger på interviews med ti forbudsdømte unge og på kvantitative data fra politiets database POLSAS. Der er god ræson i at undersøge, hvordan unge oplever og forholder sig til dét at få et restaurationsforbud. Ikke fordi sådan viden kan bruges til direkte at teste, om restaurationsforbud faktisk reducerer kriminalitet i nattelivet, men fordi denne viden kan kaste lys over, om de politiske målsætninger, som bruges til at retfærdiggøre brugen af restaurationsforbud, også opnås. Herudover kan et fokus på de forbudsdømtes perspektiv også give et indblik i nogle af de utilsigtede negative effekter, som et restaurationsforbud kan have på unges liv og adfærd.

Afskrækkelse – at lære af straffen?
Fra midten af 2011 til midten af 2015 udstedte politiet i Aalborg udvidede restaurationsforbud til 388 personer. Mens nogle fik forbud, fordi de havde begået vold, tyveri eller var blevet taget med et våben, så viste data fra politiets sagsregister (POLSAS), at mere end to tredjedele (70,6%) havde fået forbuddet, fordi de havde overtrådt lov om euforiserende stoffer. Langt størstedelen var blev udstedt på baggrund af, at en person var taget i besiddelse af meget små mængder af illegale rusmidler til eget forbrug.

I Aalborg har politiet retfærdiggjort brugen af 'udvidede restaurationsforbud' med udsagnet om, at unges oplevelse af at være ekskluderet fra nattelivet vil have en positiv effekt på forbudsdømtes fremtidige adfærd. I tråd med dette forklarede en informant:

"Jeg fortryder det selvfølgelig. Jeg kunne aldrig finde på at tage stoffer med i byen igen. Det gør jeg ikke. Jeg har lært af min straf. Jeg synes, man kunne godt nøjes med et år eller et halvt år, der kan man allerede nå at fortryde."
(Interview, Kent)

Data fra politiets sagsregister viser, at politiet jævnlgt udsteder 1500 kroners bøder til unge, der overtræder deres forbud. I tråd med dette

viste vores interviews, at mange forbudsdømte jævnligt overtræder deres forbud, nogle endda meget systematisk:

"Jeg var i byen weekenden efter, jeg fik forbuddet. Der var ingenting. En måneds tid efter mødte jeg tre betjente. En af dem var ham, der havde taget mig. Jeg var lige ved at gå ind i ham. Han kunne ikke kende mig. Ja... Så jeg går bare i byen, som jeg har lyst til. Jeg skænker næsten ikke forbuddet en tanke, når jeg går i byen."
(Interview, Nikolaj)

I Aalborg skal politiet hver weekend forsøge at holde styr på, at flere hundrede forbudsdømte ikke overtræder deres to-årige forbud i et natteliv, som frekventeres af mange tusinde andre gæster. I praksis er dette en noget nær umulig opgave. Politiets manglende evne til systematisk at håndhæve de meget langstrakte forbud får den konsekvens, at nogle forbudsdømte netop ikke lærer af deres 'straf', da de oplever, at forbuddet i praksis ikke har nogen konsekvens for dem.

Den svære overholdelse: Håbløshed og gruppepres
Når nogle unge vælger at overtræde deres forbud, handler det ikke blot om, at de tænker, at risikoen for at blive taget er lille. Nogle overtræder forbuddet, fordi de finder, at et to-årigt forbud fra 44 restaurationer er en helt urimelig lang tillægsstraf for eksempelvis at være blevet taget i besiddelse af illegale rusmidler til eget forbrug; en forseelse som i det strafferetslige system typisk udløser en bøde på 3000 kroner:

"Jeg synes bare to år, det virker håbløst. Det er ikke engang skræmmende, det er bare håbløst. Så kan man lige så godt bare sige "fuck det", tænker jeg."
(Interview, Troels)

Andre unge oplever, at de blive opmuntret og presset af deres venner til at overtræde deres forbud:

"Jeg prøvede at holde mig væk [fra Jomfru Ane Gade], men mine venner de ville gerne i "Gaden", og så pressede de mig rigtig meget. Når jeg bliver fuld, der er også så mange, der lokker én. Sådan venner, [der siger]: "Ej kom nu, du bliver ikke taget". Jeg prøver, men når de bliver ved, så kan jeg godt finde på til sidst at give op: "Aaargh, okay så"."
(Interview, Poul)

Forbuddets utilsigtede negative effekter
Mens danske politikere og politiet ofte er optaget af forbuddenes potentielle kriminalpræventive og tryghedsskabende effekter, så interesserer myndighederne sig sjældent for, hvordan dét at være underlagt et udvidet restaurationsforbud også kan forstærke unges risikoadfærd.

At gå ud med vennerne i nattelivet er et vigtigt element i mange danske unges sociale liv. Interviewene viste da også, at for nogle af de unge forbudsdømte, som valgte at overholde deres forbud, der var dette forbundet med oplevelsen af at miste venner, hvilket udløste intense følelser og frustration. Det mest ekstreme eksempel på dette var informanten Pia:

"Så en weekend, hvor vi havde festet helt vildt (til forfest), og de tager i byen, og jeg sidder stadig ved bordet, og musikken slukker, døren smækker. De er gået, og jeg sidder alene. Jeg var sådan: "Jeg kan ikke det her". Jeg kan ikke leve sådan halvandet år mere. Ja, så skærer jeg mig her (peger på sit håndled). Der var blod over det hele, og jeg gik i panik, fordi jeg var så fuld. Jeg ringede til en veninde, og hun kom og ringede til ambulancen. Det var så dér, jeg begyndte at gå i byen igen. Jeg kunne ikke holde til ikke at skulle med."
(Interview, Pia)

Udover at have potentielle negative implikationer for unges sociale liv og psykiske velbefindende så kan unges overholdelse af forbuddet også være koblet med nye former for risikoadfærd. Informanten Ahmed forklarede således, at han i sin søgen efter alternative steder at feste ofte kørte spritkørsel:

"Mig og mine venner (som også havde et restaurationsforbud i Aalborg) vi begyndte bare at gå i byen udenbys. Vi kørte spritkørsel. Det gjorde vi mange gange. Jeg vil sige, vi gjorde det hver eneste weekend, vi var udenbys. Vi kørte til Viborg, Sæby, Frederikshavn. Vi kørte bare og gik i byen, og så kørte vi hjem igen om natten."
(Interview, Ahmed)

Klogere og mindre skadelig brug af (udvidede) restaurationsforbud
Anbefalingerne fra dette studie er, at politiet bør gøre brug af kortere forbud frem for de nuværende to-årige forbud. Kortere forbud har den fordel, at de er mere realistiske at håndhæve for politiet, og at de vil opleves som mere fair af de forbudsdømte, hvilket man kan formode vil øge deres vilje til at overholde forbuddet.

Kortede forbud vil også kunne reducere de nuværende forbuds utilsigtede negative effekter. Herudover bør politiet begynde at operere med differentierede forbud. Mens det strafferetslige system bygger på et princip om, at der skal være en sammenhæng mellem den begåede forseelse og retslige sanktion, så anvender man i dag et 'one size fits all'-princip, når det handler om udstedelsen af administrative restaurationsforbud: uanset forseelsen, to års forbud.

Denne praksis bliver problematisk set i lyset af, at langt de fleste, som får et restaurationsforbud, får dette for at være i besiddelse af meget små mængder af illegale rusmidler til eget forbrug; en trods alt lille forseelse, som indtil 2004 ofte blot udløste en påtale fra politiet.

KAPITEL 15

Elefanter spises bedst en bid ad gangen

Det sundhedsfaglige tilsyn har i 2018 taget fat på kommunernes stofmisbrugsbehandling. Det giver nogle udfordringer, som formentlig udspringer af områdets mangeårige forankring i socialektoren.

Af Anne Mette Dons, speciallæge i samfundsmedicin, selvstændig rådgiver om patientsikkerhed og regler i sundhedsvæsenet

Mange kommuner oplever lige nu at få en varseling af deres første tilsyn fra Styrelsen for Patientsikkerhed. I nogle kommuner skaber det usikkerhed. Hvorfor er der tilsyn? Hvad går tilsynet ud på? og Hvad der skal til for at "bestå" et tilsyn fra sundhedsmyndighederne? Hvor er det misbrugsområdet er udfordret på patientsikkerheden?

Der er mange spørgsmål og mange svar. Som bekendt er den bedste måde at spise en elefant på, ved at tage en bid af gangen. For at forstå tilsynet og de udfordringer misbrugsbehandlingsstederne står med i dag, bliver man nødt til at se på misbrugsbehandling og lægefagligheden gennem de sidste mange år.

Før 2007 var det amterne der varetog misbrugsbehandling. Allerede i slut 60'erne blev misbrugsbehandling lagt under amternes socialforvaltning og har derfor i årevis ikke været koblet til det traditionelle sundhedsområde. Først foregik metadonbehandlingen hos de praktiserende læger, uden synderlig sammenhæng med den sociale behandling, men midt i 1990'erne blev al lægelig misbrugsbehandling samlet under amternes misbrugsbehandling

og primært forbeholdt de læger der var ansat her. Udviklingen af området havde mere fokus på det sociale end på den sundhedsfaglige udvikling af kvalitet og patientsikkerhed, der var i det øvrige sundhedsvæsen i slut 90'erne og nulletne.

Kommunalreformen

Kommunalreformen i 2007 lagde misbrugsbehandling fra amterne ud til kommunerne. Hovedformålet var, at misbrugsbehandling skulle foregå tæt på borgeren. Kvalitetsmæssigt betød det, at den behandling der før var fordelt på 13 (14) amter nu skulle foregå i 98 kommuner. Umiddelbart så det ud til at blive en udfordring for ensartethed og kvalitet i behandlingen. Samtidig havde regeringen sat fokus på kvaliteten i den lægelige behandling af stofmisbrugere med "Kampen mod narko", og med satspuljen i 2004 blev der afsat midler til at gennemføre en kvalitetssikring af substitutionsbehandlingen. Midlerne blev i Sundhedsstyrelsen bl.a. brugt til at udarbejde en sundhedsfaglig vejledning der baserede sig på den aktuelle internationale og nationale dokumentation på området.

Den omfattende vejledning, "Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling"¹, kom i 2008 og satte rammen for det acceptable niveau for den lægeli-

ge behandling af stofmisbrug. Der var således først i 2008 kommet en definition af den acceptable kvalitet af den lægelige misbrugsbehandling og dermed holdte stofmisbrugsområdet væsentligt efter resten af sundhedsvæsenet. Det er formodentlig en medvirkende årsag til at det på misbrugsbehandlingsområdet, også i dag, halter med at opfylde sundhedsmyndighedernes krav. Traditionen for at arbejde med sundhedsfaglig kvalitetsudvikling og personalets opfattelse af, at ensartethed og standarder bringer kvalitet til behandlingen, var ikke den samme som i resten af sundhedsvæsenet.

Tilsyn med private behandlingssteder

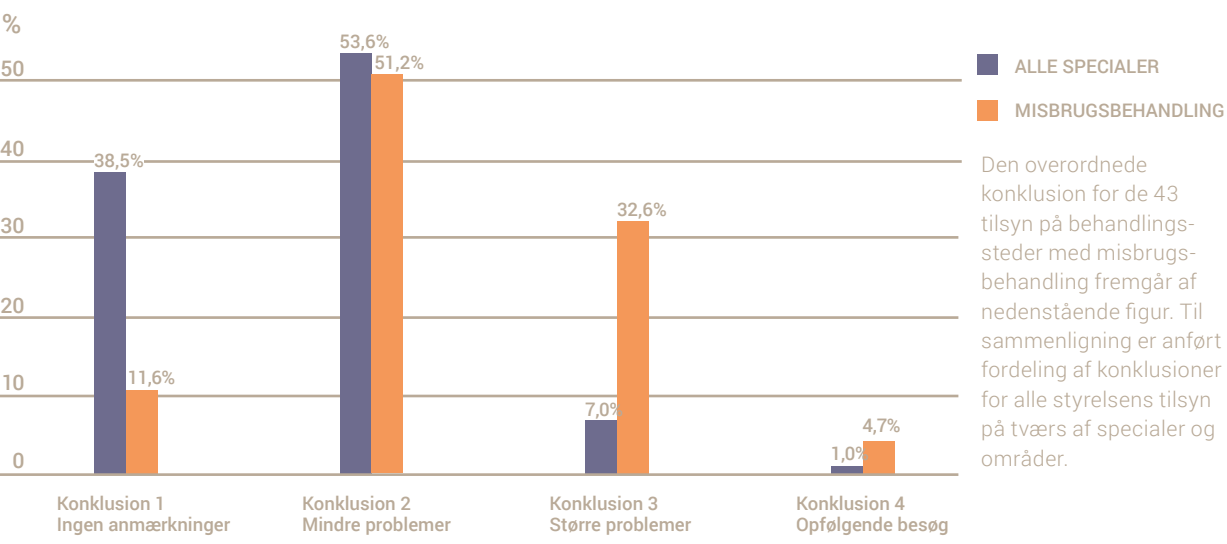
Sundhedsmyndighedernes tilsyn havde generelt op til år 2000 alene været reaktivt, altså kun reageret når der var konkret mistanke om lovovertrædelser. I 2000 kom der et lovpligtigt proaktivt tilsyn på alle plejehjem og i 2012 kom et proaktivt tilsyn på alle private behandlingssteder. Her fik sundhedsmyndighederne for første gang et bredere indblik i, hvilke problemer der var med den lægelige stofmisbrugsbehandling, selvom det i første omgang udelukkende var de private tilbud, der fik tilsyn. Den samlede vurdering var, at der var flere større patientsikkerhedsmæssige problemer og problemer der krævede genbesøg, end for det øvrige område af private behandlingssteder.

Hvad var det der var galt? Det var desværre meget generelt på sundhedsområdet:

- Det var problemer med journalindholdet – dokumentationen var ikke altid ført systematisk og der manglede ordinationer. Jorunalen er et vigtigt arbejdsredskab, når lægen har flere medhjælpere, der udfører lægens ordinationer, som f. eks. medicingivning på misbrugsstedet.
- Det var mangler ved instrukser, som altid skal være daterede, signerede og det skal fremgå, hvem der er ansvarlig for hvad.
- Det var problemer med medicin håndtering, bl.a. omkring mærkning og opbevaring.
- Det var problemer med afrusning og abstinensbehandling. Bl.a. håndterede personale receptpligtig medicin uden en klar ordination (eller rammedelegation) fra en læge.

1 Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, Sundhedsstyrelsen 2008. Vejledningen er opdateret i 2016 under titlen: Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin.
2 Misbrugsbehandling – erfaringsopsamling fra tilsynsbesøg på private behandlingssteder 2012-2016, Styrelsen for Patientsikkerhed, 2018

Figuren viser data fra Styrelsen for Patientsikkerheds rapport om tilsynserfaringer med de private misbrugsbehandlingssteder fra 2012-2017²



- Det var hygiejnen, hvor der manglede mulighed for at foretage ordentlig håndhygiejne, og hvor sterile produkter blev opbevaret forkert eller over udløbsdato.
- Den lægelige udredning og behandling af misbrugerens var ikke altid foretaget efter vejledningens retningslinjer, uden at der var journalført en begrundelse for dette.
- Der manglede generelt instrukser for - og tilsyn med - brug af medhjælp til lægeforbeholdte opgaver som medicingivning og bestilling af blodprøver mv.

Samlet set vurderede sundhedsmyndigheden resultatet som alvorligt. Det drejer sig om potente lægemidler, en stor ikke-sundhedsuddannet personalegruppe og en sårbar gruppe af borgere. Det var efterfølgende en stor opgave for driftsherren af de private behandlingssteder at rette op på forholdene – mens kommunerne stadig gik under radaren.

26 målepunkter

Det såkaldt risikobaserede tilsyn trådte i kraft i 2018³. Sundhedsloven pålagde den nye Styrelse for Patientsikkerhed, STPS, at gennemføre et løbende tilsyn med udvalgte behandlingssteder valgt ud fra en løbende vurdering af, hvor der kan være størst risiko for patientsikkerheden⁴. I 2018 valgte STPS at der skulle føres tilsyn med bl.a. misbrugscentre og de opstillede 26 målepunkter for tilsynet.

Målepunkterne drejede sig om:

- Instrukser
- Medicinhåndtering
- Journalføring
- Visitation af klienter
- Håndhygiejne
- De behandlende lægers anvendelse af medhjælp i autorisationslovens forstand
- Akutberedskab

³ Sundhedsloven LBK nr. 191 af 28/02/2018

⁴ Sundhedsloven §213

- Informeret samtykke
- Lægesamtale inden behandling
- Psykisk sygdom og antipsykotika
- Behandling med afhængighedsskabende lægemidler
- Lægelig udredning af misbrugstilstanden
- Afrusning og abstinensbehandling
- Lægelig misbrugsbehandling inkl. behandlingsplan
- Utilsigtede hændelser

Ingen af de emner målepunkterne vedrører er nye. Det er områder, hvor kravene har eksisteret i mere end ti år og er de samme, der er blevet gået tilsyn på tidligere. Hvorfor, er det så stadig så svært for kommunerne? Måske fordi kommunerne stadig ser stofmisbrugsområdet som primært socialfagligt. Det regelsæt tilsynet bliver gået ud fra, knytter sig til sundhedslovgivningen. Reglerne er i høj grad lagt an på autorisationslovens bestemmelser om at en læge har pligt til at udvis omhu og samvittighedsfuldhed, når vedkommende behandler patienter.

Begrebet lægens medhjælp

Men reglerne omfatter ikke bare de behandlende læger. Når andre medarbejdere på misbrugsbehandlingsstederne ser patienter, vurderer hvordan de har det og uddeler medicin, så fungerer de som lægens medhjælp og er underlagt sundhedslovgivningens regler og pligter. Det er i den sammenhæng ligegyldigt om borgerens ydelse er bevilliget efter sociallovgivningen. Når der er tale om lægens forbeholdte opgaver, ordination af medicin og ordination af blodprøver, vaccinationer mv., så er det personale der udfører opgaven at betragte som lægens medhjælp. Også selvom de ikke har en sundhedsfaglig uddannelse. Som lægens medhjælp er man også forpligtet til at kontrollere det informerede samtykke, sørge for patientidentifikation, journalisere mv.

Hvor er kommunerne så nu? Som konsulent har jeg været i kontakt med mange kommuner om reglerne for misbrugsbehandling. De fleste



kommuner er nået meget langt, men der er stadig udfordringer, og hvis jeg skal være djævlens advokat, så burde kommunerne være kommet i mål for lang tid siden. Men det væsentlige er, at lige nu arbejder mange kommuner på højtryk for at komme i mål og tager opgaven meget seriøst. Det sundhedsfaglige område er stadig ungt i kommunerne, men overalt er der et stor engagement hos personalet. De er engagerede i at få en tæt sammenhæng mellem det sundhedsfaglige og den sociale misbrugsbehandling og de prioriterer tid og omsorg til borgeren. Viljen til at gøre det rigtige er der, det er bare et hårdt slid for mange, og det er tit svært at forstå de love og regler der gælder på sundhedsområdet og hvordan de skal tolkes. Og så er mange kommuner udfordret på lægedækningen. Uden et godt samarbejde med en misbrugsbehandlingskyndig læge, er det svært at opbygge et patientsikkert misbrugsbehandlingssted.

Ledelsens rolle

Mange kæmper med at få instrukserne og dokumentationen på plads og undervise personalet. Det er væsentligt at sikre, at samarbejdet med lægen er optimalt, så der er den rette sundhedsfaglige forståelse, også hos det ikke-sundhedsuddannede personale. Ledelsen på misbrugsbehandlingsstederne skal forstå autorisationslovens medhjælpsbegreb og de deraf afledte pligter for personalet og så skal ledelsen være opmærksomme på de sektorovergange deres borgere kan blive tabt i. De borgere der kommer til behandling i misbrugscentrene er ofte svage borgere, og vi er forpligtede til at give dem en patientsikker behandling, der lever op til myndighedskravene. Selvom det kan virke uoverskueligt med alle reglerne på sundhedsområdet, så giver – langt de fleste – god mening i forhold til at sikre patientsikkerheden og en acceptabel kvalitet i behandlingen. Det er "bare" at tage en bid af elefanten ad gangen. Det kommer i sidste ende brugerne til gavn at få en god ensartet behandling.

KAPITEL 16

Behandlingsstatistik og udviklingstendenser

KABS udarbejder hvert år en række deskriptive rapporter til kommunerne om deres borgere i behandling. I Årsmagasinet præsenteres de samlede tal for KABS om brugere i behandling i 2017.

Af studentermedhjælper Oliver Høm Jensen, KABS og centerleder Rasmus Axelsson KABS

I dette afsnit præsenteres en række deskriptive data om de brugere, der var i behandling i KABS i 2017. Det statistiske materiale bygger på data fra KABS’ eget journal-og klientregistreringssystem.

Brugere i behandling i 2017

Brugere i KABS kan ind- og udskrives på vilkårlige tidspunkter i løbet af året. Dette medfører, at vi statistisk set baserer vores opgørelser på flere slags enheder:

- Brugere i behandling: antallet af unikke CPR-numre i behandling – én bruger tæller med én gang

- Årsværk: én bruger i behandling i hele året, det vil sige 365 dage, udgør ét årsværk – afregningen baserer sig på denne enhed

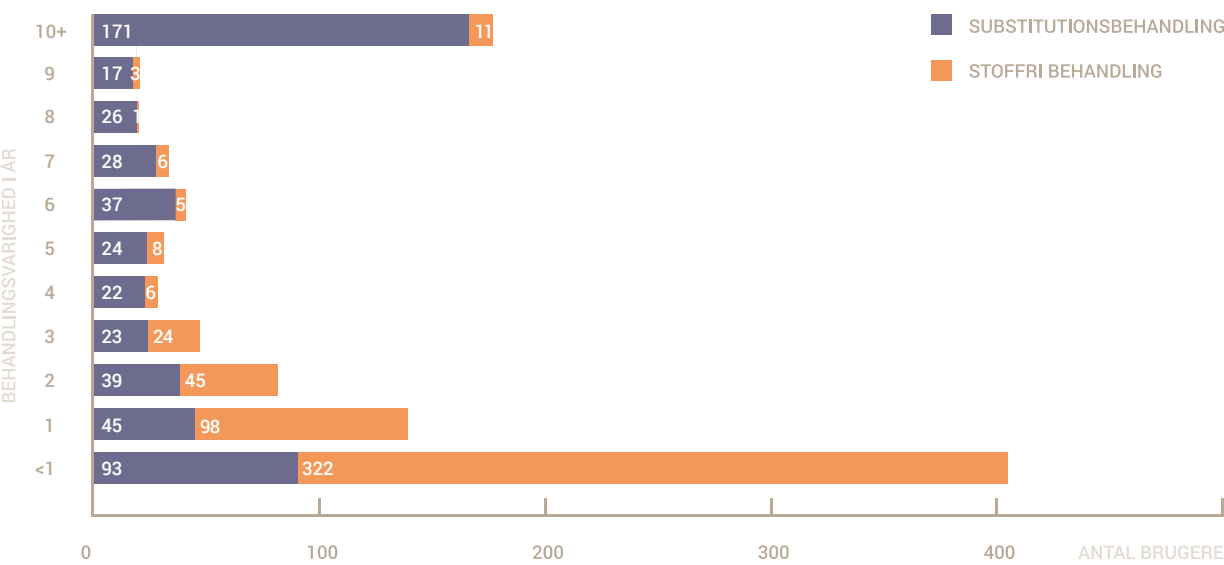
- Antal indskrivningsforløb: det samlede antal indskrivningsforløb i løbet af året – én person kan tælle med flere gange

Tabel 1 viser en opgørelse over de brugere, som har været indskrevet i behandling i henholdsvis i 2015, 2016 og 2017. KABS havde samlet set lidt færre brugere i behandling i 2017 i forhold til 2016. Til gengæld var der flere ind- og udskrivninger og samlet set en lille stigning i antal årsværk. Det skyldes, at KABS de seneste to år har modtaget brugere, som tidligere har været i behandling i KABS.

Tabel 1. Brugere i behandling i 2015, 2016 og 2017 fordelt på antal og årsværk

	2015	2016	2017
ANTAL BRUGERE I BEHANDLING	1057	1076	1054
ANTAL ÅRSVÆRK I ALT	702	718	720
ANTAL BRUGERE INDSKREVET I ÅRET	332	357	395
Heraf antal brugere, som ikke tidligere har været i behandling	242	223	250
Heraf antal brugere, som tidligere har været i behandling	90	134	145
Antal brugere, som blev udskrevet i året	337	361	386

Figur 1. Behandlingsvarighed i antal år for alle brugere i behandling i 2017 opdelt efter substitutionsbehandling og stoffri behandling (N=1054)



Behandlingsanciennitet

Figur 1 opgør behandlingsancienniteten, hvilket angiver længden af det aktuelle uafbrudte behandlingsforløb i KABS, opgjort for henholdsvis brugere i substitutionsbehandling og stoffri behandling. Beregningen er foretaget pr 31.12.2017 eller regnet fra udskrivningsdatoen i 2017.

Det fremgår af figuren, at brugere i substitutionsbehandling ofte har meget lange behandlingsforløb. En større gruppe af brugere har haft behandlingsforløb på ti år eller mere. Andelen af denne gruppe brugere bliver imidlertid langsomt mindre. Således er gruppen faldet fra 191 brugere i 2015 til 171 brugere i 2017.

Substitutionsbehandling betyder, at en bruger modtager lægeordinerede opioider for afhængighed af f.eks. heroin eller illegal metadon.

Stoffri behandling henviser omvendt til brugere, som ikke er i substitutionsbehandling. Langt de fleste brugere i stoffri behandling behandles for et stofbrug af hash eller centralstimulantia.

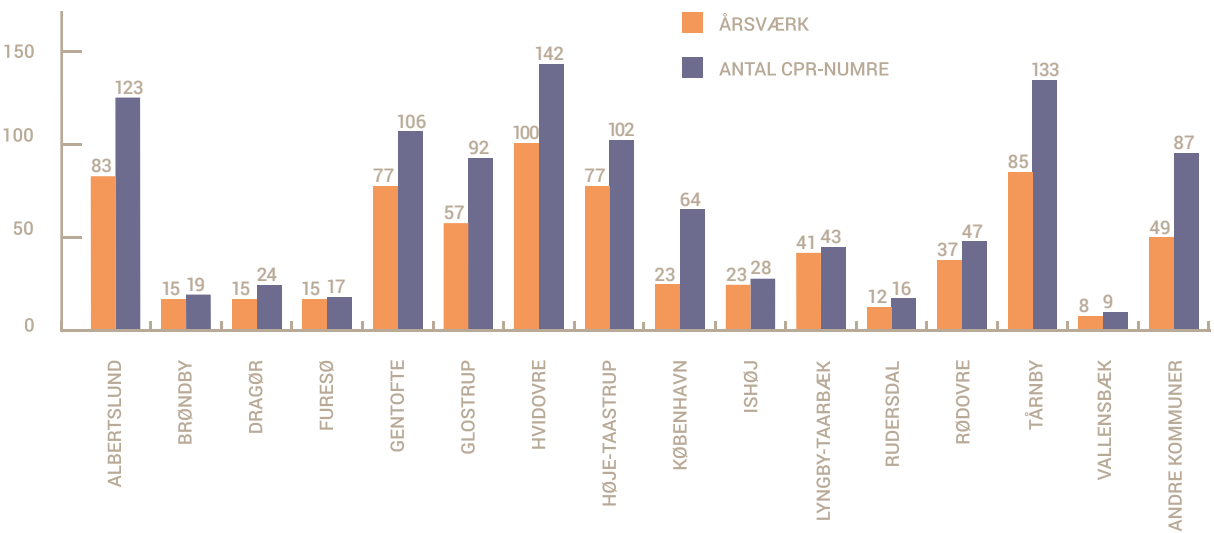


Brugere fordelt på kommuner

I 2017 behandlede KABS 1.054 brugere fra 47 kommuner i Danmark. Størstedelen af brugere kommer fra kommuner, som KABS har formelle samarbejdsaftaler med. Samarbejdsaftalerne har til hensigt at smidiggøre samarbejdet, således at forventningerne er afstemt, roller og ansvar er tydeliggjort, og forretningsgangen for samarbejdet præciseret.

I figur 2 er brugere i behandling opgjort for de 15 kommuner, hvor flest brugere kommer fra. De resterende kommuner, som har haft mindre end fem behandlingsårsværk i 2017, er samlet i kategorien 'Andre kommuner'.

Figur 2. Årsværk og antal CPR-numre fordelt på kommuner 2017



Karakteristika ved brugere indskrevet i 2017

Hovedstoffer, nye eller kendte brugere

Tabel 2 fordeler brugere, der blev indskrevet i 2017, i forhold til deres hovedstof, og om de tidligere har været i behandling.

Det fremgår af tabel 2, at hashbrugerne fortsat udgør den største gruppe af dem, der blev indskrevet i 2017, og at over 2/3 af dem ikke har været i behandling tidligere.

Tabel 2. Tidligere og nye brugere indskrevet i 2017, fordelt på hovedstoffer (N=395)

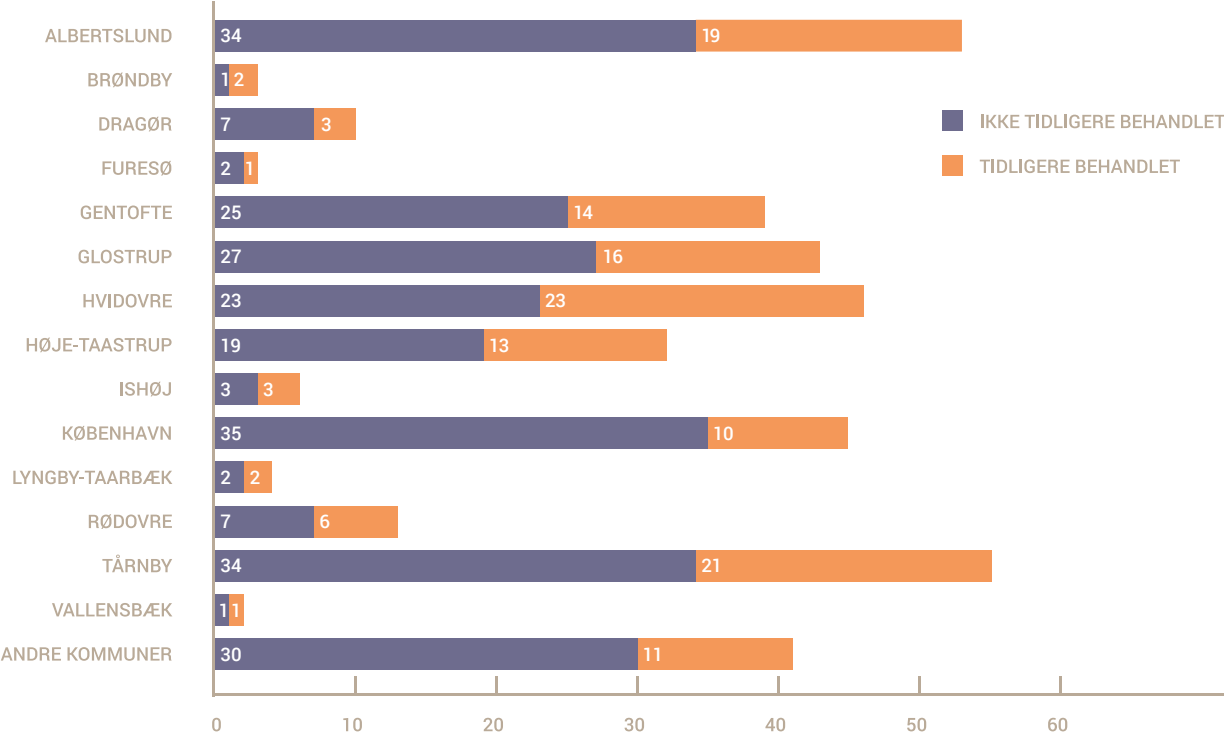
HOVEDSTOF	INDSKREVET I 2017	IKKE TIDLIGERE BEHANDLET	TIDLIGERE BEHANDLET
OPIOIDER	66	34 (51,5%)	32 (48,5%)
HASH/CANNABIS	164	112 (68,3%)	52 (31,7%)
CENTRALSTIMULANTIA	94	60 (63,8%)	34 (36,2%)
ANDRE HOVEDSTOFFER	11	7 (63,6%)	4 (36,4%)
UOPLYST	60	37 (61,7%)	23 (38,3%)
ALLE	395	250 (63,3%)	145 (36,7%)

Behandlingssøgning og bopælskommunerne

Figur 3 herunder fordeler de brugere, der blev indskrevet i 2017, i forhold til deres bopælskommune. De brugere, som kommer fra andre kom-

muner end dem, KABS har en samarbejdsaftale med, er af hensyn til overskueligheden samlet i kategorien 'Andre kommuner'. Det fremgår af figuren, at KABS modtager brugere fra mange forskellige kommuner. I 2017 kom flest bruge-

Figur 3. Brugere indskrevet i behandling i 2017 fordelt på kommuner (N=395)

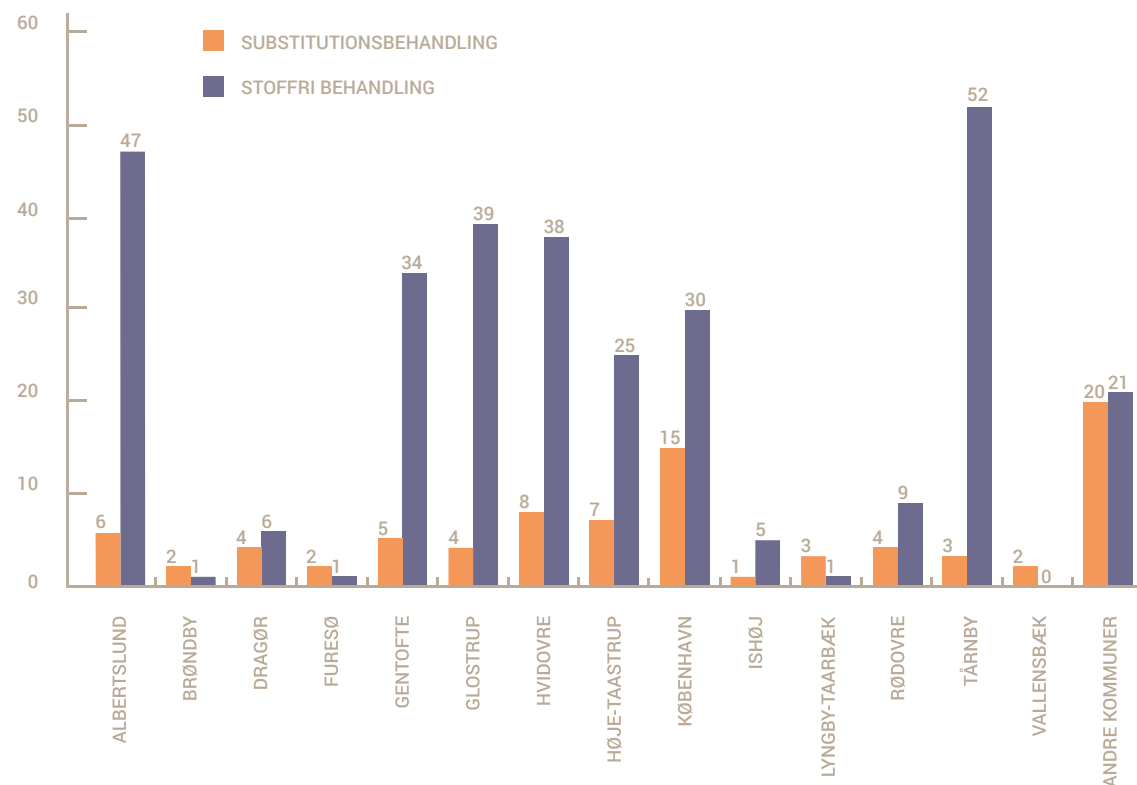


re dog fra henholdsvis Tårnby, Hvidovre og Albertslund, ligesom det var tilfældet i 2016. For en del kommuners vedkommende findes der lokale behandlingstilbud til stofbrugere, men i komplicerede sager henviser disse kommuner fortsat deres borgere til behandling i KABS, ligesom borgerne kan anvende retten til frit valg til at søge behandling hos KABS.

Figur 4 angiver, hvorledes brugere, der blev indskrevet i 2017, er fordelt på henholdsvis kommune og behandlingstype. Behandlingstype henviser til, hvilken lægelig stofmisbrugsbehandling som igangsættes, men dækker faktisk over

hvilke brugere, der er opioidafhængige (og får substitutionsbehandling), og hvilke brugere, der er afhængige af mestendels cannabis eller centralstimulantia (og ikke skal have substitutionsbehandling og derfor får 'stoffri' behandling). Det fremgår af figuren, at det fortsat er brugere af hash og centralstimulantia, som søger behandling (stoffri), mens gruppen af brugere med opioidafhængighed fortsat bliver mindre og mindre. Det er værd at bemærke, at KABS har haft en større søgning af brugere med opioidafhængighed fra 'Andre kommuner' og København, som gennem det frie valg har fortsat deres behandling i KABS.

Figur 4. Brugere indskrevet i behandling i 2017 fordelt på kommuner og behandlingstype (N=395)

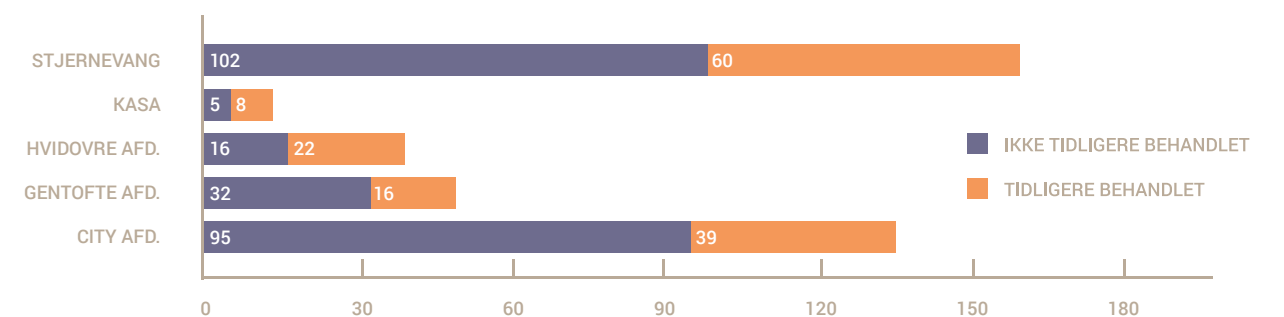


Behandlingssøgning og afdelingerne i KABS

Figur 5 fordeler de brugere, som blev indskrevet i 2017, efter hvilken af KABS' afdelinger, de blev indskrevet på. Det fremgår, at Stjernevang fortsat i 2017 oplevede en stor efterspørgsel. Stjernevangs andel svarer til 41% af alle nye indskrivinger i 2017 (162 ud af 395). City afdelingen oplevede også en øget søgning til behandling i 2017. De to afdelinger tegner sig således for 77% af alle indskrivinger i 2017.

Figuren viser også, at flere brugere søger behandling i vores dobbeltdiagnose-afdelinger (Stjernevang og KASA). Igennem det seneste år har søgningen til især Stjernevang været meget stor, og afdelingens kapacitet er alene fra 2017-2018 øget med 60 årsværk og har i dag mere end 200 indskrevne brugere. KASA, som behandler brugere med tungt misbrug og svær psykisk sygdom, har ligeledes oplevet en betydelig stigning i behandlingssøgende. Fra 2017-2018 har KASA derfor øget kapaciteten fra 30 til 35 årsværk.

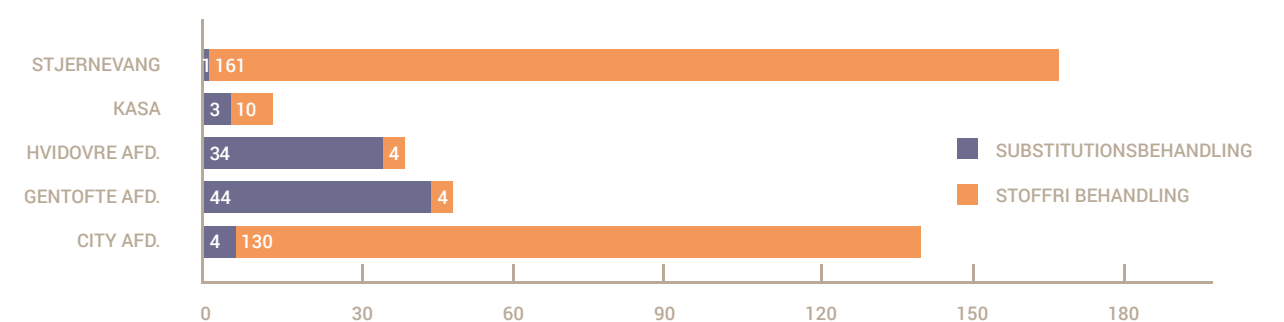
Figur 5. Brugere indskrevet i behandling i 2017 fordelt på afdeling (N=395)



På **figur 6** ses opdelingen af brugere indskrevet i 2017, fordelt på henholdsvis afdeling og behandlingstype. Det er værd at bemærke, at KASA til stadighed modtager flere brugere med et tungt misbrug af cannabis og centralstimulantia og svær psykisk sygdom. Det er interessant i lyset af den herskende diskussi-

on om de 'tungeste misbrugere med psykisk sygdom' i relation til regeringens kommende sundhedsreform. Traditionelt set har denne betegnelse dækket over brugere med opioidafhængighed og svær psykisk sygdom, men som figuren viser, får KASA fortsat flere 'tunge brugere' med en anden stofproblematik.

Figur 6. Brugere indskrevet i behandling i 2017 fordelt på afdeling og behandlingstype (N=395)



Indkomstgrundlaget for indskrevne brugere

I **tabel 3** opgøres forsørgelsesgrundlaget for de brugere, som blev indskrevet i behandling i 2017. Det fremgår, at størstedelen har en ringe arbejdsmarkedstilknytning. Brugere, som har hash og centralstimulerende stoffer som hovedstof, har dog en større tilknytning til ar-

bejdsmarkedet og færre i denne gruppe modtager førtidspension end gruppen af brugere med opioider som hovedstof. Dette hænger naturligvis også sammen med, at en stor del af de behandlingssøgende brugere med afhængighed af cannabis eller centralstimulantia er relativt yngre end brugere med opioidmisbrug

Tabel 3. **Indkomstforhold for brugere, som blev indskrevet i behandling i 2017 i KABS, fordelt på hovedstof**

HOVEDSTOF	KONTANTHJÆLP, SYGEDAGPENGE, REVALIDERING EL. AKTIVERING	FØRTIDSPENSION, PENSION	LØNINDKOMST, SU, ARBEJDS-LØSHEDS-DAGPENGE	ANDET	ALLE (N)
OPIOIDER	27 (45%)	26 (43,3%)	3 (5%)	4 (6,7%)	60 (100%)
HASH/CANNABIS	79 (48,5%)	5 (3,1%)	53 (32,5%)	26 (16%)	163 (100%)
CENTRALSTIMULANTIA	32 (34%)	4 (4,3%)	50 (53,2%)	8 (8,5%)	94 (100%)
ANDRE HOVEDSTOFFER	8 (72,7%)	2 (18,2%)	1 (9,2%)	0 (0%)	11 (100%)
ALLE	146 (44,5%)	37 (11,3%)	107 (32,6%)	38 (11,6%)	328 (100%)

67 ud af de 395 er sorteret fra, fordi deres indskrivningsforløb var så kort, at oplysninger om indkomst og hovedstof ikke er blevet registreret.

Boligforholdene for indskrevne brugere

Tabel 4 herunder viser boligforholdene for de brugere, som blev indskrevet i behandling i 2017. Det er værd at bemærke, at antallet af hashbrugere, som var uden fast bopæl på ind-

skrivningstidspunktet og oplyste at være bosiddende på herberg, pensionat eller uden bolig, er faldet markant i 2017. Sammenlignet med 2016, hvor 13 % af hashbrugerne oplyste, at de levede under sådanne forhold, er dette tal i 2017 kun 6,7%.

Tabel 4. **Boligforhold for brugere indskrevet i behandling i 2017 fordelt på hovedstof**

HOVEDSTOF	SELVSTÆNDIG BOLIG	FAMILIE/ VENNER	HERBERG, PENSIONAT ELLER INGEN BOLIG	ANDET	ALLE (N)
OPIOIDER	48 (72,7%)	6 (9,1%)	5 (7,6%)	7 (10,6%)	66 (100%)
HASH/CANNABIS	81 (49,4%)	68 (41,5%)	11 (6,7%)	4 (2,4%)	164 (100%)
CENTRALSTIMULANTIA	57 (60,6%)	25 (26,6%)	11 (11,7%)	1 (1,1%)	94 (100%)
ANDRE HOVEDSTOFFER	6 (54,5%)	2 (18,2%)	3 (27,3%)	0 (0%)	11 (100%)
ALLE	192 (57,3%)	101 (30,1%)	30 (9%)	12 (3,6%)	335 (100%)

60 ud af de 395 er sorteret fra, fordi deres indskrivningsforløb var er så kort, at oplysninger om bolig og hovedstof ikke er blevet registreret.

Uddannelsesbaggrund for indskrevne brugere

Tabel 5, 6 og 7 viser den skolemæssige baggrund for brugere, som blev indskrevet i behandling i 2017. I **tabel 5** fremgår det, at de fleste har gennemført grundskoleuddannel-

sen. Den grundskolemæssige baggrund forekommer nogenlunde ens for hash- og stimulansbrugerne. Fælles for alle tre tabeller er, at brugere med afhængighed af cannabis og centralstimulantia er relativt unge og derfor ikke er igennem uddannelsessystemet endnu.

Tabel 5. **Grundskoleuddannelse for brugere indskrevet i behandling i 2017 fordelt på hovedstof**

HOVEDSTOF	7 ELLER FÆRRE ÅRS SKOLEGANG	8 - 9 ÅRS SKOLEGANG	10 - 11 ÅRS SKOLEGANG	GÅR I SKOLE	ANDET	ALLE (N)
OPIOIDER	9 (18,8%)	21 (43,8 %)	16 (33,3%)	0 (0%)	2 (4,2%)	48 (100%)
HASH/CANNABIS	6 (3,7%)	57 (34,8%)	92 (56,1%)	8 (4,9%)	1 (0,6%)	164 (100%)
CENTRALSTIMULANTIA	8 (8,9%)	30 (33,3%)	51 (56,7%)	0 (0%)	1 (1,1%)	90 (100%)
ANDRE HOVEDSTOFFER	1 (9,1%)	5 (45,5%)	4 (36,4%)	0 (0%)	1 (9,1%)	11 (100%)
ALLE	24 (7,7%)	113 (36,1%)	163 (52,1%)	8 (2,6%)	5 (1,6%)	313 (100%)

82 ud af de 395 er sorteret fra, fordi deres indskrivningsforløb var så kort, at oplysninger om grundskoleuddannelse og hovedstof ikke er blevet registreret.

Tabel 6 viser, at stimulansbrugerne i højere grad end de øvrige stofgrupper har fuldført en ungdomsuddannelse i form af en erhvervsuddannelse eller en gymnasial uddannelse. 60% af de

brugere, der blev indskrevet i behandling i 2017, har ikke taget en ungdomsuddannelse. I 2016 var dette tal lige over 61%.

Tabel 6. **Ungdomsuddannelse for brugere indskrevet i behandling i 2017 fordelt på hovedstof**

HOVEDSTOF	INGEN UNGDOMS- UDDANNELSE	ERHVERVS- UDDANNELSE	GYMNASIAL UDDANNELSE	ANDEN UDDANNELSE	ALLE (N)
OPIOIDER	27 (57,4%)	11 (23,4%)	7 (14,9%)	2 (4,3%)	47 (100%)
HASH/CANNABIS	104 (65,8%)	22 (13,9%)	26 (16,5%)	6 (3,8%)	158 (100%)
CENTRALSTIMULANTIA	46 (51,7%)	26 (29,2%)	12 (13,5%)	5 (5,6%)	89 (100%)
ANDRE HOVEDSTOFFER	6 (54,5%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	0 (0%)	11 (100%)
ALLE	183 (60%)	62 (20,3%)	47 (15,4%)	13 (4,3%)	305 (100%)

90 ud af de 395 er sorteret fra, fordi deres indskrivningsforløb var så kort, at oplysninger om ungdomsuddannelse og hovedstof ikke er blevet registreret.

Tabel 7 viser, at en meget lille andel af brugerne har en videregående uddannelse. Det gælder for alle stofgrupperne. Det er altså de færreste af brugerne, som har en egentlig kom-

petencegivende uddannelse. Dog er antallet af brugere uden videregående uddannelse faldet fra 85% i 2016 til 82,1% i 2017.

Tabel 7. Videregående uddannelse for brugere indskrevet i behandling i 2017 fordelt på hovedstof

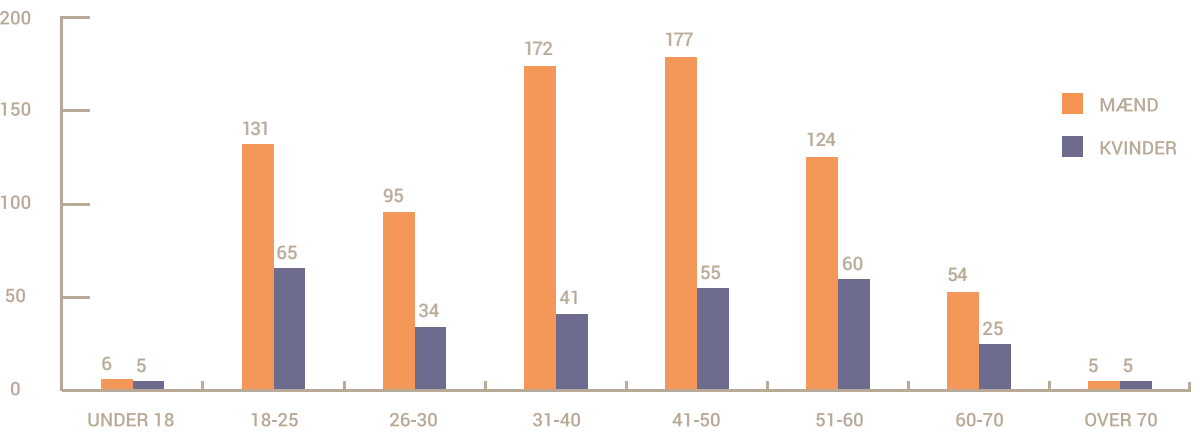
HOVEDSTOF	INGEN VIDERE- GÅENDE UDDANNELSE	KORT VIDERE- GÅENDE UDDANNELSE	MELLEMLANG VIDERE- GÅENDE UDDANNELSE	LANG VIDERE- GÅENDE UDDANNELSE	ANDEN UDDANNELSE	ALLE (N)
OPIOIDER	36 (73,5%)	5 (10,2%)	4 (8,2%)	2 (4,1%)	2 (4,1%)	49 (100%)
HASH/CANNABIS	144 (89,4%)	7 (4,3%)	7 (4,3%)	2 (1,2%)	1 (0,6%)	161 (100%)
CENTRALSTIMULANTIA	67 (73,6%)	11 (12,1%)	7 (7,7%)	5 (5,5%)	1 (1,1%)	91 (100%)
ANDRE HOVEDSTOFFER	9 (81,8%)	0 (0%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	0 (0%)	11 (100%)
ALLE	256 (82,1%)	23 (7,4%)	19 (6,1%)	10 (3,2%)	4 (1,3%)	312 (100%)

83 ud af de 395 er sorteret fra, fordi deres indskrivningsforløb var så kort, at oplysninger om videregående uddannelse og hovedstof ikke er blevet registreret.

Køn- og aldersfordeling

Figur 7 viser brugere i behandling i 2017 fordelt på aldersgruppe og køn. Gennemsnitsalderen for alle brugere i behandling i 2017 er 39,6 år. 72% af brugerne er mænd, mens 28% er kvinder.

Figur 7. Brugere i behandling i 2017 fordelt på aldersgrupper og køn (N=1054)

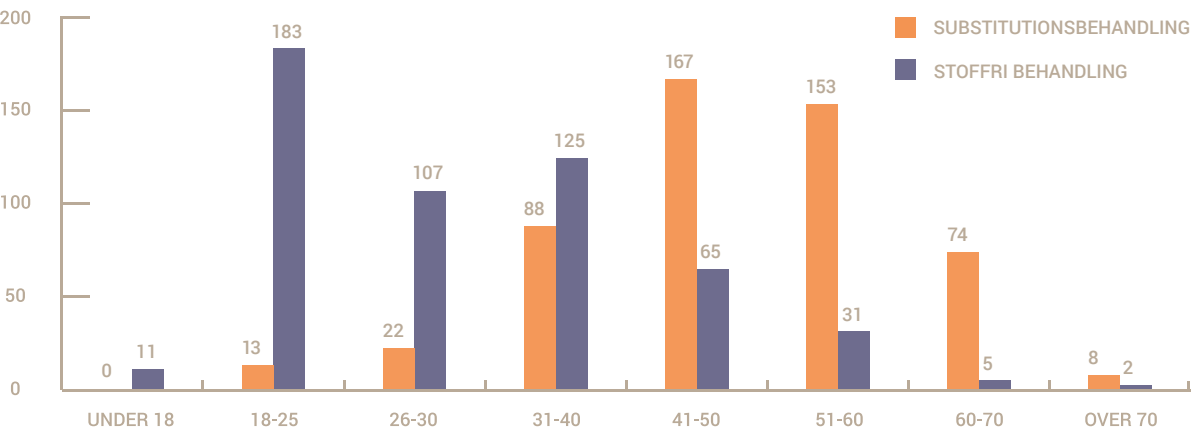


Ud fra **figur 8** kan vi se, at der i forhold til 2016 er sket en klar ændring i behandlingstype og hvilke brugere, KABS har i behandling. Dette kan ligeledes være årsag til, at vi i de foregående tabeller har set, at få brugere har kompetencegivende uddannelser, og der ses lavere tilknytningsgrad til arbejdsmarkedet samtidig med, at flere fortsat angiver, at de bor hos familie/venner.

Sammenlignet med 2016 er tallet for brugere med hash/cannabis og centralstimulantia som hovedstof, der angiver, at de bor hos familie/venner, steget fra 56% til 68,1% i 2017.

Således indikerer tabellerne 3-7, kombineret med figur 8, at de brugere, som er i stoffri behandling, oftest er en del yngre end de brugere, som er i substitutionsbehandling, og derfor er mere tilbøjelige til stadig at bo hos familie/venner samt være i gang med en form for uddannelse.

Figur 8. Brugere i behandling i 2017 opdelt på aldersgrupper og behandlingstype (N=1054)



Som **tabellerne 5, 6 og 7** viser, er manglende uddannelse et socialt problem, der følger brugere, som indskrives i behandling. Sammenhængen mellem de manglende kompetencegivende uddannelser og tilknytningsgraden til arbejdsmarkedet understreger således fortsat behovet for at sætte tidligt ind. Hvor 88,2% af de brugere, som blev indskrevet i 2017, havde gennemført folkeskolen, havde kun 40% gen-

nemført en ungdomsuddannelse og kun 18% gennemført en videregående uddannelse (de egentlige erhvervsuddannelser). Tallene er ikke overraskende i sig selv, men genkendes også i opgørelser over ulighed i sundhed, hvor uddannelsesniveau korrelerer med sygelighed.



Karakteristika ved brugere udskrevet i 2017

Afslutningsstatus i KABS i 2017

Indledningsvist skal det bemærkes, at de følgende opgørelser tager udgangspunkt i to variable: Udskrivningsårsag og Afsluttende status:

Udskrivningsårsagen beskriver den årsag, som har ledt til, at brugeren er udskrevet fra behandling i KABS. Variablen og dens kategorier stammer fra de oplysninger, som KABS er forpligtet til at indberette til Stofmisbrugsdatabasen.

Afsluttende status beskriver, hvorvidt brugeren på udskrivningstidspunktet har nået sit mål med at søge behandling – det vil sige enten er ophørt med stofbrug, har reduceret sit stofbrug, er blevet stabiliseret eller om vedkommende er i tilbagefald eller ikke er færdigbehandlet på udskrivningstidspunktet. Der er også her tale om en variabel, som stammer fra indberetningerne til Stofmisbrugsdatabasen.

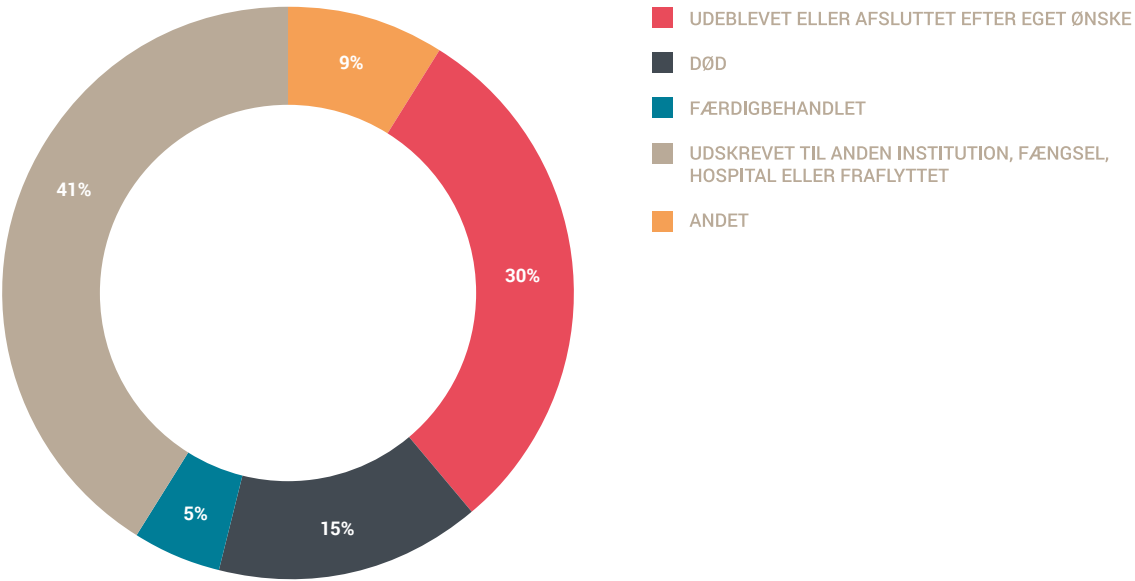
Tabel 8. Behandlingstype for brugere, som afsluttede behandling i 2017

BEHANDLINGSTYPE	ANTAL I BEHANDLING 2017	ANTAL UDSKREVNE I 2017	ANTAL UDSKREVNE I % AF DE BEHANDLEDE
SUBSTITUTIONSBEHANDLING	525	103	20
STOFFRI BEHANDLING	529	283	53
I ALT	1054	386	37

Tabel 8 viser antallet af brugere, der afsluttede deres behandling i KABS i 2017, fordelt på substitutionsbehandling og stoffri behandling. Det fremgår af tabellen, at 20% af brugerne i

substitutionsbehandling blev udskrevet fra behandlingen i 2017. I modsætning hertil blev hele 53% af de brugere, som var i stoffri behandling, udskrevet.

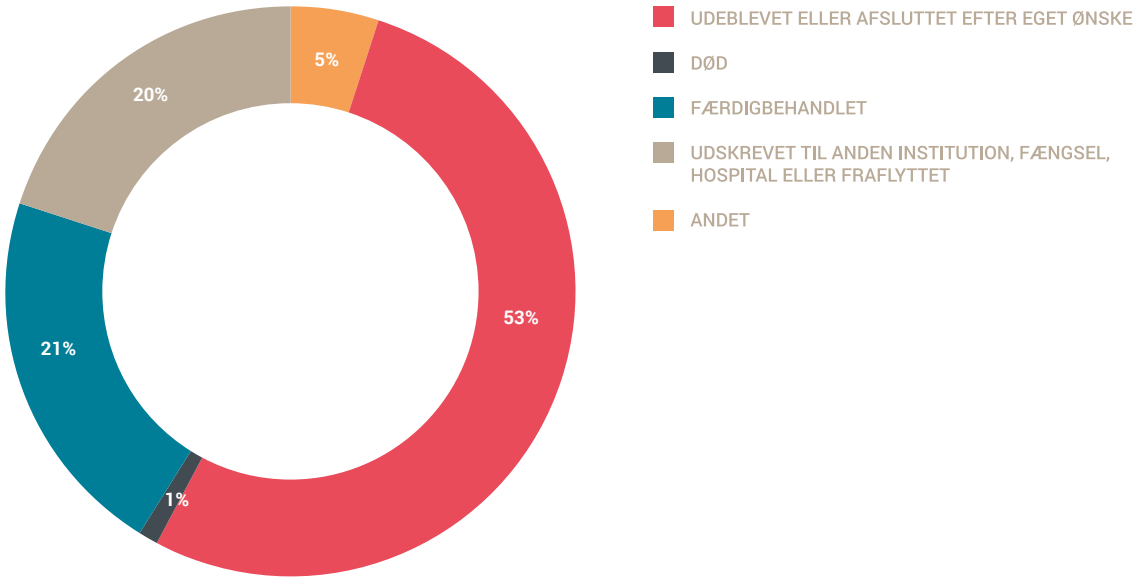
Figur 9. Udskrivningsårsager for brugere i substitutionsbehandling (N=103)



Figur 9 viser udskrivningsårsager for brugere i substitutionsbehandling, som blev udskrevet i 2017. Fordelingen på udskrivningsårsager er lidt misvisende, idet størstedelen af de brugere der blev "udskrevet til anden institution eller fængsel, hospital eller fraflyttet" hovedsageligt dækker over brugere som opstarter i behandling i KABS, men senere hjemtages af

bopælskommunen til eget tilbud. Det fremgår af figuren, at 30% udskrives efter eget ønske eller pga. udeblivelse. Trefjerdedele af disse udskrives pga. af udeblivelse, fordi KABS' samarbejdsaftaler med kommunerne kræver, at brugere, der udebliver syv dage uden kontakt, udskrives som udeblevet. En meget lille del (5%) blev udskrevet som færdigbehandlet.

Figur 10. Udskrivningsårsager for brugere i stoffri behandling (N=283)



Figur 10 viser udskrivningsårsager for brugere i stoffri behandling, som blev udskrevet i 2017. Udskrivningsårsagerne for denne gruppe fordeles sig noget anderledes end for brugerne i substitutionsbehandling. Halvdelen af brugerne i denne gruppe blev udskrevet pga. udeblivelse eller efter eget ønske. Derimod var der færre (20%), som blev "udskrevet til en anden institution, fængsel, hospital eller fraflyttede". Til gengæld blev 21% udskrevet som færdigbehandlet, hvilket er markant flere end i gruppen i substitutionsbehandling.

Tabel 9 og 10 herunder viser afslutningsstatussen for brugere i henholdsvis stoffri behandling og substitutionsbehandling i 2014, 2015, 2016 og 2017.

Langt størstedelen af brugerne i stoffri behandling er indskrevet i KABS Stjernevang og KABS City. Sammenholdt med afslutningsstatus for opioidbrugere er langt flere hash- og stimulantbrugere ophørt med stofbruget på udskrivningstidspunktet. Fælles for begge grupper er dog, at mere end halvdelen af udskrivningerne knyttes til den afsluttende status "Ikke færdigbehandlet", uanset om brugeren på tidspunktet er ophørt, har reduceret eller er stabiliseret i sit stofbrug.

Tabel 9. Afslutningsstatus for brugere i stoffri behandling (N=283)

AFSLUTNINGSTATUS	2014	2015	2016	2017
IKKE FÆRDIGBEHANDLET	58%	66%	55%	67%
OPHØRT	36%	29%	39%	30%
REDUCERET	5%	2%	4%	2%
STABILISERET	1%	4%	2%	1%
TILBAGEFALD	1%	0%	0%	0%

Tabel 10. Afslutningsstatus for brugere i substitutionsbehandling (N=103)

AFSLUTNINGSTATUS	2014	2015	2016	2017
IKKE FÆRDIGBEHANDLET	63%	55%	79%	70%
OPHØRT	29%	11%	12%	9%
REDUCERET	1%	3%	0%	0%
STABILISERET	7%	31%	8%	19%
TILBAGEFALD	0%	0%	1%	2%



Udviklingstendenser

Først og fremmest oplever KABS en stadig større søgning til behandling for cannabis- og stimulantmisbrug, mens færre søger behandling for opioidmisbrug. Søgningen kommer ikke kun til udtryk i antallet af borgere, som henvender sig, men også i, at flere og flere kommuner har visiteret borgere til behandling i KABS. I 2017 samarbejdede KABS med 47 kommuner om behandlingen af en eller flere brugere.

Samtidig ser vi, at flere brugere med hash/ cannabis- eller stimulantmisbrug har psykisk sygdom i tillæg til misbruget. Som vi tidligere har beskrevet, har KABS igennem det seneste år øget kapaciteten massivt for at kunne imødekomme vores samarbejdskommuners behov for behandlingspladser til borgere med misbrug og samtidig psykisk sygdom. Tendensen er væsentlig at gøre opmærksom på, ikke mindst i lyset af den kommende sundhedsreform. Regeringens sundhedsreform og den overordnede sammenhængsreform lægger nemlig op til en fornyet stillingtagen til, hvor misbrugsbehand-

lingen skal placeres i fremtiden. Behandlingen af denne gruppe og de forudsætninger, som skal ligge til grund herfor, er beskrevet i KABS' notat "Behandlingen af misbrugere skal samles ét sted" fra august 2018².

Det er også værd at bemærke, at brugere i substitutionsbehandling fortsat kræver en årelang behandlingsindsats som følge af en mere eller mindre kronisk belastning af stofbruget. Der er tale om brugere med komplekse problemstillinger i deres liv og meget få ressourcer til at overkomme disse problemer. Det er imidlertid tydeligt, at disse brugere lykkes med at gennemføre behandlingen, hvorfor vi ser en stigning i gruppen af aldrende stofbrugere jf. figur 1 og 2. Gruppen af brugere over 60 år er således steget med ni personer fra 2016 til 2017. De ældre stofbrugere forventes at stille nye krav til KABS' behandlingssetup og plejemuligheder i den kommunale plejesektor.

² Uddrag af notatet gengives i kapitel 13 her i Årsmagasinet. Det fulde notat kan rekvireres på 45117500 eller downloades på www.kabs.dk

KAPITEL 17

KABS organisation og økonomi 2017

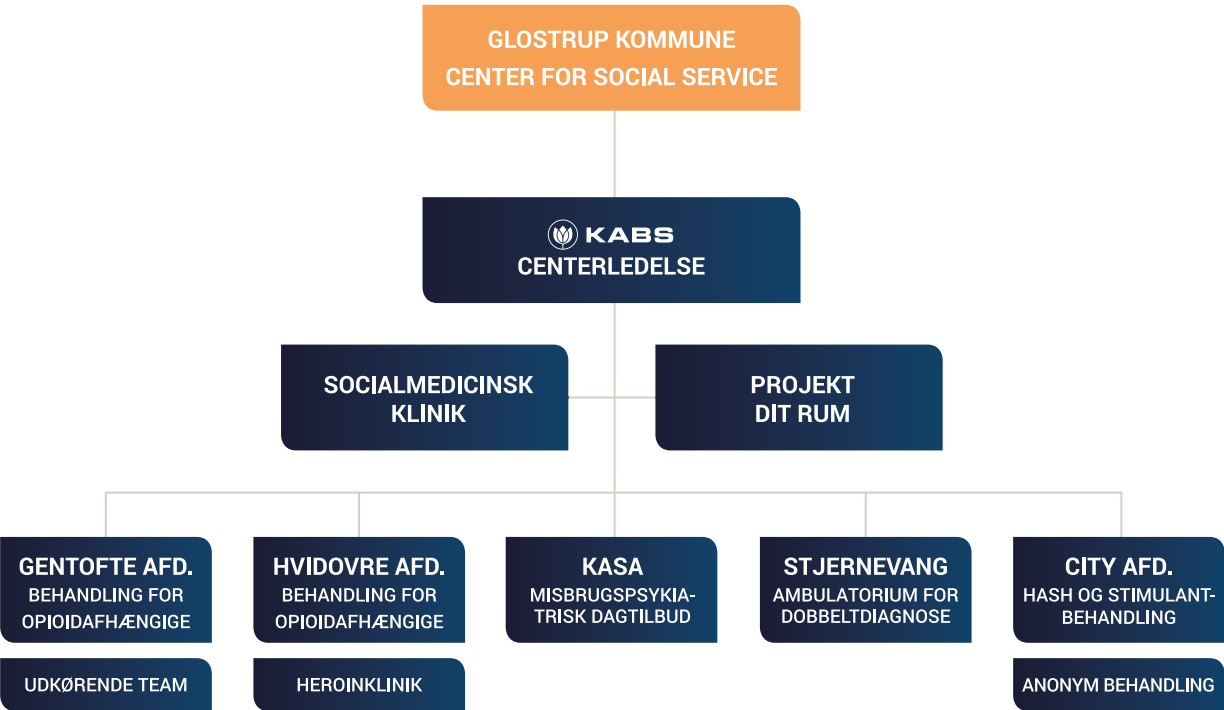
KABS blev etableret i Københavns Amt i 2001 og har siden 2007 været en virksomhed i Glostrup Kommune. KABS har fem afdelinger med forskellige målgrupper og specialer.

Af administrationschef Christian Scharbau, KABS

Afdelingerne i Gentofte og Hvidovre yder behandling til mennesker med opioidmisbrug, Stjernevang og KASA yder behandling til psykisk syge mennesker, der samtidig har et stofmisbrug, og afdelingen i City yder behandling til mennesker med hashmisbrug og/eller af centralstimulerende stoffer. Fra 2017 yder de fleste afdelinger endvidere alkoholbehandling.

Se mere om afdelingerne på www.kabs.dk. Lægerne i KABS er ansat i Socialmedicinsk Klinik og er tilknyttet bestemte afdelinger.

KABS lægger vægt på, at behandlingen foretages i et tværfagligt samarbejde mellem socialrådgivere, socialpædagoger, sygeplejersker, psykologer og læger.



Tabel 1. Personalenormering ultimo 2017

	CITY	GENTOFTE	HVIDOVRE	KASA	STJERNEVANG
SOCIALRÅDGIVER	6,8	5,0	7,0	1,0	4,8
SOCIALPÆDAGOG	2,5	5,9	6,0	1,8	9,0
PSYKOLOG	2,0	1,5	1,4	0,7	3,0
SYGEPLEJERSKE	2,0	6,5	10,1	2,7	3,9
SOSU-ASSISTENT	0,0	0,8	2,0	1,0	2,0
AFDELINGSLÆGE	0,2	1,6	2,4	0,0	0,0
PSYKIATER	0,0	0,0	0,0	0,5	1,6
ANDRE	1,0	0,0	0,9	0,2	2,6

Omfatter ikke administrative funktioner, udviklingskonsulenter og Projekt Dit Rum

KABS har indgået samarbejdsaftaler med en lang række kommuner i det storkøbenhavnske område. I samarbejdsaftalerne er fastlagt regler for visitationsproces, ansvarsforhold for lægelig og social behandling, regler for takstændringer undervejs i forløb, for indberetninger til statslige myndigheder, for udarbejdelse af statistisk materiale, for afregning

og for det løbende samarbejde mellem KABS og kommunerne. I 2017 har KABS haft borgere i behandling fra 47 kommuner.

Prisen for ydelserne i KABS fremgår af et takstkatalog, som justeres årligt. Taksterne omfatter dels takster for lægelige ydelser og dels for sociale ydelser. Nedenfor fremgår taksterne for 2017.

Tabel 2. **Takster 2017**

SOCIAL BEHANDLING	KR. PR. DAG
UDREDNING	592
HVIDOVRE/GENTOFTE BASIS	100
HVIDOVRE/GENTOFTE UDVIDET	200
HVIDOVRE/GENTOFTE INTENSIV	498
CITY BASIS	293
CITY UDVIDET	495
CITY INTENSIV	582
CITY ANONYM BEHANDLING	71
STJERNEVANG BASIS	293
STJERNEVANG UDVIDET	491
KASA	591
TILSYN OG BEREDSKAB	35
EFTERBEHANDLING	130

SUBSTITUTIONSBEHANDLING	KR. PR. DAG
MED SAMTIDIG SOCIAL BEHANDLING	108
UDEN SAMTIDIG SOCIAL BEHANDLING	139

Indholdet i hver takst er beskrevet i et takstkatalog, som findes på www.kabs.dk

Tabel 3. **Udgifter og indtægter vedrørende takstfinansierede aktiviteter 2017¹.**

UDGIFTER	BUDGET	FORBRUG	RESULTAT
LØN	49.400.036	51.360.137	-1.960.101
ØVRIG DRIFT			
FÆLLES UDGIFTER ²	9.312.460	7.949.390	1.363.070
EJENDOMSDRIFT	5.884.069	7.024.431	-1.140.362
AFDELINGSDRIFT	2.599.209	2.791.539	-192.330
MEDICIN M.V.	5.000.000	4.684.139	315.861
UDGIFTER I ALT	72.195.774	73.809.636	-1.613.862
INDTÆGTER			
INDTÆGTER I ALT	-71.301.063	-71.678.641	377.578

I 2017 havde KABS et merforbrug på kr. 1.613.862,- og merindtægter på kr. 377.578,-. I alt således et underskud på kr. 1.236.284. Underskuddet vedrører primært ejendomsdriften og skyldes dels underskud fra tidligere år og dels merudgifter i forbindelse med flytningen af City og Stjernevang afdelingerne til nye lokaler i Valby.

Foruden de takstfinansierede aktiviteter varetager KABS en række opgaver og aktiviteter, som finansieres på andre måder. Det drejer sig om heroinbehandling, som finansieres af Sundhedsministeriet, tilbud til børn og unge fra familier med stof- eller alkoholmisbrug (Projekt Dit Rum), som finansieres af Socialministeriet, en årlig national misbrugskonference, som finansieres ved deltagerbetaling, samt andre mindre projekter. Disse aktiviteter er organiseret i KABS VIDEN.

Tabel 4. **Udgifter og indtægter vedrørende KABS VIDEN 2017**

OVERFØRT FRA 2016	UDGIFTER	INDTÆGTER	OVERFØRES TIL 2018
5.298.579	16.110.704	-15.233.605	4.421.480

En del af den samlede bevilling til Projekt Dit Rum, som anvendes senere år, blev udbetalt i 2016.

1 Overhead til Glostrup Kommune ikke indregnet
2 Overskud fra 2016 (kr. 1.592.226) indregnet i budgettet

Centerledelse og administration

KABS centerledelse

Bakken 3
2600 Glostrup
Tlf. 45 11 75 00
Fax 45 11 75 15
KABS@glostrup.dk

Centerleder Rasmus Axelsson
rasmus.axelsson@glostrup.dk

Administrationschef Christian Scharbau
christian.scharbau@glostrup.dk

Ledende overlæge Danny Reving
danny.reving@glostrup.dk

Afdelinger

KABS City

Kirsten Walthers Vej 2, 2. sal
2500 Valby
Tlf. 45 11 76 36
KABS.city@glostrup.dk

Afd.leder Camilla Enkelund
camilla.enkelund@glostrup.dk

KABS Gentofte

Callisensvej 34
2900 Hellerup
Tlf. 45 11 76 26
KABS.gentofte@glostrup.dk

Afd.leder Karen Ervolder
karen.ervolder@glostrup.dk

Souschef Stine Bitsch
stine.bitsch@glostrup.dk

KABS Hvidovre

Hvidovrevej 80 D
2610 Rødovre
Tlf. 45 11 75 75
KABS.hvidovre@glostrup.dk

Afd.leder Carsten Munkholm
carsten.munkholm@glostrup.dk

Souschef Maja Kristensen
maja.kristensen@glostrup.dk

KABS Stjernevang

Kirsten Walthers Vej 2, stuen
2500 Valby
Tlf. 45 11 75 25
KABS.stjernevang@glostrup.dk

Afd.leder Heidi Gøtze
heidi.gotze@glostrup.dk

KABS KASA

Ndr. Ringvej 69
Bolig 29-30
2600 Glostrup
Tlf. 45 11 75 55
KABS.kasa@glostrup.dk

Afd.leder Anne Lentz
anne.lentz@glostrup.dk



