

## ABSTRACT

## Hvordan hjælpes mennesker med stofproblemer

Ansvar for behandlingen af stofafhængige er placeret i kommunerne, som imidlertid kan delegerer hele eller dele af behandlingen til private institutioner eller til andre kommuner. De stofafhængige har et retskrav på at komme i behandling, og dette gælder også den medicamentelle behandling, senest 14 dage efter deres henvendelse til behandlingssystemet. Behandlingen retter sig ikke kun mod stofafhængigheden, men også mod de psykiske, sociale og helbredsrelaterede problemer, som belaster flertallet af de stofafhængige. Der skønnes at være ca. 33.000 stofafhængige i Danmark, heraf ca. 20.000 heroinafhængige, og halvdelen af disse indtager stofferne intravenøst, og det er specielt i denne gruppe, man ser store helbredsrelaterede problemer. I 2014 var ca. 16.000 personer i behandling, heraf 7.000 personer i substitutionsbehandling og flertallet i behandling med metadon. Behandlingssystemet har problemer med både at tiltrække og fastholde de stofafhængige i behandlingen.



Henvendelse til forfatter:  
Peter Ege, email: P.Ege@dadlnet.dk

# Behandling af mennesker med stofafhængighed

Peter Ege, konsulent, fhv. socialoverlæge, Københavns Kommune

Accepteret til publikation den 11. januar 2017

**M**isbrug defineres i henhold til diagnosesystemerne (WHO ICD-10 og DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual-IV)) som et brug, der er fysisk og/eller psykisk skadeligt for brugeren. Afhængighed er en syndromdiagnose, der inkluderer toleransudvikling, abstinenssymptomer ved ophør med indtagelsen af et givet stof eller medikament og stoftrang karakteriseret ved svækket evne til at styre indtagelsen af stoffet; stofindtagelsen får en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug, og der ses et vedblivende brug trods erkendte skadevirkninger. I WHO's diagnosesystem udelukker diagnosen "afhængighed" diagnosen "misbrug", hvilket betyder, at man ikke kan betegnes som både misbruger og afhængig. I praksis giver denne skelnen dog ikke megen mening, idet grænsen mellem misbrug og afhængighed ofte er flydende (1).

Som konsekvens heraf reviderede det amerikanske Psykiatriske Selskab det psykiatriske diagnosesystem (DSM-IV), og diagnosen "misbrug" er fjernet i det senest publicerede DSM-V (2). WHO forventes at foretage tilsvarende ændringer. Når der i det følgende skrives om stoffer og rusmidler, vil anvendelsen af disse blive dikotomiseret i det ikke destruktive og normalt socialt accepterede **brug** og i **afhængighed**, som er et tvangsmæssigt brug af en sådan størrelsesorden og på en sådan måde hos en given person, at det har negative konsekvenser for brugeren selv og ofte også for omgivelserne. Betegnelserne misbrug og afhængighed vil dog stadig blive brugt, når der refereres til artikler mv. hvor disse betegnelser er brugt, og hvor det ikke vil være korrekt at ændre terminologien.

## Sygdomme hos personer med stofafhængighed

Stofafhængige har en stor somatisk sygelighed og dødelighed. Livet og afhængigheden slider på dem. Deres sygdomme skyldes dels det intravenøse brug og de deraf følgende infektioner som endokarditis, HIV, hepatitis, især hepatitis C, som flertallet af de intravenøse brugere pådrager sig, dels de stofafhængiges livsstil præget af social elendighed, arbejdsløsh-

### EMNEORD

Drug addiction;  
opioids;  
treatment

## Faktaboks

### Sundhedsskader ved biocider

- Det anslås, at der er ca. 33.000 behandlingskrævende stofafhængige i Danmark.
- Ca. 20.000 er opioidafhængige, og 13.000 har et intravenøst brug af stoffer; især denne sidste gruppe har store helbredsmæssige problemer, inkl. tandsygdomme.
- Ca. 16.000 personer var i behandling i 2014. 7.000 er i substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin.
- Der anvendes årligt ca. 1 mia. kr. på behandling.

hed og dårlige boligforhold og for manges vedkommende hjemløshed. Det betyder, at de også er ramt af de typiske livsstilssygdomme, kredsløbslidelser og KOL. Herudover rammes mange stofafhængige af tandsygdomme (se efterfølgende oversigtsartikler i dette temanummer).

Formålet med denne oversigtsartikel er at beskrive behandlingssystemet i Danmark, herunder de lovgivningsmæssige rammer, målgrupper for behandlingen, de anvendte behandlingsmetoder og de udfordringer, som behandlingssystemet står overfor.

### Lovgrundlag og organisering

Med kommunalreformens ikrafttræden den 1. januar 2007 fik de nye kommuner det primære ansvar for behandlingen af stofafhængige. Kommunerne kan vælge at udføre hele behandlingen selv, hvilket er det mest almindelige, eller de kan købe hele eller dele af behandlingen i andre kommuner, i regionen eller hos private. Men uanset hvor meget eller lidt de udliciterer, er det bopælskommunen, der har det samlede overordnede ansvar for behandlingen og er forpligtiget til i et samarbejde med stofbrugeren at udarbejde en behandlingsplan og en social handleplan (Servicelovens §141), der angiver de kort- og langsigtede mål for behandlingen, og de behandlingsmæssige og sociale foranstaltninger, som skal sættes i værk for at realisere målene (3).

Stofbrugere har siden 2003 haft krav på at kunne komme i behandling 14 dage efter, at de har henvendt sig til kommunen med et ønske om behandling (3). Retten gjaldt dog indtil januar 2015 kun den sociale del af behandlingen og ikke den medikamentelle. De har ligeledes ret til frit at vælge mellem behandlingstilbud af tilsvarende karakter. Lovændringen (4) indebærer, at:

- den behandlingsgaranti, der gælder for den sociale behandling, også kommer til at gælde den sundhedsfaglige behandling, fx abstinensbehandling og behandling af psykiske og somatiske komplikationer til misbruget,

- alle brugere, der henvender sig til en kommunal behandlingsskole, aktivt skal tilbydes en lægesamtale inden for 14 dage uanset problemløstets karakter. I dag er det de færreste brugere, der ses af en læge på noget tidspunkt af behandlingen.
- brugerne får frit valg indenfor visse rammer til at vælge mellem forskellige offentlige og private sundhedsfaglige tilbud.

De foreslåede ændringer kan komme til at betyde et væsentligt løft i behandlingens kvalitet, men det bliver ikke helt nemt for kommunerne at indfri de intentioner, der ligger i forslaget til loven pga. vanskelighederne med at rekruttere det nødvendige sundhedsfaglige personale.

Det påhviler kommunalbestyrelsen efter Sundhedslovens §132 at tilbyde vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende midler til personer med et problematisk opioidbrug (abstinens- og substitutionsbehandling) (4,5).

Behandlingen er helt overvejende frivillig. Der er i lovgivningen begrænsede muligheder for behandling med tvang, specielt i forhold til gravide, men denne lovgivning har kun været anvendt i ganske få tilfælde, siden den trådte i kraft i 2008.

### Behandlingens genstandsområder

#### Problembrug af et eller flere rusmidler

Behandlingen bør primært rette sig mod det tvangsprægede, destruktive brug. Afgiftning eller nedtrapning og det at gøre folk stoffri er sjældent noget problem. Problemet er at vedligeholde den opnåede stoffrihed og at minimere de negative konsekvenser af de helt uundgåelige tilbagefald.

De metoder, behandlingsskolerne kan anvende her, er at forsøge at lære folk strategier, der mindsker risikoen for tilbagefald, at tilføre den viden og de sociale og psykiske ressourcer, der gør sådanne strategier mulige, og at etablere tilknytning til selvhjælpsgrupper (AN grupper, dvs. Anonyme Narkomaner mv.). Alternativt kan man forsøge at stabilisere problembruget ved konstant administration af metadon eller buprenorfin (længerevarende substitutionsbehandling) på en sådan måde og i sådanne doser, at de psykomotoriske funktioner ikke påvirkes negativt, og således den vej rundt forsøge at reducere trangten til stoffer.

#### Psykiske og personlige problemer

I nogle tilfælde er opgaven diagnostisk og henvisende. Hvis der foreligger en psykose (skizofreni eller anden paranoid psykose) er den relevante foranstaltning henvisning til det psykiatriske behandlingssystem. Herudover er behandlingen rådgivning, evt. medikamentel behandling, evt. psykoterapi, deltagelse i selvhjælpsgrupper og aktiviteter med henblik på styrkelse af selvværd og social kompetence.

#### Sociale problemer

Disse står oftest i kø hos stofbrugeren. Der er problemer i forhold til bolig, økonomi, gæld, arbejde og uddannelse. Der er →

altid behov for socialrådgiverfaglig bistand i et samarbejde med brugerens socialcenter. Erfaringsmæssigt har stofbrugerne ofte svært ved at benytte det normale bistandssystem, og en effektiv hjælp forudsætter derfor, at løsningen af sociale problemer integreres i den øvrige behandling. Det er vigtigt, at behandlingen af stofafhængigheden og afhjælpningen af sociale problemer integreres fra behandlingens start. Det er fastsat ved lov, at der meget hurtigt efter behandlingens påbegyndelse skal udarbejdes en "social handleplan". Denne skal udfærdiges i et samarbejde mellem stofbrugeren, den kommunale behandlingsinstitution og kommunens socialcenter. I den sociale handleplan fastlægges kort- og langsigtede mål for indsatsen, hvordan målene realiseres og indenfor hvilken tidsramme. Handleplanen skal løbende revideres, dvs. ca. hver tredje måned, og skal fungere som et styringsredskab samt som den overordnede plan for den samlede indsats. Selvom handleplaner er lovfæstede, er alt for mange behandlingsforløb karakteriserede ved, at der ikke eksisterer handleplaner eller kun helt indholdstomme sådanne. Forklaringen på dette er ofte, at handleplanen kun er et bureaukratisk instrument, eller at udarbejdelse af en handleplan må afvente, at det problematiske stofbrug "færdigbehandles", men kan bedst anskues som en manglende professionalisme fra behandlingsinstitutionernes side.

### Hjælp til (gen)etablering af det sociale netværk og til at bryde den sociale isolation

Denne indsats er lige så vanskelig, som den er vigtig. Ofte er det umiddelbare resultat af en vellykket behandling, at stofbrugeren bryder med det stofbrugende miljø, med det resultat at ensomheden bliver et helt dominerende problem. Der skal gøres et målrettet arbejde for at skabe tilknytning til den oprindelige familie og til selvhjælpsgrupper, og i øvrigt må afhjælpningen af den sociale isolation integreres i bearbejdningen af de sociale, personlige og psykiske problemer.

### Helbredsmæssige problemer

Alle stofmisbrugere, som henvender sig, skal undersøges og tilbydes behandling for deres helbredsmæssige problemer. Dette kan ske hos deres egen læge, men erfaringen viser, at det oftest ikke sker der. Det skyldes ofte, at den aktive stofafhængige har haft for travlt med at skaffe stoffer til at bekymre sig om og gøre noget ved sine helbredsproblemer, og at livet som stofafhængig – og stofferne – har undertrykt de symptomer, der måtte være. Stofbrugere har undertiden også et ret så dårligt og nedslidt forhold til deres egen læge, fordi de har brugt deres læge mere som en forsyningskilde til diverse stoffer (smertestillende, sove- og nervemedicin) end som egentlig læge. Desuden passer den måde, den praktiserende læge organiserer sin virksomhed på, ofte svært dårligt med den stofafhængiges kaotiske og "fortravlede" tilværelse. Dette indebærer, at lægen ved behandlingsinstitutionerne kan og skal behandle de ofte mange helbredsmæssige problemer, stofmisbrugerne frembyder, med en orientering til og i et samarbejde med egen læge. Indtil si-

tuationen er så tilpas stabiliseret, at forholdet til egen læge kan normaliseres.

Behandlingen skal oftest være langvarig, fra måneder til år. Og det er ubetinget en nødvendighed i betragtning af problemets sammensatte karakter, at den er tværfagligt organiseret.

Indholdet i behandlingen kan karakteriseres som en kombination af sociale tilbud og social støtte, psykosocial rådgivning, aktiviteter med henblik på at udvikle/fremme social kompetence, psykologisk og medikamentel behandling. Området har i høj grad været præget af eksperimenteren, af metodeusikkerhed, manglende efteruddannelse og manglende supervision, men der kan spores en både faglig og politisk vilje til at kvalitetsforbedre arbejdet.

Uanset at behandlingsarbejdet næppe endnu har trådt sine børnesko, skal man ikke undervurdere dets positive effekt. Behandlingen virker så længe, den varer, og ofte også, hvis den har været tilstrækkeligt kvalificeret, ud over behandlingstiden (6,7). Men virkning betyder her langtfra kun stoffrihed (og ofte er dette slet ikke relevant, fx ved substitutionsbehandling). Det betyder snarere en reduktion af de skader, den stofafhængige påfører sig selv og andre, et bedre helbred, mindre kriminalitet, større social integration og i det hele taget en bedre livskvalitet – med eller uden stoffer.

### Hvad forstår vi ved behandling?

Meget kort kan behandling defineres som en systematisk, planlagt aktivitet, der sigter mod en forandring og bedring hos den enkelte, en forandring, der gerne skulle manifestere sig som en ændret adfærd. Denne systematiske aktivitet er organiseret i et behandlingssystem, der helst skal rumme følgende bestanddele:

#### *En indgangsport*

##### *Visitation*

Vurdering/diagnosticering

Fordeling af de hjælpøgende til relevante foranstaltninger.

#### *Den konkrete behandling kan finde sted i*

Ambulant og/eller døgnregi,

og den kan være

medikamentelt eller ikke-medikamentelt understøttet (stoffri).

#### *Den medicinske behandling kan inddeles i:*

Afgiftning

Antagonistbehandling

Substitutionsbehandling

Behandling af komplicerende somatiske og/eller psykiatriske tilstande.

Uanset om behandlingen er ambulant eller døgnbaseret, medikamentelt understøttet eller ikke-medikamentelt understøttet, skal der kunne tilbydes klienten en række ydelser, der kan kaldes *uspecifikke*, i og med de skal kunne tilbydes ved enhver form for behandling:

Rådgivning

Sociale ydelser (bolig, økonomi, beskæftigelse)



Psykiatrisk/psykologisk/psykoterapeutisk behandling  
Lægelige ydelser  
Tilknytning til selvhjælpsgrupper/andre uformelle netværk

### Dag eller døgnbehandling

Der bør være et behandlingstilbud til alle stofmisbrugere i de ofte lange perioder af deres liv, hvor de har behov for hjælp. Et differentieret ambulant behandlingstilbud er den nødvendige forudsætning for at kunne realisere dette, *suppleret* med døgnforanstaltninger til de personer, der i afgrænsede faser af deres behandlingsforløb har behov for miljøskift og en mere massiv og struktureret påvirkning, ofte i forbindelse med forsøg på at opnå stoffrihed. Problemstillingen dag eller døgnbehandling er følgelig falsk, men netop på grund af behandlingens langvarighed bliver ambulant behandling det basale.

Døgnbehandling skal opfattes som et supplement til den ambulante behandling, men også som et undertiden nødvendigt supplement. Nogle stofmisbrugerers situation kan i perioder være så kaotisk, at døgnbehandling er nødvendig. Der kan være behov for miljøskift eller en intensiv struktureret påvirkning; afgiftninger kan i nogle tilfælde kun gennemføres under indlæggelse eller i andet døgnregi osv. Men døgnbehandling bør altid være en fase i en samlet behandlingsplan – ikke hele behandlingen.

Der findes mange forskellige former for døgnbehandling, og de psykiatriske afdelingers tilbud er det mindste af det. Man kan gruppere dem i familieplejetilbud, socialpædagogiske kollektiver, som lægger hovedvægten på socialisering, stramt strukturerede, hierarkiske terapeutiske samfund (som man har få af i Danmark sammenlignet med Norge og Sverige), Minnesota behandlingsinstitutioner og en lang række ”hybrider”, som indeholder elementer fra flere af de ovennævnte.

Minnesota modellen er i dag det helt dominerende døgnbehandlingstilbud, hvad der hænger sammen med den voldsomme vækst i antallet af selvhjælpsgrupper, og at behandlingen er billigere end andre former for døgnbehandling.

Døgnbehandling har en effekt, men i sig selv er den meget beskedent (7). Vurderet på opnåelse af stoffrihed er det næppe flere end 10-15 % af de behandlede, der opnår stoffrihed årligt (8), så det er marginale effekter, vi taler om, men bedre end ingenting, og som nævnt giver det ikke nogen særlig mening at vurdere døgnbehandling isoleret fra det samlede behandlingsforløb. Center for Rusmiddelforskning har evalueret flere danske døgnbehandlingstilbud og fandt, at effekten generelt set var den samme i de forskellige typer af døgninstitutioner (9). Men det betyder ikke, at alle døgninstitutioner var lige gode, faktisk var der nogle, der var dobbelt så gode som andre. Det, der bl.a. karakteriserede de gode institutioner, var kompetence og professionalitet, en systematisk og reflekterende praksis baseret på en god skriftlig dokumentation, klarhed i metoden, erfarne behandlere, lavt personaleflow, fravær af konflikter i institutionen og rummelighed.

## KLINISK RELEVANS

De fleste stofafhængige og specielt de ældre opioidafhængige har massive tandproblemer, der vanskeliggør deres liv, og som er en bar-

riere i forhold til deres behandling og den videre revalideringsproces. Det er derfor afgørende vigtigt, at de får deres tænder behandlet.

### Den medikamentelle behandling

Her skal kun omtales behandlingsformer, der er specifikke for stofbehandling, dvs. afgiftning og behandling med agonister (substitutionsbehandling), og ikke den symptomatiske behandling med beroligende, angstdæmpende, antidepressive og anti-psykotiske lægemidler, som følger de samme retningslinjer som ved behandling af ikke-problebrugende psykotiske patienter. Der har været en tendens til at se den medikamentelle og den stoffri behandling som hinandens modsætninger, og der har især fra tilhængerne af den stoffri behandling nærmest været ført religionskrig mod den medikamentelle behandling. Det er imidlertid uhensigtsmæssigt at opfatte den medikamentelle og den ikke-medikamentelle (psykosociale) behandling som hinandens modsætninger. Den medikamentelle behandling kan i mange tilfælde stå alene, men ofte er det nødvendigt at supplere med en psykosocial indsats for at opnå en effekt. I de fleste tilfælde er der tale om en synergieffekt mellem den medikamentelle og den psykosociale behandling. I nogle tilfælde, eller rettere i perioder af et behandlingsforløb, kan behandlingen udelukkende være ikke-medikamentel, psykosocial, psykoterapeutisk eller miljøterapeutisk behandling, men i de fleste tilfælde er den medikamentelle behandling en forudsætning for den psykosociale behandling, af den simple grund, at patienten ikke vil være tilgængelig for nogen som helst form for behandling uden en samtidig medikamentel intervention.

### Afgiftning

En afgiftning kan defineres som den proces, hvor en person, der er fysisk afhængig af et rusmiddel, hjælpes ud af brugen af det pågældende stof, enten abrupt eller gradvist. En afgiftning sker således under alle omstændigheder, når en person, der er fysisk afhængig af et stof, ophører med brugen af stoffet. Afhængigt af hvilket rusmiddel det drejer sig om samt graden af fysisk afhængighed og personkarakteristika (fx forventningsangst), kan abstinenssymptomerne gå fra det bagatelagte til det meget ubehagelige, evt. livstruende. Symptomer-nes sværhedsgrad er naturligvis bestemmende for, om en person skal tilbydes en gradvis medicinsk afgiftning (også kaldet nedtrapning) for at mindske abstinenssymptomernes sværhedsgrad.

Abstinenssymptomerne efter ophør med cannabis, hallucinogener og centralstimulantia er så moderate, at der ingen

gevinst er ved en medicinsk afgiftning, bortset fra evt. symptomatisk behandling. Medicinsk behandling kommer således kun på tale ved afgiftning fra opioider og benzodiazepiner samt alkohol.

En afgiftning er et indgreb eller en foranstaltning, som kun retter sig mod den fysiske afhængighed, og man må således aldrig forvente mere og andet af den end en (forbigående) afbrydelse/reduktion af den fysiske afhængighed.

Formålet med en medicinsk afgiftning er at reducere smerte og ubehag og at etablere en kontakt med den afhængige, der kan skabe grundlaget for et fortsat og længerevarende behandlingsforløb.

Ofte forlader misbrugeren imidlertid behandlingen, umiddelbart efter eller noget før den er afsluttet. Det er der intet mærkeligt i, for misbrugeren har fået opfyldt det primære formål med afgiftningen: at reducere den fysiske afhængighed. Men det tolkes fejlagtigt, som om afgiftningen er mislykkedes, og har givet anledning til en vurdering af afgiftninger som formålsløse. Det skal derfor understreges, at en medicinsk afgiftning er en human, nem og brugervenlig foranstaltning, der som regel opfylder sit formål, og som kan skabe en positiv kontakt til den afhængige.

Ved valg af afgiftningsmetode skal man gå efter det eller de præparater, der er nemme at administrere, som er medicinsk sikre og ufarlige, som er attraktive for patienten, dvs. virkningsfulde, og som er billige. Der er i tidernes løb udarbejdet utallige fantasifulde nedtrappingsregimer, som har forsynet sig mod disse simple regler.

I praksis anvendes næsten altid en agonist (som har krydstolerans med det præparat, der skal afgiftes fra), som kan indtages peroralt, som har lang virkningstid, og som har det mindst mulige afhængighedsskabende potentiale.

#### Afgiftning ved opioidafhængighed

Strengt taget kan man undlade at behandle abstinenssymptomerne, men humant er det ikke, og tilbud om abstinensbehandling er en god og brugervenlig indgang til den videre behandling. Mest hensigtsmæssig er anvendelsen af en agonist med lang virkningstid, dvs. metadon eller buprenorphin. Såfremt afhængigheden ikke er for udtalt (svarende til mindre end 40 mg metadon), er det hensigtsmæssigt at bruge buprenorphin, som det er lettere at trappe ud af end metadon.

#### Afgiftning fra benzodiazepiner

Her anvendes et benzodiazepin med lang virkningstid, fx clonazepam (Rivotril®) eller diazepam.

Den anvendte dosis skal være dækkende uden at sløve klienten unødigt. Da man sjældent ved, hvilket niveau den stofafhængige ligger på, skal man altid starte med en lav dosis, som øges gradvist over nogle få dage til tilstrækkelig effekt. Varigheden af afgiftningen er en skønssag, den afhænger af formålet med afgiftningen og skal aftales med den stofafhængige. Ved afgift-

ning med metadon er det tolerabelt, at dosis reduceres med ca. 10 % af udgangsniveauet hver eller hver anden dag, mens afgiftning med benzodiazepiner erfaringsmæssigt skal strækkes over længere tid, oftest flere måneder.

Normalt kan og skal man afgifte ambulant, men døgnanbringelse kan være nødvendigt.

#### Substitutionsbehandling

Substitutionsbehandling er den hyppigst anvendte og mest effektive behandling til personer, der er afhængige af opioider. Ca. 7.000 personer er i substitutionsbehandling, heraf 20-30 % i behandling med buprenorphin (10).

#### Hvem skal tilbydes substitutionsbehandling?

Indikationen for metadon- og anden substitutionsbehandling er primært et problemfyldt forbrug (afhængighed) af opioider. Det betyder i praksis, at behandlingen retter sig mod personer, som har haft et mangeårigt problematisk brug af opioider og i løbet af denne proces har udviklet afhængighed. Et mere eller mindre sporadisk brug er således ikke tilstrækkeligt grundlag for en substitutionsbehandling. Da substitutionsbehandling er en langvarig (undertiden livslang) og krævende behandling, vil det sjældent være første behandlingsvalg – ambulant og/eller døgnbaseret stoffri behandling bør som regel forsøges først. Men ellers gælder det, at hvis der foreligger et langvarigt, problemfyldt brug af opioider, er det primært den afhængige, der må afgøre, om en substitutionsbehandling er den bedste strategi i forhold til at frigøre sig fra et problembrug i forsøget på at komme videre med sit liv.

Også gravide skal tilbydes substitutionsbehandling, hvis alternativet til denne er et fortsat illegalt brug, som er langt mere skadeligt for fostret end en veltilrettelagt substitutionsbehandling.

#### Dosering

Ved påbegyndelsen af en behandling med metadon skal man altid starte på en lav dosis, dvs. 30 mg eller mindre, uanset hvor meget eller lidt stof den afhængige oplyser at have taget inden behandlingens start. Det er svært at vurdere forbrugets størrelse pga. dets illegale karakter, og hvis toleransen overfor opioider har været lille, risikerer man at slå den behandlede ihjel ved at anvende større doser end 30 mg. Herefter stiger man i dosis med 10 mg hver anden dag, indtil den behandlede ikke længere klager over abstinenssymptomer, men ikke mere end at de psykomotoriske funktioner er upåvirkede. Man skal altså ende med at placere sig i et dosisinterval, hvor den behandlede hverken er påvirket eller plaget af abstinenssymptomer. Det er lidt af en kunst, men dog muligt i de fleste tilfælde. Normalt stabiliseres den stofafhængige ved doser på mellem 70 og 100 mg, men med store individuelle variationer. Ved behandling med buprenorphin, som er en partiel opioidagonist, skal der i modsætning til ved start af metadonbehandling ikke foretages



gradvis dosisøgning. Det gælder om at nå den optimale dosering på 12-32 mg/dag i løbet af få døgn.

#### Organisering af behandlingen – kontrolforanstaltninger

Det er vigtigt at gøre sig klart, at målet med substitutionsbehandling er et bedre liv og social integration. Målet er ikke primært ”harm reduction”, selvom man som regel altid opnår en begrænsning af kriminalitet og anden risikoadfærd. ”Harm reduction” er et legitimt mål, men det er ofte for uambitiøst på den behandlede vegne. Substitutionsbehandlingen skal altid indgå i en samlet plan, som lægges i et samarbejde med den behandlede, og som ikke kun retter sig mod stofbrugen, men også mod alle de sociale, psykiske og andre helbredsmæssige problemer, som den stofafhængige bærer rundt på. Behandlingen skal derfor være tværfagligt og undertiden også tværsektorielt organiseret. Som al anden behandling indeholder substitutionsbehandlingen elementer af uformel social kontrol. Det er bl.a. derfor, den virker. Men hertil kommer en række andre formaliserede kontrolforanstaltninger, som skal sikre, at den ordinerede substitutionsmedicin indtages som foreskrevet og ikke videresælges. De kontrolforanstaltninger, der anvendes, er primært overvåget indtagelse i de fleste af ugens dage, og urinkontrol, dvs. undersøgelse af urin, ladet under opsyn, for illegale stoffer og medikamenter. Den overvågede indtagelse er en rimelig og fornuftig foranstaltning, men omfanget kan diskuteres. Hvis den drives for vidt, kan det have karakter af magtmisbrug, og det må aldrig drives så vidt, at den behandlede ikke kan opretholde et normalt liv med arbejde, uddannelse, ferie og fritid. Mere problematisk er de regelmæssige, overvågede urinkontroller, som har været en integreret del af substitutionsbehandlingen lige så længe, som denne behandlingsform har eksisteret. Den behandlingsmæssige værdi er imidlertid ikke dokumenteret (11), og det kan være en af årsagerne til, at urinkontrol, herunder prøvetagningsprocedurer og reaktionerne på prøvesvarene, gennemføres meget varierende fra behandlingsprogram til behandlingsprogram. Urinprøvekontrol er relativt dyrt, ydmygende for patienter og personale, har formentlig en negativ virkning på den terapeutiske alliance og på fastholdelse i behandlingen og ser ikke ud til at have nogen betydende effekt på patienternes stofbrug. Det er ikke udtryk for en monitorering i sædvanlig forstand, i og med man kontrollerer for noget, som patienten ved i forvejen, og som derfor primært har til formål at konfrontere og sanktionere patienten for den adfærd, som patienten søger behandling for. Den omfattende brug af urinkontrol kan således ikke forklares hverken som en procedure til at optimere behandlingen eller inden for rammerne af det normale læge-patient-forhold, men afspejler snarere den negative holdning til både stofbrugere og vedligeholdelsesbehandling som en behandlingsmodalitet.

#### Metadon eller buprenorfin?

Buprenorfin, som til stofbrugere forhandles under varenavnene *Subutex*<sup>®</sup> og *Suboxone*<sup>®</sup>, er blevet markedsført aggressivt af

det medicinalfirma, der markedsfører det. Firmaet har drevet en aggressiv lobbyvirksomhed overfor både læger, behandlere, politikere, sagsbehandlere i kommunen og Sundhedsstyrelsen. Man har især slået på præparatets mindre giftighed, og at man med en udstrakt brug af buprenorfin kan reducere antallet af forgiftningsdødsfald ganske væsentligt. Det sidste er ganske usikkert, og i en stor australsk forløbsundersøgelse (kohorte) er det vist, at brugere i buprenorfinbehandling ikke har en lavere dødelighed end personer i metadonbehandling (12). På den anden side er der ikke megen tvivl om, at metadon er et mere effektivt præparat end buprenorfin (13,14), og at patienter i metadonbehandling derfor i langt mindre grad dropper ud af deres behandling sammenlignet med patienter i buprenorfinbehandling.

Det er fint, at vi har fået to præparater, der kan anvendes i substitutionsbehandlingen med hver sine fordele og ulemper, men der er ingen grund til at slå det ene præparat i hovedet med det andet. Lad os følge de mere fornuftige og afdæmpede anbefalinger fra England (15,16), der anbefaler, at valget af medikament skal fastlægges individuelt under hensyntagen til personens afhængighedshistorik, præference for det ene eller andet medikament og ricisi og fordele ved de enkelte behandlinger. Hvis begge medikamenter kan bruges, anbefales metadon som førstevalg, fordi dette synes at komme bedst ud af kost-effekt-analyser.

#### Konklusion

Det anslås, at der er godt 30.000 stofafhængige i Danmark, heraf 20.000 opioidafhængige og heraf igen ca. 10.000 med et intravenøst brug af stoffer. Det er især denne gruppe, der har mange helbredsmæssige problemer inklusive svære tandproblemer.

Misbrugsmønstret skifter i disse år karakter med en stigende tilgang af især unge cannabisaafhængige og en meget beskeden tilgang af nye heroinafhængige. Ikke desto mindre er det stadig de heroinafhængige, der fylder mest, hvilket hænger sammen med, at heroinafhængighed er en meget langvarig tilstand – undertiden kronisk. Det betyder også, at de heroinafhængige er en stadig ældre gruppe med en gennemsnitsalder på omkring de 40.

Det er en nedslidt gruppe, som har et stort og udækket behov for ydelser fra Sundhedssystemet, men som regel opsøger de det kun i akutte tilfælde, fordi de har så meget andet, de skal passe. Afhængighed er et problem, som lægger beslag på tid og penge, som derfor ikke bliver brugt til at passe ordentligt på sig selv.

De søger også behandling relativt sent (efter ca. syv år) i deres afhængighedsforløb, og ca. halvdelen af de afhængige er ikke i behandling. Men det betyder omvendt, at halvdelen er, og en af behandlingssystemets vigtigste opgaver er at hjælpe de stofafhængige med deres helbredsmæssige problemer ved at bygge bro til sundhedsvæsenet og motivere brugerne til at bruge det. Det er ikke nogen nem opgave, specielt ikke når det gælder tandsygdomme, som er omgærdet af megen frygt og økonomiske barrierer. Men det er afgørende for et vellykket behandlingsforløb, at der tages fat på disse problemer.



## ABSTRACT (ENGLISH)

**Drug addiction treatment in Denmark**

In Denmark, the municipalities are responsible for organising both the social and medical treatment of drug users, but they can delegate all or part of the treatment to private institutions or to other municipalities. Drug addicts are guaranteed access to treatment within 14 days of the first contact or request from the drug addict. The treatment is focused on handling the drug dependency as well as the social and medical problems related

to drug abuse. It is estimated that there are about 33.000 drug dependent persons in Denmark, including 20.000 heroin addicts, of whom half of them are taking heroin intravenously. The latter group is characterised by having a particular large number of health-related problems. In 2014 there were 16.000 persons in treatment including 7.000 persons in substitution treatment, mainly with methadone. It is difficult for the treatment system to both attract and retain the drug dependent persons in treatment.

**Litteratur**

- O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction* 2011;106:866-7.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing, 2013.
- SOCIALSTYRELSEN. Bekendtgørelse af lov om social service. København: Socialstyrelsen, 2015. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: [www.ret-sinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183958](http://www.ret-sinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183958)
- SUNDHEDSMINISTERIET. Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love. København: Sundhedsministeriet, 2016. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: [www.ret-sinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181810](http://www.ret-sinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181810)
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin – Lovkrav og anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen, 2016/2017. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- Ravndal E. Virker behandling? Stockholm: Nordark, 1993.
- Ege P. Handling giver forvandling. Hvad giver behandling? *STOF* 2008, nr. 11: 9-13.
- STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsammansättning. Malmö, 2001. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: [www.sbu.se](http://www.sbu.se)
- Pedersen MU. Stofmisbrugere før under efter døgnbehandling. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus: Aarhus Universitet, 2000.
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Narkotikasituationen i Danmark 2016. København: Sundhedsstyrelsen, 2016. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- Ege P. Urinkontrol i behandlingen af opioidmisbrugere. *Ugeskr Læger* 2003;165 1346-8.
- Bell J, Trinh L, Butler B et al. Comparing retention in treatment and mortality in people after initial entry to methadone and buprenorphine treatment. *Addiction* 2009;104:1193-1200.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, 2, art. no.: CD002207.
- Davoli M, Amato L, Clark N et al. The role of Cochrane reviews in informing international guidelines: a case study of using the grading of recommendations, assessment, development and evaluation system to develop WHO guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. *Addiction* 2015;110: 891-8.
- DEPARTMENT OF HEALTH (ENGLAND) AND THE INVOLVED ADMINISTRATIONS. Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: [www.nta.nhs.uk/uploads/clinical\\_guidelines\\_2007.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf).
- Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012;26:899-952.