

Astrid Skretting

EVALUERING AV METADON- PROSJEKTET I OSLO

DEL I:

Etablering, inntak av pasienter og forholdet til
øvrige behandlingstiltak

EVALUERING AV METADONPROSJEKTET I OSLO

Del 1: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak

Astrid Skretting

**Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
Oslo 1997**

ISBN 82-7171-213-6

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	4
2. BAKGRUNN	7
2.1. Motstand og skepsis	7
2.2. NAVF - konferansen, ekspertgruppa	11
2.3. Metadon - negativ signalverdi	14
3. OSLO KOMMUNE TAR OVER	18
3.1. Videre utredning	18
3.2. Rekruttering av personalgruppa	19
3.3. Lokalspørsmålet	21
3.4. Byråkratisk sendrektighet	26
4. STYRINGSGRUPPA	30
5. INNTAK AV PASIENTER	36
5.1. Søknadsprosedyren	36
5.2. Inntaksvurderingene	37
5.3. Forvaltning av inntakskriteriene	42
5.4. Henvisende instans	46
6. MEDIKAMENTFRIE BEHANDLINGSTILTAK OG METADON	49
6.1. Høringsrunde	49
6.2. Forsert tempo	50
6.3. Metadon - endring i ideologi	51
6.4. Spørsmål om menneskesyn	52
6.5. 1997 - står prinsippene like fast?	54

6.6. Metadon - terapeutisk intervensjon	60
6.7. Metadon ikke lenger defensivt	61
6.8. Metadon - mindre motivasjon for medikamentfri behandling?	62
6.9. Forskyvning av ressurser?	67
6.10. Endret syn - hvorfor?	69
 7. SAMARBEID MiO - MEDIKAMENTFRIE TILTAK	74
7.1. Har MiO stilt opp som forventet?	78
7.2. Blande klienter med og uten metadon?	84
 8. HVA MED METADONBEHANDLING I FRAMTIDA?	88
8.1. Inntakskriterier	91
8.2. Framtidig organisering av metadonbehandling	99
 9. SAMMENDRAG OG UTSYN	103
9.1. Sammendrag	103
9.2. Utsyn	106
 REFERANSER	110
 Vedlegg:	114

1. INNLEDNING

Metadon er et kunstig framstilt opiat med de samme virkninger som andre opiater. Virkningene av metadon kommer imidlertid langsommere og varer lenger (metadon har lengre halveringstid). Sammenlignet med andre opiater har metadon derfor den fordel at det kan tas bare en gang i døgnet. En person som har fått en individuell innstilling på metadondose får ingen klar opplevelse av rus eller abstinens når medikamentet tas som foreskrevet. Metadon suges opp fra tarmen og kan derfor blandes ut i saft og drikkes. Ved tilstrekkelig dosering tar metadon i stor grad vekk suget etter heroin og har også blokkeringseffekt i forhold til effekten av andre opiater. Metadon kan derfor brukes i såkalt vedlikeholdsbehandling av opiatavhengige. Slik behandling vil kunne strekke seg over år, i mange tilfeller livet ut, og innebærer at en godtar at pasienten lever et liv der han eller hun er avhengig av metadon.

Målsettingen ved langvarig vedlikeholdsbehandling tar i stor grad sikte på å få opiatmisbrukere ut av illegalt misbruk slik, at de ut fra sine forutsetninger kan finne en "normal" plass i samfunnet. Internasjonalt blir metadon også brukt i forbindelse med avrusning og korttidsbehandling der målsettingen er mindre ambisiøs. Metadon blokkerer imidlertid ikke for virkningen av andre narkotiske stoffer eller alkohol, og internasjonalt finner vi at det er ulikt syn på og praksis for hvordan de ulike metadonprogrammene forholder seg til metadonklientenes bruk av andre rusmidler. Vi viser ellers til del 2 av evalueringsrapporten for en bredere gjennomgang av internasjonale erfaringer fra metadonbehandling (Ervik, 1997).

Sosialdepartementet ba i 1992 Oslo kommune om å være vertskap for et 3-årig strengt regulert nasjonalt forsøksprosjekt med

vedlikeholdsbehandling med metadon. Forsøket skulle begrenses til en gruppe på 50 langtkomne opiatmisbrukere. Oslo kommune vedtok i februar 1993 å akseptere forespørselen. De første pasientene startet i metadonbehandling i august/september 1994. I forbindelse med Stortingets behandling av St meld nr 16 (1996-97) ble det vedtatt å gjøre vedlikeholdsbehandling med metadon til et permanent landsomfattende tilbud.

Forsøksprosjektet har vært gjenstand for en omfattende evaluering. I innstillingen fra arbeidsgruppen som utarbeidet retningslinjer for prosjektet sies det at evalueringen bør legge opp til:

- “-systematiske oppfølgingsstudier for å bringe på det rene om målene på individnivå nås (herunder bedret livskvalitet, redusert kriminalitet og prostitusjon m.v.)*
- prosessstudier som viser om prosjektet utvikler seg som forutsatt, herunder konsekvenser av prosjektet for misbruksmiljøene og det øvrige behandlingsapparatet”*
(Arbeidsgruppen, 1992)

De 50 første pasientene som ble tatt inn i behandling, er blitt fulgt opp gjennom intervjuer, tester, pasient-journaler og observasjoner. Resultatene fra pasientoppfølgingen er å finne i del 2 av evalueringsrapporten (Ervik, 1997). De 50 pasientene er også studert med spesielt henblikk på psykisk helse (Ravndal og Vaglum, 1997). Videre er ringvirkninger i misbrukermiljøet av å etablere et begrenset forsøksprosjekt med metadonbehandling, studert i et særskilt prosjekt (Frantzsen, 1997).

Denne delen av evalueringsrapporten søker å belyse ulike aspekter ved oppstartingen og organiseringen av Metadonprosjektet i Oslo (MiO)

gjennom forsøksperioden: etableringen av MiO, arbeidet i styringsgruppa og inntaksgruppas arbeid. Rapporten søker også å belyse holdningsklimaet i de medikamentfrie tiltakene når det gjelder metadon generelt og MiO mer spesielt - vinteren 1997 - etter at MiO har vært i virksomhet i 2-3 år, samt hvordan de medikamentfrie tiltakene vurderer samarbeidet de har hatt med MiO.

Datagrunnlaget er ulike dokumenter som lå til grunn for etableringen av MiO, notater fra samtaler med ansatte i Byrådsavdelingen for arbeid og sosiale tjenester i Oslo kommune og søkere til utlyste stillinger til ledergruppa i metadonprosjektet, deltagende observasjon i så vel styringsgruppa som inntaksgruppa. Den delen som omhandler tiltaksapparatets vurderinger, bygger på en intervjuundersøkelse av 16 "Oslo-tiltak" for stoffmisbrukere, vinteren 1997.

Misbrukere som er i kontakt med tiltaksapparatet blir vanligvis omtalt som klienter. For å markere at vedlikeholdsbehandling med metadon innebærer medisinske behandling, har imidlertid MiO valgt å bruke betegnelsen pasienter. Betegnelsene er her brukt om hverandre for å få variasjon i språkbruken. Sosialdepartementet fikk i 1993 to statsråder og gikk over til å hete Sosial- og helsedepartementet.

2. BAKGRUNN

2.1. Motstand og skepsis

Tradisjonelt har det vært stor skepsis til bruk av metadon i behandling av stoffmisbrukere i Norge. På 1970-tallet ble metadon foreskrevet i en del tilfeller både av privatpraktiserende leger og i forbindelse med institusjonsbehandling. Etter hvert gikk imidlertid Helsedirektoratet ut og advarte sterkt mot bruk av metadon. Begrunnelsen for den negative holdningen har først og fremst vært knyttet til at målet for behandling av stoffmisbrukere skulle være stoffrihet og ikke avhengighet av medikamenter (Hallgrimsson, 1980). Dette har igjen sammenheng med hvilken forklaringsmodell som har vært rådende i Norge, for å forstå årsakene til misbruk av narkotiske stoffer. Den første stortingsmeldingen om narkotika-problemene (St. meld. nr. 66 (1975-76)), sier eksempelvis at det er regjeringens oppfatning at misbruk av avhengighetskapende stoffer, så vel i yngre som i eldre aldersgrupper, hovedsakelig må sees som et symptom på personlige, familiemessige og sosiale problemer og derav følgende mistrivsel. Det heter videre at det derfor ikke er behov for noen særomsorg for stoffmisbrukere, men at klientenes psykiske og sosiale problemer, eller årsaken til misbruket, best ivaretas innenfor det eksisterende helse- og sosialvesen. Det er de bakenforliggende problemer og ikke selve misbruket som skal være i fokus for behandlingen.

Stortingsmelding nr 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer, slår også fast at det ikke er ønskelig å bruke medikamenter i nedtrapping eller behandling av stoffmisbrukere, da dette av pasienten kan oppfattes som støtte til å forlenge avhengigheten. Helsedirektoratet kom således i 1976

med retningslinjer om at metadon bare kunne foreskrives i tilknytning til sykehus, noe som i praksis forekom i svært begrenset omfang, og etter hvert ble også dette borte. I flere år forekom det ikke vedlikeholdsbehandling med metadon i Norge og det var heller ikke noen diskusjon om denne behandlingsformen. Da regjeringen la fram sin neste stortingsmelding om narkotikapolitikken (St. meld. nr. 13 (1985-86)) ble spørsmålet om bruk av metadon i behandling ikke en gang tatt opp til drøfting, noe som illustrerer at det var stor grad av konsensus omkring bruk av metadon. Fram til begynnelsen på 1990-tallet ble det heller ikke blant misbrukere ytret noen uttalte ønsker om metadonbehandling. Det bør imidlertid understrekes at Norge ikke var alene om denne innstillingen. Mens metadonbehandling ble brukt i land som USA, Storbritannia, Danmark, Sveits og Nederland, hadde f eks Frankrike, Tyskland, Belgia og Hellas samme restriktive holdning som Norge. Det er først på 1990-tallet metadonbehandling etter ulike modeller har blitt aktuelt også i disse land (Buning, 1994). Det har også vært stor uenighet i Sverige om vedlikeholdsbehandling med metadon. Det svenske metadonprogrammet hadde således inntaksstopp i flere år i påvente av en avklaring om hvorvidt en ønsket videre bruk av metadon eller ikke (Grönblad et al, 1990).

Selv om det ikke var noen offentlig diskusjon omkring bruk av metadon, kunne det imidlertid etter hvert anes en viss "murring" i deler av feltet. Da en i 1985 for alvor ble oppmerksom på HIV-epidemien, samt at de framlagte prognosene for spredning av HIV-smitte blant sprøytebrukere var svært dystre, ble det innad i fagfeltet stilt spørsmål om bruk av metadonbehandling i kampen mot smittespredning. I 1986 nedsatte Sentralrådet for narkotikaproblemer således en gruppe bestående av fire erfarne fagfolk, for å utrede og vurdere hvorvidt en skulle ta i bruk metadon i behandling av stoffmisbrukere i lys av den alvorlige

situasjonen med HIV-epidemien. Grappa kom med følgende tilråding (Sentralrådet for narkotikaproblemer, 1986):

"1) De generelle retningslinjene for bruk av metadon i behandling av stoffmisbrukere endres ikke. Helsedirektoratet anbefales å presisere dette i et nytt rundskriv til leger og behandlingsinstitusjoner.

2) Metadonbehandling har ingen plass i det forebyggende arbeidet mot HTLV-smitte.

3) Opiatmisbrukere som har utviklet AIDS eller forstadier til sykdommen bør, dersom de selv ønsker det, kunne få metadon vedlikeholdsbehandling. Forskrivningen må betraktes som en medisinsk behandling av en sykdom med dødelig utgang. Helsedirektoratet bør ta initiativet til at det utvikles kompetanse på dette området for å kunne bistå medisinske avdelinger ved regionale sykehus med slik behandling."

Utvalget delte seg ellers i sin tilråding. To av medlemmene sa:

"Særlig utvalgte klienter som er HTLV-3 smittet eller i høyrisikogruppen, bør kunne tilbys metadon vedlikeholdsbehandling sammen med et tilpasset, ressursrikt rehabiliteringstilbud. Et slikt tilbud må ha strikte kriterier for utvelgelse med hensyn til misbrukets art, grad og varighet. Tilbudet må utelukkende være basert på frivillighet og det må legges til grunn en nøye vurdering av om andre hjelpetiltak med rimelighet kan forventes å nå fram. Et forslag kan være at den planlagte krise- og avlastningsavdelingen i Oslo blir screeningssted for utvelgelse til et slikt program, og at

programmet opprettes i samarbeid med det.”

Mens de to andre medlemmene var av den oppfatning at:

“Til tross for at godt drevne metadon vedlikeholdsprogrammer for en utvalgt målgruppe utvilsomt er en effektiv behandling sett isolert, vurderer vi det som et tilbud som ikke bør innføres i Norge. Effekten mot smittespredning vil være liten. Målgruppa for eventuell vedlikeholdsbehandling er liten og oversiktlig sammenlignet med nabolandene, mens de narkotikapolitiske konsekvensene og behandlingsmessige ulempene vil være betydelige. En slik tilråding betinger imidlertid en mer intensiv satsing for å nå alle misbrukere med andre behandlingsformer.”

Utredningen ble imidlertid aldri realitetsbehandlet. Dette hadde etter alt å dømme delvis sin bakgrunn i at den nedsatte faggruppa var delt i sin anbefaling og delvis i at daværende helsedirektør Torbjørn Mork, som også var leder i Sentralrådet for narkotikaproblemer, var motstander av bruk av metadon i behandling av stoffmisbrukere. Det var heller ikke noen særlig aktivitet ellers innen feltet for å starte vedlikeholdsbehandling med metadon, og fram til omkring 1990 var det fortsatt lite eller ingen diskusjon om saken. I rundskriv fra Helsedirektoratet ble det så sent som i 1990 slått fast at metadon bare kunne brukes i forbindelse med sykehusbehandling (Helsedirektoratet, 1990).

Oslo kommune startet imidlertid allerede i 1989 forsøk med vedlikeholdsbehandling av HIV-positive med langtkommen immunsvikt, og i 1991 ble det satt i gang et offisielt forsøksprosjekt for denne målgruppa uten at det vakte noen nevneverdig debatt (Welle-Strand, 1992). Dette hadde etter alt å dømme sin bakgrunn i at de fleste

var av den oppfatning at det i dette tilfellet ikke var snakk om behandling av misbruk, men at HIV-smittede misbrukere med sykdomsutvikling burde få muligheten til en mest mulig verdig avslutning på livet. Å gi denne gruppa metadon ble også motivert med å gjøre dem tilgjengelig for behandling for HIV-infeksjonen. En kan si at bruk av metadon i denne sammenheng mer eller mindre ble sett på som en unntakstilstand.

En grunn til at den spede diskusjonen om vedlikeholdsbehandling som oppsto i tilknytning til HIV-epidemien, aldri ble opphetet eller reell, kan ha sammenheng med at HIV-epidemien blant stoffmisbrukere i Norge relativt snart viste seg ikke å bli så omfattende som det en i utgangspunktet hadde fryktet. Det ble også tatt et krafttak fra Sosialdepartementet gjennom en særskilt handlingsplan med stimuleringsmidler til fylkeskommunene, for å bygge ut de medikamentfrie behandlingstiltakene (Sosialdepartementet, 1988). Det ble også etablert ordninger med gratis utdeling av sprøyter til misbrukere for å hindre smittespredning gjennom deling av sprøyter. Det kom imidlertid stadig flere rapporter om økende elendighet blant de eldste misbrukerne. Det skjedde en betydelig økning i narkotikarelaterte dødsfall (Kriminalpolitisenralen, 1992). Selv om det medikamentfrie behandlingstilbudet nå var blitt betydelig utvidet, var det likevel flere ting som gikk i retning av at en også måtte ta i bruk andre tiltak. Det ble derfor igjen reist spørsmål om hvorvidt vedlikeholdsbehandling med metadon burde bli allment tilgjengelig, uavhengig av HIV status.

2.2. NAVF - konferansen, ekspertgruppa

I november 1991 arrangerte så Rådet for medisinsk forskning (RMF) i

det daværende Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF), en nasjonal konferanse om *“Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler”* (NAVF, 1992). Som en del av forarbeidet til konferansen ble det formulert et sett spørsmål som konferansen skulle besvare, og det ble utpekt en ekspertgruppe av fagfolk fra ulike disipliner som var ansvarlig for å utarbeide anbefalinger på grunnlag av disse spørsmålene. Formålet med konferansen var å få fram faglig uenighet og komme fram til en anbefaling som kunne ligge til grunn for bruk av medikamenter i behandlingen av stoffmisbrukere. Selv om siktemålet med konferansen var å drøfte alle sider ved bruk av medikamenter i denne sammenheng, sto naturlig nok bruk av metadon svært sentralt.

Spørsmålsstillingen som lå til grunn for diskusjonen hadde følgende formulering:

“Skal medikamenter, og i så fall hvilke, gis til stoffavhengige? Hvis medikamentell terapi er aktuell, skal denne forbeholdes spesielle undergrupper av stoffavhengige? Hvilke behandlingsstrategier og -regimer skal benyttes?” (NAVF, 1992).

Ekspertgruppa, ledet av Jørg Mørland, Statens rettsstoksikologiske institutt, avga sin innstilling i mars 1992 og konkluderte med å gi en anbefaling angående substitusjons-/vedlikeholdsbehandling med metadon, der det blant annet heter (NAVF, 1992):

“En totalvurdering, som legger hovedvekten på foreliggende forskningsresultater, og som i tillegg vektlegger etiske og sosialpolitiske betraktninger, gjør at vi kan anbefale at man i Norge starter et forsøksopplegg med metadon for strengt selekterte individer etter nærmere bestemte kriterier. I denne anbefalingen ligger ikke at vi ønsker å åpne for

metadonbehandling slik den praktiseres enkelte andre steder, men vi ønsker et forsøksopplegg som kan hjelpe oss å finne ut mer om effekten av metadonbehandling. Det er ønskelig å finne ut om eventuelle positive virkninger av et metadonbehandlingsprogram kan tilskrives bruken av stoffet metadon, og om andre forhold knyttet til behandlingsprogrammet er virksomme. En bør evaluere om metadonbehandlingsprogrammer vil fungere i vårt norske miljø. Kan vi f.eks. oppnå klare effekter med hensyn til dødelighet, sykелighet og stabilitet, slik man har sett andre steder?”

Ekspertgruppa anbefalte at det ble etablert en styringsgruppe for forsøksprosjektet. Styringsgruppa var opprinnelig tiltenkt et relativt vidt mandat. Blant annet ble det anbefalt at styringsgruppa skulle gi kriterier for hvilke pasienter som skulle få slik behandling, den skulle godkjenne de enkelte pasienter, og foreta en kontinuerlig evaluering av andre stoffrie terapeutiske tiltak for stoffavhengige.

Selv om ikke Sosialdepartementet formelt sto bak konferansen og ekspertgruppas arbeid, lå det i kortene at det ville være vanskelig for departementet å se bort fra de anbefalinger som ville bli gitt. I stortingsmeldingen om “Tiltak for rusmiddelmisbrukere” (St. meld. nr. 69 (1991-92)) sies det også at bruk av metadon i behandling av stoffmisbrukere i Norge, i en viss grad er blitt revurdert i lys av HIV-epidemien. Det blir videre framholdt at utviklingen i misbrukermiljøene og det store antall dødsfall, har aktualisert spørsmålet om bruk av metadon i strengt kontrollerte former. På bakgrunn av ekspertgruppas anbefaling ga Sosialdepartementet Helge Waal, Universitetets psykiatriske klinikk, i oppdrag å utarbeide et forslag til modell for et forsøksprosjekt med metadon vedlikeholdsbehandling. Forslaget forelå i mai 1992 (Waal, 1992).

2.3. Metadon - negativ signalverdi

Det var ingen selvfølge at en etter det som i tidligere år ble oppsummert som negative erfaringer (Hallgrimsson, 1980), igjen skulle ta i bruk metadon i behandlingen av stoffmisbrukere i Norge. Bruk av avhengighetsskapende medikamenter har tradisjonelt hatt liten plass i rusmiddelomsorgen, enten det gjelder misbruk av alkohol eller andre stoffer. Dette gjelder så vel for avrusning som i videre behandling. En viktig grunn til at medikamentfri behandling står sterkt i Norge, har etter alt å dømme sammenheng med at behandlingstiltakene i hovedsak er knyttet til sosialtjenesten, og at de ansatte har sin bakgrunn i ulike sosialfaglige disipliner - sosionomer, barnevernspedagoger, psykologer osv. Helsevesenet har tradisjonelt spilt en mer perifer rolle. Det er eksempelvis relativt få leger og sykepleiere som arbeider med misbrukere. Det har heller ikke vært noen tradisjon for at allmennpraktiserende leger driver behandling av misbruk, slik en finner i mange andre land. Det blir likevel sett på som et problem at leger foreskriver ulike vanedannende medikamenter til stoffmisbrukere (Stortingsmelding nr 16, (1996-97)).

Som nevnt forstås misbruk av rusmidler i Norge først og fremst som et resultat av sosial mistilpasning, samfunnsmessige forhold, omsorgssvikt, personlige problemer osv. At misbruk av rusmidler har sin forklaring i genetiske disposisjoner hos det enkelte individ og at rusmiddelmisbruk må betraktes som en sykdom, slik det eksempelvis kommer til uttrykk i grunnlaget for Anonyme Alkoholikere (AA), har hatt liten eller ingen plass i norsk behandlingsfilosofi.

Som eksempel på hvordan stoffmisbruk, avhengighet og

vedlikeholdsbehandling er blitt oppfattet i Norge, kan en se på hvordan temaet behandles i en beskrivelse av Veksthuset i Oslo (Furuholmen, 1987). Det snakkes her om ulike myter om stoffmisbruk og at én myte som også deles av mange misbrukere, er at det er umulig å slutte med heroin. Dette tilbakevises imidlertid ved å slå fast at problemet ikke er å slutte med heroin, men å skape en ny tilværelse. I forlengelsen av dette ligger oppfatningen av at avhengighet ikke nødvendigvis er knyttet til et kjemisk stoff, men at misbrukeren erfarer, og dermed lærer opp til, hvordan ulike rusmidler virker inn på bevisstheten, på følelsesmessige og kroppslige problemer. Behandling av misbruk må derfor først og fremst ha som siktemål å gjøre noe med problemene som har ført til misbruket.

Dette er en forståelse av bakgrunnen for misbruk og en tilnærming som har ligget til grunn for oppbygging av tiltaksapparatet for stoffmisbrukere i Norge. Å ta i bruk metadon i behandling av misbruk vil således bryte med hele grunnlaget for behandlingen, ikke bare på Veksthuset i Oslo, men også i de andre medikamentfrie behandlingstiltakene. Selv om det selvsagt har vært og er nyanser, kan måten vedlikeholdsbehandling med metadon omtales på i boka om Veksthuset, stå som illustrasjon på hvordan det store flertallet av dem som har vært involvert i behandling av stoffmisbrukere i Norge har sett på metadon gjennom lang tid:

“Dessverre prøver man seg til tider med tildeling av stoff i form av metadon og andre medikamenter som ledd i en behandling. Dette er en sikker måte å forsterke problemene på. Misbrukerne fratas opplevelsen av desperasjon og muligheten for et klart øyeblikk, og går rundt som følelsesmessige zombies uten den minste motivasjon til å forandre livet sitt. Enkelte steder drives det også terapeutiske samfunn der beboerne blir tildelt metadon

under oppholdet. Dette fjerner problemene fra gata, men ingen klarer å bearbeide følelsesmessige problemer under en påvirkning som fjerner all smerte, angst og frustrasjon. Uten metadonkrykken er de fremdeles like hjelpeløse og sårbare overfor slike følelser” (Furuholmen, 1987).

En annen illustrasjon på hvordan metadon-vedlikeholdsbehandling blir vurdert, finner en i etterundersøkelsen av elever ved Tyrili-kollektivet. Elever som har begynt i metadonbehandling klassifiseres som elever en ikke har lyktes med i behandlingen på Tyrili (Tjersland, 1995), noe det for så vidt kan sies å være dekning for.

Det overordnede mål for behandling av rusmiddelmisbrukere i Norge, har vært og kan vel fremdeles sies å være, at de skal bli i stand til å slutte med sitt misbruk og at de ikke lenger skal være i et avhengighetsforhold til rusmidler. Selv om det er vanskelig å finne belegg for at medikamentfrie behandlingstiltak kan framvise overbevisende behandlingsresultater (Ravndal, 1993), har idéen om at en aldri må gi opp, men alltid prøve på nytt, stått sterkt. Vedlikeholdsbehandling med et kunstig opiat som metadon, forutsetter at en godtar at klientene går over til å bli avhengige av metadon i lengre tid, kanskje resten av livet. Det har derfor vært en utbredt oppfatning at en slik vedlikeholdsbehandling innebærer at samfunnet gir misbrukerne en type signal om at det ikke er mulig å bli kvitt avhengigheten. Mange har derfor vært av den oppfatning at en slik behandling er moralsk forkastelig. Vedlikeholdsbehandling med metadon kan således på flere måter sies å være i strid med hele grunnlaget og prinsippene for norsk behandlingsfilosofi. Når en i 1992 åpnet for vedlikeholdsbehandling med metadon for stoffmisbrukere uavhengig av HIV-status, innebar dette etter alt å dømme en endring i narkotikapolitikken som kan få

konsekvenser på mange plan. Sentrale og lokale myndigheter må bli
tenke i andre baner enn tidligere og tiltaksapparatet får nye utfordringer.

3. OSLO KOMMUNE TAR OVER

3.1. Videre utredning

Etter at Waal hadde avgitt sitt forslag henvendte Sosialdepartementet seg til Oslo kommune om assistanse til videre planlegging og eventuell gjennomføring av et norsk forsøksprosjekt med vedlikeholdsbehandling med metadon. Oslo kommune var positiv under forutsetning av statlig finansiering og nedsatte i juli 1992 en arbeidsgruppe som med utgangspunkt i det framlagte forslaget, skulle avgi en innstilling om de organisatoriske og behandlingsfaglige rammene for et slikt prosjekt. Arbeidsgruppen besto av:

Ketil Bentzen, Sosialdepartementet

Reidunn Evjen, Byrådsavdeling for arbeid og sosiale tjenester

Morten Hammer, Psykiatrisk ungdomsteam, Ullevål sykehus

Gabrielle Welle-Strand, Akuttinstitusjonen for

stoffmisbrukere over 18 år

Innstillingen, som ble avgitt i oktober 1992, ga konkrete anvisninger angående rammebetingelser og målsetting, inntaks- og eksklusjonskriterier og organisering av prosjektet. Innstillingen kom også med et kostnadsoverslag (Arbeidsgruppen, 1992). Prosjektet ble foreslått organisert som et poliklinisk tiltak med et dagsenter. For å sikre et best mulig samarbeid med det øvrige tiltaksapparatet, ble det anbefalt at misbrukere som søkte metadonbehandling, skulle gjøre dette via en såkalt henvisende instans. Alle instanser innen sosial-/helsevesen og kriminalomsorgen ble foreslått som aktuelle henvisere. Videre ble det foreslått at en inntaksgruppe bestående av fagfolk utenfor

metadonprosjektet, skulle foreta vurdering av de innkomne søknadene, og at det skulle oppnevnes en styringsgruppe som skulle følge prosjektet og rapportere til Sosialdepartementet. Forslaget inneholdt således en innsnevring av styringsgruppas mandat i forhold til forslaget fra ekspertgruppa oppnevnt av Rådet for medisinsk forskning, ved at det ble forslått en egen inntaksgruppe. En gikk også vekk fra at styringsgruppa skulle ha noe evalueringsansvar når det gjaldt de medikamentfrie behandlingstiltakene.

De nødvendige politiske vedtak i Oslo kommune om å sette i gang et tre-årig forsøksprosjekt med vedlikeholdsbehandling med metadon, finansiert gjennom statlige midler, forelå i februar 1993. Vedtaket var basert på den foreslåtte planen fra Arbeidsgruppen (Arbeidsgruppen, 1992). Nå var det med andre ord Oslo kommune som hadde ansvar for den videre framdrift, deriblant å finne egnede lokaler til prosjektet og ansette de nødvendige fagfolk.

3.2. Rekruttering av personalgruppa

Ansvar for metadonprosjektet i Oslo ble tillagt Byrådsavdeling for arbeid og sosiale tjenester. Etter en kommunal saksbehandling med lønns plassering osv, ble de tre lederstillingene - lege med ansvar som leder av prosjektet, psykolog og teamleder for sosialkonsulentene - utlyst 25. juni 1993, med søknadsfrist 2. august. Antall søkere var ikke overveldende. Det meldte seg ingen søkere til legestillingen, tre til psykologstillingen og syv søkere til teamlederstillingen. I lys av at det er relativt få leger som har erfaring med behandling av stoffmisbrukere og at arbeidsfeltet har hatt lav prestisje blant leger, kunne en vanskelig forvente søkere på legestillingen uten et målrettet rekrutteringsarbeid.

Dette var ikke blitt gjort. Det faktum at det var uttalt skepsis i store deler av fagfeltet til å starte metadonbehandling i Norge, og at utlysningen skjedde i et tidsrom der mange avviklet ferie, bidro trolig til at det også var relativt få søkere til de andre stillingene.

Hvordan skulle Oslo kommune nå gå videre? I følge den vedtatte planen skulle metadonprosjektet ha medisinsk ledelse. Spørsmålet var derfor om lederstillingen skulle lyses ut på nytt og om en da kunne forvente bedre respons fra leger, eller om en skulle prøve andre løsninger. Ut fra at en bedømte muligheten til å få en kvalifisert lege som liten, ble en av søkerne til psykologstillingen forespurt om å påta seg ledelsen av prosjektet. Etter først å ha sagt seg interessert, takket imidlertid vedkommende nei og trakk seg fra prosjektet i oktober 1993. I brev til Oslo kommune ga den aktuelle lederkandidaten som begrunnelse at planene fra kommunens side angående lokalisering, rekruttering av personale, opplæring og framdrift i prosjektet var mangelfulle, og at usikkerhetsmomentene omkring hva som ville skje videre var for store. Misnøyen med kommunens passive holdning til ansettelsesprosessen ble også klart uttalt av de andre to som var aktuelle til prosjektets ledergruppe. Personen som var påtenkt psykologstillingen hadde allerede i september trukket sitt kandidatur med samme skriftlige begrunnelse som lederkandidaten. Videre hadde kandidaten til teamlederstillingen for konsulentgruppa gjennom lang tid muntlig uttrykt stor frustrasjon og misnøye med kommunens ansettelsesprosess. Høsten 1993 var således situasjonen for metadonprosjektet svært usikker. Hvordan skulle en sikre at prosjektet i det hele tatt fikk en kompetent ledelse?

I mellomtiden var det fattet vedtak om at metadonprosjektet skulle knyttes organisatorisk til Psykiatrisk Klinikk på Vinderen, og at

klinikken skulle ha det medisinske ansvaret sett i lys av at det ikke så ut at til en fikk noen lege til å lede prosjektet.

Det var imidlertid et sett av tilfeldigheter som til sist løste spørsmålet om ledelse av prosjektet. På en konferanse om metadonbehandling i Italia i desember 1993 der fagfolk fra Norge deltok, ble det knyttet kontakt med en svensk lege (Olof Blix) som hadde mange års erfaring fra metadonbehandling i Sverige. Han hadde nettopp avsluttet et arbeidsforhold og sa seg interessert i å komme til Norge. Byrådsavdelingen handlet nå raskt og inngikk avtale med Olof Blix om at han skulle tiltre i begynnelsen av januar 1994. Samtidig ble også den som tidligere hadde trukket seg fra psykologstillingen, kontaktet. På bakgrunn av at en nå hadde fått tak i leder for prosjektet, takket denne nå likevel ja til å tiltre psykologstillingen. Det ble omsider også foretatt ansettelse i stillingen som teamleder for konsulentgruppa. I januar/februar 1994 var således ledergruppa for Metadonprosjektet i Oslo - MiO - endelig på plass. Utover våren og forsommeren 1994 ble det foretatt videre ansettelser i konsulentstillingene og også de kontortekniske stillingene ble besatt.

3.3. Lokalspørsmålet

Det var imidlertid høyst uklart hvor metadonprosjektet skulle holde hus. Oslo kommune hadde ikke vært i stand til å framskaffe egnede lokaler. Da lederteamet tiltrådte i januar/februar 1994, måtte prosjektet derfor etablere seg i to små kontorer, velvilligst utlånt av Psykiatrisk Klinikk på Vinderen. I den grad Oslo kommune hadde lokaliseringsplaner for prosjektet, viste disse seg å være løse og lite realistiske. Eksempelvis ble det fort klart at de oppsatte brakkene ved T-bane stasjonen på

Ullevål stadion, som var brukt midlertidig av Sogn bydelsadministrasjon, og som byrådsavdelingen foreslo kunne huse MiO, i sin tid ble oppført under forutsetning av at de skulle fjernes når bydelsadministrasjonen hadde fått permanente lokaler. Det ble derfor reist protester fra bydelen med krav om at brakkene skulle fjernes slik den opprinnelige planen var. I midten av mars 1994 var derfor denne løsningen definitivt ute av bildet og noe alternativ forelå ikke.

Vedtak i kommunale organer om ikke å lokalisere flere institusjoner for rusmiddelmisbrukere i østlige bydeler, begrenset hvor i Oslo det kunne være aktuelt å lokalisere MiO. Dette bidro selvsagt til å gjøre prosessen med å finne egnede lokaler vanskeligere enn om Metadonprosjektet kunne plasseres uten hensyn til slike vedtak. Av ulike grunner synes det å være større tilgang på kommunale lokaler i sentrale østlige bydeler, enn det en finner i Oslo vest. Etter en del mer eller mindre velfunderte forsøk med ulike kommunale eiendommer, bestemte byrådsavdelingen seg så for å gå ut på det private eiendomsmarkedet. Oslo kommune inngikk i april 1994 leieavtale med Borg eiendomsselskap om lokaler i A/S Bygdøy Allé 23, som skulle innredes på prosjektets regning. Lokalspørsmålet viste seg imidlertid ikke på noen måte å være løst. Selv om A/S Bygdøy Allé 23 hadde overlatt framleie av de aktuelle lokalene til Borg eiendomsselskap, fant ikke generalforsamlingen i A/S Bygdøy Allé 23 i mai 1994, å kunne godkjenne leieforholdet. Generalforsamlingen fattet tvert i mot vedtak om at *“.....styret (skal) nekte å godkjenne fremleie av lokaler til bruk for avrusningsstasjoner eller enhver annen virksomhet som kan trekke rusmisbrukere til gården.....”* (Oslo byrett, 1994).

På bakgrunn av gjentatte diskusjoner i media om problemer knyttet til plassering av tiltak for rusmiddelmisbrukere i vestlige bydeler

(eksempelvis Dagbladet, 05.06.94, Aftenposten, 28.06.94), reiste vedtaket viktige prinsipielle spørsmål for Oslo kommune. Kommunen valgte derfor å gå til sak mot gårdsselskapet om gyldigheten av å underkjenne en allerede inngått leieavtale på det framlagte grunnlag. Borg eiendomsselskap og Oslo kommune stevnet A/S Bygdøy Allé 23 angående retten til å nekte framleie til Oslo kommune/ MiO. Oslo kommune og Borg eiendomsselskap tapte rettssaken 3/8-94. Oslo kommune bestemte seg imidlertid for å anke på prinsipielt grunnlag. Oslo kommune fastholdt med andre ord at prosjektet skulle holde hus i Bygdøy Allé 23.

For MiO medførte dette at lokalspørsmålet forble uavklart. Det var nå åtte personer som skulle dele på to-tre små kontorer på Psykiatrisk Klinikk. De ansatte skulle forberede igangsetting av et behandlingstiltak de verken visste hvor eller når de kunne starte opp. Frustrasjonen og oppgittheten var naturlig nok ganske stor. De følte seg på mange måter lurt av sin arbeidsgiver, Oslo kommune. Bortsett fra leder for prosjektet, Olof Blix, var de ansatte dårlig forberedt på å starte selve behandlingen. De hadde hatt liten anledning til opplæring og skoling i hva det ville innebære å drive vedlikeholdsbehandling med metadon. Personalgruppa hadde heller ikke hatt særlig anledning til å arbeide med å finne en felles plattform før selve behandlingen skulle starte. Den vanskelige lokalsituasjonen gjorde dette mer eller mindre umulig. Personalgruppa prøvde imidlertid å gjøre det beste ut av situasjonen. Sommeren ble brukt til å hospitere på ulike behandlingsinstitusjoner og reise rundt til de forskjellige behandlingstiltak for å informere om metadonbehandling generelt og det kommende metadonprosjektet.

Etter hvert ble det imidlertid ganske stor utålmodighet angående oppstartingen av prosjektet både i media, innen rusmiddelfeltet og i Sosial-

og helsedepartementet (Aftenposten, 16.06.94, 07.07.94). Det ble stilt spørsmål om hvordan Oslo kommune håndterte forvaltningen av metadonprosjektet og når prosjektet skulle gis mulighet til å ta klienter inn i behandling.

I juli 1994 påla Sosial- og helsedepartementet Oslo kommune å starte selve metadonbehandlingen innen 1. september, ellers ville tilskottet til prosjektet bli trukket tilbake. Sosial- og helsedepartementet foreslo samtidig at Oslo kommune tok kontakt med Gaustad sykehus for å undersøke muligheten for midlertidig plassering i sykehusets lokaler. For å etterkomme kravet fra Sosial- og helsedepartementet og ikke miste tilskottet, ble det så i månedskiftet juli/august bestemt fra Byrådsavdelingen for arbeid og sosiale tjenester at MiO skulle lokaliseres i de gamle lokalene til hjelpepleierskolen på Gaustad sykehus, foreløpig i en periode på tre måneder. Det ble videre bestemt at metadonbehandlingen skulle starte behandlingen av sine første pasienter innen utgangen av august 1994.

Lokalene var trange og lite hensiktsmessige. De var eksempelvis ikke egnet til gruppevirksomhet eller andre sosialpedagogiske tiltak. Selv om beslutningen om å starte i midlertidige lokaler på Gaustad kom nokså bardus på de ansatte i prosjektet, ble vedtaket lojalt fulgt opp og MiO åpnet formelt sin kliniske virksomhet 22. august 1994. De første pasientene begynte i behandling like etter.

I underretasjen til lokalene på Gaustad var det en barnehage. Verken de ansatte i barnehagen eller barnas foreldre ble tatt med på råd eller informert om at MiO skulle flytte inn i samme hus før bestemmelsen ble tatt. Selv om det ikke nødvendigvis innebærer konflikter, vil vel de fleste kunne si seg enig i at en barnehage og et behandlingstiltak for

tunge stoffmisbrukere i utgangspunktet ikke er det ideelle bofellesskap. Det må imidlertid sies at både ansatte og foreldre tok saken med fatning. Det var i utgangspunktet snakk om en midlertidig løsning på tre måneder, og de ga uttrykk for at de derfor ikke så noen store problemer (Arbeiderbladet, 23.08.97). Det ble imidlertid relativt fort klart at den midlertidige plasseringen i tre måneder ville bli minst ett år, i påvente av anken fra Oslo kommune og Borg eiendomsselskap. I fall Oslo kommune skulle tape anken mot A/S Bygdøy Allé 23, gikk det dessuten i retning av at MiO ville bli værende på Gaustad sykehus i uoverskuelig framtid. Foreldre til barna i barnehagen følte seg naturlig nok ført bak lyset, først og fremst ved at de ikke ble informert eller tatt med på råd (Aftenposten, 25.10.94).

Oslo kommune hadde hatt bort i mot halvannet år på å finne lokaler og ansette fagfolk. Etter at ansettelsene omsider ble foretatt, var det imidlertid ikke nå tid til nødvendige forberedelser. Selv om Oslo kommune ble presset til å starte behandlingen mer eller mindre over natta, må det kunne sies å være lite ansvarlig å kreve at prosjektet skulle begynne den kliniske behandlingen med en personalgruppe som hadde fått så lite opplæring.

De fysiske arbeidsforholdene var også lite hensiktsmessige. De ansatte fikk ikke gjort annet behandlingsfaglig arbeid overfor pasientene, som etter hvert begynte i behandling, enn å gi dem metadon og ta urinprøver. Usikkerheten om framtida var til å ta og føle på. I utgangspunktet vurderte MiO at en av plasshensyn ikke kunne klare flere enn 20 pasienter i lokalene på Gaustad. Den offentlige kritikken mot kommunens håndtering av saken, og at de 50 plassene ikke ble fylt opp var imidlertid sterk (Aftenposten, 09.11.94). Sosialministeren uttalte også klart at en grense på 20 pasienter var brudd på forutsetningene for

den statlige bevilgningen på 11 millioner kroner (Aftenposten 10.11.94). Byrådsavdelingen kom derfor med pålegg om at de ansatte måtte finne seg til rette i de lokaler MiO hadde fått tilvist, og at de nødvendige tiltak måtte tas for at prosjektet skulle kunne ta inn 50 pasienter, slik planen var. I samråd med direktøren på Gaustad fikk så MiO disponere noen flere kontorer. Gjennom en viss ombygging ville det således bli noe bedre plass. Ombyggingen startet i slutten av oktober 1994. MiO drev nå sin virksomhet på en byggeplass med mye støy, støv og malinglukt. Under normale omstendigheter ville det ikke vært aktuelt å arbeide under slike forhold. Verneombudstjenesten ble derfor trukket inn, og prosjektledelsen fant å måtte beslutte at de ansatte bare skulle jobbe halv dag, med alle de begrensninger dette medførte.

Etter at ombyggingen ble slutført ved årskiftet 1994/95, falt imidlertid ting mer eller mindre på plass. Både ansatte og pasienter valgte å avfinne seg med at prosjektet etter alt å dømme ville bli værende på Gaustad. Av prinsipielle grunner valgte Oslo kommune å kjøre saken med Bygdøy Allé 23 videre gjennom rettsapparatet, og våren 1996 vant den fram med anken. Høsten 1996 flyttet så MiO omsider fra Gaustad sykehus til nyinnredete lokaler i Bygdøy Allé 23. Lokalene er anonyme fra utsiden og ligger i annen etasje i en forretningsgård. Romløsningen er spesielt laget for MiOs formål, og både ansatte og pasienter uttrykker at de er svært tilfredse (se Evalueringsrapportens del 2, Ervik, 97). Det har heller ikke vært tilløp til konflikter med andre leietakere eller naboer.

3.4. Byråkratisk sendrektighet

Som vi har sett, var veien fram til beslutningen om å starte et forsøk

med vedlikeholdsbehandling med metadon av langtkomne heroinmisbrukere i Norge, lang og kronglete. Når så vedtaket var fattet, må en også kunne si at MiO hadde en trang fødsel både med hensyn til å få hensiktsmessige lokaler og ansettelse av ledelse. Kommunen møtte sterk kritikk fra flere hold for sendrektighet i framdriften av prosjektet. Daværende byråd Lien Utvik avviste imidlertid kritikken med henvisning til formelle prosedyrer og vedtak kommunen måtte forholde seg til i oppstartingsprosessen (Stoffmisbruk, 2/95). Hun trakk blant annet fram problemene med at MiO på bakgrunn av kommunale vedtak ikke kunne plasseres i sentrum, Oslo -øst eller i bydelen 4, 5 og 6. Etter Lien Utviks utsagn ble et tyvetalls kommunale og private lokaler vurdert, men ikke funnet egnet til formålet. Hun framhevet også kommunens bestrebelser med å finne kvalifiserte fagfolk og framholdt at det ikke var grunnlag for kritikk mot Oslo kommune i saken (Stoffmisbruk, 2/95). Dette står i sterk motstrid til det de berørte som var i kontakt med Byrådsavdelingen for arbeid og sosiale tjenester opplevde, og det er ikke til å komme forbi at mange stilte seg undrende til passiviteten som ble utvist. Eksempelvis karakteriserte opposisjonspolitikere framgangsmåten som merkelig og uprofesjonell (Aftenposten, 04.08.94). De påpekte mellom annet at håndteringen av saken kunne tyde på at metadonprosjektet ikke kunne ligge byrådet særlig sterkt på hjertet.

Det er ikke vanskelig å forstå at slike karakteristikker og synspunkter kom fram. Selv om det alltid vil være mange praktiske problemer som må løses i oppstartingen av et nytt tiltak, var det imidlertid flere ting som pekte i retning av at det ikke bare var spørsmål knyttet til uavklarte formaliteter som førte til forsinkelsene. Det burde kunne forventes at Oslo kommune ville være bedre i stand til å forutse og planlegge, slik at MiO skulle få en best mulig start. Hva var så grunnen til at

byrådsavdelingen ikke forberedte MiO bedre? I hvilken grad var problemene kommunen viste til réelle, og i hvilken grad handlet det om hjelpeløshet og kanskje også inkompetanse? Et nærliggende spørsmål i denne sammenheng er også om, og eventuelt i hvilken grad, den utviste sendrektigheten var en gjenspeiling av en generell skepsis til metadonbehandling, og at det således var en form for passiv motarbeidelse slik opposisjonspolitikerne antydte (Aftenposten, 04.08.94).

Etter alt å dømme var problemene i etableringsfasen knyttet til en blanding av de nevnte faktorer. Det kan imidlertid ikke sies at kommuneadministrasjonen la forholdene spesielt godt til rette for at MiO skulle få en god start. Det er eksempelvis vanskelig å forstå hvorfor ikke de ansvarlige kommunale myndigheter kunne samarbeidet mer aktivt med fagfeltet om rekruttering til ledergruppa. Likeledes er det vanskelig å forstå at det ikke på et langt tidligere tidspunkt ble tatt initiativ til å finne kommunale lokaler, slik at en mer eller mindre i panikk slapp å gå ut på det private eiendomsmarkedet og bruke statlige midler til å ruste opp et lokale som i utgangspunktet bare var et betongskall. På bakgrunn av at metadonprosjektet var etterlyst fra flere hold, burde det vært mulig å påbegynne prosessen med rekruttering av fagfolk og å finne egnede lokaler parallelt med den politiske behandling av saken. Den avventende skepsisen i feltet til metadonbehandling gjorde det på mange måter spesielt viktig at en eventuell negativ utvikling ikke kunne tilskrives praktiske problemer.

I spørsmålet om A/S Bygdøy Allé 23 viste imidlertid Oslo kommune stor handlekraft. Tiltak for rusmiddelmissbrukere i Oslo er som nevnt i stor grad konsentrert om de østlige bydeler. Kommunen prøver derfor aktivt å få til en jevnere fordeling mellom Oslo-øst og Oslo-vest.

Befolkningen de i vestlige bydeler har i denne sammenheng vært svært aktive med naboprotester o.l. for å hindre konkrete etableringer. Et eksempel er etableringen av avrusningsstasjonen på Montebello. Kommunen ønsket derfor å prøve saken med Bygdøy Allé 23 for retten på prinsipielt grunnlag. Dette er på mange måter aktverdig og forståelig. Selv om befolkningen i Oslos vestlige bydeler stort sett har flere ressurser til rådighet for å hindre uønskede tiltak i sine nærområder, vil nok folk flest si seg enig i at de på samme måten som befolkningen i andre bydeler, må finne seg i å ta sin del av ansvaret når mindre attraktive tiltak skal lokaliseres.

Ved å kjøre lokalisering av MiO rettens vei, oppnådde imidlertid Oslo kommune også å flytte oppmerksomheten bort fra at en ikke hadde vært i stand til å finne kommunale lokaler til MiO. Oppmerksomheten ble i stedet nå rettet mot at MiO ikke var ønsket i Bygdøy Allé. Gjennom konflikten med gårdsselskapet fikk kommunen således en viss grad av sympati. Kommunen fikk gjennom konflikten demonstrert for offentligheten hvorfor det var store problemer med å finne egnede lokaler til MiO. Selv om det ikke var en bevisst strategi, må en kunne si at urolighetene omkring A/S Bygdøy Allé 23 på mange måter fungerte som "støydemper" for det som av mange ble karakterisert som kommunal unnfallenhet. Kritikken som tidligere var rettet mot Oslo kommune fra flere hold, forsvant nå i stor grad. Det var befolkningen i Oslo vest og ikke Oslo kommune som til sist ble stående som problemet og flaskehalsen i spørsmålet om lokalisering av MiO.

4. STYRINGSGRUPPA

I forarbeidet til MiO ble det skissert en styringsgruppe som skulle følge prosjektet. Det var imidlertid ulike forslag om hva styringsgruppas arbeidsområdet skulle være: Ekspertgruppa under NAVF/RMF skisserte en nasjonal styringsgruppe med følgende mandat:

“Denne forsøksvirksomheten bør styres og evalueres kontinuerlig av en nasjonal styringsgruppe, som skal gi kriterier for hvilke pasienter som skal få slik behandling, og som også skal godkjenne de enkelte pasientene som skal delta i forsøksopplegget. Den nasjonale styringsgruppen bør også samtidig foreta en kontinuerlig evaluering av andre stoffrie terapeutiske tiltak for stoffavhengige. Styringsgruppen rapporterer direkte til Sosialdepartementet og må gis sanksjonsmuligheter overfor utglidninger. Det er viktig at styringsgruppen får tilstrekkelige ressurser til å gjøre dette arbeidet på en grundig og tilfredsstillende måte, og det må stilles midler til rådighet så gruppens medlemmer kan frikjøpes til arbeidet. En tilfredsstillende sammensetning av gruppen bør bygge på kriterier om tverrfaglighet, forskningskompetanse, behandlingskompetanse og etikkkompetanse” (NAVF, 1992).

Som det framgår, var styringsgruppa i utgangspunktet tiltenkt et langt videre mandat enn å ha overordnet oppsyn med et forsøksprosjekt. Det var fra ekspertgruppas side langt på vei tenkt at styringsgruppa skulle være en forskningsgruppe, som ved siden av å ha et klinisk ansvar med å velge ut pasienter, også skulle influere på utviklingen av de øvrige tiltakene for stoffmisbrukere i Norge. I det videre utredningsarbeidet ble imidlertid rammene for styringsgruppas arbeid snevret kraftig inn. Det

ble fastholdt at Sosialdepartementet burde opprette en nasjonal styringsgruppe, men en gikk bort ifra at styringsgruppa skulle ta standpunkt til enkeltklienter eller være involvert i prosjektets daglige drift. Det ble også framholdt at det ikke var naturlig at styringsgruppa skulle ha innflytelse på utviklingen av det øvrige tiltaksapparatet for stoffmisbrukere. Arbeidsgruppa (Arbeidsgruppen, 1992) som la grunnlag for utformingen av MiO, kom således med konkret forslag til mandat for styringsgruppa, som ble fulgt opp av Sosial- og helsedepartementet.

I retningslinjene fra Sosial- og helsedepartementet for styringsgruppas arbeid heter det at den skal:

- *følge nøye med i og løpende vurdere prosjektets framdrift og erfaringer*
- *vurdere eventuelle forslag til endringer i rammebetingelsene, herunder organisasjon, inntaks- og eksklusjonskriterier, og avgi tilråding til Sosial- og helsedepartementet og Oslo kommune i slike spørsmål*
- *vurdere om eventuelle negative erfaringer tilsier avslutning av prosjektet før prosjekttidens utløp og eventuelt avgi tilråding om dette*
- *i god tid før prosjekttidens utløp avgi tilråding om prosjektet bør forlenges, klientkapasiteten økes, og om prosjektet eventuelt også bør utvides til andre fylkeskommuner*
- *fungere som referansegruppe for den forskningsmessige evalueringen av prosjektet (Sosial- og helsedepartementet, 1993).*

Styringsgruppa ble oppnevnt i november 1993 og har bestått av:

*Anna von der Lippe, professor, Psykologisk institutt, UiO
(leder)*

Asbjørn Haugsbø, fylkeslege, Fylkeslegen i Vestfold

*Jens-Erland Hoel, rådgiver, Byrådsavdelingen for arbeid og
sosiale tjenester, Oslo kommune*

Per Knut Lunde, professor, Institutt for farmakoterapi UiO

Kirsti Riddervold, førstekonsulent, Fylkeslegen i Oslo

Helge Waal, professor, Psykiatrisk institutt, UiO

Kjell Bjørn Aarøe, avdelingsdirektør, Justisdepartementet

I tillegg deltok undertegnede som observatør. Styringsgruppa har hatt jevnlige møter, 4-6 ganger pr år. Den har godkjent sammensetningen av inntaksgruppa, behandlingskontrakten som MiO har inngått med pasientene osv. Styringsgruppa har videre fulgt framdriften av prosjektet, delvis gjennom orienteringer fra prosjektets leder og delvis gjennom rapporter fra den forskningsmessige evalueringen. Av naturlige grunner har lokalspørsmålet tatt uforholdsmessig mye tid. Styringsgruppa har gjentatte ganger påpekt problemene med de særdeles utilfredstillende lokalene i oppstartingen av prosjektet. Styringsgruppa må generelt sies å ha vært en god støttespiller for prosjektets ansatte i diskusjoner med sentrale kommunale myndigheter om ulike problemer som er reist underveis.

Styringsgruppa har hatt til diskusjon hvorvidt pasienter i MiO skulle pålegges å la seg registrere som legemiddelmisbrukere hos Fylkeslegen, slik ordningen er i metadonprosjektet for HIV-positive med langtkommen immunsvikt. En slik registrering var eventuelt tenkt som et hjelpemiddel for å redusere mulighetene for såkalt sidemisbruk av psykofarmaka. Konklusjonen ble imidlertid at en ikke så noen grunn til

rutinemessig registrering, men at dette kunne diskuteres med den enkelte pasient i de tilfeller der sidemisbruket var et problem. Styringsgruppa har ellers flere ganger hatt til behandling behovet for å rekruttere leger til å jobbe med metadonbehandling. Arbeidsbyrden på legen som er prosjektleder i MiO, har vært uforholdsmessig stor, og det har derfor vært behov for avlastning, spesielt når det gjelder legetjenester til pasientene i prosjektet. Ved en fortsettelse og utvidelse av metadonbehandling, vil det også være videre behov for at det finnes flere leger i Norge som har erfaring fra slik behandling og den nødvendige kompetanse. På tross av flere utlysninger har en imidlertid ikke lyktes i rekrutteringsarbeidet. Forklaringen er etter alt å dømme knyttet til at arbeid med stoffmisbrukere generelt har relativt lav status blant leger, og at en legestilling i MiO ikke gir uttelling i forhold til spesialisering. Da vedlikeholdsbehandling med metadon er avhengig av å ha medisinsk kvalifisert personale, er det nødvendig at det på en eller annen måte er lege knyttet til behandlingen. Det bør derfor legges betydelig arbeid i å finne en modell for framtidig metadonbehandling som gjør det attraktivt for leger å søke seg til dette arbeidsfeltet.

Metadonprosjektet i Oslo må sies å ha hatt særdeles romslige økonomiske rammer. Blant annet har det vært budsjettert med en avsetning til såkalt mobile "innsatsmidler" på noe over 1 million kroner i året. Midlene var tenkt brukt til å "kjøpe" ulike typer terapeutiske tjenester utenfor MiO for pasienter som eksempelvis trengte psykoterapi osv. I styringsgruppas behandling av budsjett og regnskap har det i den anledning vært uttrykt bekymring for at de avsatte midlene til dette formål, ikke er blitt brukt. MiOs ledelse har vist til prosjektets faglige plattform som tilsier at terapeutiske innsatser utenom metadonbehandling, skal skje i regi av det øvrige tiltaksapparatet, og at ansvaret for å framskaffe slike tiltak således bør ligge der. Som det vil

framgå av andre deler av evalueringsrapporten er det imidlertid mye som tyder på at MiO i en del tilfeller kunne vært mer aktive, all den tid mange av pasientene helt åpenbart har hatt terapeutiske behov som ikke er blitt dekket. De mobile innsatsmidlene kunne således ha vært et utgangspunkt for at MiO i større grad utviste mer kreativitet og mer offensiv innsats for å skreddersy individuelle tiltak for pasienter som hadde liten støtte i andre deler av tiltaksapparatet. Styringsgruppa mente å kunne se slike behov og har således vært redd for at midler til denne type tiltak kunne bli skåret bort i videreføringen av metadonbehandling.

Sammensetningen av styringsgruppa dekker både ulike fagdisipliner (helse, farmakologi, psykologi/psykiatri) og ulike etater (Oslo kommune, Fylkeslegeembetene, Justisdepartementet). Således har sammensetningen gitt grunnlag for å uttale seg både om rent faglige spørsmål knyttet til metadonbehandling og om spørsmål av mer organisatorisk art. Det har i liten grad vært uenighet innad i styringsgruppa i de saker som har vært til behandling. Dette har etter alt å dømme nær sammenheng med at MiO stort sett har utviklet seg faglig slik en hadde forutsatt. Det har derfor ikke vært grunnlag for de store konflikttemaer. Det kan imidlertid sees på som en svakhet at noen av styringsgruppas medlemmer i liten grad er blitt brukt som ressurspersoner for MiO. Eksempelvis er det mulig at Justisdepartementets representant kunne blitt brukt i forsøk på å finne en ordning med å få informasjon om status i politi-/rettssaker for klienter som søkte metadonbehandling.

Flertallet av representantene i styringsgruppa hadde ingen direkte tilknytning til tiltaksapparatet for stoffmisbrukere. På den ene siden kan en si at dette har vært med på å sikre stor grad av autonomi ved at en unngikk mange av de fagpolitiske kjepphester en kan finne i feltet. På

den annen side hadde det kanskje vært nyttig å ha hatt noen av de diskusjoner som har gått i det øvrige tiltaksapparatet - eksempelvis diskusjoner om sidemisbruk og grensesetting i MiO - mer aktivt inne i styringsgruppa og dermed også i MiO. Selv om det i liten grad har vært konflikter mellom MiO og andre behandlingstiltak, ville et større innslag fra behandlingsfeltet i styringsgruppa også kunne bidratt til å knytte MiO tettere sammen med de medikamentfrie behandlings-tiltakene.

5. INNTAK AV PASIENTER

5.1. Søknadsprosedyren

Selv om det ennå ikke var klart hvor MiO skulle holde hus, ble det besluttet å ta i mot søknader fra 30. mai 1994. Søknadsskjema og informasjon om søknadsprosedyre ble fordelt til ulike tiltak og virksomheter som har kontakt med stoffmisbrukere og som således var potensielle henvisende instanser.

I søknaden skulle det gis opplysninger om bruk av ulike rusmidler - både omfang og "ruskarriere", - det skulle redegjøres for tidligere behandlingserfaring; både avrusning, behandling i institusjon og poliklinisk behandling, og eventuell behandling for somatiske og psykiske lidelser. Videre skulle det gis en begrunnelse for hvorfor en søkte metadonbehandling. Det skulle også skisseres en plan for rehabilitering utover selve metadonbehandlingen, en såkalt behandlingsplan. Behandlingsplanen skulle utarbeides i samarbeid med den instans som henviste misbrukeren til behandling. Dette for å gjøre det tydelig at henviser hadde ansvar for videre oppfølging av pasienten, selv om han/hun fikk plass i metadonprosjektet.

Allerede pr 30. mai da en skulle begynne å ta i mot søknader, forelå det 65 søkere. Da prosjektet ikke kunne ta inn flere enn 50 pasienter, innebar dette at søknader innkommet etter denne dato i realiteten ville ha liten mulighet til å bli vurdert. Situasjonen ble fort kjent blant både misbrukere og behandlere. Etter alt å dømme var dette den viktigste forklaringen på at det i tiden fram til januar 1995, da det ble satt stopp for å ta i mot nye søkere, ikke var kommet flere enn 161 søknader totalt. For å bestemme rekkefølgen for behandling av de søknadene som forelå

pr 30. mai 1994, ble det foretatt loddrekning. Søknadene som kom etter 30. mai, ble behandlet i nummerrekkefølge etter når de var mottatt. På tross av at det ble gitt skriftlig informasjon om denne framgangsmåten til dem det gjaldt, var det ikke til å unngå at flere både i misbrukermiljøet og blant behandlere, ikke oppfattet prosedyren med nummerering og misforsto det hele dit hen at søknadsfrist var 30. mai 1994 og at loddrekningen gjaldt hvem som skulle få plass i prosjektet. Selv om dette skapte en del forvirring og misnøye, er det vanskelig å se at det var noen annen måte å håndtere de innkomne søknadene på.

Metadonprosjektet kom i stand for å gi de hardest belastede opiatmisbrukerne et behandlingstilbud. Ut fra at MiO med sine 50 plasser var et knapt gode, kunne en tenke seg en ordning der plassene gikk til de 50 mest "verdige" trengende av dem som søkte. Dette ville imidlertid innebære at alle aktuelle søkere måtte vurderes opp mot hverandre. I praksis ville dette vært svært vanskelig å gjennomføre, både fordi det ville tatt uforholdsmessig lang tid og fordi det i mange tilfeller ville være umulig å fastslå om én misbruker er verre stilt enn en annen. En valgte derfor å la plassene gå til de 50 første av søkerne som etter en relativt omfattende inntaksvurdering, ble ansett å fylle kriteriene. Dette innebar at misbrukere som kom sent med sin søknad og derfor ikke fikk plass, kunne ha større problembelastninger enn enkelte av dem som søkte tidligere og ble pasienter i prosjektet.

5.2. Inntaksvurderingene

I de vedtatte prosjektplanene var det skissert en ordning med en inntaksgruppe bestående av representanter fra tiltaksapparatet i Oslo. Bakgrunnen for at en ønsket en ekstern inntaksgruppe var flere. Det ville

sikre at tiltaksapparatet fikk innsyn i og mulighet til å påvirke inntakspolitikken (Arbeidsgruppen, 1992). En ekstern inntaksgruppe ble også ansett å være den mest tjenlige måten å sikre en best mulig bedømming av hvorvidt medikamentfri behandling hadde vært forsøkt i tilstrekkelig grad. Etablering av en ekstern inntaksgruppe var også motivert ut fra at det ville lette presset på de ansatte i metadonprosjektet ved at misbrukere som ønsket plass i prosjektet, kunne henvises til inntaksgruppa.

Ordningen med en egen inntaksgruppe ble fulgt opp, om enn med færre medlemmer og en litt annen sammensetning enn det som opprinnelig var foreslått. Inntaksgruppa har bestått av:

Olof Blix, MiO

Stedfortreder: Helge Waal, Psykiatrisk Klinik

Ulf Jansen, Tyrili-stiftelsen

Stedfortreder: Asbjørn Solevåg, Tyrili-stiftelsen

Jan Lanesskog, Rusmiddelsekretariatet,

Stedfortreder: Astri Nymark, Rusmiddelsekretariatet

I tillegg deltok undertegnede som observatør. Inntaksmøtene startet i juni 1994 og pågikk i realiteten fram til høsten 1996. At inntaket trakk så langt ut i tid, hadde flere grunner. Selve vurderingene var tidkrevende med relativt grundige intervjuer av hver enkelt søker. MiO hadde heller ikke kapasitet til at for mange ble trappet opp på metadon samtidig, slik at det av den grunn var ønskelig å spre inntaket. I tillegg viste det seg at flere av dem som opprinnelig hadde fått plass, ikke klarte kravene til avrusning, slik at det ble ledige plasser i prosjektet også etter at det var

gitt klarsignal til 50 klienter. Det ble etter hvert også ledige plasser ved at pasienter som hadde startet i behandling, av ulike grunner ble utestengt fra prosjektet.

Selv om det slik sett var både praktiske og kliniske grunner til at inntaket i metadonbehandlingen ble spredd over et lengre tidsrom, må det likevel sies at det var uheldig at inntaksvurdingene i et 3-årig forsøksprosjekt strakte seg over en periode på mer enn to år. Det langstrakte inntaket medførte unødig usikkerhet og frustrasjon både blant potensielle pasienter og henvisere. Hvordan misbrukermiljøet opplevde situasjonen, framkommer blant annet i en undersøkelse av ringvirkninger av MiO blant misbrukere på gateplan (Frantzsen, 1997).

Klientene ble innkalt gjennom tiltaket som sto bak søknaden, og prosjektledelsen la opp til at både klient og henviser måtte møte i inntaksgruppa to ganger. På det første møtet ble det foretatt intervju med gjennomgang av "liv og levnet" - oppvekstforhold, familieforhold, rusmiddelbruk, kriminell aktivitet, kontakt med hjelpeapparatet, osv. Gjennom intervjuet prøvde en å danne seg et best mulig bilde av den aktuelle søker og om han eller hun oppfylte de oppsatte kriteriene og ville kunne profitere på metadonbehandling. Videre ble inntaksintervjuet brukt til å klargjøre og diskutere forventninger og krav som ble satt til deltagere i metadonprosjektet. Blant annet ble det brukt relativt mye tid på å kartlegge og diskutere bruk av andre rusmidler enn heroin, spesielt bruk av benzodiazepiner.

Både søker (klienten) og henviser måtte så komme tilbake til et møte nummer to 14 dager etter, for å få svar om hvorvidt en fikk plass eller ikke. To-delingen av inntaksvurderingen var delvis begrunnet med at de 14 dagene skulle kunne brukes til innhenting av nødvendig supplerende

informasjon og evt bekrefting/avkrefting av ting inntaksgruppa lurte på i søknaden. Videre skulle søkeren få tid til å reflektere over den informasjonen han/hun hadde fått i det første møtet og ta stilling til:

- *Er det metadon eller medikamentfri behandling jeg vil ha?*
- *Er det noe mer jeg ønsker å diskutere før jeg evt går inn i MiO?*

Hvis klienten fikk plass i prosjektet og nå ble betegnet som pasient, skulle det inngås kontrakt mellom pasient og MiO om rettigheter og plikter. Pasienten skulle også gi skriftlig samtykke til å delta i den forskningsmessige oppfølgingen som inngikk i evalueringsprosjektet. Ved et eventuelt avslag om behandlingsplass, skulle møte nummer to gi anledning til å diskutere andre aktuelle behandlingsalternativer.

Organiseringen og rutinene omkring inntaksvurderingene var ikke alltid like tilfredsstillende. Inntaksmøtene var jevnt over dårlig forberedt. Det var dårlig kommunikasjon mellom inntaksgruppa og konsulentgruppa som evt kunne ha innhentet tilleggsinformasjon mellom de to møtene. Dette må MiOs ledelse stå ansvarlig for. Utover en oppsjekking gjennom Oslo folkeregister om hvorvidt søkerne var hjemmehørende i Oslo, var det eksempelvis ingen rutiner for innhenting av supplerende opplysninger omkring de enkelte søkere og deres situasjon. Det er ut fra dette vanskelig å forstå motiveringen for at en hadde to inntaksmøter for hver søker.

Ut fra observasjon av inntaksvurderingene er det heller ikke noe som peker i retning av at de 14 mellomliggende dagene hadde noen betydning for “modning” av den enkelte søkers stillingstaken til hvorvidt han eller hun ønsket metadonbehandling eller ikke. I de tilfeller der det ble avslag, var frustrasjonen i de fleste tilfeller også for

stor til at det ble noen reell diskusjon om annen mulig behandling. Etter en oppsummering og gjennomgang av erfaringene mot slutten av inntaksperioden, sluttet inntaksgruppa seg til disse vurderingene og en gikk over til å ha bare ett inntaksmøte for hver søker.

Erfaringen fra MiO tilsier imidlertid at det hadde vært ønskelig med muligheter og rutiner for å få verifisert og supplert informasjon som framkom i inntaksmøtene. Eksempelvis burde en ha lagt arbeid i å prøve å finne en ordning med å få informasjon fra politi- og rettsvesen for å få større klarhet i hvorvidt det forelå eventuelle uoppgjorte saker med påtalemyndighetene, slik at en ikke bare var prisgitt informasjonen som framkom fra søker. I løpet av prosjektperioden var det flere tilfeller der denne situasjonen åpenbart var mer komplisert enn det i utgangspunktet så ut til. MiO tok på et tidspunkt kontakt med politiet om mulighetene for å få informasjon om status i politisaker, men med negativt resultat. Ved å trekke veksler på representanten fra Justisdepartementet i styringsgruppa for MiO, burde det imidlertid ha vært mulig å undersøke om en kunne komme fram til en ordning på dette punkt. I flere tilfeller kunne det også vært av verdi å prøve å få mer utfyllende informasjon fra tiltaksapparatet om klientens behandlingserfaring og misbruks"karriere".

Ordningen med en inntaksgruppe med eksterne medlemmer fungerte i alle henseender positivt. Inntaksgruppas medlemmer bør gis honnør for alle timene de stilte til disposisjon for MiO. Til sammen representerte inntaksgruppa bred erfaring når det gjelder behandling av stoffmisbrukere. I mange tilfeller var de aktuelle søkerne også kjent av en eller begge av inntaksgruppas eksterne medlemmer. Dette bidro til å gjøre vurderingen av den enkelte søker enklere. Det er også grunn til å tro at inntaksgruppa fungerte positivt med hensyn til å gi utvalget av

pasienter større legitimitet i resten av tiltaksapparatet, enn om MiO skulle stått for inntaksvurderingene alene.

5.3. Forvaltning av inntakskriteriene

Inntakskriteriene var politisk fastlagt etter forslag fra arbeidsgruppa som hadde utredet prosjektet (Arbeidsgruppen, 1992). Dette innebar at inntaksgruppa etter beste evne skulle forholde seg til de vedtatte kriterier, og i minst mulig grad vurdere søkerne skjønnsmessig. Selv om dette ikke var like enkelt i alle tilfeller, ble hver enkelt søker "målt" opp mot de foreliggende inntakskriteriene når det skulle avgjøres om vedkommende skulle få tilbud om behandlingsplass. Kriterier som alder og bosted er eksempelvis objektivt enklere å forholde seg til enn hvorvidt den framlagte behandlingserfaring skulle ansees som tilstrekkelig eller ikke.

- Alderskriteriet om *fylt 30 år* ble fulgt uten unntak.
- *Bosatt i Oslo pr 1/1 1994* - her ble det heller ikke gjort noen unntak.

To søkere som var bosatt i andre kommuner ble av ulike grunner likevel innkalt til inntaksintervju. De fikk begge avslag med begrunnelse i bosted. At de to i det hele tatt ble innkalt ble imidlertid beklaget og oppsummert som svært uheldig.

- *Gjennomgått medikamentfri behandling i rimelig omfatning* - var av naturlige grunner det vanskeligste kriteriet å forholde seg til.

Hva som skal legges i formuleringen “i rimelig omfatning” må nødvendigvis i noen grad bli gjenstand for individuelle vurderinger. Det vil eksempelvis kunne være individuelle forskjeller på hvordan en vurderer muligheten for at den enkelte misbruker kan tenkes å profitte på videre medikamentfri behandling, avhengig av om det f.eks. er en “oppegående” 30-åring eller “nedslitt” 40-50 åring. Andre hensyn kan også tenkes å spille inn. Med utgangspunkt i intensjonen med kriteriet - at metadon skulle være en “siste” utvei for rehabilitering - er det etter alt å dømme gjort noen inntak det kan stilles spørsmål ved. Det er eksempelvis pasienter i MiO som akkurat hadde fylt 30 år og hadde lite behandlingserfaring da de fikk behandlingsplass. Det er likevel manglende behandlingserfaring som har vært den dominerende grunnen til at søkere har fått avslag.

- Kriteriet om *10 års dominerende opiatmisbruk* er fulgt ut fra den informasjon som ble gitt i søknaden og informasjon fra søker i inntaksmøtet.

Det har som nevnt ikke vært noen prosedyrer for å verifisere opplysninger som er gitt i søknaden. Dette gjelder også opplysninger om misbruksprofil og misbrukets lengde. Dette ville selvsagt heller ikke vært lett å få til. Da det er få eller ingen “reine” opiatmisbrukere var det eksempelvis et tilbakevendende problem å vurdere forholdet mellom bruk av opiater og andre stoffer, først og fremst benzodiazepiner. Søkerne ble kjørt relativt hardt på hvilket stoff som dominerer misbruket og tvilen har i de langt fleste tilfeller kommet den aktuelle klienten til gode. Det er bare to som har fått avslag med bakgrunn i rusmiddelprofil: en kvinne som ikke hadde brukt opiater på tre år, men stort sett brukte alkohol, og en mann som var ærlig nok til å si at han ikke ville oppgi benzodiazepinene - begge er nå døde. Det har vært en

del kritikk mot MiO - da først og fremst fra misbrukere som ikke er i prosjektet - om at ikke alle pasientene som har fått plass, i realiteten oppfyller kriteriet om 10 års dominerende opiatmisbruk. Selv om det ville vært problematisk å få verifisert opplysninger om misbruksprofil, er det et spørsmål om en i enkelte tilfeller likevel burde ha søkt å innhente supplerende informasjon som kunne bekrefte, evt avkrefte, de opplysninger den aktuelle søker selv kom med.

- Kriteriet om *ingen uoppgjorte saker med politi/rettsvesen* har vært fulgt i den grad informasjon har vært kjent.

Dette er imidlertid et punkt som har vist seg problematisk i flere tilfeller. På den ene side har informasjon blitt underslått av klienten. Dette kan en selvsagt ikke gardere seg mot. Som nevnt tidligere, kunne det tenkes at prosjektet med en eventuell ordning med å innhente informasjon fra politi/påtalemyndigheter kunne unngått noe av dette problemet. På den annen side er det de lange rettskøene. Dette hadde prosjektet ingen innflytelse over, men er et problemfelt som bør drøftes ved en videreføring av metadonbehandling. Skal en holde fast på kravet om at evt fengselsdommer skal være sonet før behandlingen starter, eller skal en være mer fleksibel, og hvordan kan en eventuell større fleksibilitet utøves i praksis? Hva vil dette i så fall innebære mht å få metadon i fengsel under soning?

- *Metadonbehandlingen skal være frivillig.* I praksis innebar dette at en valgte å ikke akseptere betingede dommer som var knyttet opp til metadonbehandling.

Søkerne ble informert om at de måtte unngå domspremisser som betinget metadonbehandling. Det var imidlertid et problem at forsvarere

ut fra gode intensjoner, i enkelte tilfeller likevel brukte muligheten for plass i metadonprosjektet som argument i retten for at det skulle gis betinget dom.

- Selv om det ikke var noe formelt inntakskriterium, ble det sett på som nødvendig at pasienten hadde såkalt *ordnete boligforhold* før behandling kunne starte.

En bestrebet seg imidlertid på å utvise et visst skjønn. Det ble eksempelvis vurdert som lite hensiktsmessig å starte metadonbehandling i en situasjon der pasienten bodde på hospits, mens enkelte kommunale hybelhus ble sett på som akseptable, men langt fra noen god løsning. Sosialkontorene har i all hovedsak vist stor innsatsvilje for å få til en akseptabel bolig der dette har vært nødvendig, og ingen klienter har fått avslag med grunnlag i manglende bolig, selv om noen har fått forskjøvet behandlingsstart.

For mange av pasientene som fikk plass i MiO, ble imidlertid veien fram til at selve metadonbehandlingen kunne starte, lang og vanskelig. Det var heller ikke alle som kom så langt.

For å begynne opptrappingen på metadon ble det fra MiOs side satt krav om at pasienten måtte framvise *reine urinprøver i syv dager*. Dette innebar i praksis at pasienten etter fullført avrusning måtte framvise urinprøver uten spor av illegale eller legale narkotiske stoffer i ytterligere syv dager. Pasientene måtte selv, evt i samarbeid med henviser, ta ansvar for å få plass for avrusning og få til en ordning med tilfredsstillende rutiner for innlevering av urinprøver i perioden før metadonbehandlingen kunne starte. Dette viste seg snart å bli en stor bygg for flere. Mange fikk flere utsettelse, og de som ikke klarte kravet

om reine urinprøver i syv dager, mistet etter hvert sin plass i prosjektet. Det var eksempelvis store problemer både å få plass på Akuttinstitusjonen og få være der lenge nok til at pasientene hadde “syv reine dager”. I perioder var det også ventetid for å begynne metadonopptrapping (for en grundigere diskusjon av dette se del 2 av evalueringsrapporten, Ervik, 1997).

Motiveringen med “syv reine dager” var delvis medisinsk, delvis psykologisk begrunnet. Den medisinske begrunnelsen lå i at en ville sikre seg mot at metadonopptrappingen ble influert av andre stoffer. Den psykologiske begrunnelsen var knyttet til at pasienten i edru tilstand, igjen skulle tenke gjennom hvorvidt han eller hun virkelig ønsket å gå inn i metadonbehandling. Kravet om reine urinprøver i syv dager, ble i realiteten et inntakskriterium som kom i tillegg til de som var satt opp på forhånd. Hvorvidt en fortsatt skal holde på dette kravet til pasienter ved en fortsettelse/utvidelse av metadonbehandling, bør etter alt å dømme diskuteres grundig. Selv om det kan anses som medisinsk funksjonelt, kan det likevel være grunn til å spørre om ikke nåløyet for å få metadonbehandling er trangt nok som det er. Slik det har fungert for mange av pasientene i MiO, kan det være nærliggende å betegne “de syv reine dagene” som et ritual som skulle gjøre pasientene “verdige” eller fortjent til å få metadon.

5.4. Henvissende instans

Det ble som tidligere nevnt, stilt krav om at klienter som søkte plass i MiO skulle gå gjennom en henviser, konkretisert til instanser innen helse-, sosialtjenesten eller kriminalomsorgen. Det var således bare 6 av de 161 foreliggende søknadene som ikke kom gjennom en såkalt

henviser. De psykiatriske ungdomsteamene sto for flest henvisninger (34). Det var imidlertid svært ulik fordeling på de tre ungdomsteamene som finnes i Oslo. Psykiatrisk ungdomsteam Ullevål, sto for hele 30 av de 34 henvisningene. Selv om de psykiatriske ungdomsteamene har sektoransvar i Oslo, og Ullevåls-teamet dekker en større del av kommunen enn de to andre ungdomsteamene, forklarer imidlertid ikke dette den skjeve fordelingen. Etter alt å dømme gjenspeiler skjevheten at ungdomsteamene hadde ulik holdning til MiO. Ullevåls-teamet stilte seg i utgangspunktet positive til metadonbehandling, mens de to andre var mer forbeholdne og til dels negative. Foruten å henvise aktuelle pasienter de allerede hadde kontakt med, fikk Ullevåls-teamet også pågang av nye klienter som tok kontakt for å bli henvist til MiO. Det samme gjaldt Uteseksjonen. Dette hadde sammenheng med at enkelte behandlingsinstitusjoner var tilbakeholdne med å henvise klienter.

Behandlingstiltakenes tilbakeholdenhet hadde enten bakgrunn i at de var skeptiske til metadonbehandling eller at de ikke fant å kunne påta seg et videre oppfølgingsansvar for pasienter i MiO. Det var således svært variabelt i hvilken grad henviser kjente den aktuelle klienten. I noen tilfeller var det snakk om en langvarig, stabil relasjon, mens det i andre tilfeller knapt hadde vært kontakt mellom henviser og søker før inntaksmøtet. Foruten tiltaksapparatet for stoffmisbrukere, var også sosialtjenesten en viktig "leverandør" av søkere til MiO. I de fleste tilfellene var sosialkontoret godt kjent med klienten. I de tilfellene der det var aktuelt med inntaksintervju for søkere som ikke hadde henviser, ble det ordnet med en instans som kunne påta seg et videre oppfølgingsansvar.

Selv om det som nevnt, var variabelt i hvilken grad henviser kjente klienten og kunne forventes å påta seg ansvar ved eventuelt inntak i

behandling, må ordningen sies å ha fungert tilfredsstillende. Den har på den ene siden lagt grunnlag for å trekke tiltaksapparatet aktivt med i oppfølging av pasientene i metadonprosjektet. På den andre siden har ordningen med henvisende instans bidratt til at mange som arbeider med stoffmisbrukere utenom MiO, har fått direkte kontakt med prosjektet og ut fra dette mulighet til å høste egne erfaringer.

Fordeling av de 161 søkerne på ulike henvisende instanser:

Henvisende instans	Antall søkere
Psykiatriske ungdomsteam	34
Behandlingsinstitusjoner	22
Uteseksjonen	22
Olafia-klinikken/Infeksjonsmed. Ullevål sykehus	10
Sosialkontor	29
Primærhelsetjenesten	8
Pro-senteret/Nadheim	12
Ingen henviser	6
Annet	18

6. MEDIKAMENTFRIE BEHANDLINGSTILTAK OG METADON

Internasjonalt er trolig vedlikeholdsbehandling med metadon den behandlingsform for stoffmisbrukere som er blitt gjenstand for de mest omfattende evalueringsstudier. Det dreier seg hovedsakelig om oppfølgingsstudier og i noen grad om mer analytiske beskrivelser av metadonprogrammer (Ball & Ross, 1991). Hvordan nærværet av metadonbehandling oppfattes og innvirker på de medikamentfrie behandlingstiltakene, er i liten grad blitt viet særskilt oppmerksomhet. På bakgrunn av norsk behandlingstradisjon der skepsisen mot å etablere vedlikeholdsbehandling med metadon har vært stor, var det derfor ønskelig å se litt på disse aspektene i evalueringen av det norske forsøksprosjektet. En var også interessert i å få kunnskap om hvordan misbrukermiljøene på gateplan forholder seg til et begrenset tilbud om vedlikeholdsbehandling med metadon. Dette har vært gjenstand for en egen studie (Frantzsen, 1997).

6.1. Høringsrunde

Helge Waals forslag til organisering av et norsk metadonprosjekt ble sendt ut til høring til behandlingstiltak i Oslo-området i august 1992. I tillegg ble også ulike interesseorganisasjoner, fagforeninger og offentlige organer bedt om å komme med synspunkter. Til sammen ble det avgitt 41 høringsuttalelser. Det ble også avholdt en høringskonferanse i september 1992, der behandlingstiltakene ble invitert til å drøfte det framlagte forslaget. Både høringsuttalelsene og høringskonferansen inngikk i planarbeidet for arbeidsgruppa som var i

gang med det videre utredningsarbeidet for metadonprosjektet i Oslo. Vi vil her se litt på hvordan det medikamentfrie tiltaksapparatet stilte seg til det framlagte forslaget.

Selv om det både i høringsuttalelsene og på høringskonferansen kom til uttrykk ulike oppfatninger om å starte metadonbehandling i Norge, stilte et flertall seg mer eller mindre skeptiske. De som markerte at de var imot å etablere metadonbehandling, var i tillegg langt mer høyrøstet i sine argumenter enn de som hadde en mer positiv innstilling. Også de tiltakene som stilte seg positive, la stor vekt på ulike typer problemer etableringen av metadonbehandling ville medføre, og de understreket alle behovet for at det ble et strengt kontrollert og begrenset program.

6.2. Forsert tempo

Uavhengig av standpunkt til metadonbehandling, ga både høringskonferansen og høringsuttalelsene uttrykk for til dels sterk kritikk av det høye tempoet i framdriften og knappe tidsfrister for å uttale seg. Flere av tiltakene ga uttrykk for at de følte seg “overkjørt”, ved at spørsmålet om metadonbehandling i realiteten syntes avgjort på forhånd og at feltets medvirkning derfor langt på vei var fiktiv. Det ble framhevet at det hadde vært for lite diskusjon i fagmiljøene og at prosessen gikk for fort. Det ble pekt på at “legaliseringen” av metadonbruk ville kunne få store konsekvenser for behandling av stoffmisbrukere i Norge generelt sett, og at en derfor burde legge opp til en mer gjennomgripende debatt om temaet med behandlingssektoren før en tok et endelig standpunkt.

Siden det var så mye uavklart i feltet omkring metadonbehandling, ble

det også påpekt at det raske tempoet i framdriften ville kunne føre til unødige frustrasjoner og mer motstand enn nødvendig. Framdriften burde derfor ikke gå fortere enn at samhandlingen med fagfeltet ble ivarettatt på en tilfredsstillende måte. Det ble også understreket at den manglende konsolideringen av feltet ville kunne føre til problemer med å finne kvalifiserte fagfolk til å jobbe i metadonprosjektet.

6.3. Metadon - endring i ideologi

Som vi har vært inne på tidligere, har behandling av rusmiddelmisbrukere i Norge i stor grad vært basert på sosial læringsteori og psykodynamisk tenkning, noe som igjen har medført at bruk av medikamenter har hatt liten eller ingen plass i behandlingen. Dette var forhold som ble understreket i flere av høringsuttalelsene. Det ble også framholdt at fraværet av medikamenter var et kvalitetsstempel som Norge har vært kjent for. Et gjennomgående synspunkt var derfor at etablering av metadonbehandling ville innebære et definitivt brudd med norsk tradisjon på området, og at tildeling av et kunstig opiat i behandling av stoffmisbrukere ville innebære flytting av viktige grenser i norsk behandlingstradisjon. Flere framhevet at det å åpne for vanedannende medisiner i behandling av stoffmisbrukere, således ville innebære en ideologiforskyvning.

Det ble blant annet pekt på at hvis en først innfører metadon i behandling av stoffmisbrukere, vil det være umulig å avgrense eller avslutte et slikt tiltak, selv om det er et forsøksprosjekt. Etablering av metadonbehandling innebærer en holdningsendring fra myndighetenes side og flytting av etiske og faglige grenser i norsk behandlingsfilosofi. Det ble fra flere understreket at det er bekymringsfullt at dette skulle

skje uten den nødvendige faglige debatt i feltet.

De som var mindre skeptiske til å prøve metadonbehandling i Norge, understreket imidlertid også at selv om det nå ble gitt mulighet for metadonbehandling, var det viktig å få signalisert til misbrukere at hovedmålsettingen om stoffrihet i behandlingen ikke skulle endres og at metadonprosjektet slik sett utgjør et unntak. Det ble imidlertid også stilt spørsmål ved om det vil være mulig *både* å beholde “rusfrihet” som hovedmålsetting for behandling *og samtidig* godta at en slik hovedmålsetting ikke skal gjelde alle.

6.4. Spørsmål om menneskesyn

Det er ofte blitt hevdet at en viktig grunn til at en ikke har ønsket metadon i Norge, er uttrykk for et positivt menneskesyn som innebærer at misbrukere på samme måte som andre mennesker, kan endre sin atferd. Dette er en holdning som har stått sterkt i den medikamentfrie behandlingen, og som også ble understreket i flere av høringsuttalelsene. Det ble framholdt at metadonbehandling vil kunne medføre endring i denne grunnfestete troen på forandring og forpliktelsen samfunnet har til ikke å gi opp, men prøve igjen og igjen. Hvorfor skal en ikke fortsatt holde seg til den norske modellen med aldri å gi opp? Det ble framholdt at alle misbrukere har muligheten til å forandre sitt liv slik at de kan få et meningsfylt liv uten rus. Mange ga uttrykk for en oppfatning om at bruk av metadon er uttrykk for en sykdomsmodelltenking som kan føre til at både stoffmisbrukeren selv og tiltaksapparatet får mindre tro på en slik mulighet til endring.

Flere stilte således spørsmål ved menneskesynet som ligger til grunn for

metadonbehandling, der en legger opp til at folk skal gå livet ut på et “nytt rusmiddel”. Et gjennomgående synspunkt var at tildeling av metadon signaliserer at stoffmisbruk er en uhelbredelig sykdom, som innebærer at misbrukeren ikke kan rehabiliteres, men må medisineres. Det ble sagt at misbrukeren gjennom metadon slipper ubehaget med å bli edru og går inn i rollen som “uhelbredelig statsnarkoman”. Det ble framholdt at aksepteringen av metadonbehandling i et samfunnsperspektiv vil medføre at synet på misbruk og stoffmisbrukere gradvis vil endre seg fra oppfatninger av misbrukeren som en person med eget ansvar og mulighet til å gjøre noe med sitt liv, til oppfatninger preget av at misbrukeren er prisgitt en sykdomslignende avhengighet som bare kan behandles med en ny form for avhengighet som er legitimert av helsevesenet.

Det ble stilt spørsmål ved om ikke det å gi metadon til stoffmisbrukere vil være det samme som å tilby alkoholmisbrukere alkohol? Hva vil det å “gå på metadon” gjøre med klientens selvilde, og hvor raskt vil de “håpløse” bli blinket ut på institusjonene som umotiverte - de som ikke passer inn noe sted? Hvordan kan en på lengre sikt unngå at metadon blir behandlingssamfunnets endestasjon?

Det ble videre understreket at metadon gir sterk grad av avhengighet, og det ble stilt spørsmål ved hva det er en behandler ved å vedlikeholde avhengighet. En mente at begrepet vedlikeholdsbehandling er tilslørende og ikke har noe med behandling å gjøre. Metadonbehandling ble sagt å være et blindspor som ikke løser misbrukerens livsproblemer, men bare skaper en ny avhengighet. Det ble i den forbindelse gitt uttrykk for at det å gi metadon til stoffmisbrukere er uetisk og at tiltaksapparatets oppgave er å hjelpe misbrukeren til å slutte med stoff, ikke å bidra til at de begynner med et

nytt. Metadonbehandling innebærer at behandlingsapparatet påfører misbrukeren livsvarig avhengighet.

Det ble også understreket at hardt belastede misbrukere trenger et hjelpeprogram som kan få dem ut av avhengigheten. I steden for et metadonprosjekt burde det derfor heller fokuseres på hvordan det eksisterende hjelpeapparat kan samarbeide for å motivere stoffmisbrukere for behandling. Det ble framholdt at det er viktig at misbrukere kan tilbys en behandling som kan gi et fullverdig og meningsfylt liv uten avhengighet av rus.

6.5. 1997 - står prinsippene like fast?

De forannevnte synspunktene skriver seg fra høringen i 1992 og er i stor grad de samme som vi kjenner igjen fra tidligere debatter på 1970- og 1980-tallet. Situasjonen i 1997 er imidlertid i ferd med å forandre seg. Samtidig som en er vitne til at metadonbehandling er på "galopperende" frammarsj i ulike europeiske land (EMCDDA, 1997), er også Norge i full gang med sitt forsøksprogram. Metadonbehandling rykker således norske behandlere nærmere inn på livet. Fra 1994 høster deler av tiltaksapparatet i Oslo egne erfaringer gjennom at de har kontakt med klienter som blir pasienter i MiO.

Hvilke erfaringer og tanker gjør de medikamentfrie tiltakene seg på bakgrunn av den generelle utviklingen når det gjelder bruk av metadon i resten av verden, og etter at det norske metadonprosjektet ble et faktum og har vært i drift en tid? Er skepsisen like stor, eller er innstillingen til bruk av metadon endret?

For å belyse noen av disse spørsmålene ble 16 medikamentfrie tiltak for stoffmisbrukere med Oslo-tilknytning, intervjuet vinteren 1997. Det ble foretatt ett intervju for hvert tiltak med utgangspunkt i en intervju-guide (se vedlegg). En kan på mange måter se på disse intervjuene som en slags høring i forhold til hvor tiltaksapparatet befinner seg når det gjelder metadon på dette tidspunkt. Det var overlatt til den enkelte virksomhet å bestemme hvor mange som deltok i "intervju-møtet". Utgangspunktet var at de skulle kunne representere tiltakets syn på MiO og metadonbehandling vinteren 1997. Det varierte således hvor mange ansatte som var involvert i det enkelte intervjuet. Noen tiltak var representert med større eller mindre deler av personalgruppa, mens det i andre tilfeller kun var leder for virksomheten som ble intervjuet. De 16 tiltakene omfattet alle de tre ungdomsteamene i Oslo, Uteseksjonen, Pro-senteret og 11 tiltak med sengeplasser.

Da intervjuene fant sted hadde metadonprosjektet vært i aktiv drift i omlag 2 1/2 år. Det var stor variasjon mht i hvilken grad tiltakene hadde hatt kontakt med metadonprosjektet. Noen hadde søkt inn flere klienter og således hatt mye kontakt, mens andre i liten grad hadde egne konkrete erfaringer å vise til.

Som vi har sett ble forsøksprosjektet med metadonbehandling tatt i mot med til dels stor skepsis av de medikamentfrie tiltakene. Skepsisen var i stor grad knyttet til prinsipielle problemstillinger og synet på rusmiddelmisbruk og rusmiddelmisbrukere.

Behandlingstiltakene ble i intervjuet i 1997 bedt om å kommentere noen av de mer prinsipielle argumentene som i årenes løp er blitt framlagt mot metadonbehandling i Norge. Argumenter som i stor grad er blitt knyttet til hvorvidt en i behandling av stoffmisbrukere tror på forandring

og spørsmål om menneskesyn:

“-Metadon signaliserer at misbrukeren er et passivt offer for sitt misbruk og ikke er i stand til å hjelpe seg selv ut av misbruket.

-Misbrukeren kan ikke rehabiliteres, men må medisineres.

-Det er uetisk å tilby stoffmisbrukere et avhengighetsskapende stoff til erstatning for heroin.

-Det er ikke det offentliges oppgave å gi misbrukere behandlings-tilbud som mer eller mindre medfører livslang avhengighet.”

Hvordan vurderte så tiltakene denne type spørsmål vinteren 1997? Alle ga uttrykk for at de kjente godt igjen argumentene, og de fleste sa også at de i større eller mindre grad tidligere hadde vært enige i synspunktene. Det var imidlertid bare et mindretall som tilkjennega at de i hovedsak fremdeles hadde det samme negative synet på metadon og slik sett ikke hadde endret oppfatning. At de ikke hadde endret syn rent prinsipielt sett, innebar imidlertid ikke nødvendigvis at de var mot bruk av metadon i enhver sammenheng:

“Vi mener fremdeles at metadon innebærer at en er styrt av kjemiske midler. Noen klarer imidlertid ikke å bli rusfrie - metadon bør da kunne vurderes. Det er bra hvis metadon kan hjelpe noen av dem som har det verst og som det er urealistisk å tro skal kunne klare noe annet.”

“Vi mener nok fremdeles at disse argumentene holder. Men vi må vel også kanskje noe motvillig innrømme at det er godt at det er kommet et tilbud om metadonbehandling. Vi har jo klienter som har gått her fra 1975... Vi er jo enig i argumentene mot metadon,

*men i helt ekstreme tilfeller kan det vel kanskje ha noe for seg...
Vi er nok blitt mer nyanserte og pragmatiske.*“

Også tiltak som i utgangspunktet var positive til metadonbehandling i Norge, understreket at de nevnte argumenter på mange måter jo er reelle og at en således ikke kan se bort fra dem.

“Kanskje er noe av innholdet i disse utsagnene sanne? Kanskje er det slik i noen tilfeller at misbrukeren er et passivt offer?... Når det eksempelvis gjelder dem som har vært i misbruk fra de var 10 år, er det jo ikke så enkelt...”

De fleste ga imidlertid uttrykk for at de langt på vei hadde endret holdning til metadon, og at det generelt hadde stilnet rundt denne type argumenter. Det var en gjennomgående oppfatning at de nevnte innvendinger står langt mindre sentralt i feltet i dag enn de gjorde tidligere, og at mange behandlingstiltak etter hvert har fått et mer nyansert syn på metadonbehandling. Det kan synes som om det etter hvert er blitt en større forståelse for de behandlingsmessige mulighetene som ligger i bruk av metadon, og at ansatte i tiltakene etter hvert har fått mer kunnskap om at det er store forskjeller internasjonalt mellom ulike typer metadonbehandling.

“Vi er vel i dag mer nysgjerrige - aggressiviteten har avtatt i institusjonsverdenen. Metadonbehandling blir mer troverdig når det blir lagt fram et nyansert syn.”

Som forklaring på hvorfor holdningen til metadon hadde endret seg, ble det blant annet sagt:

“En har etter hvert innsett at det å behandle “alle” i tradisjonelle medikamentfrie tiltak ikke går. Vi kan vel si at lufta mer eller mindre gikk ut av ballongen når det gjaldt behandlings-optimismen på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet. Klimaet da MiO startet var annerledes enn tidligere. En har på mange måter erkjent at det er få som klarer seg over tid innen den medikamentfrie behandlingen. Etter hvert har en også sett at metadon ikke var så ille som en trodde. Det er ikke noe som tyder på at metadon så langt har slått beina under den medikamentfrie behandlingen. Det har også vært mange myter om metadon som langt på vei hadde sin bakgrunn i manglende kjennskap til hva metadon var og hvordan det virker. F eks at metadon gjør misbrukerne utilgjengelige for terapi osv.”

“Kontakten med MiO-pasienter gjør jo at holdningene er endret”.

“Vi må vel se på metadon som medisin. Metadon kan jo være en medisin for de mest belastede og slitne. De er vel kanskje mer motiverte for metadon enn for rusfri behandling. Mange er gitt flere sjanser tidligere og kanskje metadon er det de skal prøve. Vi er nok ikke så bastante som tidligere. Kanskje kan metadon eksempelvis hjelpe mange av de mest deprimerte...”

“At vi for en stor del har endret syn - henger jo sammen med at vi ser det på nært hold og at det fungerer for mange.”

“De utsagn du nevner bygger jo på at en ser på metadon som et rusmiddel, men er det det? Vi ser jo at det går bedre med folk.”

Selv om mange sier at de kan se nytten av metadonbehandling, er det imidlertid fortsatt klare motforestillinger, bl a knyttet til problemene med blandingsmisbruket og til den kjemiske tvangen metadonen representerer :

“På den annen side hjelper jo metadon bare i forhold til heroin - erfaringen er at det ofte er langt lettere å få misbrukere til å slutte med heroin enn benzodiazepiner, cannabis og alkohol. Så... Når alt er så elendig - kanskje metadon kan bedre livskvaliteten, men vi er vel usikre på om metadon egentlig er noen hjelp...”

“Tror vel ikke at noen vil ha lyst til å gå livslangt på metadon.”

“Mener vel fremdeles at det er best for klientene å slippe.”

“Selv om vi er positive til metadon, ser vi imidlertid også at folk er inne i livssituasjoner der de ikke ønsker den “tvangen” som er en del av metadonbehandlingen.”

Det ble understreket av flere at det å gå på vedlikeholdsdose med metadon over lang tid, ikke er noen rosenrød tilværelse og at målsettingen må være at folk på sikt også skal kunne slutte med metadon.

“Det er vel også å håpe at klientene etter hvert ser ulempene ved metadon, det er jo en kjemisk tvangstrøye. Målet for alle må jo bli å komme av metadon. Metadon er et hjelpemiddel, en medisiner. Vi erfarer at når klientene har sett andre som går på metadon, finner de at metadon ikke er så attraktivt. Mange klienter uttrykker at de er glade for at de slipper å være i denne

tvangstrøya. Det er blitt en økt bevissthet i klientgruppa om at metadon ikke er rosenrødt. “

6.6. Metadon - terapeutisk intervensjon

I høringsrunden i 1992 ble det pekt på at stoffmisbrukeren ofte har en rekke problemer, som lav selvfølelse, umodenhet, dårlig kontaktevne, depressive lidelser, personlighetsforstyrrelser, historikk med seksuelle overgrep, problematiske hjemme-forhold og mangel på tilhørighet. Det ble videre sagt at misbrukeren skaper sitt livsinnhold og tilhørighet gjennom bruk av rusmidler, og at de “løser” sine personlige problemer ved å ty til rusmidler. Siden metadon ikke tar bort behovet for rus, lysten på rusmidler og spenning knyttet til misbrukerlivet, får misbrukeren derfor ikke noe meningsfylt livsinnhold gjennom metadon, og de vil således likevel søke rusopplevelser. Det ble understreket at det derfor er viktig at misbrukere tilbys en behandling som kan gi grunnlag for reelle dyptgående endringer, slik at han/hun kan være i stand til å takle sitt eget liv uten rusmidler og kriminalitet. Det ble i den forbindelse stilt spørsmål ved hvorvidt misbrukeren ved å få metadon vil være emosjonelt tilgjengelig, noe som er nødvendig for at det kan skje reelle forandringer. En mente at metadon ville medføre at misbrukerne ble følelsesmessig “flate” slik at de ikke ville være mottagelige for terapeutiske intervensjoner. I stedet for metadon burde misbrukerne derfor heller hjelpes til å løse problemene, slik at de kan få et meningsfylt liv uten rus.

I den tida MiO har vært i drift, synes det imidlertid å ha utviklet seg en annen holdning i feltet, også når det gjelder mulighetene for å få til forandringer hos klienten, og at metadon nå tvert i mot sees på som en

innfallsport til terapeutiske intervensjoner:

“Metadon kan vel tenkes brukt overfor klienter der en ønsker å bli mer offensiv. En kan vel se på metadon som et redskap for å komme i gang med behandling...”

“Tenker at metadon kan brukes for mer ressurssterke i en overgang for å få til en terapeutisk tilnærming. Metadon kan brukes for å komme i posisjon og som en avlastning i et kortere tidsrom. Metadon bør kunne brukes som et tilbud og en inngangsport til mer tradisjonelle terapeutiske virkemidler til dem som ikke orker å se verden i øynene.”

Hvorvidt et endret syn bygger på tiltakenes egne kliniske erfaringer med metadon-pasienter, eller om det dreier seg om forandringer i det normative klimaet, er det imidlertid vanskelig å vurdere. Ullvin, et av tiltakene i Oslo som har hatt mye kontakt med metadon-pasienter både fra det såkalte HIV-met og MiO, har eksempelvis trukket fram positive erfaringer de har høstet fra terapeutisk arbeid med metadon-klienter (Christensen, 1997).

6.7. Metadon ikke lenger defensivt

Mange av de tidligere innvendingene mot metadon har tatt utgangspunkt i at det representerer en defensiv holdning til misbruk, og tiltroen til at misbrukere kan forandre seg og komme ut av misbruket. Dette er imidlertid synspunkter som ikke lenger synes å stå like sterkt:

“Vi tenker vel ikke i dag at metadon representerer en defensiv

holdning. Metadon trenger ikke være et uttrykk for håpløshet. Det går vel an å tenke på metadon som et offensivt tiltak? Vi ser jo at metadonbehandling krever mye av klientene. Det er ingen enkel tilværelse å være metadon-pasient. Diskusjonene blant klientene viser også at de tenker annerledes enn for 10 år siden. Det er langt større aksept for metadon i dag enn det var tidligere. Klientene tenker ikke i dag at metadon representerer håpløshet. Men diskusjonene i klientgruppa går også den andre veien. Metadon er ikke rosenrødt, vi ser jo at det er mye problemer.”

6.8. Metadon - mindre motivasjon for medikamentfri behandling?

Gjennom høringen i 1992 ga flere uttrykk for frykt for at et tilbud om metadonbehandling ville svekke stoffmisbrukeres motivering for medikamentfri behandling. En trakk bl a fram at misbrukeres motivasjon for å gå inn i behandling i utgangspunktet ofte vil være ambivalent, og at den - med metadon i sikte - kan forsvinne helt. En var således redd for at metadon ville virke antimotiverende for å gå inn i en ordinær behandling. Det ble påpekt at en allerede ser at mange som er i behandling, er redde for ikke å lykkes i kampen for et rusfritt liv. Etablering av metadonbehandling ble av flere tolket i retning av at en gir opp målsettingen om rehabilitering. En mente også at metadon ville kunne tolkes som et legaliseringstiltak. Gjennom innføringen av metadon får misbrukere støtte i at de ikke kan klare å fungere uten narkotika eller medikamenter. Metadon vil således for mange misbrukere bli en form for bakkdør som de kan flykte ut gjennom. Det ble også trukket fram at metadon vil medføre et mer pessimistisk syn på behandling både hos klienter, pårørende og behandlere. I denne sammenheng ble det også sagt at den fysiske avhengigheten etter alt å

dømme blir tillagt for stor betydning.

Har en så kunnet observere noen negativ utvikling nå det gjelder misbrukeres motivasjon til å gå inn i medikamentfri behandling i den tiden MiO har vært i drift? Det ble ikke gitt noe entydig svar. Selv om ingen av tiltakene kunne rapportere at de hadde hatt færre søknader om behandling i den siste 3-årsperioden enn tidligere, var det et mindretall som ga uttrykk for at de i større eller mindre grad hadde kunnet observere at det var en tendens til at misbrukere var mindre motivert for å gå inn i medikamentfri behandling, enn tidligere.

“Ja, blant våre egne klienter mener vi å kunne se en slik tendens. Spesielt blant de eldste og mest utkjørte.”

Blant annet var det tiltak som mente å ha observert at flere klienter enn tidligere, ga uttrykk for at de ikke trodde de ville kunne klare å komme ut av sitt misbruk, og at mange går og venter på at metadonbehandling skal bli tilgjengelig. Dette på tross av at de på mange måter har en viss skepsis til metadon. Eksempelvis mente et tiltak som har kontakt med en stor andel av de tunge misbrukerne i Oslo, å ha erfart at misbrukerne innerst inne egentlig ikke ville ha metadon, men at de er desillusjonerte i forhold til å klare å slutte med narkotika og at de ønsker å få det bedre. Metadon framstår således for mange som en siste utvei for å prøve å skape et bedre liv. Det ble imidlertid også sagt at mange misbrukere har gått gjennom en prosess og etter hvert har fått et mer realistisk forhold til hva metadon er, og hva de kan forvente av slik behandling.

Det store flertallet av tiltakene ga imidlertid uttrykk for at de ikke hadde registrert noen endring i behandlingsmotivasjon i løpet av de tre siste årene og at de som søker “tradisjonell” behandling var like seriøse som

tidligere.

“Nei vi har ikke kunnet merke noen slik tendens... Vi har ikke noe grunnlag for å si at etableringen av MiO har vært demotiverende i forhold til å søke medikamentfri behandling”

“Nei, søknadsmassen har heller økt.”

I høringen i 1992 ble det pekt på problemet med at for å “kvalifisere” seg til metadonbehandling, vil en kunne risikere at stoffmisbrukere ikke rapporterer om blandingsmisbruk og heller ville overdrive sitt opiatmisbruk. Noen mente allerede da å kunne registrere at den pågående metadondebatten hadde medført at flere og flere stoffmisbrukere ga en beskrivelse av seg selv som omfattet mer elendighet enn det som i realiteten var tilfelle.

Dette som vel kan kalles “negativ kvalifisering” til metadonbehandling, har sin bakgrunn i at ett av kriteriene for å komme i betraktning for plass i MiO, var at en ikke hadde klart å nyttiggjøre seg medikamentfri behandling. Det ikke å ha lyktes i medikamentfri behandling ble således en “kvalifikasjon” med hensyn til å få metadonbehandling. Selv om ingen i den første høringsrunden ga uttrykk for at misbrukere skulle kunne få metadonbehandling uten først å ha prøvd “vanlig” behandling, ble det pekt på at et slikt inntakskrav ville kunne ha uheldige konsekvenser. En kunne risikere at misbrukere mer eller mindre bevisst ville gå inn for en såkalt “negativ kvalifisering”. En var redd for at enkelte stoffmisbrukere i utgangspunktet ville kunne legge opp til ikke å lyktes i medikamentfri behandling, for derigjennom å øke sine muligheter for å få metadon ved en senere anledning. Det at misbrukere måtte framvise at de ikke har lyktes i medikamentfri behandling, vil

således kunne føre til at motivasjonen for å gå fullt og helt inn i slik behandling blir mindre enn den ellers hadde vært.

Denne problemstillingen kom opp igjen i intervjuene i 1997, og enkelte tiltak mente å ha erfart at det i forbindelse med at MiO skulle starte opp, ble en økning i misbrukere som søkte behandling for å “kvalifisere” seg til metadonprosjektet. Dette var imidlertid en situasjon som hadde endret seg ganske raskt, ettersom misbrukere registrerte hvordan det var å være pasient i MiO, og de så at ikke alt bare var fryd og gammen. Mange var for eksempel ikke forberedt på det strenge kontrollregimet som var knyttet til MiO. Stort sett syntes det imidlertid ikke som om den “negative kvalifiseringa” i praksis har vært noe stort problem.

En annen forklaring på hvorfor flertallet av tiltakene ikke hadde kunnet observere mindre motivasjon til medikamentfri behandling enn tidligere, ble knyttet til mer grunnleggende sider ved metadonbehandling. Selv om misbrukere i utgangspunktet kan gi uttrykk for at det er metadon de ønsker, er det mange som forandrer mening underveis. Klientene ønsker reelt å bli “rusfrie”, de ønsker å komme ut av den kjemiske avhengigheten. Som tidligere nevnt, ble det etter hvert også mange misbrukere som så problemene og pliktene ved å være i metadonbehandling.

At nåløyet i MiO var trangt både med hensyn til antall plasser og inntakskriterier, ble også trukket fram som forklaring på at misbrukere søkte medikamentfri behandling i samme omfang som tidligere. Det ble imidlertid uttrykt mer usikkerhet om hvordan utviklingen vil bli dersom tilbudet om metadonbehandling blir utvidet:

“Det er få plasser i MiO - og det ble fort fullt. Det er derfor

vanskelig å måle konsekvensen MiO har hatt for søknaden til annen type behandling. ... Vi vet jo ikke hva som vil skje framover..."

Om, og eventuelt i hvilken grad det vil innvirke på misbrukeres motivering til å gå inn i medikamentfri behandling når tilbudet om metadonbehandling utvides, er noe framtida vil vise. Etter alt å dømme vil det være flere faktorer som vil kunne påvirke misbrukeres preferanser når det gjelder valg av behandling i årene som kommer. En faktor er om de medikamentfrie behandlingstiltakene vil bli bedre i stand til å gi langtkomne opiatmisbrukere et adekvat behandlingstilbud enn det som synes å være tilfelle i dag. En annen faktor er i hvilken grad en vil kunne klare å gi tilfredsstillende terapeutisk og praktisk assistanse til pasientene som går på metadon, ut over en vedlikeholdsbehandling. En tredje faktor vil være hvordan holdningsklimaet blant misbrukere, i hjelpeapparatet og i samfunnet for øvrig, vil utvikle seg når det gjelder en behandling som gir mer eller mindre livslang kjemisk avhengighet. Internasjonale strømninger, der metadonbehandling i ulike former mer og mer synes å erstatte annen type behandling, vil selvsagt også ha innvirkning på forholdene i Norge. I den grad vedlikeholdsbehandling med heroin vinner fram internasjonalt, vil også dette etter alt å dømme påvirke motivasjonen for norske stoffmisbrukere til å gå inn i medikamentfri behandling i negativ retning.

6.9. Forskyvning av ressurser?

En annen bekymring som kom til uttrykk i høringsrunden, var at metadonbehandling vil sluke ressurser, både faglig og økonomisk, på bekostning av de medikamentfrie tiltakene. Det ble bl a pekt på at den tette og langvarige oppfølgingen som kreves for å møte misbrukernes psykososiale problemer er dyr, og at de medikamentfrie tiltakene fører en evig kamp for å få tilstrekkelige midler til å drive god behandling og langvarig oppfølging. Det ble i den forbindelse reist spørsmål om den behandlingsmessige effekten en ville kunne forvente hvis også klienter i medikamentfrie tiltak fikk tilbud om livslang oppfølging, slik det legges opp til i metadonbehandlingen. I stedet for å bruke store ressurser på metadonbehandling ble det framholdt at en heller burde se på innholdet i de medikamentfrie behandlingoppleggene, om en her kanskje både tenker feil og bruker for lite ressurser på ettervernet. Kanskje det å øke ressursene i det øvrige behandlingsapparatet og styrke ettervernet ville kunne gi like gode resultater som metadon? Det ble videre pekt på at det er behov for et generelt omsorgstilbud for stoffmisbrukere slik det finnes for alkoholmisbrukere, og at dette kanskje burde prioriteres foran et metadonprosjekt.

Frykten for mindre ressurser til medikamentfrie behandlingstiltak ble etter alt å dømme sett i et lengre perspektiv enn et tre-årig forsøksprosjekt med 50 klienter. I denne første omgang var det snakk om et avgrenset prosjekt som både var fullfinansiert av statlige midler og som hadde en begrenset personalgruppe. Det ville derfor være overraskende om de medikamentfrie tiltakene ville kunne merke noen negative effekter rent ressursmessig av at MiO hadde vært i drift i mindre enn tre år.

I intervjuundersøkelsen vinteren 1997 var det heller ingen tiltak som mente å kunne se at det hadde funnet sted noen reduksjon i ressursene innen den medikamentfrie behandlingen. Selv om noen rapporterte om nedskjæringer, kunne de ikke vise til at dette hadde sammenheng med etableringen av MiO. Det ble imidlertid understreket fra flere at det var for tidlig å stille denne type spørsmål og at en var usikker på hva som kunne komme til å skje i framtida hvis og når metadonbehandling fikk et visst omfang. I og med at forsøksprosjektet hadde vært fullfinansiert av staten hadde det foreløpig vært snakk om ulike "kasser", siden de andre tiltakene får sine midler fra fylkeskommune/kommune. Det ble derfor stilt spørsmål ved hva som ville vært tilfelle hvis MiO var blitt forvaltet av Oslo kommune på linje med de medikamentfrie tiltakene.

"Foreløpig har vi ikke kunnet se noen reduksjon i ressurser, men vi er nok usikre på hva som kan komme til å skje når metadonbehandling blir et permanent tiltak. Vi ser nok for oss at det da kan bli en ressursforskyvning, både faglig og økonomisk."

Det ble trukket fram at politikere er opptatt av at behandling av stoffmisbrukere er kostbart. Hvis metadonbehandling framstår som billigere og mer "effektiv", mente en at det ville være fare for at de økonomiske ressursene til den medikamentfrie behandlingen ville bli redusert på lengre sikt. Det ble også uttrykt bekymring for at det kan bli en faglig ressursforskyvning hvis metadonbehandlingen får et større omfang. Det ble blant annet vist til andre europeiske land der en har sett en klar tendens til at ulike former for metadonbehandling har økt eksplosivt, samtidig som det medikamentfrie behandlingstilbudet er blitt redusert.

Det ble i den forbindelse også trukket fram problemet med at den

offentlige debatten rundt metadon er for lite nyansert. Metadon framstår i stor grad som en løsning av narkotikaproblemet og i mindre grad som et behandlingstilbud. Hvis utviklingen går i retning av at metadon også blir politikernes "løsning" på misbruksproblemet, kom det fram bekymring for at det fort kan bli en situasjon der en i metadon-behandlingen ikke har noe tiltaksapparat å spille på hvis det blir nedskjæringer i det medikamentfrie behandlingstilbudet.

6.10. Endret syn - hvorfor?

Med bakgrunn i det foregående må en kunne si at holdningene til metadonbehandling blant de medikamentfrie tiltakene i Oslo har endret seg vesentlig fra diskusjonen i 1992 og tiden før, fram til vinteren 1997. Det er vanskelig å finne noen enhetlig forklaring på hva som er grunnlaget for at holdningene er snudd fra å være klart negative eller skeptiske, til at det nå stort sett er en overveiende positiv innstilling til vedlikeholdsbehandling med metadon. Det er vanskelig å peke ut én enkelt grunn til denne endringen. Etter alt å dømme er det flere momenter som spiller inn, og som sammen har ført til mange har fått en endret oppfatning. Delvis kan det ha direkte eller indirekte sammenheng med MiOs virksomhet, delvis kan det ha sammenheng med faktorer utenom det norske forsøksprosjektet.

I hvilken grad kan eksempelvis holdningsendringen ha grunnlag i MiOs eksistens og at forsøksprosjektet framviser *lovende resultater*? Etter alt å dømme er det begrenset i hvilken grad MiO i seg selv kan tilskrives "æren" for holdningsendringene. Eksempelvis forelå ikke den forskningsmessige evalueringen av hvordan det er gått med pasientene i MiO i forsøksperioden, da intervjuene ble foretatt. De fleste tiltakene

hadde imidlertid direkte eller indirekte høstet egne erfaringer fra hvordan behandlingen har fungert så langt. Selv om den foreliggende evalueringen viser at ikke alle som er tatt inn i metadonbehandling har klart seg like bra og det er vanskelig å forutsi hva som vil skje på lengre sikt, ser det ut til at det er grunn til en viss optimisme (se del 2 av evalueringsrapporten, Ervik, 1997). Tiltaksapparatet for stoffmisbrukere synes også å være relativt nyanserte i sine vurderinger, men gjennomgående fortolker de resultatene de foreløpig kan observere, som stort sett positive. På tross av at det pekes på problemer med såkalt sidemisbruk og at pasienter av ulike grunner har falt ut av behandling, synes det som om resultatene en foreløpig ser er mer lovende enn mange kanskje hadde forventet. Det kan derfor være grunnlag for å si at de relativt positive erfaringene MiO har framvist til nå, har gitt metadonbehandling en form for legitimitet i Norge. MiO synes i stor grad også å ha lyktes i å understreke at et godt metadontiltak ikke bare er tildeling av metadon, men at det i tillegg innebærer omfattende psykososial støtte og behandling. At det er varierende i hvilken grad en har lyktes i å få til psykoterapeutisk behandling, tilrettelegging av ulike rehabiliteringstiltak osv for metadon-pasientene, synes ikke å ha svekket inntrykket av at vedlikeholdsbehandling med metadon slik, det legges opp til i MiO, innebærer en omfattende behandlingsinnsats.

En kan videre stille spørsmål ved om holdningsendringene blant de medikamentfrie tiltakene er tegn på at det i noen grad er *slutt på behandlingsoptimismen*. Selv om norsk behandlingsfilosofi har vært tuftet på en holdning om at det å slutte et misbruk innebærer en grunnleggende forandring som terapeutiske virkemidler kan bidra til, har det ikke alltid vært like lett å bevare en slik grunnholdning i praksis. Det er lite å slå i bordet med når det gjelder resultater fra behandling av såkalt tunge misbrukere (Ravndal, 1993). Selv om det nå og da kan

legges fram solskinnshistorier om langtkomne misbrukere som ser ut til å klare seg bra (se eks Christensen, 1996), er det etter hvert blitt en relativt stor gruppe stoffmisbrukere i godt voksen alder som har vært innom mange behandlingstiltak og som likevel fortsetter i et tungt misbruk. Eller for å bruke utsagn som kom fram i intervjuene:

“Vi har tidligere vært for lite realistiske i forhold til hvor mange som skulle kunne profittere på medikamentfri behandling. Vi ser i dag at metadon ikke trenger å bety kapitulasjon. Metadon er ikke nødvendigvis ”second best”. Vi ser jo at metadon åpner for nye muligheter.”

“Vi ser at mange har fått en ny optimisme som kan tilskrives metadonen. En kan jo for eksempel diskutere behandlingsoptimisme når folk har vært innlagt 15-20 ganger...”

“Du kan si det er en form for resignasjon, eller noen vil vel si realisme når det gjelder effekten av medikamentfri behandling. Alle de dårlige resultatene her har gjort det “lettere” å akseptere metadon. Vi ser jo at institusjonsbehandling ikke nødvendigvis er “lykken”. Mens jeg før syns jeg hadde gjort en god jobb hvis klienten fikk plass på institusjon - ser jeg vel noe ammerledes på det i dag. Når klienten har vært “15 ganger” på xxxxx så ...”

“Dilemmaet står vel ikke alltid mellom et rusfritt liv og metadon. Vi kan vel kanskje si at det er et uttrykk for en viss behandlingspessimisme. Vi ser det vel slik i dag at metadon er “løsningen” for flere enn vi tidligere likte å tenke... Vi har jo begrenset suksess med vår “helbredelse”... Vi ser jo at metadon i mange tilfeller gir grunnlag for en slags ny verdighet.”

Leder av MiO har i flere sammenhenger lagt fram en teori om at personer som har brukt heroin over lengre tid, har fått ødelagt endorfinbalansen, og at dette innebærer at de i større eller mindre grad har opparbeidet en livslang avhengighet av opiater. Det kan være grunn til å tro at dette har fått et visst innpass, og at det i noen grad har bidratt til å forandre perspektivet på vedlikeholdsbehandling. Begrenset suksess fra egen behandlingspraksis i kombinasjon med et teoretisk perspektiv om endring i endorfinbalanse, kan vel sies å berede grunnlag for “å bite i det sure eplet” og akseptere at en også må ta i bruk metadon i behandlingen av tunge stoffmisbrukere.

Som vi har sett, hadde motstanden mot metadon også et visst grunnlag i en engstelse for at det ville svekke grunnlaget for de medikamentfrie tiltakene. En var redd for at både de økonomiske og faglige ressursene ville kunne bli redusert, og at færre ville søke seg til slik behandling. Så langt framstår imidlertid *ikke* metadonbehandling som en *trussel mot de medikamentfrie behandlingstiltakene*. Det ble imidlertid understreket av flere at det ennå er for tidlig å si hva som vil skje mht fordeling av ressurser når metadonbehandlingen får et større omfang. Det vil i stor grad avhenge av hvor mye politikere sentralt og lokalt, vil være villige til å bruke i behandling av stoffmisbrukere.

Bruk av metadon får stadig *større utbredelse internasjonalt*, også i land i Europa som tidligere har vært svært restriktive. Selv om behandlingstiltak i Norge fremdeles skulle være av den prinsipielle oppfatning at metadon ikke bør brukes i behandling av stoffmisbrukere, er det vanskelig å lukke øynene for utviklingen i andre land. Mens det ennå på 1980-tallet var flere land i Europa som sa nei til metadon (Eks Belgia, Frankrike, Hellas, Norge, Portugal, Tyskland), er metadonbehandling i dag tilgjengelig i større eller mindre grad i de

fleste land (EMCDDA, 1997).

Det kan også være grunn til å tro at det er en viss resignasjon mht til fortsatt å forfekte prinsipper. Alle faktorer tatt i betraktning, vil nok mange si at det *nytter ikke lenger å kjempe imot* bruk av metadon. Det er allerede etablert et norsk prosjekt. Det er vanskelig å tenke seg at det skulle bli nedlagt. De politiske vindene blåser i retning av at metadonbehandling blir gjort permanent og tilbudet utvidet. En videre kamp mot metadon vil i realiteten bli en kamp mot vindmøller.

Det er trolig at de nevnte faktorer sammen har innvirket på holdningsklimaet blant de medikamentfrie behandlingstiltakene, slik at vi i 1997 ikke lenger finner noen erklært motstand mot vedlikeholdsbehandling med metadon i Norge.

7. SAMARBEID MiO - MEDIKAMENTFRIE TILTAK

Ut fra skepsisen til metadonbehandling i Norge, var det stor fare for at MiO kunne havne på utsida av det øvrige tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere. Dette er en situasjon vi blant annet har sett i Sverige, der det gjennom årene har vært liten eller ingen kontakt mellom metadontiltakene og den medikamentfrie behandlingen (Grönbladh, 1996), og som en ønsket å unngå i Norge. Som vi har vært inne på ved flere anledninger, ble det derfor i planleggingen av det norske metadonprosjektet lagt vekt på at det skulle inngå som en integrert del av tiltaksapparatet for stoffmisbrukere. Misbrukere som ønsket plass i metadonprosjektet skulle derfor søke via en hjelpeinstans - det være seg tiltak for rusmiddelmisbrukere, sosialkontor, helsetjenesten eller lignende. Hensikten med dette var på den ene siden at disse skulle kunne bidra med informasjon om klienten som søkte metadonbehandling. På den andre siden skulle den innsøkende instans være klienten behjelpelig med å lage en behandlingsplan ut over selve vedlikeholdsbehandlingen, og sist men ikke minst være med i oppfølging og tilrettelegging av ulike hjelpetiltak. Det var med andre ord ikke tenkt at metadonprosjektet skulle ha totalansvaret for klienten, men at MiO og tiltaket som bisto klienten med søknaden (innsøkende instans), skulle samarbeide om ulike terapeutiske og praktiske hjelpetiltak som metadon-pasienten måtte ha behov for. Dette ble understreket både i informasjon som ble gitt tiltakene forut for oppstartingen av MiO og i inntaket av pasienter.

Inntaksmøtene, der klientene hadde med seg den såkalte henviser, viste imidlertid at det var store variasjoner i hvilken grad de to partene kjente hverandre. I noen tilfeller var det snakk om et flerårig kontaktforhold,

mens de i andre tilfeller knapt hadde sett hverandre før de kom til inntaksmøtet i metadonprosjektet. Dette hadde sin bakgrunn i at misbrukere som ønsket metadonbehandling, og som ikke hadde noen etablert kontakt i hjelpeapparatet, eksempelvis kom til Uteseksjonen eller et ungdomsteam med "bestilling" om at de ønsket hjelp til å søke plass i metadonprosjektet. I intervjuet i 1997 sier de:

"Vi er jo i en situasjon der vi har vært innsøkende instans for klienter vi ikke kjenner fra tidligere og som vi ikke har sett tidligere."

Som en kunne forvente har samarbeidet mellom MiO og tiltakene som henviste klientene, i praksis variert ganske mye. I noen tilfeller har det vært et nært og tett samarbeid med vel fungerende koordineringsgrupper rundt den enkelte pasient:

"Synes samarbeidet fungerer bra. Vi har hatt samarbeid med flere på MiO, spesielt med X. Vi har hatt regelmessige møter og åpen telefonkontakt der vi har drøftet problemer og tiltak rundt den enkelte klient. Det har vært god kommunikasjon. De har vist stor åpenhet og vilje til å informere om hvordan de tenker. Vi har vært innkalt til metadonmøte."

"Samarbeidet har fungert bra. Vi har gjensidig utveksling av informasjon om de aktuelle klienter. Vi har god kommunikasjon med MiO."

"Vi er fornøyd med samarbeidet. Det er lett å samarbeide med MiO."

Mens det i andre tilfeller har vært mer tilfeldig:

“I praksis har det vært veldig varierende hvordan samarbeidet har vært - og hvor ofte vi har måttet stille opp. Ansvarsgruppene ser ut til å variere svært mye fra klient til klient.”

“Da vi henviste klienter forsto vi jo på en måte at det kunne bety at vi inngikk et slags livslangt “ekteskap” med de klientene som begynte i metadonbehandling..., men i praksis har vi hatt lite samarbeid med MiO omkring konkrete klienter”

Etter alt å dømme er det flere grunner til at samarbeidet rundt den enkelte pasient ser ut til å variere relativt mye. I noen grad kan det ha vært personavhengig. Det kan også ha sin årsak i at det til tider har vært liten stabilitet i konsulentgruppa på MiO:

“Samarbeidet fungerer greit, men det er nok noe personavhengig hvor bra det har vært.”

“Vi har klienter og har deltatt i ansvarsgrupper. Akkurat nå har vi ikke noe kontakt. Det har vært store utskiftninger i konsulentgruppa, noe som har vært et problem.”

En annen forklaring kan være at pasientene uttrykker ulike hjelpe- og behandlingsbehov ut over det å få metadon.

“Vi har opptil flere klienter i MiO. MiO bygger på en ide om at alle som er på metadon er behandlingstrengende - at de trenger ulike former for terapeutiske intervensjoner. Er dette riktig? Det er jo et poeng at de får sikret assistanse til ulike praktiske ting

som bolig, økonomi osv, men er det sikkert at alle trenger, for ikke å si ønsker, behandling i mer tradisjonell forstand? Klientene bør i større grad få styre og regulere dette selv.”

Det ble også pekt på at oppfølgingsansvaret kunne oppleves som problematisk, delvis på grunn av arbeidsbyrde, delvis fordi det ikke alltid oppleves som funksjonelt:

“Vi sitter i ansvarsgrupper. Vi finner det vanskelig å være henvisere pga av oppfølgingsansvaret, men vi har jo også henvist - og i praksis følger vi også opp MiO-klienter.”

“Selv om vi har kontakt med klienten som er i MiO, er det ikke alltid naturlig at det er vi som følger opp.”

Det kom også fram kritiske synspunkter knyttet til mangel på formaliteter i samarbeidet med MiO:

“Fra vårt synspunkt synes vi vel de er litt uproffe på MiO når det gjelder forholdet til og samarbeid med andre instanser. De kan ikke formelle regler. De må bli flinkere til å håndtere vanlige spilleregler for samarbeid. MiO holder eksempelvis ikke avtaler om tilbakemelding. Det virker for tilfeldig og for lite gjennomtenkt hvordan MiO forholder seg til ulike samarbeidspartnere.”

Tiltak som ikke har henvist klienter til MiO, har av naturlige grunner ikke alltid hatt noe konkret samarbeid. Slik sett kan kanskje noen tiltak ha opplevd at de på en eller annen måte har gått glipp av noe:

“Vi har ikke hatt noe samarbeid med MiO, og vil vel si at vi på en måte har savnet det. Selv om vi ikke har henvist noen klienter til MiO, så kunne vi nok samarbeidet om oppfølging.”

7.1. Har MiO stilt opp som forventet?

Som det framgår er det til dels store variasjoner i hvor tett samarbeidet har vært mellom MiO og tiltaksapparatet rundt de enkelte klientene. Likeledes er det ulike forventninger om hvordan ansvarsfordelingen bør være og hvordan den i praksis har fungert. MiO blir av tiltakene beskrevet som veldig medisinsk orientert. Det dreier seg om doser og urinprøver, mens det er lite behandling i tradisjonell forstand ut over dette. Flere peker på at klienter gir uttrykk for at de har behov for mer kontakt og behandlingsmessig innsats fra MiOs side, mens andre er av den oppfatning at MiO bryr seg for mye om ting som ikke er knyttet til selve metadontildelingen. Det kan således være et spørsmål om det er MiO, klienten eller tiltaket som henviste klienten som skal ha styring. I praksis er det vel ikke spørsmål om et enten eller, men å vurdere hva som er mest hensiktsmessig i det enkelte tilfelle.

“MiO opererer ulikt fra pasient til pasient. Noen ganger tar MiO mye ansvar noen ganger lite. Det er ikke alltid like lett å se hvorfor de gjør det ene eller det andre.”

“Slik det fungerer i dag - er det vår erfaring at MiO i noen tilfeller tar for mye ansvar fra pasientene for hva som skal skje. Vi har imidlertid både positive og negative erfaringer i så måte. I et tilfelle startet det med en stor koordinerings/ansvarsgruppe som så ble “skrelt av” i samsvar med pasientens ønske - han fikk

styre. I et annet tilfelle har vi sett at MiO ønsker at pasienten skal ha mer behandling enn det pasienten selv ønsker, og at ansvaret på en måte tas fra pasienten for hvilke behov vedkommende har.”

Selv om utgangspunktet var at de medikamentfrie tiltakene som henviste klienter til MiO, fortsatt skulle ha ansvar for oppfølging og iverksetting av ulike rehabiliteringstiltak utover selve metadonbehandlingen, var det i MiOs budsjetter rom for at en kunne kjøpe tjenester som psykoterapi o.l. Dette var innsatsmidler som var tenkt brukt i situasjoner der en vurderte at pasienten hadde behov for slik hjelp, og dette ikke var tilgjengelig hos det tiltaket som hadde oppfølgingsansvar. Tanken var at dette enten kunne organiseres fra MiO, eller at de ekstra midlene kunne kanaliseres gjennom tiltaket som hadde oppfølgingsansvaret.

Et videre oppfølgingsansvar når klienten er i behandling i et annet tiltak, er en praksis som ikke alle tiltakene er vant med fra tidligere. Ut fra lov om sosiale tjenester av 1993, har sosialtjenesten et slikt oppfølgingsansvar selv om klienten er i behandling, mens det er svært varierende i hvilken grad behandlingstiltakene har kontakt og oppfølging med klienter når disse er i annen behandling. For mange tiltak var det således en ny situasjon at en fortsatt skulle ha oppfølgingsansvar når klienten var inne i et så omfattende behandlingsopplegg som metadon-vedlikeholdsbehandling må sies å være. Det kan derfor være av interesse å se litt på hvordan det ut fra tiltakenes synsvinkel har foregått i praksis. Mener tiltakene at MiO har stilt opp og gitt pasientene den forventede hjelp?

I noen tilfeller har henvisningsinstansen i større eller mindre grad trukket seg tilbake og overlatt ansvaret til MiO. Ut fra hvordan behandlingsansvaret ellers stort sett fungerer, var det imidlertid

overraskende mange tiltak som ga uttrykk for at MiO stilte opp for sine pasienter i den grad de hadde forventet:

“Syns pasientene får det som kan forventes.”

“Ja, og kanskje også i en del tilfeller mer enn vi hadde forventet.”

“Klientene har vel stort sett fått mer oppmerksomhet enn det vi hadde forventet ut fra hva MiO presenterte. MiO har tatt mer ansvar enn det vi hadde forventet. Det kan nok ligge et problem for metadonbehandling i dette på sikt. Det vil nok være en forventning fra tiltaksapparatet at metadonbehandlingen skal “overta” klienten. MiO gjør derfor klokt i å begrense hva de går inn i ... MiO må eksempelvis jobbe mer med sosialkontorene for at de skal ta mer ansvar. Sosialkontorene må trenes opp i å forstå mer av hva behandling innebærer. MiO må i det hele tatt jobbe mer med å overføre behandlingsmessig ansvar - særlig til sosialkontorene. Samarbeidsformer med de medikamentfrie tiltakene er for MiO en spennende utfordring. Det er en gråsonen mellom MiO og de medikamentfrie behandlingstiltakene som kan gi spennende muligheter.”

“Pasientene får flere sjanser i MiO enn det som i utgangspunktet ble presentert. De får langt flere sjanser enn det man hadde forventet. De får ikke tre sjanser, men 20 ... MiO har et realistisk opplegg. MiO har vært flink til å beskrive hva pasientene kan forvente og ikke forvente. De har vært tydelige på dette. Primærkontaktene på MiO er flinke til å oppsøke utenverdenen. MiO legger mye til pasienten selv... pasientene er ikke forespeilet

noe de ikke får på MiO - i alle fall ikke av MiO.”

Alle var imidlertid ikke udelte positive:

“Vårt inntrykk er at de MiO-klientene det går dårlig med oppholder seg mye på MiO, mens de som klarer seg bra begrenser kontakten til den medisinske biten og ellers holder seg mest mulig unna. Vårt inntrykk er at MiO i mange tilfeller ikke holder hva de lover overfor klientene. Det er derfor kanskje bedre at de overlater det som ikke går på det medisinske til andre.”

Det ble reist innvendinger av mer prinsipiell karakter mot at den henvisende instans fortsatt skulle ha behandlingsansvar for metadon-klienter:

“Da MiO kom ble vi kontaktet av en rekke klienter som hadde falt ut fra xxxxxx. Det var vel over 10 som søkte MiO og vi sa ja til å være henviser. Hvis alle disse hadde begynt i MiO hadde vi ikke kunnet gjøre våre primæroppgaver. Alt ville gå til MiO-pasienter og vi ville ikke hatt tid til våre “egne” klienter. Det må derfor gjøres noe med ansvaret for oppfølging ved en utvidelse av metadonbehandlingen.”

Selv om en ser mye positivt, pekes det på problemer med tilbudet som gis i MiO. Hva stiller MiO opp med når det går dårlig?

“Når det gjelder X så er det klart at han får til noe han ikke fikk til før. Ensomheten er imidlertid et problem. Nettverket blir i stor grad knytta til MiO-folka. Valget kan synes å stå mellom om han

skal være ensom eller å være sammen med MiO-folka - noe som igjen innebærer større fare for sprekker. Går en på MiO søndag formiddag kl 11 er det alltid et opplegg på gang..."

Det kom også fram klart kritiske kommentarer:

"Klientene klager på at de ikke får oppfølging når det går dårlig. Klientene burde fått et bredere tilbud. De burde for eksempel hatt steder å møtes. Det ville vært en fordel både for klienten og tiltaksapparatet. Vi hadde vel forventet oss en mer svensk modell med mer struktur for hvordan behandlingsplanene skulle følges opp."

"Nei, de får ikke nok oppfølging på MiO. Vårt problem er at vi skal dekke opp en stor gruppe og kan ikke prioritere MiO-klienter."

"Det er jo få pasienter pr ansatt . Klientene klager på at de får for lite. De ansatte flyr bare rundt med papirer. Klientene får strenge krav om å møte til avtaler og det er ofte at de ansatte ikke stiller... Strukturen virker for løs. Det kreves struktur av klientene, men hva med selve MiO ? Det er et problem med den store personalgjennomtrekken i MiO. Det er mye urin og lite psykologisk hjelp."

"De mangler et dagsenter. Det er en del "ork" knyttet til å være klient på MiO. Regimet med at du må møte opp på MiO klager folk litt på. Ellers sliter jo folk med ensomheten."

"Selv om vi kan stille oss noe kritiske til dette med krav om at

pasientene skal underkaste seg behandling utover metadonen, er det jo bra at det drives rehabiliteringsplanlegging på MiO. Vi er enige i at metadon aleine ikke er nok og at det må være et støtteapparat, men dette trenger ikke nødvendigvis være fra behandlingsapparatet. Det er jo klart at noen også trenger behandling utover metadon, men for andre kan det vel være nok med at sosialtjenesten trekkes inn...kan vel si det slik at vi for noen kanskje trengs i en begrenset periode, men så”

Hvorvidt MiO har stilt opp overfor sine pasienter som en hadde forventet, handler også om hvilke regler og retningslinjer pasientene er blitt møtt med og hvordan de er praktisert. Til tider har det eksempelvis vært en del kritikk i tiltaksapparatet av at MiO har vært for liberale i forhold til bruk av illegale rusmidler:

“Vi hadde nok forventet at MiO skulle ha strengere rammer. Bare det å kalle noe for sidemisbruk, hva er det? Sidemisbruk=misbruk. MiO burde satt høyere krav til rusfrihet. Den liberale holdningen har ført til at folk er blitt flinke til å skjule misbruk. Dette må strammes inn. Når er det man setter ned foten? I de tilfeller de har vært tydelige og satt ned foten har det funket bra og pasienten har strammet seg opp.”

“Det kan ellers virke som om MiO er blitt litt bondefanget av sine unntak, og at unntak er blitt regelen. Vi merker en usikkerhet blant klientene om hva slags regler som gjelder.”

Som vi ser er erfaringene og oppfatningene om MiOs tilbud utover det å gi metadon, ikke entydige. Det er heller ikke enkelt ut fra dette å slå fast hvor omfattende MiOs del av oppfølgingen burde være. Et

spørsmål er om det eksempelvis kunne være en fordel om samarbeidet på en eller annen måte var avtalefestet. Selv om forutsetningen var at MiO skulle integreres i det øvrige hjelpeapparatet for stoffmisbrukere, har ikke MiO deltatt i de ordinære samarbeidsfora for tiltakene som ligger under Rusmiddeletaten i Oslo kommune. Dette har sin bakgrunn i at MiO var administrert direkte fra Byrådsavdelingen for arbeid og sosiale tjenester. Et mer avtalefestet samarbeid hadde kanskje vært enklere å få til hvis MiO hadde vært organisatorisk integrert i de andre tiltakene?

Som det også framkommer av pasientenes vurderinger (se evalueringsrapportens del 2, Ervik, 1997) er det flere ting som går i retning av at MiO kunne vært mer aktiv i å få i stand ulike terapeutiske støttetiltak. Det bør således stilles spørsmål ved hvorfor MiO har valgt ikke å gjøre bruk av de såkalt mobile innsatsmidlene som var tenkt til dette formål. Det er også tvilsomt i hvilken grad denne muligheten var kjent i det øvrige tiltaksapparatet, slik at de kunne være med på å diskutere om midlene skulle tas i bruk for enkelte av metadonpasientene.

7.2. Blande klienter med og uten metadon?

En ønsket altså ikke å bygge opp et eget behandlingsapparat rundt metadonprogrammet. Integreringsmodellen innebar med andre ord at de medikamentfrie tiltakene skulle medvirke i behandlingen av metadonklienter. Selv om noen i høringsrunden stilte seg positive til en slik modell, ble det av flere gitt uttrykk for at dette var urealistisk. Det var lite ønskelig å ha metadon-klienter inne i de medikamentfrie behandlingstiltakene. Det ble blant annet pekt på at stoffmisbrukere i

faser i behandlingen alltid vil tenke at det er medikamenter eller illegale stoffer som skal løse problemene. Ved å blande klientene vil det derfor lett kunne bli misunnelse ved at det blir ulikheter i goder og oppfølging. Mange mente derfor at alle sider ved behandlingen av metadon-klienter burde skje i et eget prosjekt og at den som henviser heller ikke burde ha oppfølgingsansvar.

Det ble også pekt på at den generelle motstand mot metadon i deler av behandlingsapparatet, vil kunne medføre at motstand mot metadon i den medikamentfrie behandling kunne bli enda større hvis tiltakene ble pålagt ansvar for å gi behandling til metadon-klienter.

Hva har så erfaringen vært? Som vi har sett, har tiltakene svært ulikt erfaringsgrunnlag. Mens enkelte tiltak har hatt mye kontakt med flere metadon-pasienter og drevet ulike former for terapi og "støttebehandling", har andre liten eller ingen slik erfaring. Gjennom intervjuene vinteren 1997 kom det fram at det fortsatt er en viss skepsis til å "blande" klienter med og uten metadon:

"Det har vært problemer med å blande klientene. De som er inne her reagerer negativt overfor metadon-pasienter. Snakker om de små pupillene. De er vel også misunnelige. Vi prøver å få det til slik at metadon-klientene "våre" ikke kommer inn på avdelingen."

"Når det gjelder hvordan MiO-klienter virker inn på andre klienter som går her, er det jo en del misunnelse og nok også fortvilelse. Det er stadig tilbakevendende historier om hvor uskikket pasientene i MiO er, mens de derimot.... - Historier om sidemisbruk, at de ikke fyller kriteriene osv."

Som på andre felter som angår metadonbehandling, ser det imidlertid også her ut til at det har vært en utvikling mot en mer aksepterende holdning.

“Når det gjelder å “blande” metadon-klienter og andre klienter, var nok de “medikamentfrie” klientene skeptiske i utgangspunktet. Dette har vel gitt seg litt. Motstanden har vært størst i klientgruppa - mindre i personalgruppa. Vi diskuterer hvordan vi skal forholde oss framover. Hvis metadon-tilbudet skal økes, må de medikamentfrie tilbudene åpnes for metadon-klienter. Klientene må få tilgang til de samme ressursene enten de får metadon eller ikke.”

“Det har imidlertid ikke vært helt enkelt å “blande” metadon-pasienter med de andre klientene her. Det har vært ukomfortabelt både for dem det gjelder og for de andre her. Problemene var imidlertid større tidligere - det går greiere nå. Det har jo vært problemer med sidemisbruk.”

Når tilbudet om metadonbehandling nå blir utvidet, blir det etter alt å dømme mer og mer vanlig at klienter med og uten metadon møter hverandre og er sammen i ulike terapi-grupper osv. Dette vil sannsynligvis føre til at klienter i medikamentfrie tiltak blir mer vant til å være sammen med metadon-pasienter. Det vil imidlertid bli en viktig utfordring at det ikke blir en forfordeling til klienter som ønsker ulike former for terapeutisk støtte eller former for behandling eller rehabilitering, avhengig av om de er metadon-pasienter eller ikke. Det bør verken bli slik at metadon-pasienter fortrenger klienter som er i medikamentfri behandling, eller at klienter i medikamentfri behandling

fortrenger metadon-pasienter. I mange tilfeller kan det bli knapphet på ressurser som skal fordeles mellom de to klientgruppene. En bør derfor være oppmerksom på at en utbygging av en integrert metadonbehandling også kan innebære behov for en opprusting av de medikamentfrie hjelpetiltakene.

8. HVA MED METADONBEHANDLING I FRAMTIDA?

MiO ble etablert som et tre-årig forsøksprosjekt. Et premiss for forsøket var at en beslutning om videreføring av metadonbehandling i Norge skulle tas på bakgrunn av en forskningsmessig evaluering (Arbeidsgruppen, 92). De fleste var imidlertid innforstått med at det skulle svært mye til i form av negative behandlingsresultater eller andre typer negative konsekvenser for at forsøksprosjektet skulle bli avviklet. Det lå med andre ord i kortene at metadonbehandling for framtida ville inngå som en del av det norske behandlingstilbudet til langtkomne stoffmisbrukere.

Dette har også vist seg i praksis å holde stikk. Av ulike grunner bestemte de politiske myndigheter å gjøre metadonbehandling permanent og utvide tilbudet lenge før forsøksprosjektet var avsluttet og evalueringrapportene forelå (St meld nr 16 - (1996-97)). Beslutningen vakte en del negative reaksjoner blant de medikamentfrie tiltakene, som påpekte at premissene for forsøksprosjektet ble brutt. Mye av poenget med det relativt omfattende evalueringsprosjektet ble også i stor grad borte. Blant dem som ønsket utvidelse av metadonbehandling i Norge ble imidlertid beslutningen tatt imot med tilfredshet (Stoffmisbruk 2/97). Selv om beslutningen om metadonbehandlingens videre skjebne i Norge er tatt uavhengig av den forskningsmessige evalueringen, vil vi likevel ikke si at evalueringsprosjektet er uten betydning. Bruk av metadon innebærer en så stor endring i norsk behandlingsfilosofi at det er all grunn til å se nærmere på organiseringen av metadonbehandling og hvordan tilstedeværelsen av metadonbehandling kan tenkes å ha hatt innvirkning på ulike aktører i narkotikafeltet, dette være seg pasienter som får slik behandling, misbrukere på gateplan eller de

medikamentfrie behandlingstiltakene.

Vi vil således her se litt på hva de medikamentfrie tiltakene tenker og mener om bruk av metadon i behandling av stoffmisbrukere i Norge i tida framover. Hvor omfattende tenker en at denne behandlingsformen bør være og hvem bør få tilbud om metadon?

At det vil være vanskelig å snu i dette spørsmålet ble understreket så vel i høringsuttalelsene i 1992 som i intervjuundersøkelsen vinteren 1997. Alle de 16 tiltakene som ble intervjuet, ga uttrykk for at tilbudet om metadonbehandling burde gjøres permanent og utvides. I hvilken grad holdningen er influert av at det er spørsmål om et såkalt “fait accompli” eller om det er standpunkt tatt på fritt grunnlag, er selvsagt vanskelig å avgjøre. De fleste tiltakene var som sagt innforstått med at når en først hadde etablert et tilbud om metadon, var det kommet for å bli.

Det var imidlertid ulike oppfatninger om hvordan metadonbehandlingen skulle organiseres i tiden framover: Skal tilbudet begrenses til et bestemt antall plasser eller skal metadonbehandling gis som tilbud til dem som fyller et bestemt sett av kriterier? Det kan i den forbindelse være verd å merke seg at det ble uttrykt bred enighet om at metadonbehandling også for framtida må inngå i et stramt regulert program med streng kontroll (*“det må være pes på urinprøvene”*) og ulike hjelpetiltak utover det å gi metadon. Det ble således understreket at en utvidelse må sees i lys av de faglige ressursene som er til rådighet. For å sikre best mulige resultater må en også i tida framover sikre kvaliteten på metadonbehandlingen. Det ble framhevet at kvalitet må gå foran kvantitet. Det ble også understreket at en sikring av kvalitet gjør det nødvendig med en forsiktig opptrapping, og at en må prøve å stå imot “kravet” fra offentligheten om en rask utvidelse.

“Metadon medfører nye utfordringer for behandling av misbrukere. Det må være et “dyrt” program også i tida framover. Det må sees på som svært uheldig at samfunnet jubler over metadon. Folk flest vet ikke hva metadonbehandling innebærer, hvilke begrensninger det har hvis ikke rammene rundt er der. Metadon må gå sammen med tett oppfølging... Syns det er vanskelig å tallfeste hvor stort programmet bør bli i framtida ... Bør vel sees i forhold til kriteriene hvor stort det kan tenkes å bli...”

“Det bør være sterke fagfolk som leder metadonbehandlingen framover. De må kunne sette foten ned. Jeg har vært skuffet over hvordan MiO har taklet sidemisbruket. De som er i metadonbehandling bør kastes fortore ut - med mulighet til å komme inn igjen. Hvis klientene fortsetter å ruse seg på hasj, alkohol og piller er en jo like langt. Klientene må slutte å ruse seg. All luringa fram og tilbake er destruktiv.”

Behovet for tettere oppfølging av metadon-pasienter ble understreket av flere. At langvarig og tett oppfølging tar mye tid og at eksisterende tiltak må styrkes for å i vareta dette. Det ble i denne sammenheng også understreket at hovedinnretningen i behandlingen av stoffmisbrukere fremdeles må være de medikamentfrie tiltakene. At metadonbehandling ikke må gå på bekostning av den medikamentfrie behandlingen. Det ble sagt at tilbudet om metadon bør være avgrenset og inngå som en del av pluralismen i behandlingstiltakene.

8.1. Inntakskriterier

Internasjonalt er det store variasjoner når det gjelder kriterier for hvem som får tilbud om metadonbehandling. Noen programmer har strenge inntakskriterier når det gjelder alder, omfang av misbruk, behandlingserfaring osv., slik vi f.eks finner i Sverige, mens andre land har langt mer liberale regler for hvem som kan få metadon. Eksempelvis ser vi at enkelte østeuropeiske land i stor grad utelukkende satser på metadon i behandling av stoffmisbrukere, uten at det er spørsmål om bestemte kriterier (Pompidou Group, 1996 og 1997). Det er videre mye som tyder på at det blir stilt færre "krav" om grad av belastning i land der tilbudet om metadon er i ferd med å bli det dominerende i behandlingen av stoffmisbrukere (EMCDDA, 1997).

MiO har hatt relativt klare og etter manges syn for strenge, kriterier for inntak i behandling. Med unntak av at aldersgrensen vil bli senket til 25 år, er det ennå ikke avklart hva som vil bli inntakskriteriene i en videreføring av metadonbehandlingen i Norge. De 16 Oslo-tiltakene ble imidlertid spurt om erfaringene med inntakskriteriene som lå til grunn for forsøksprosjektet, og bedt om å komme med synspunkter på eventuelle endringer de ville anbefale for framtida.

Inntaksområde - Forsøksprosjektet har vært begrenset til bare å gjelde misbrukere som var registrert bosatt i Oslo pr 1/1-94. Alle tiltakene tok det som en selvfølge at tilbud om metadonbehandling for framtida skulle være landsdekkende.

Aldersgrense - I forsøksprosjektet har det som kjent vært en aldersgrense på 30 år. Det er ikke gjort noen unntak. Det er underveis reist spørsmål i den offentlige debatt hvorvidt en i det hele tatt bør ha en

aldersgrense og hvor denne eventuelt bør ligge. Et flertall av tiltakene ga uttrykk for at isolert sett burde en aldersgrense på 30 år opprettholdes. Det ble blant annet framholdt at mange misbrukere "trenger" en del år på å ruse seg, at det er mye som skjer når en er i 20-årene. Det ble sagt at det er viktig at misbrukere har nådd en viss modning før det er snakk om metadonbehandling, 25 åringer griper lettere tak i ting uten helt å vite hva de vil - mens 30-åringer mer vet hva de går til. De har større modenhet til å foreta et valg. Flere pekte imidlertid også på at det er problematisk med en absolutt grense, og at en burde ha mulighet til å være litt mer fleksibel og gi rom for individuelle vurderinger.

Misbrukets lengde - For å komme i betraktning i forsøksprosjektet skulle en ha hatt et opiatdominert misbruk som hadde pågått i minst 10 år. Det store flertallet av tiltakene var av den oppfatning at også dette var et kriterium som isolert sett burde opprettholdes. Det ble imidlertid pekt på problemet med å få stadfestet hvordan misbruksmønsteret har sett ut og hvor lenge misbruket har pågått:

"For framtida bør en stille seg mer kritisk til misbrukskriteriet. Vi vet at det i dag er tilfeller med pasienter som ikke fyller kriteriet om ti års misbruk. En bør bestrebe seg på å få bedre rutiner på verifisering av informasjon om klientene som søker metadonbehandling."

"Vi så jo i forrige omgang at folk pynta litt på historien for å tilpasse seg til MiOs kriterier."

Medikamentfri behandling - I MiO har ett av inntakskriteriene vært at medikamentfri behandling skal være utprøvd så langt det med

rimelighet kan forlanges. Dette er et såkalt relativt krav, og var i inntaksvurderingene naturlig nok gjenstand for stor grad av skjønnsmessig vurdering.

De langt fleste tiltakene sa seg enige i at det fortsatt burde stilles krav om at de som skulle tas inn i metadonbehandling, måtte ha prøvd ut medikamentfri behandling. Det var ingen som ønsket at metadon skal være et “første” tilbud.

De skal ha noe erfaring med ikke å bruke rusmidler. Det er viktig at de har prøvd å kutte helt ut. Vi ser jo at det går bedre i MiO når folk har behandlingserfaring.”

Det ble imidlertid pekt på at et slikt krav kan innebære ulike typer problemer:

“Dette er et litt trøblete kriterium... Det er liksom noe rituelt over dette... Det vil eksempelvis ekskludere klienter som opplever seg som uaktuelle for institusjonsbehandling.”

“Det kan være problematisk med en del av de eldste som ikke har vært i behandling. Skal de straffes for dette? Behandling må telle positivt, men ikke bare det. Noen kommer til å få trøbbel med at de ikke har vært i behandling. Skal metadon være en siste utvei?”

Problemet med den såkalt negative kvalifiseringen ble også påpekt:

“Det er imidlertid et problem at vi ser at folk søker medikamentfri behandling for å bevise at de ikke egner seg til denne form for

behandling, slik at de skal være "klar" til det blir mulig for flere å få metadonbehandling."

Avklart dom/fengselsstraff - Før klientene kunne starte behandlingen i MiO måtte alle saker i forhold til politi og rettsapparatet være avklart og eventuelle fengselsdommer måtte være sonet. Bakgrunnen for dette var først og fremst at det ikke ble ansett som aktuelt å bruke metadon i fengselsanstaltene. Hvis klienter som hadde uoppgjorte saker med politi/rettsvesen startet i metadonbehandling, ville de derfor måtte bryte behandlingen ved eventuell soning i anstalt.

De fleste stoffmisbrukere som er aktuelle for metadonbehandling har en historie med ulike former for kriminalitet. Dette dreier seg først og fremst om narkotikasaker og vinningsforbrytelser. Da det i de fleste tilfeller går uforholdsmessig lang tid fra et lovbrudd blir anmeldt til det kommer opp for rettsapparatet, skaper denne situasjonen problemer. Det var således i prøveprosjektet flere tilfeller der klienten ventet på at lovbrudd skulle bli pådømt. For de fleste kom dette fram under inntaksintervjuet, men i noen tilfeller var det informasjon som av forståelige grunner ble holdt tilbake og som kom fram mer eller mindre tilfeldig. I ett tilfelle der MiO ikke hadde informasjon om at pasienten hadde en uoppgjort sak, måtte metadonbehandlingen avbrytes ved soning av fengselsdom.

De aller fleste tiltakene var av den oppfatning at så lenge det ikke er aktuelt å bruke metadon i fengslene, må en opprettholde kravet om at eventuell dom eller fengselsstraff skal være avklart før metadonbehandlingen kan starte.

“Så lenge det ikke er mulighet for metadon i fengsel er det vanskelig å gjøre noe annet. Hvis det var mulighet for å gi metadon i fengsel, er det imidlertid vanskelig å se hensiktsmessigheten av et slikt kriterium.”

Så godt som alle tiltakene pekte imidlertid på problemet med de lange rettskøene, og at det derfor kan være situasjoner der en vil velge å gamble i forhold til en søknad om metadonbehandling:

“Dette kriteriet reiser dilemmaer. En kan unnlate å si fra og ta sjansen på at det skal gå bra i metadonbehandlingen og at det så blir påtaleunntatelse.... Vi må erkjenne at vi har vært med på å holde ting skjult for MiO”.

Det ble i imidlertid også trukket fram at en har erfart at kravet har hatt en positiv effekt:

“Vi har jo sett at dette har hatt en oppdragende effekt. Folk har holdt seg unna kriminalitet for at det ikke skal bli trøbbel i MiO...”

“Ser klart poenget i å ordne opp i forhold til politi/rettsvesen. Hvis ikke kan det lett bli fritt fram til å gjøre nye ulovligheter.”

Når metadonbehandling får et større omfang vil problemet med soning av fengselsdommer for metadon-pasienter, etter alt å dømme kunne bli et større problem. Selv om kriminelle handlinger i utgangspunktet vil være grunnlag for kortere eller lengre utelukkelse fra behandling, vil det etter all sannsynlighet være tilfeller der en ut fra en individuell vurdering likevel ikke finner det formålstjenlig å avbryte

metadonbehandlingen. Hvorvidt en i spesielle tilfeller skal tillate bruk av metadon under soning i fengselsanstalt er derfor et spørsmål som kriminalomsorgen vil bli tvunget til å diskutere nærmere.

“Når det gjelder soning, bør det kunne gå an å være mer pragmatisk, slik at folk kunne få metadon under fengselsopphold”?

Behandlingen skal være frivillig, uten noen form for press - Dette medfører at metadonbehandling eksempelvis ikke kan inngå som premiss i en betinget dom eller være grunnlag for såkalt §12 overføring. I Forsøksprosjektet var det eksempler på at velmenende forsvarere brukte mulig plass i metadonprosjektet som argument for betinget dom, og således skapte problemer for klienten. Søkere til MiO som sto foran rettssaker ble derfor nøye instruert om at dette ikke var spesielt smart. Bakgrunnen for at en ønsker at en kontrakt om metadonbehandling skal inngås på frivillig grunnlag, er at vedlikeholdsbehandling med metadon griper så grunnleggende inn i den enkeltes livsførsel og i de fleste tilfeller vil strekke seg over så lang tid, at den det gjelder bør stå så fritt som mulig når beslutningen tas.

De fleste tiltakene sa seg enig i at metadonbehandling også i tida framover bør baseres på frivillighet. Det var imidlertid et mindretall som var av den oppfatning at §12 i fengselsloven¹ bør kunne være grunnlag

¹ I §12 i fengselsloven heter det: *En person som utholder fengselsstraff kan overføres til behandlingsinstitusjon for den gjenstående delen av straffetiden, dersom det finnes hensiktsmessig på grunn av vedkommendes helbred, sinnstilstand, arbeidsevne, tilpasningsevne eller andre særlige grunner. Det kan også, i særlige tilfeller, bestemmes at straffefullbyrdelsen skal starte i slik institusjon.*

for å starte i metadonbehandling.

“Det bør kunne vurderes hvorvidt det er hensiktsmessig at §12 kan ligge til grunn for metadonbehandling. “

Andre forhold - I MiO har en lagt vekt på at det måtte være en viss **orden på bosituasjonen** før behandlingen kunne starte. I utgangspunktet ble dette misforstått til hen at klienten måtte ha bolig for å kunne søke metadonbehandling. MiO disponerer ikke over boliger. Det har vært opp til den henvisende instans og sosialtjenesten å sørge for at klienten har en akseptabel bolig før opptrappingen på metadon settes i gang.

Det var bred enighet blant tiltakene om at orden på boligforhold er fundamentalt for en vellykket behandling:

“Nytter ikke å være i behandling hvis klienten eksempelvis bor på hospits.”

“Bolig er alfa og omega for å få til noe. Behandlingen kan starte i institusjon og så følges opp poliklinisk, pasienten må da ha orden på bolig.”

Det ble imidlertid også pekt på at dette ikke alltid er like enkelt, og at det i noen situasjoner kanskje vil være lettere for klientene å få til et ordnet boforhold etter at de er kommet i behandling.

“Bør vel være et krav, men det er ikke problemfritt. Ting blir ofte snudd litt på hodet. Det er dette med høna og egget. Bolig må ikke være et bastant krav. Det bør være rom for individuelle

vurderinger.”

Tiltakene hadde noe ulike oppfatninger om hvorvidt en burde fastholde kravet om at søknad om metadonbehandling skulle gå gjennom en såkalt **innsøkende instans**. Selv om de fleste så poenget med allerede i utgangspunktet å ha en forbindelse mellom metadonbehandlingen og det øvrige tiltaksapparatet, for å gjøre oppfølgingen av pasienten utover metadonbehandlingen enklere, har det vært noe variabelt hvordan det har fungert i praksis.

“Dette har vel ikke fungert helt slik som det var tenkt.”

“Ser ikke helt hensikten. Hvorfor kan ikke metadontiltak være et selvstendig tilbud på linje med andre? De bør jo kunne spille på sosialkontorene slik intensjonen i Sosialtjenesteloven er.”

De fleste tiltakene uttalte imidlertid at alt tatt i betraktning, så var det fordeler knyttet til at klienten hadde en instans i bakhånd når de søkte metadonbehandling.

“Bra med en ordning med en innsøkende instans. Det er fornuftig for å skape et helhetlig tilbud før en begynner i behandling. Det må etableres en tett gruppe rundt pasienten.”

Det var imidlertid enighet om at det ikke måtte føre til at misbrukere som ikke har kontakt med tiltaksapparatet, utelukkes fra å søke. I slike tilfeller bør en bestrebe seg på å få sosialtjenesten eller en annen instans til å stille opp.

“Misbrukere må ikke falle utenfor fordi de ikke har henviser. I

slike tilfeller må en prøve å etablere et samarbeid med en utenforliggende instans.”

“Vi har erfart at en del opiatmisbrukere ikke har kontakt med tiltaksapparatet. De må jo også kunne få en mulighet...”

“Vi var skeptiske til dette tidligere..... men vi ser jo at uten henviser så står klienten svakt. Tidligere behandlere burde uttalt seg mer om hva som har skjedd, hvordan ting har gått tidligere.”

“Det må være en utfordring framover å bygge bro mellom medikamentell og ikke-medikamentell behandling.”

“Viktig at metadon ikke er løsrevet fra resten av tiltaksapparatet. Det er jo et poeng å få opplysninger fra noen som kjenner klienten, dette blir jo vanskeligere hvis klienten kan søke selv.”

På spørsmål om en burde vurdere andre kriterier for å få metadonbehandling, var det først og fremst hensynet til **den generelle helsetilstand** som ble trukket fram. Helseproblemer knyttet til hepatitt, generell nedsatt allmenntilstand og psykisk helse burde etter de flestes oppfatning kunne tas med i betraktning når spørsmål om metadonbehandling skal vurderes.

8.2. Framtidig organisering av metadonbehandling

Det har vært mange problemer i MiO knyttet til vanskelighetene med å få institusjonsplass for nødvendig avrusning, både forut for opptrappingen på metadon og i tilfeller der pasienter har brukt illegale

rusmidler i løpet av metadonbehandlingen. På spørsmål om synspunkter på hvordan metadonbehandling burde organiseres framover, var det således en gjennomgående anbefaling at det burde etableres øremerkede avrusningsplasser og gis mulighet for innleggelse i krisesituasjoner.

“Det ser ut til at mange klienter har hatt behov for avrusning/innleggelse eller periodevis oppfølging i kriser. Motstanden mot å ta inn MiO-klienter til avrusning har vært slitsom. Slik det ser ut i dag kan en jo ikke si at det eksisterende avrusningsapparatet er tilfredsstillende. MiO har hatt for lite å spille på.”

“Slik det er i dag med Akutten og 8 ukers ventetid, er det håpløst. Hvis metadonbehandling skal utvides til å omfatte flere “gamle” og syke misbrukere trengs det flere korttidssenger. Det kan fort bli konflikter innen de eksisterende tiltak hvis metadon-klienter skal prioriteres foran de andre.”

“Metadonbehandlingen bør være knyttet til sengeavdeling på en eller annen måte for avrusning, kriser osv. For øvrig bør behandlingen foregå poliklinisk.”

“Når ting går dårlig bør det være en base. En bør ha mulighet til å sette folk innenfor stramme rammer der de kan komme seg opp igjen.”

Sosial- og helsedepartementet legger opp til at metadonbehandlingen bør knyttes til helsevesenet med begrunnelse om at det dreier seg om en medisinsk behandling. Det legges samtidig stor vekt på at metadonbehandling også i framtida skal inngå som en integrert del av

det øvrige tiltaksapparatet, som i stor grad er tilknyttet sosialtjenesten (St meld nr 16 (1996-96)). Det kom imidlertid ikke fram noen sterke synspunkter blant Oslo-tiltakene om hvor metadonbehandlingen burde være tilknyttet.

I spørsmål om hvorvidt metadonbehandling burde sentraliseres eller foregå mer lokalt, var de fleste av den oppfatning at behandlingstilbudet på en eller annen måte burde bli regionalisert, samtidig som det måtte være en sentral styring og kontroll, noe det også legges opp til i Sosial- og helsedepartementets planer ved at det skal etableres et nasjonalt kompetansesenter (St meld nr 16 (1996-97)).

“Metadonbehandling bør vel i framtida være en slags regional sentralisering. Det er imidlertid umulig å tenke seg at det ikke skal være en høy grad av sentralstyring. Kunnskapen om metadon er så liten i Norge at dette er nødvendig.”

”Det må være en kvalitetssikring av metadonbehandling på nasjonal basis.”

“Metadonbehandlingen bør foregå i regi av regionale sentra som er knyttet opp til et nasjonalt kompetansesenter.”

“Det bør i utgangspunktet være en sentralisert modell. Blir det for desentralisert, blir det fort kontrollproblemer. Det må være en form for kvalitetssikring.”

Det ble også understreket at det er viktig at inntakskriteriene blir enhetlige:

“Hvis det blir et nasjonalt prosjekt bør kriterier osv være likt. Ellers vil det være fare for at folk vil flytte der det er lettere å få metadon.”

Et annet spørsmål er hvorvidt målsettingen med metadonbehandling skal være mer differensiert:

“En kan vel tenke seg ulike typer metadontiltak med ulike krav - ut fra funksjonsnivå. Klienten bør selv ha anledning til å være med å definere hva målet skal være.”

Det ble videre understreket at metadonbehandling også i framtida må integreres og samordnes med det øvrige tiltaksapparatet. Det var imidlertid flere som pekte på de særegne problemene med ensomhetsproblematikken for metadon-pasientene og at det burde vurderes å gjøres noe spesielt i forhold til dette:

“Det må settes noe inn i forhold til ensomhetsproblematikken. Det bør gis et tilbud om aktiviteter. Det bør opprettes dagsenter. Mange er uten sysselsetting og mangler et nettverk. I perioder vil det være behov for et sosialt tilbud i tilknytning til metadon. Vi ser behovet for tilhørighet blant våre metadon-klienter. Dette med noe å gå til. De fleste har dårlig økonomi, lite penger til å gjøre noe. De er fattige, går på trygd.”

9. SAMMENDRAG OG UTSYN

9.1. Sammendrag

Skepsisen til bruk av metadon i behandling av stoffmisbrukere i Norge har tradisjonelt vært stor. I forbindelse med HIV-epidemien var det på midten av 1980-tallet innad i fagmiljøet tilløp til debatt om hvorvidt metadonbehandling burde inngå som et av virkemidlene for å begrense epidemien blant stoffmisbrukere. Spørsmålet ble imidlertid ikke realitetsdiskutert, noe som kan ha sammenheng med at HIV-epidemien blant stoffmisbrukere i Norge relativt snart viste seg ikke å bli så omfattende som en i utgangspunktet hadde fryktet. På begynnelsen av 1990-tallet kom det imidlertid stadig flere rapporter om økende elendighet blant stoffmisbrukere, og det fant sted en urovekkende økning i narkotikarelaterte dødsfall. Spørsmålet om vedlikeholdsbehandling med metadon ble således satt på dagsorden av Rådet for medisinsk forskning i det daværende NAVF, på en konferanse i november 1991 om bruk av medikamenter i behandling av stoffavhengige. Med utgangspunkt i konferansen ble det nedsatt en ekspertgruppe som kom med en anbefaling om å starte et forsøksopplegg med metadon for en mindre gruppe strengt selekterte misbrukere etter bestemte kriterier.

På bakgrunn av ekspertgruppas anbefaling ble det på initiativ fra Sosialdepartementet utarbeidet et forslag til en modell for et slikt forsøk. Sosialdepartementet inviterte Oslo kommune til å inngå et samarbeid om å gjennomføre et 3-årig forsøksprosjekt med vedlikeholdsbehandling med metadon for 50 langtkomne stoffmisbrukere for statlige midler. Det var gjennomgående stor skepsis i fagmiljøet til å starte slik behandling.

Grunnlaget for norsk behandlingsfilosofi har vært at misbruk er lært atferd og at målet for behandling er at misbrukere skal komme ut av et avhengighetsforhold til rusmidler. En etablering av vedlikeholdsbehandling med metadon bryter således på mange måter med dette grunnlaget.

Det endelige vedtaket i Oslo kommune om å akseptere forespørselen fra Sosialdepartementet, forelå i februar 1993. Det skulle imidlertid vise seg at Oslo kommune hadde store problemer både med å rekruttere de nødvendige fagfolk og å finne egnede lokaler til prosjektet. Oslo kommune ble gjenstand for hard kritikk i media for håndteringen av saken. Den første pasienten begynte således ikke i behandling før i månedskiftet august/september 1994, etter at Sosial- og helsedepartementet hadde truet med å trekke de økonomiske midlene tilbake.

Sosial- og helsedepartementet nedsatte en styringsgruppe for prosjektet. Styringsgruppa har vært en viktig støttespiller for prosjektet i konflikter med Oslo kommune og har underveis rapportert til departementet.

Inntaket av pasienter til Metadonprosjektet i Oslo (MiO) ble foretatt av en gruppe bestående av to eksterne fagfolk og lederen av MiO. Inntaket av pasienter foregikk helt fram til høsten 1996. At inntaket strakte seg over mer enn to år hadde dels sin årsak i at MiO av praktiske grunner ikke hadde kapasitet til å trappe opp for mange på metadon samtidig, dels i at flere av dem som hadde fått plass i prosjektet hadde problemer med, eller ikke klarte avrusning, slik at det underveis ble ledige plasser i prosjektet. De oppsatte inntakskriteriene (bosatt i Oslo pr 1/1-94, fylt 30 år, 10 års dominerende opiatmisbruk, medikamentfri behandling skal være utprøvd i den grad en med rimelighet kan forvente, ingen

uoppgjorte saker med politi/rettsvesen, metadonbehandlingen skal være frivillig) ble i all hovedsak fulgt.

De viktigste argumentene i Norge mot bruk av metadon var at det innebærer et negativt menneskesyn, ved at en ikke lenger hadde som utgangspunkt at misbrukere er mennesker som kan forandre seg, men blir stemplet som håpløse tilfeller som må medisineres for resten av livet. Det ble understreket at bruk av metadon innebærer en endring i ideologi i behandling av stoffmisbrukere. En var videre bekymret for at etablering av metadonbehandling ville innebære reduksjon i ressursene til de medikamentfrie tiltakene og at misbrukere i mindre grad ville være motivert for tradisjonell behandling. Under planleggingen av MiO følte de medikamentfrie tiltakene seg overkjørt og mente at det var uheldig at ikke tiltaksapparatet i større grad ble trukket inn i planleggingsprosessen.

En intervjuundersøkelse blant 16 tiltak for stoffmisbrukere vinteren 1997, viste at holdningene til metadonbehandling hadde endret seg ganske radikalt. De fleste tiltakene var langt mindre prinsipielle og hadde gjennomgående en positiv holdning til bruk av metadon i kontrollerte behandlingsprogram. Så langt ble det i liten grad rapportert om negative konsekvenser i form av mindre motivasjon for medikamentfri behandling og forskyvning av ressurser. Det ble imidlertid framholdt at MiO var begrenset i omfang og at det hadde gått for kort tid. Tiltakene var derfor mer usikre på hva som ville skje i tiden framover når tilbudet om metadonbehandling blir utvidet. Det er imidlertid ikke mulig å si i hvilken grad holdningsendringene i tiltaksapparatet kan tilskrives MiOs virksomhet. Etter alt å dømme har faktorer som den generelle utvikling når det gjelder metadonbehandling i andre land og mindre behandlingsoptimisme i de medikamentfrie

tiltakene også spilt en viktig rolle.

Det var en uttalt målsetting at MiO skulle integreres i det øvrige tiltaksapparatet for stoffmisbrukere, og ikke operere som en satellitt på utsiden. Det ble derfor lagt opp til at de som ønsket plass i MiO måtte søke gjennom et av de medikamentfrie tiltakene, sosialtjenesten o.l. Den innsøkende instans skulle videre ha et ansvar for oppfølging av klienten i samarbeid med MiO. Fra tiltakenes synspunkt har samarbeidet i all hovedsak fungert tilfredsstillende. Det var noe ulike oppfatninger om i hvilken grad tilbudet MiO hadde gitt sine pasienter var godt, nok eller om for mye ble overlatt til pasienten og andre som hadde oppfølgingsansvar.

Når det gjaldt vedlikeholdsbehandling med metadon i tida framover, var det ingen som tok til orde for å utvikle tilbudet. Det var noe ulike oppfatninger om hvor omfattende metadonbehandling burde være i tida framover og hvilke retningslinjer som burde legges til grunn. Det var imidlertid gjennomgående enighet om at det må være et tett samarbeid mellom dem som driver metadonbehandling og de medikamentfrie tiltakene. Det var også enighet om at en vellykket behandling er betinget av at det gis tilbud om et bredt spekter av terapeutiske virkemidler og rehabiliteringstiltak.

9.2. Utsyn

På bakgrunn av denne delen av evalueringen som har fulgt den “ytre” organiseringen av MiO gjennom å følge oppstartingen av prosjektet, arbeidet i inntaket av pasienter, styringsgruppa og intervjuundersøkelse av de medikamentfrie tiltakene - kan det være grunnlag for komme med

noen råd i forbindelse med den videre organiseringen av metadonbehandling i Norge:

- **Utvikling** av metadonbehandling i Norge **bør skje i nært samarbeid med det medikamentfrie tiltaksapparatet.** De medikamentfrie tiltakene har førstehånds kjennskap til den klientgruppa det gjelder og har dermed mye å bidra med faglig. For å sikre et best mulig grunnlag for samarbeid om klienter som vil gå inn i metadonbehandling, kan det være avgjørende at de involverte parter deltar i planleggingen regionalt og sentralt. Hvis en allerede i utgangspunktet legger opp til et nært samarbeid, vil en etter alt å dømme også gjøre det lettere å rekruttere kvalifiserte fagfolk til å arbeide i metadontiltakene. Det bør arbeides aktivt med rekruttering av de nødvendige fagfolk både sentralt og regionalt.

- Det bør være en ordning med **fast inntaksteam.** Inntaksteamet bør rekrutteres fra erfarne fagfolk som ikke er direkte tilknyttet metadonbehandling. Dette vil kunne sikre et visst "innsyn" i inntaksprosedyre fra fagfeltet. Da det i praksis vil være vanskelig med ett sentralt inntaksteam, bør inntaksteamene være regionale. For å sikre en mest mulig lik inntakspraksis, bør det være en form for sentral koordinering gjennom det nasjonale kompetansesenteret.

- Ordningen med at de som ønsker metadonbehandling skal søke gjennom en **henvisende instans**, bør etter alt å dømme opprettholdes. Arbeidsdelingen mellom metadonbehandlingen og det øvrige tiltaksapparatet bør imidlertid gjøres tydeligere for den enkelte klient enn hva som har vært tilfelle i MiO og den bør evt formaliseres.

Inntakskriteriene bør isolert sett, i hovedsak opprettholdes slik de har

vært i MiO. Det bør imidlertid være anledning til å se kriteriene mer i sammenheng, slik at det er større rom for å foreta en helhetsvurdering. Dette gjelder spesielt alder, misbrukets lengde og behandlingserfaring.

Helsemessige forhold bør tillegges vekt.

Hvorvidt en fortsatt skal stille krav om “syv rene dager” før behandlingen kan starte, bør diskuteres nærmere og evt gis en klarere begrunnelse.

Det bør være **enhetlige kriterier** over hele landet.

Det bør etableres et **system** og en praksis for **innhenting av informasjon** om den enkelte søker for å **bekreft**e og **supplere opplysninger** som gis i en søknad om metadonbehandling.

Det bør drøftes hvorvidt det bør være anledning til å bruke **metadon under fengselsopphold**. Dette bør sees i relasjon til problemet med de lange rettskøene.

Når det gjelder **omfanget** eller hvor mange som skal få metadonbehandling, bør det **ikke settes et bestemt tak**. Tilbudet bør kunne gis til misbrukere som ønsker vedlikeholdsbehandling og som fyller kriteriene.

Det bør etableres en **avtalt ordning med akutt tiltakene** og/eller etableres en **egen sengeavdeling for avrusning** før metadonbehandling starter og for bruk i **krisesituasjoner** som oppstår under behandlingsforløpet.

Hvordan problemene med det såkalte sidemisbruket skal håndteres bør klarlegges mer grundig. I hvilken grad en skal ha absolutte og i hvilken grad en skal ha relative eller individuelle grenser i slike tilfeller, bør diskuteres grundigere. Det bør videre tilstrebes at det er klarere retningslinjer for når pasientene skal utelukkes fra behandlingen og for hvor lenge.

Utbyggingen av metadonbehandlingen må skje i et forsvarlig tempo. Kvantitet må ikke gå på bekostning av kvalitet. Det bør således ikke gis etter for press av ulike karakter om forsering av metadonbehandling hvis en ikke kan sikre den nødvendige kontroll og kvalitet.

For at metadon-pasienter skal få den nødvendige terapeutiske og praktiske hjelp utover metadon, må **det øvrige tiltaksapparatet opprettholdes** og evt styrkes.

Forholdene må legges optimalt til rette for rekruttering av kvalifisert og kompetent personale. Det bør spesielt arbeides med å **tilrettelegge forholdene for å få knyttet til seg lege(r).**

Hvis det for framtida skal være en **styringsgruppe** for metadonbehandlingen, bør en sikre at det medikamentfrie tiltaksapparatet er representert.

REFERANSER:

Aftenposten 16.06.94, 28.06.94, 07.07.94, 04.08.94, 25.10.94, 09.11.94, 10.11.94

Arbeiderbladet 23.08.97

Arbeidsgruppen. *Metadon vedlikeholdsbehandling i Oslo kommune. Organisatoriske og faglige rammer.* Oslo kommune. Oslo 1992.

Ball and Ross: *The Effectiveness of Maintenance Treatment. Patients, Programs, Services, and Outcomes.* Springer Verlag. New York 1991.

Buning, Ernst. *Methadone in Europe.* The international Journal of Drug Policy. Vol 5, no 4. 1994.

Christensen, Astrid. "*Jenter som kommer og jenter som går*" - En oppfølgingsundersøkelse av kvinnelige rusmiddelmisbrukere som har vært i behandling på kvinnekollektivet ARKEN i tiden 1992-93. SIFA-rapport nr 6/96. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. Oslo 1996.

Christensen, Bernadette. Foredrag - Leangkollen 1997 - foredrag.

Dagbladet 05.06.94

EMCDDA. *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union.* Lisboa 1997.

Ervik, Randi. *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo, del 2.Behandlingsforløp og status*. SIFA-rapport nr 5/97. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. Oslo 1997.

Frantzen, Evy. *Mens vi venter på metadon*. I Pedersen, Willy og Waal, Helge. *Rusmidler og veivalg*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo 1996.

Frantzen, Evy: *Passe elendig? Ringvirkninger av et metadonprosjekt*. Institutt for kriminologi, Universitetet i Oslo. 1997.

Furuholmen, Dag. *Boka om Veksthuset*. Cappelen. Oslo 1987, ny utgave 1993.

Grönbladh Leif, Öhlund LS og Gunne LM. *Mortality in heroin addiction: impact of methadon treatment*. Acta Psychiatrica Scandinavia 1990: 82: 223-227.

Grönbladh, Leif. Metadonbehandling i Sverige. *Utveckling og resultat i Ulleråkerprogrammet*. Nordisk Alkohol Tidsskrift 5-6 1997.

Hallgrímsson, Olafur. *Methadone Treatment: The Nordic Attitude*. Journal of Drug Issues. 10: 463:475

Helsedirektoratet. Rundskriv 1976.

Helsedirektoratet. *Veileder i foreskriving av vanedannende legemidler*. Helsedirektoratet 2-1990. Oslo 1990.

Høringsuttalelsene i forbindelse med planlegging av metadonprosjektet i Oslo.

Kriminalpolitisenralen. *Etterretningsstatisikk 1992*.

Lov om sosiale tjenester m.v.

NAVF. *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler*. Rapport nr 3. RMFs komité for medisinsk teknologivurdering. NAVF, Oslo 1992.

Oslo byrett: *Sak nr: 94-04019 A/26*. 1994.

Pompidou Group: *National reports 1996 and 1997*. Strasbourg, 1996, 1997

Ravndal, Edle. *Virker behandling?* Nordnark 1993:1 Stockholm 1993.

Ravndal, Edle og Vaglum, Per . *Betydningen av psykopatologi hos narkomane i metadonbehandling. En prospektiv undersøkelse*. Arbeidsrapport nr 2. 1997. Institutt for medisinske atferdsfag. Universitetet i Oslo. Oslo 1997.

Sentralrådet for narkotikaproblemer. *Metadonspørsmålet i lys av AIDS-epidemien*. Vurderinger fra en arbeidsgruppe. Notat. Oslo 1986.

Sosialdepartementets *handlingsplan mot stoffmisbruk. Utvikling av behandlingsskapasiteten i perioden 1988-92*. Oslo 1988.

Sosial- og helsedepartementet. Oppnevningssbrev til den nasjonale styringsgruppa for et forsøksprosjekt med metadonbehandling. 1993.

Stoffmisbruk nr 2/95

Stortingsmelding nr. 66 (1975-76) Om narkotikaproblemer. Sosialdepartementet. Oslo 1976.

Stortingsmelding nr. 13 (1985-86) Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken. Sosialdepartementet. Oslo 1985.

Stortingsmelding nr. 69 (1991-92) tiltak for rusmiddelmisbrukere. Sosialdepartementet. Oslo 1992.

Stortingsmelding nr 16 (1996-97). Narkotikapolitikken. Sosial- og helsedepartementet. Oslo 1997.

Tjersland, Odd Arne. *Misbrukere før, under og etter kollektivopphold*. Rusmiddeldirektoratet. Oslo 1995.

Welle-Strand, Gabrielle. *Metadonbehandling av HIV-positive med langtkommen immunsvikt*. Oslo kommune. Oslo 1992.

Waal, Helge. *Metadonbehandling i Norge. Forslag til modell for et forsøksprosjekt*. Notat 1992.

Vedlegg:

TILTAKSAPPARATETS VURDERING AV MiO

1) I høringsrunden forut for etableringen av MiO ble det uttrykt engstelse for at etableringen av metadonbehandling vil gjøre det vanskelig å motivere misbrukere til medikamentfrie behandlingstiltak. Hvis dere ser tilbake på de tre siste årene, mener dere at man har kunnet se en slik tendens?

2) Hvordan har søknadsmassen vært de siste 3 årene?

3) I diskusjonen om hvorvidt en skulle etablere metadonbehandling i Norge var mange redde for at etableringen av metadonbehandling kunne innebære en reduksjon i ressursene innen den medikamentfrie behandlingen. Mener dere å kunne se noen slik tendens?

4) Argumenter mot metadonbehandling som var framme i debatten rundt etableringen av MiO:

-Metadon signaliserer at misbrukeren er et passivt offer for sitt misbruk og ikke er i stand til å hjelpe seg selv ut av misbruket.

-Misbrukeren kan ikke rehabiliteres, men må medisineres.

-Det er uetisk å tilby stoffmisbrukere et avhengighetsskapende stoff til erstatning for heroin.

-Det er ikke det offentliges oppgave å gi misbrukere behandlingstilbud som mer eller mindre medfører livslang avhengighet.

Hvordan vurderer dere denne type spørsmål i dag. Har dere endret

oppfatninger i noe av dette? Hva er bakgrunn for at dere evt har endret oppfatning?

5) I etableringen av MiO ble det sett på som viktig at metadonbehandling skulle inngå som en integrert del av tiltaksapparatet for stoffmisbrukere, og ikke operere som en satellitt på siden av de øvrige tiltak. Blant annet ble det derfor lagt vekt på at pasientene skulle ha en henvisende instans som skulle være med å ta ansvar for det behandlingsfaglige tilbudet til pasientene utover metadonforskrivningen. På hvilken måte samarbeider dette tiltaket med MiO?

6) Kan dere gi en vurdering av hvordan samarbeidet fungerer fra deres synspunkt. ?

7) Hvordan er erfaringen fra evt "egne" klienter som er eller har vært i MiO - når det gjelder ansvarsfordeling? Hva med MiO pasienter som evt "går" her? Problemer med å "blande"?

8) Andre kommentarer til hvordan eksistensen av MiO har påvirket dette tiltaket?

9) Hvilket inntrykk har dere om hvordan samarbeidet mellom MiO og det øvrige tiltaksapparatet fungerer?

10) Hvordan vil dere ut i fra den kjennskapen dere har av MiO, beskrive behandlingen som gis?

11) Har dere synspunkter på hvorvidt pasientene "får" det dere hadde forventet av MiO?

12) Hva med metadonbehandling i tiden framover i Norge

13) Kommentarer til inntakskriteriene som lå til grunn for inntak i MiO. Bør noen av disse endres i en evt videreføring?

14) Synspunkter på hvordan metadonbehandling evt bør organiseres/ikke organiserer framover

SIFA rapport

Følgende rapporter er tidligere utkommet i denne serien:

Rapportene kan bestilles fra instituttet.

- | | |
|------|---|
| 1/88 | Krogh, Per: <i>Pasienter i A-klinikker og kursteder</i> . 218 s., Oslo 1988. |
| 1/89 | Skretting, Astrid og Ole-Jørgen Skog: <i>Arresterte sprøytemisbrukere</i> . 113 s., Oslo 1989. |
| 2/89 | Hauge, Ragnar og Olav Irgens-Jensen: <i>Bruk av narkotika i Norge</i> . 38 s., Oslo 1989. |
| 1/90 | Skog, Ole-Jørgen: <i>Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk i Norge. Anslag for insidens og prevalens</i> . 66 s., Oslo 1990. |
| 2/90 | Nordlund, Sturla: <i>Drikkevaner og restaurantbruk i Trondheim</i> . 151 s., Oslo 1990. |
| 3/90 | Skog, Ole-Jørgen: <i>Prognose for aids-epidemien blant sprøytemisbrukere 1990 - 1999</i> . 26 s., Oslo 1990. |
| 1/91 | Skog, Ole-Jørgen: <i>Selvbetjeningssalg av sterkøl i svenske systembolagbutikker</i> . 26 s., Oslo 1991. |
| 1/92 | Hauge, Ragnar og Jens J. Guslund: <i>Straffutmålingen i promillesaker. En undersøkelse av hvordan endringene i promillelovgivningen i 1988 har påvirket domstolenes straffutmålingspraksis</i> . 104 s., Oslo 1992. |
| 2/92 | Irgens-Jensen, Olav: <i>Bruk av alkohol og narkotika blant tilsatte i Forsvaret. Resultater av en spørre-skjemaundersøkelse høsten 1991</i> . 40 s., Oslo 1992. |
| 3/92 | Nordlund, Sturla: <i>Metoder og metodeproblemer ved estimering av alkoholforbruk</i> . 117 s., Oslo 1992. |

- 1/93 Arner, Oddvar: *Hva er alkoholmisbruk? En undersøkelse av nordmenns holdninger til spørsmål omkring alkoholmisbruk og alkoholisme*. 48 s., Oslo 1993.
- 2/93 Skretting, Astrid, Randi Ervik og Kjell Erik Øye: *Aids-informasjonsbussen i Oslo. En intervju-undersøkelse av brukere*. 59 s., Oslo 1993.
- 3/93 Saglie, Jo og Sturla Nordlund: *Alkoholpolitikken og opinionen*. 56 s., Oslo 1993.
- 4/93 Skog, Ole-Jørgen, Øyvind Horverak, Sturla Nordlund og Thor Norström: *Vurdering av konsekvenser av ulike endringer i omsetningsform og priser for alkohol i Norge*. 61 s., Oslo 1993.
- 5/93 Rossow, Ingeborg: *Trends and variations in suicide in Norway. A description and short bibliography*. 28 s., Oslo 1993.
- 1/94 Saglie, Jo: *Norske drikkekulturer: Geografi, sosial bakgrunn, livsstil og tilgjengelighet*. 85 s., Oslo 1994.
- 2/94 Hauge, Ragnar og Amundsen, Arvid: *Virkninger av økt tilgjengelighet på alkohol. En undersøkelse av virkningene av åpning av vinmonopolutsalg i Sogn og Fjordane*. 103 s., Oslo 1994.
- 3/94 Aas, Henrik: *Aksjon mot ulovlig spritometning: Data fra evalueringens forundersøkelse*. 100 s., Oslo 1994.
- 4/94 Bretteville-Jensen, Anne Line: *Narkotikadødsfall i Norge. En analyse av utviklingen fra 1976-1993*. 69 s., Oslo 1994.
- 5/94 Rossow, Ingeborg og Amundsen, Arvid: *The Norwegian Conscript Study. A description of data collection, linkage of registers and establishment of data files*. 32 s., Oslo 1994.
- 1/95 Amundsen, Arvid, Sturla Nordlund og Per Halvor Vale: *Alkohol og narkotika i Oslo*. 27 s., Oslo 1995.

- 2/95 Rossow, Ingeborg og Træen, Bente: *På kafe i Norge. Om kafebruk, alkoholbruk og livsstil*. 59 s., Oslo 1995.
- 3/95 Arner, Oddvar, Grethe Lauritzen, Helge Waal og Arvid Amundsen: *Forprosjekt til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling. En undersøkelse ved 14 behandlingstiltak for Oslo*. 194 s., Oslo 1995.
- 1/96 Skretting, Astrid: *Bruk av tobakk, alkohol og narkotika blant norske 9. klassinger. Resultater fra en skoleundersøkelse - 1995*. 48 s., Oslo 1996.
- 2/96 Aas, Henrik Natvig: *Evaluering av Aksjon mot ulovlig spritometning*. 107 s., Oslo 1996.
- 3/96 Pernanen, Kai: *Sammenhengen alkohol - vold*. 143 s., Oslo 1996.
- 4/96 Ugland, Trygve: *EØS, EU og alkoholmonopolene: En komparativ studie av de nordiske lands respons og strategivalg*. 89 s., Oslo 1996.
- 5/96 Ødegård, Einar: *På ulendte veier - evaluering av Stifinnerprosjektet*. 125 s., Oslo 1996.
- 6/96 Christensen, Astrid: *"Jenter som kommer og jenter som går" En oppfølgingsundersøkelse av kvinnelige rusmiddelmissbrukere som har vært i behandling på kvinnekollektivet ARKEN i tiden 1992-1993*. 101 s., Oslo 1996.
- 1/97 Lund, Ingeborg: *Alkohol og marked. Nye utfordringer i kjølvannet av EØS-avtalen*. 111 s., Oslo 1997.
- 2/97 Fugleberg, Ole: *Metodiske problemer i forbindelse med estimering av det uregistrerte alkoholkonsumet i Norge. Bruk av aggregerte data fra Vinmonopolets salg og oppgitt konsum fra surveyundersøkelser*. Oslo 1997.
- 3/97 Rossow, Ingeborg og Grimsmo, Asbjørn: *Alkohol og sykefravær*. Oslo 1997.

- 4/97 Skretting, Astrid: *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo.*
Del 1: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige
behandlingstiltak. Oslo 1997.
- 5/97 Ervik, Randi: *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo.*
Del 2: Behandlingsforløp og status. Oslo 1997.

ISBN 82-7171-213-6

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
National Institute for Alcohol and Drug Research