
Randi Ervik

EVALUERING AV METADON-
PROSJEKTET I OSLO

DEL 2:

Behandlingsforløp og -status

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

EVALUERING AV METADON - PROSJEKTET I OSLO

Del 2: Behandlingsforløp og -status

Randi Ervik

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

ISBN 82-7171-214-4

Forord

Evalueringen av det nasjonale forsøksprosjektet med metadonstøttet behandling av langtkomne stoffmisbrukere består av fire deler. Ringvirkninger i stoffmisbrukermiljøet som følge av etablering av prosjektet og en undersøkelse av pasientenes psykiske helse er foretatt ved hhv. Institutt for kriminologi (Frantzsen 1997) og Institutt for medisinske atferdsfag (Ravndal 1997) ved Universitetet i Oslo. SIFA er ansvarlig for en studie av forarbeidene, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak (Skretting 1997) og en oppfølgingsstudie av de 50 første pasientene som ble tatt inn i behandling, som denne rapporten omhandler.

Norges forskningsråd har gitt midler til en 50% stilling i årene 1994 - 1997. SIFA bidro med ytterligere midler, slik at jeg de siste fem månedene kunne ha 100% stilling.

Jeg vil først og fremst rette en varm takk til pasientene, som har gitt meg av sin tid og latt meg få del i tilværelsen som metadonpasient. Imøtekommenheten og åpenheten som også de ansatte har møtt meg med har vært helt avgjørende for mitt ønske om å studere behandlingshverdagen på nært hold.

Takk til Jorunn Anita Hannasvik og Tove Nielsen for utskriving av lydbåndintervjuer. Kolleger ved SIFA skal ha en stor takk for verdifulle kommentarer til rapportutkastet, med en helt spesiell takk til Grethe Lauritzen. Sist, men ikke minst, en stor takk til førsteamanuensis Liv Finstad, Universitetet i Oslo, for kloke råd underveis og nyttige kommentarer til sluttutkastet.

Oslo, desember 1997

Randi Ervik

INNHold

Forord

Sammendrag

1 Innledning	8
2 Problemstillinger	9
Andre studier.....	12
Metodevalg.....	13
3 Metadonstøttet behandling	17
Ekspanderende behandlingsform.....	19
Norden.....	21
4 MiO	23
Beliggenhet.....	23
Fysiske fasiliteter.....	24
Personale.....	26
Behandlingsinnhold.....	27
Metadon og urinprøver	28
Pasient- og Metadonmøtet.....	29
5 Pasientbeskrivelse	32
Oppvekst.....	34
Rusmiddelmisbruk som symptom.....	40
Kjønn og forståelse.....	41
Avvikerkarrieren	43
Når løsningen blir et problem.....	46
Helsemessige forhold.....	50
Behandlingserfaringer.....	50
Seks mnd før inntaket.....	54
Pasientenes forventninger.....	57

6 Behandlingsforløp	60
«De sju reine dagene»	60
Behandlingen i MiO starter	65
Hverdagen på metadon	66
Fra grå til hvit økonomi	67
Mellom barken og veden	69
Familie	71
Parforhold	72
Kropp og helse	74
Bivirkninger	76
Gamle løsninger er vonde å vende	79
Stigmatisering	86
Den vanskelige fritiden	87
MiG -96	88
Behandlingsmiljø og behandlerroller	89
«Den sjuende himmel»	90
Pasientmiljøet	92
Pasient-behandler-relasjoner	94
Ytre press og indre liv	98
Den store utfordringen	100
7 Behandlingsstatus august 1997	106
I behandling (36 pasienter)	107
Ikke i behandling (14 pasienter)	112
Dødelighet	115
Metadon og overdosedødelighet	119
Oppsummerende	120
8 Drøfting av inntakskriterier og målsettinger	124
Yrkesrettet habilitering - skadereduksjon	124
Individuelle målsettinger	126
Referanser	128

Vedlegg

Sammendrag

Metadonprosjektet i Oslo (MiO) er et *nasjonalt forsøksprosjekt* med metadonstøttet behandling. Prosjektet er statlig finansiert.

Rapporten omhandler de 50 første pasientene ((22 kvinner og 28 menn), kalt *Forsøksgruppen*. Gjennomsnittsalder ved behandlingsstart var 37 år (hhv. 35 og 38 år blant kvinner og menn). Hovedtyngden av pasientene har opplevd urolige oppvekstkår, avbrutt skolegang og har lite arbeidslivserfaring. Misbruk av rusmidler startet tidlig og misbrukskarrieren er lang.

Helseskader som følge av misbruket er utbredt i gruppen. Sju pasienter er hiv positive, bortimot alle er smittet av hepatitt c-viruset. Andre helseskader er også utbredt.

Ved studiens avslutning var 36 *fortsatt i behandling*, hvorav 20 sysselsatt i arbeid eller skole og de øvrige ikke. I «ikke-sysselsatt»-gruppen (16) var sju pasienter i utgangspunktet uføretrygdet og ytterligere tre er blitt utføretrygdet i løpet av perioden. Denne gruppen er generelt sterkere preget av livstruende helseskader enn «sysselsattgruppen». Ti pasienter var ekskludert eller permittert. Fire pasienter var døde, to av kroniske sykdommer, mens de var i behandling, to ved narkotikarelatert død etter at de var ekskludert. Studien viser en markant nedgang i bruk av heroin og vanedannende medikamenter. Samme tendens finner vi ift prostitusjon. Ingen har begått straffbare handlinger som har ført til dom eller fengselsopphold. *Tid og stabilitet* i behandlingen ser ut til å være avgjørende for positivt utfall. Pasienter som har vært/er ekskludert vender raskt tilbake til tidligere livsmønstre.

Overgangen fra lange liv innenfor *narkotika subkulturer* til en ny tilværelse innebærer store problemer i et eksistensielt, sosialt og yrkesmessig perspektiv. Ensomhet, følelsen av å være mellom

barken og veden, stigmatisering av metadonbehandling og tabuisering av livserfaringer fremstår som de største utfordringene i arbeidet med å forlate en kultur med innøvde rolle- og statusmønstre til en samfunnssituasjon hvor andre kompetanser kreves og hvor pasientenes livserfaringer er lite verdsatt.

Spesielt tilrettelagte skole- og arbeidstilbud har vist seg å være helt nødvendige ift *yrkesmessig habilitering*. Behandlingsmålsettinger av *skadereduserende* karakter har vært integrert i behandlingen og vil antakelig være primære for en relativt stor andel av pasientene.

Samboerskap med aktive rusmiddelmisbrukere har forvansket behandlingsprosessen. Erfaringene stemmer overens med de som er gjort i «Metadontiltaket Ullevål», og vurderingene er de samme. I slike tilfeller bør begge parter vurderes for behandling dersom det er ønske om det.

Ressurser som i behandlingen anvendes på *kontrollsidan* bør vurderes opp mot effekt ift bedringsprosessen. Mye tyder på at det først og fremst er mangel på arenaer for endring utenfor MiO og store eksistensielle vansker som fører til rusing. I overveiende grad er egenrapportert inntak av andre midler enn metadon samstemmende med de utslag man finner i urinprøvene.

Samarbeid med det *øvrige tiltaksapparatet* var en intensjon, som har vært fulgt opp og har vist seg som svært viktig i behandlingen for den enkelte.

Forsøksprosjektet har vist at behandlingen beskytter mot *overdosedød* så lenge man er i behandling. Sytten personer av totalt 161 søkere til MiO var meldt døde pr. mai 1997 (dødsårsaksregisteret SSB). Tre dødsfall skyldtes sykdom; de øvrige overdoser, uklare overdoser (forgiftninger) og selvmord. Blant pasienter i *metadonbehandling* finner vi en årlig dødelighet på 2.4% (to dødsfall som følge av kroniske sykdommer). Blant de 14 pasientene som pr. mai 1997 var ekskludert eller permittert, er to døde (narkotikarelaterte dødsfall). Blant de 99 søkerne som fortsatt stod *på venteliste* pr. mai 1997 er den årlige dødeligheten 5.3%. Bortsett fra ett dødsfall som følge av sykdom, var dødsårsakene overdoser, uklare overdoser (forgiftninger) og selvmord.

Inntakskriteriene var de strengeste som man innenfor litteratur om metadonstøttet behandling kjenner til. *Målsettinger* og slike kriterier må ses i sammenheng. Med yrkesmessig habilitering som målsetting vil det være nødvendig å senke kravene til alder og belastningsgrad. «Gamle» stoffmisbrukere med betydelige helseskader og få muligheter innenfor yrkeslivet bør kunne tilbys metadonbehandling med ivaretagelse av helse og liv som primære målsettinger, uavhengig av tidligere behandlingserfaringer.

1 Innledning

Studien av Metadonprosjektet i Oslo (MiO) omfatter en periode på vel tre og et halvt år, hvorav tre år med pasienter i behandling. Studien avsluttes samtidig med at den opprinnelige forsøks tiden på tre år er ute (august 1997). Prosjekttiden er imidlertid forlenget ut 1997. Forsøksgruppen (de 50 første pasientene) startet i behandling i perioden august 1994 – desember 1995. Det innebærer at oppfølgingstiden på den enkelte varierer. Nye pasienter er tatt inn etter desember 1995, som følge av at det har blitt ledige plasser. Disse er ikke med i denne studien.

Metadon vedlikeholdsbehandling er den vanligste betegnelsen på denne type behandling. I prosjektet anvendes *metadonstøttet behandling*, som jeg også bruker om behandlingen i MiO. Deltakerne kalles *pasienter*. Det er for meg en praktisk betegnelse og den mest benyttede i prosjektet. Klientbetegnelsen har jeg valgt å reservere til en egen drøftelse fordi denne også er en status som pasientene har hatt i en årrekke og som berører identitet og endringsprosesser. Det ble etter hvert naturlig å anvende begrepet *habilitering* i stedet for rehabilitering. Det sist nevnte omfatter en gjenerobring av tapte posisjoner. De fleste pasientene har ingen yrkesmessige posisjoner å gjenvinne. De er i ferd med å etablere nye posisjoner som skal bryte med gamle livsmønstre. «*Sidemisbruk*» er et ofte anvendt begrep både innenfor denne behandlingen og andre behandlingsformer for stoffmisbrukere. I denne sammenhengen er metadon ikke misbruk, og jeg har valgt å bruke *egenmedisinering* og *rusing* for å betegne dette fenomenet. «*Tilbakefall*» indikerer noe av det samme. Forståelsen av dette som en del av endringsprosesser drøftes nærmere.

2 Problemstillinger

Målsettingene med tiltaket er sentrale i forsøket på å studere om, i hvilken grad og under hvilke forutsetninger målene kan sies å være nådd, eventuelt hva som hindrer et tiltak i å nå de oppsatte målsettingene.

Denne delen av evalueringen skal undersøke om og i hvilken grad målsettingene som er satt opp for pasientene nås og hvilke forhold som ser ut til å bidra, eventuelt motvirke oppnåelsen av disse. Målsettinger ble konkretisert av en arbeidsgruppe før prosjektets start (Arbeidsgruppen, Oslo kommune):

- metadonfrihet og ruskontroll på sikt
- reduksjon av kriminalitet og prostitusjon
- bedret sosial fungering, bedret fysisk og psykisk helse og opplevd livskvalitet
- rehabilitering og yrkesmessig attføring

Arbeidsgruppens forslag til målsettinger er romslige. «Bedret opplevd livskvalitet» vil kunne betraktes som en overordnet målsetting som spenner fra yrkesmessig habilitering til målsettinger av mer skadereduserende karakter (Strang 1990, Buning 1990, Ervik 1990), hvor helseperspektivet er grunnleggende i behandlingen. Den første målsettingen vil være vanskelig å vurdere i et såvidt kortvarig prosjekt. I tillegg kommer at pasientopptaket skjedde over lang tid, slik at den 50. pasienten ikke kom i behandling før bortimot halve prosjektperioden var utløpt. En oppfølging over flere år vil være nødvendig før man kan vurdere denne målsettingen. Det er derfor de tre siste som vil være mulig å vurdere i denne studien.

Kriteriene for inntak vil være sentrale i forhold til i hvilken grad man klarer å nå målsettingene. Følgende kriterier ble foreslått (Arbeidsgruppen, Oslo kommune 1992):

- minimumsalder 30 år
- minst 10 års opiatavhengighet. Opiatmisbruk som dominerende misbruk
- langvarig og dokumentert medikamentfri behandling; alle realistiske tiltak må vurderes som uttømt
- ingen uoppgjorte straffesaker ved inntak
- ordnet bolig/deltakelse i botreningsprogram før inntak
- forpliktende kontrakt med prosjektet

I tillegg skulle fysisk helsetilstand vektlegges (hiv-infeksjon, langtkommen kronisk hepatitt, hjerteklaffinfeksjon eller andre alvorlige og potensielt livstruende sykdommer). Dette kan forstås dithen at man ved alvorlige sykdomstilstander ville kunne «lette litt» på de andre kravene. Hvordan vurderingene av søkerne forløp drøftes av Skretting (1997).

Arbeidsgruppen påpekte følgende begrensninger i Forsøksprosjektet:

- det vil neppe ha merkbare utslag på statistikken for overdosedødsfall
- man anbefaler ikke bruk av metadon i fengsel i forsøksperioden
- tilbudet skal i forsøksperioden kun gis til Oslo-tilhørende klienter
- metadon bør i utgangspunktet ikke gis til gravide opiatmisbrukere

Det første punktet er ikke en begrensning, men en eventuell konsekvens av prosjektet. Deltakerantallet vil først og fremst være så lite sammenlignet med det totale anslag sprøytemisbrukere

i Oslo (Skog 1990) at det ville være overraskende om det skulle gi statistiske utslag. Det vil bli foretatt en sammenligning mellom de som er i metadonbehandling og søkere på venteliste i forhold til narkotikarelaterte dødsfall. Likeledes vil bruk av metadon under eventuelle fengselsopphold i løpet av behandlingen bli studert. Oslo-tilhørighet og eventuell graviditet er en begrensning ved inntak og er først og fremst en seleksjonsmekanisme ved inntaksprosedyren.

Å studere et prosjekt med mange aktører (50 pasienter og 10 ansatte) samt aktører som er utenfor og som på ulike måter har innvirkning på prosjektet, er som å studere et lite samfunn. Det innebærer å studere behandlingens innhold og hvordan ansatte og pasienter samhandler for å nå de mål som settes. Av skriftlig materiale fra MiOs hånd finnes noe i «Prosjekthåndboka». Der er nedfelt nødvendig informasjon om metadon, husregler og litt om hva metadonstøttet behandling bør være. Der legges vekt på sosial og yrkesmessig rehabilitering og rusfrihet. Det understrekes at MiO vil avvike fra lavdoseprosjekter som i f.eks. Nederland og Danmark. Utover dette var behandlingens innhold lite beskrevet før start, bortsett fra det rent medisinske og kontrollmessige vedrørende metadon. Dette er rimelig ut fra at både ansettelse og inntak av pasienter trakk ut. Man visste heller ikke hvordan pasientgruppen ville bli satt sammen. Å studere pasienter i et poliklinisk tiltak innebærer også å studere forhold utenfor prosjektet som kan vise seg å være av stor betydning for behandlingsforløpet. Det legges vekt på å la pasientene selv komme til orde fordi deres erfaringer ved en eventuell videreføring av metadonstøttet behandling vil være viktige mht. behandlingsinnretningen.

Andre studier

Det har vært vanskelig å finne konkrete beskrivelser av hvordan metadonstøttet behandling foregår. The «Black Box of Methadone Maintenance Treatment» refererer til manglende kunnskaper omkring både komponenter og dynamikk i behandlingen, men også til mangel på rene beskrivelser (Ball and Ross 1991). Generelt har det vært lagt mye vekt på utredninger av ulike pasientutvalg og stoffbrukens farmakologi og tilsvarende mangel på interesse for å studere dynamikken i behandlingsprogrammene. Dette forholdet er delvis en konsekvens av at «hard science» ikke er velegnet for programevaluering og at evaluering av stoffmisbruksbehandling ikke befinner seg innenfor området av noen spesiell profesjon eller disiplin. I tillegg kan observasjon og feltstudier av slike programmer være problematisk fordi det må tilpasses en klinisk virksomhet (Ball and Ross 1991).

Ball and Ross (ibid) foreslår fire områder som bør studeres innenfor behandlingsforskning:

- detaljert livshistorie og pasientenes aktuelle helsestatus
- behandlingsprogrammet
- tilrettelegging av behandlings- og rehabiliteringstjenester
- behandlingsutfall eller pasientstatus i løpet av langtidsbehandling

Behandlingsutfall vil ikke kunne vurderes i forhold til annet enn den tiden prosjektet varer (jfr målsettingen om metadonfrihet og ruskontroll på sikt). Pasientstatus vil derfor være situasjonen ved prosjektperiodens utløp og vil kunne si noe om hvordan det har gått med pasientene så langt i behandlingen. Pasientens erfaringer med behandlingen utgjør en viktig del av det Moos et al (1990) betegner et utvidet evalueringsparadigme, i motsetning til et «black-box»-paradigme, hvor behandlingsprosessen gis lite

oppmerksomhet. Howe (1993) vektlegger også betydningen av å søke pasientens perspektiv for på den måten å undersøke hva hun/han opplevde som nyttig eller mindre nyttig innenfor terapi og rådgivning. Han hevder at det ikke er tilstrekkelig å identifisere atferd som man ønsker forandret før behandling, for så å identifisere om uønsket atferd er til stede etter behandling, uten å vite noe om hvorfor atferden eventuelt er endret.

Metodevalg

I studien er anvendt en forkortet utgave av et strukturert intervju skjema utarbeidet for SIFAs nasjonale studie, Stoffmisbrukere i behandling. Skjemaet omfatter opplysninger om oppvekst, detaljert rusmiddelhistorie, helsemessige forhold, kontakt med politi og rettsvesen, utdanning, arbeidslivserfaring og gjenspeiler også situasjonen de seks siste måneder før intervjuet (vedlegg 1). Skjemaet er brukt ved inntaksintervju av alle søkere. Først er intervjuet. Den 50. lyktes det ikke å intervju. Fire intervjuer ble avbrutt og har siden blitt utført på nytt eller enkeltopplysninger er innhentet ved hjelp av søknadspapirer og journaler. Intervjusituasjonen var preget av at de fleste hadde ventet i spenning på om de ville falle heldig ut i loddtrekningen og deretter usikkerhet på om hvorvidt de ville bli tildelt plass. Med et selvkritisk tilbakeblikk er det rimelig å spørre om det er riktig å utsette søkerne for så mye informasjonsgivning i denne situasjonen eller om disse opplysningene kunne ha vært innhentet på annen måte. Selv om det ble understreket at det var frivillig å gi disse opplysningene, og at informasjonen ikke var koblet til inntaket, kan det tenkes at søkere opplevde det som viktig og at det kanskje ville «fremme» søknaden.

Kvalitativ metode (intervjuer, deltakende observasjon, dokument-analyse) er anvendt i studien av behandlingsprosessen. Metoden gjør det mulig å fange opp meningene informantene legger i sine handlinger og å knytte disse meningene til den sosiale verden rundt dem (Miles and Huberman 1994). Intervjuene er tatt opp på lydbånd. Temaene har vært en oppdatering av aktuell status mht arbeid og sosialt liv, helse, økonomi, bruk av rusmidler, kriminalitet, prostitusjon etc og opplevelse av behandlingen (vedlegg 2).

Det var et mål å intervju alle ved behandlingsstart, etter seks og atten måneder. Dette viste seg å bli vanskelig, særlig fordi pasientene startet i behandling over et langt tidsrom, samtidig som planlagte datoer for oppstart stadig ble forskjøvet, særlig som følge av vanskelige forhold omkring avrusning. Antakelig vil det være slik innenfor forskning hvor man skal inn i en nystartet klinisk virksomhet at opprinnelige planer må vike og tilpasses forhold som man hverken i utgangspunktet eller i det videre forløpet har kontroll over. Målsettingen ble endret til å intervju så mange som mulig, men opprettholde start, seks og atten måneder i behandling som intervjutidspunkter. Dette har i noen tilfeller blitt forskjøvet, slik at intervju 2 har skjedd mellom 6 – 8 mnd i behandling og intervju 3 mellom 18 – 21 mnd i behandling. Dette henger sammen med at en del pasienter etter hvert ble ekskludert, ønsket permisjon eller sluttet underveis, og disse har det vært vanskeligere å lage intervjuavtaler med fordi de ikke har vært like tilgjengelige for intervjuer som de som er i behandling. De ulike fenomenene skulle imidlertid være godt belyst fordi de fleste, med unntak av én pasient som aldri kom i gang med behandlingen og en som var vanskelig å lage intervjuavtale med, har blitt intervjuet en til tre ganger i løpet av behandlingen.

I gjennomsnitt har intervjuene hatt en times varighet, og de har foregått der hvor det har vært mest hensiktsmessig for pasientene. Førtitre intervjuer er foretatt på MiO, trettiseks på SIFA og de øvrige på Akuttinstitusjonen ved Ullevål, M3, Akuttinstitusjonen i Storgata, P 22, Bredtveit fengsel, Tyriliseret, Ullvin, Mia aktivitetssenter, universitetet og hjemme hos pasienter. Førtifem pasienter er intervjuet like før eller ved start i behandling. Førti er intervjuet etter 6 – 8 måneder, mens 27 er intervjuet etter 18 – 21 måneder i behandling. Ansatte er også intervjuet en eller to ganger. De er intervjuet rundt to måneder etter at de første pasientene startet i behandling. Hensikten om å gjennomføre et nytt intervju to år etter har ikke vært mulig for alle fordi det har vært stor utskiftning i personalet.

Tilstedeværelsen i MiOs lokaler har variert fra perioder med hyppige besøk til perioder hvor det har vært nødvendig å trekke seg tilbake og systematisere innhentet materiale. Fordi intervjuer har foregått kontinuerlig fra juni 1994 til august 1997, hvorav mange har foregått i prosjektlokalene, har jeg også samtidig kunnet legge inn tid til observasjoner og samtaler. Utallige spontane diskusjoner, både med enkeltpasienter, pasientgrupper og ansatte har gitt mye verdifull informasjon og innblikk i behandlingens kompleksitet og foranderlighet. Deltakelse på pasient- og metadonmøter har jeg valgt ut fra behov for å oppdatere informasjon og kunne følge med i behandlingsfaglige diskusjoner og avgjørelser. Allmøtene, som eksisterte ukentlig i starten, men som gikk i dvale i et års tid for så å gjenoppstå mer sporadisk, har jeg kun observert en sjelden gang. Dette skyldes hovedsakelig harde prioriteringer mht tid.

Hammersley og Atkinson (1987) vektlegger feltforskningens grunnleggende sosiale karakter. Det er nødvendig å trå varsomt og innrette seg etter den kliniske hverdagen når man får lov til å studere et tiltak så nært. Forfatterne er særlig opptatt av feltforskningens refleksive karakter. Det er et faktum, uansett, at vi ikke kan stille oss utenfor den verden vi vil studere. De hevder at i stedet for å se på dette som en feilkilde, bør den utnyttes i positiv retning. Dette forholdet har i første rekke bidratt til bredere innsikt i større deler av pasientenes verdener enn jeg ellers ville ha kunnet få, noe som selvsagt også har gjort bildet mer komplisert og tydeliggjort hvilke utfordringer pasienter og behandlere står overfor.

Det kan være godt å ha døråpnere til arenaer man kan føle seg fremmede overfor. Selv hadde jeg den fordelen at jeg kjenner miljøet blant injiserende stoffmisbrukere relativt godt både fra gateplan og fengsler over en nesten 20-årig periode. Noen av de eldste pasientene viste seg å være mine første elever som fengselslærer i Oslo kretsfengsel; andre har jeg møtt innenfor hiv-forebyggende arbeid. Så på en måte var jeg «introdusert» allerede, også for flere ansatte i MiO og ved institusjoner jeg har foretatt intervjuer ved. Dette har gjort arbeidet lettere for meg og spart meg for mye tid. En viktig side har imidlertid vært å klargjøre min rolle i forhold til tidligere roller ved stadig og særlig i begynnelsen å gjenta at jeg ikke var ansatt i MiO og understreke taushetsplikten overfor de intervjuede.

3 Metadonstøttet behandling

Metadon er et kunstig framstilt opiat som fra midten av 1960-tallet har vært anvendt i behandling av opiatavhengige. Medikamentets historie går tilbake til Tyskland og andre verdenskrig, hvor det ble brukt i smertebehandling av sårede soldater, i mangel på naturlige opiater. Etter krigen fortsatte analysene av medikamentet i USA, hvor man fant at mange av virkningene lignet på morfinets virkninger.

I 1964 startet Vincent Dole og Mary Nyswander de første forsøkene med metadon i behandling av opiatavhengige i New York City. Behandlingen er langvarig og har fått betegnelsen metadon vedlikeholdsbehandling (Methadone Maintenance Treatment – MMT), eller metadonstøttet behandling. Dole og Nyswander baserte behandlingen på en teori om at langvarig opiatavhengighet forårsaker en forstyrrelse i kroppens naturlige endorfinbalanse. Denne ubalansen mente de best kunne stabiliseres ved bruk av et annet opiat. Metadon har flere fordeler i så måte. Det har lang virkningstid (24 – 36 timer), noe som gjør ett inntak pr. døgn tilstrekkelig. Pasientene inntok medikamentet i flytende form, som også er vanlig ved de fleste metadon vedlikeholdsprogrammer. Dole og Nyswander hevdet at en daglig blokkerings- eller høydose metadon (50 – 80 mg) inntatt oralt ville fjerne «suget» etter heroin og blokkere for heroinets berusende effekt. Pasientene ville derved kunne få muligheter til å bedre sin livssituasjon ved å benytte seg av psykoterapi og andre tilbud, som var en integrert del av programmet (Ward et al 1992). Hvilken dosering som bør anvendes for å fjerne «suget» vil kunne variere med heroinets renhetsgrad. Det hevdes eksempelvis at gateheroinet i Nederland har en høyere renhetsgrad enn i USA og at metadondosene derfor må ligge høyere, rundt 100mg/døgn for å

oppnå blokkeringseffekten (van de Winngaart 1994). Vanedannende medikamenter, som inngår i mange stoffmisbrukeres rusmiddelmønster (Sohlberg 1993, Skretting et al 1993, Ravndal 1994) utgjør et problem fordi metadon kun erstatter opiatdelen av misbruket.

Om det er utdeling av et sterkt opiat i seg selv eller metadonstøttet behandling som gir positive resultater er en del av diskusjonen. Vincent P. Dole er klar i sine vurderinger:

«Metadon alene endrer lite i et ellers kaotisk liv. Vi har aldri sagt at metadon gir utdannelse til en person som har falt tidlig ut av skolen, verdighet til en person som ikke har selvrespekt, eller et sosialt nettverk til en person som har mistet alt. Slike problemer må behandles med andre metoder. Metadon forandrer ikke personligheten, men legger et fysiologisk grunnlag for rehabilitering. En riktig stabilisering på metadon, *tillater* så og si personen å fungere som en normal person» (intervjuet i Stoffmisbruk 2/1994: 40). Som Dole uttrykker er hans oppfatning av metadonstøttet behandling kompleks og metadon oppfattet som en understøtter i en helhetlig behandling. Vi finner også beskrivelser og anbefalinger til hvordan slik behandling kan tilrettelegges. Eksempelvis drøfter og foreslår Bartholomew et al (1994) hvordan kjønsspesifikke behov kan ivaretas, mens De Leon et al (1995) viser hvordan behandlingsprinsipper fra terapeutiske samfunn kan integreres i metadonprogrammer.

I Dole og Nyswanders første programmer ble pasientene trappet opp og stabilisert på metadon mens de var i døgninstitusjon for så å gå over til poliklinisk behandling. Senere har hele behandlingen foregått poliklinisk. Inntaket skjedde ut fra følgende kriterier:

minimumsalder 19 år, fire års heroinavhengighet og heroin som dominerende rusmiddel, tidligere mislykket behandlingshistorie, frivillighet, fravær av psykoser og alvorlige medisinske tilstander. Behandlingsutfallet viste at pasientene *ble* i behandlingen, de gjorde færre lovstridige handlinger og den sosiale rehabiliteringsprosessen gikk bedre. Det understrekes at medarbeiderne var høyt kvalifiserte og ikke minst at det var god tilgang på medisinske tjenester. Utover på 1970-tallet ekspanderte denne behandlingsformen. I 1980-årene ble imidlertid den finansielle støtten redusert, særlig i New York, men også i andre amerikanske byer. Programmene som var i drift ble av økonomiske grunner tvunget til å innskrenke behandlings- og rehabiliteringstjenestene. Det ble stor gjennomtrekk av ansatte, og kvaliteten på behandlingsinnholdet ble dårligere. I tillegg til dette opplevde mange programmer motstand fra nærmiljøet og en generell motstand mot slik behandling. Pr. januar 1989 var det 667 metadonprogrammer i USA, med rundt 80.000 pasienter. Trettifem tusen av disse finner vi innenfor New York State, hvorav de fleste lever i New York City. Aids-epoken har selvsagt stilt både denne type og annen behandling overfor særlige utfordringer. I New York City er over 50% av de injiserende misbrukerne hiv positive. Denne utfordringen sammenfalt med at metadonprogrammene mistet mye finansiell støtte (Ball and Ross 1991).

Ekspanderende behandlingsform

I årenes løp har metadonstøttet behandling av opiatmisbrukere blitt tilbudt i en rekke land. Organisering og regulering av slik behandling varierer sterkt, fra programmer med eksplisitte retningslinjer til metadonbehandling med fravær eller minimum av struktur og regulering. Antakelig er metadonstøttet behandling den mest

evaluerte form for behandling innenfor feltet stoffmisbruksbehandling. Kjennetegn på eventuell bedring spenner fra om behandlingen har innvirkning på illegal rusmiddelbruk, risikofylt atferd knyttet til injisering, reduksjon i kriminalitetsnivå til andre positive sosiale endringer (Farrel et al 1994). Selv om metadon generelt anses som et effektivt element i behandlingen av opiatavhengighet viser litteraturen også store variasjoner mht resultater. Forskning omkring hvem som profitterer og ikke profitterer på metadonbehandling viser en sammensatt gruppe hvor det er vanskelig å finne spesielle karakteristika som er sterkt assosiert til behandlingsutfall. Man har forsøkt å undersøke om disse variasjonene reflekterer ulike måter å tilrettelegge behandlingen på, om det reflekterer pasientenes ulike bakgrunnsforhold eller samhandlingen mellom pasient og behandlere. En rekke evalueringsforskere har konkludert med at behandlingsutfall antakelig reflekterer den unike kombinasjonen av pasient- og behandlingskarakteristika og samhandlingen mellom disse (Widman et al 1997). Hagman (1994) hevder i en studie som tar for seg å integrere disse ulike karakteristika at mange av behandlingsprinsippene og -komponentene har mye til felles med rådgivning og behandling av stoffmisbrukere generelt.

I likhet med andre behandlingsformer for stoffmisbrukere er utfallet av metadonstøttet behandling positivt relatert til hvor lenge pasienten klarer å holde seg i behandlingen. Jo lenger de blir i behandling, jo bedre ser det ut til å gå. Selv om en rekke undersøkelser viser at metadon er nyttig i behandling, er det også slik at et stort antall pasienter fortsetter å bruke ikke-foreskrevne stoffer, at de fortsatt har risikoatferd i forhold til hiv og andre blodbårne og seksuelt overførbare sykdommer og sliter med psykiske problemer (De Leon et al 1995).

Norden

Sverige fikk sitt første metadonprogram allerede i 1966, Ulleråkerprogrammet i Uppsala, med metadonprogrammene ved Rockefelleruniversitetet i New York som forbilde. Det finnes også metadonprogrammer i andre svenske byer. Inntakskriteriene er minstealder på 20 år, frivillighet, dokumentert opiatmisbruk på minst fire år, ikke avansert blandingsmisbruk. Ideologidebatter på 1970-tallet, hvor bruk av medisiner og psykoterapeutiske behandlingsmetoder ble satt opp mot hverandre, kulminerte med krav om nedleggelse av Ulleråkerprogrammet. Klientorganisasjoner og foreldreforeninger mot narkotika markerte seg særlig sterkt mot metadonbehandling. I påvente av direktiver fra Socialstyrelsen vedtok ledelsen ved Ulleråkerprogrammet inntaksstopp i 1979. Høsten 1984 startet inntakene igjen ut fra en ramme på maksimum 150, fortsatt med hele landet som rekrutteringsområde. På denne tiden hadde hiv endret bildet, og døgnavdelingen ble raskt fylt opp av hiv-smittede misbrukere (Grønbladh 1996) .

Finland har få erfaringer å vise til og en historie som først og fremst preges av generelt liten interesse for behandling av stoffmisbrukere eller motstand mot å utvikle behandlingsformer for denne gruppen (Turpeinen 1996). Finland har i tillegg få opiatmisbrukere. Danmarks metadonhistorie er annerledes enn den svenske, slik landenes kulturer er forskjellige i andre henseender. «.... en både sælsom og unik historie, som springer ud af den danske folkesjæl» (Ege 1996:261). «I intet andet land, bortset fra Holland, bruges metadon i et tilsvarende omfang, og også organiseringen og styringen, eller rettere sagt ikke-organiseringen og ikke-styringen, er enestående i Europa» (ibid: 261). Mens svenske klientorganisasjoner og foreldregrupper var mot metadonbehandling, var

det motsatt i Danmark fra starten av (på 1970-tallet). Det var også der en sterkt ideologisert debatt.

Innenfor stoffmisbrukeromsorgen i Norge har man generelt vært tilbakeholdne med bruk av vanedannende medikamenter i behandlingen. Før MiOs etablering var metadon tilbudt hiv positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt, bosatt i Oslo. Forsøket, som nå har permanent status, er evaluert i en brukerundersøkelse (Østby 1994) og i Styringsgruppens rapport (1995).

4 MiO

Beskrivelsen av Metadonprosjektet i Oslo (MiO) innebærer a) tiden som gjester på Vinderen psykiatriske klinikk (før pasientene ankom), b) den midlertidige lokaliseringen på Gaustad (som varte i 26 måneder) og c) de permanente lokalene i Bygdøy allé 23, hvor prosjektet holdt til i de ti siste månedene av den tre-årige prosjektperioden og hvor det fortsatt holder til. En beskrivelse av behandlingskomponenter omfatter beliggenhet, bygningsmessige fasiliteter, pasientbeskrivelser, personale, tjenestetilbud til pasientene, administrasjon og tilgjengelige ressurser, samt behandlingsrasjonale og -policy (Ball and Ross 1991).

Beliggenhet

Når Ball and Ross (1991) hevder at beliggenhet er en grunnleggende komponent i beskrivelsen av et metadonprogram er det fordi programmene på ulike måter blir en del av lokalsamfunnet. Konkret refereres det til klager som omhandler stoffsalg, tyverier etc. Konsekvensen er at ansatte må bruke tid til å bearbeide omgivelsene, som stjeler tid fra selve behandlingen. Unntakene fra dette er programmer som er lokalisert inne på sykehusområder, hvor de ikke opplever denne type klager. Skepsisen som kom fram før etablering av MiO (Skretting 1997) har så langt vist seg som unødig bekymring. MiO har levd fredelig med sine omgivelser både på Gaustad sykehusområde og i en bygård med kontorer og forretninger på Oslos vestkant. Pasientene kommer, tilbringer tid i lokalene og forlater stedet. Det hele foregår temmelig rolig. Det er imidlertid viktig å understreke at MiO er et lite prosjekt sammenlignet med de vi finner i amerikanske storbyer, med flere hundre pasienter på ett sted. En annen side er at rundt halvparten av de amerikanske metadonbrukerne er hiv positive og aids-syke, i

tillegg til at større bostedsløshet gjør habilitering vanskeligere. Hunt et al (1986) peker på at det er den arbeidsløse metadonpasienten som synes i omgivelsene, som ruser seg, henger rundt i området og har lite å ta seg til. Mens ansatte i store, amerikanske programmer må bruke tid på nabolagskonflikter, har de ansatte i MiO imidlertid måttet bruke ressurser på andre forhold som har tatt av den totale tiden man har til rådighet og som drøftes nedenfor.

Fysiske fasiliteter

De ansatte startet uten å ha lokaler. Vinderen psykiatriske klinikk lånte velvillig ut tre kontorer, som i den første delen av 1994 huset ledelsen (3), administrasjonskonsulent og førstefullmektig. I tillegg fikk (de 3) konsulentene som ble tilsatt i juni låne et laboratorium i kjelleren, hvor de kunne oppholde seg. De ansatte opplevde Vinderenperioden som frustrerende. De hadde valgt å arbeide med metadon fordi dette var nytt og interessant, og fikk en dårlig start.

Første august 1994 startet «Gaustadperioden». Oppholdet på Gaustad skulle være høyst midlertidig, rundt tre måneder ble prosjektleder og ansatte forespeilet. 250 m² i tredje etasje bestående av kontorer i to atskilte korridorer (med trappeoppgang og låste dører mellom), et overvåket toalett til urinprøvetakning, et personaltoalett, kjøkken og en dagligstue. Trangt og lite og helt uegnet for rullestolbrukere og andre med fysiske handicaps. De ansatte satt isolert fra hverandre uten noen naturlig møteplass, hvor man får den vanlige «smøreoljen» man trenger for å få et team til å fungere. Entusiastiske medarbeidere gikk allikevel på med krum hals, kjøpte brukte møbler og tok inn den første pasienten noen dager etter den offisielle åpningen 22. august. I september var

lokalene fortsatt preget av innflyttingssjau, samtidig som flere pasienter startet opptrapping på metadon og inntaksarbeidet gikk for fullt. En av medarbeiderne opplevde situasjonen slik: «Jeg ser problemet når det kommer flere pasienter. Det blir trangt i dagligstua. Jeg ser problemet på torsdagene med inntaksgruppa og sånt at da er det veldig kaotisk her. Og det er litt tungvint med lokalene fordi vi hele tida må springe så mye fram og tilbake og med låste dører imellom. Vi har et klosett som er knøttlite og som vi skal bruke til urinprøvetakning, og når det blir en del stykker som skal ta urinprøver, så blir det ganske kaotisk, tror jeg. Så jeg synes disse lokalene er for dårlige».

Fra 1. oktober fikk de leie 125 m² i andre etasje. Noe senere startet ombygningsarbeider i tredje etasje. En liten kjøkkenkrok ble innlemmet i den altfor trange dagligstua, som ble utvidet til rundt 30 m². Røykerom har det aldri vært i MiO. Samtidig med ombygningen ble kontorer og korridorer pusset opp. Alt fortsatte i samme tempo, med unntak av at man avventet inntak av nye pasienter til desember. Murstøv og støy medførte at de ansatte ble beordret ut av lokalene halve dagen i en periode. Lokalene i andre etasje var heller ikke særlig hensiktsmessige. Det tok lang tid før de ble innredet, og de inngikk aldri som en naturlig del av behandlingsmiljøet, med unntak av et rom som i en periode ble anvendt til aromaterapi og iblant til legeundersøkelser. Først i midten av desember var huset tomt for bygningsarbeidere. Inntaksarbeidet var lagt til andre etasje, og problemet med blandingen av pasienter og de som kom til inntakssamtale, var løst. Det gikk 26 måneder før man i oktober 1996 flyttet inn i Bygdøy allé 23. Her disponerer MiO en netto grunnflate på rundt 450m². Lokalene ligger i andre etasje og har rom som gjør det mulig også å tilrettelegge for gruppebaserte aktiviteter.

Personale

MiO har ti stillingshjemler: prosjektleder/overlege, spesialpsykolog, førstekonsulent, fem konsulenter (sykepleiere og sosialfaglig personale), administrasjonskonsulent og førstefullmektig. De tre først nevnte inngår i lederteamet. Førstekonsulent er også leder for konsulentgruppen. Hver pasient har en primær- og sekundærkontakt blant konsulentene. Fra januar 1994 til MiO åpnet for pasienter i august 1994 ble åtte av ti stillinger besatt. De to øvrige (konsulenter) startet etter at de første pasientene var ankommet.

Prosjektleder og spesialpsykolog anvendte mye av tiden fram til august til å informere tiltaksapparatet om metadonstøttet behandling og det kommende prosjektet. MiO hadde i samme periode utallige henvendelser fra søkere, foreldre, behandlere og media, som tok mye av ansattes tid. Som den eneste med erfaring fra metadonbehandling var det rimelig at spørsmål vedrørende metadon gikk til prosjektleder. Den utadrettede virksomheten medførte mindre tid til en oppbygning av MiO som organisasjon. Lokaler som kunne ha samlet personalet ville antakelig kunne ha ført til en jevnere vektlegging av forpliktelser i forhold til omverdenen og MiOs organisasjonsoppbygning, som nok trakk det korteste strået. Særlig var dette vanskelig for konsulentene, som er ryggraden i det daglige arbeidet med pasientene. De trengte samkjøring og kunnskaper om rutiner omkring metadon før pasientene ankom.

Selv om 1994 var et år som slet hardt på personalet, var de fortsatt i besittelse av en beundringsverdig optimisme og ønske om å delta i oppbygningen av behandlingstilbudet. De forsøkte å opptre samlet midt i stresset og beskrev perioden som god med hensyn til

samhold. «Skumringstimen» fredag ettermiddag med kaker og kaffe er et bilde fra denne tiden. De var imidlertid bekymret over at det ble mye metadon og lite annen behandling. Mot slutten av 1994 var forhåpningene om innflytting i Bygdøy allé 23 skrinlagt. Tiden utover i 1995 ble imidlertid preget av personutskiftninger både på grunn av permisjoner og valg om å avslutte arbeidsforholdet. Det har vært stor utskiftning blant konsulentene. Førstekonsulentstillingen har vært besatt av tre personer. Mange pasienter har opplevd lite stabilitet i pasient-konsulentrelasjonen: «Jeg er veldig fornøyd med dem som jobber der, men jeg gruer meg til X skal slutte. For sånn har det vært hele livet mitt. Når jeg er blitt trygg på folk, så slutter dem, og så må jeg begynne på nytt igjen, og jeg tar så lang tid før jeg stoler på folk». Andre deler av fagfeltet har også måttet oppleve at pasienter de har samarbeidet om har hatt inntil tre konsulenter i en forholdsvis kort periode.

Samlet sett har de ansatte i storparten av prosjekttiden arbeidet under forhold som har medført store belastninger og som også har ført til at gode medarbeidere har valgt å forlate skuta.

Behandlingsinnhold

Forholdene som er beskrevet mht lokaler og personalutskiftninger har vanskeliggjort kontinuitet i forhold til faglige diskusjoner. Grunnelementene i behandlingen gjennom hele perioden har vært alt som dreier seg om metadon og den individuelle kontakten mellom pasient og konsulent. Prosjektleder (lege) har brukt mye tid på pasientenes helse, og spesialpsykolog har vært trukket inn i pasientsaker i spesielle tilfeller, men ikke inngått i mer langvarige terapeutiske relasjoner. Spesialpsykolog ble også tildelt oppgaven med å gjennomføre intervjuer og, sammen med konsulentene,

administrere selvutfyllingsskjemaer i forbindelse med en undersøkelse av pasientenes psykiske helse (Ravndal 1997).

Det har vært og er en bevisst policy at pasientene i størst mulig grad skal bruke det øvrige tiltaksapparatet og allerede opprettede terapeutiske relasjoner. Generelt har individualisering vært holdt høyt. I perioder har MiO tilbudt gruppebasert behandling, men det er ikke en integrert del av behandlingstilbudet. «Mandagsgruppa» var et tilbud i en tidlig periode og som var lagt opp som et tidsbegrenset tilbud, hvorefter nye pasienter ble tatt inn. En kvinnegruppe ble drevet i samarbeid med Nadheim (lavterskelsted for prostituerte kvinner), men denne varte kun en kort periode. «Grensegruppa» var i en senere fase et tilbud til pasienter som lå i grenselandet til utskrivning på grunn av rusing og hvor målet var å bidra til å hindre utskrivning. Pasienter som har hatt alkoholproblemer har blitt anmodet om å benytte seg av AA-grupper og har også blitt tilbudt Antabus i perioden. Oppsummert har gruppevirksomhet vært en mindre prioritert behandlingsform enn den individuelle.

Metadon og urinprøver

Alt som dreier seg om metadon og urinprøvekontroller tar mye av behandlingstiden. MiOs metodebok beskriver detaljert rutiner omkring metadonutdeling og urinprøvekontroll, metadonets virkninger og bivirkninger og annen eventuell medisinerings ved MiO. Medisinen bringes ukentlig til MiO av to Securitasvakter. En av sykepleierne er hovedansvarlig for å føre metadonet inn i narkotikakontrollskjemaer, sjekke at antall flasker stemmer med apotekets leveransekvittering og sette flaskene inn i de respektive pasienters hylle i kjøleskapet. Metadonet drikkes utblandet i saft

etter at urinprøver er avgitt. Urinprøvene avgis på et toalett hvor en av de ansatte gjennom et vindu i et lite siderom overvåker prosedyren. Prøvene analyseres i laboratoriet ved Vinderen psykiatriske klinikk. I tilfeller hvor det kreves særlig utstyr som Vinderen ikke disponerer, sendes prøvene til Sverige (Karolinska institutet i Stockholm, Kjemisk laboratorium i Uppsala eller Forskningslaboratoriet ved Ulleråker, også i Uppsala) for testing av hhv. benzodiazepiner, Ketogan og opiater. Dette skjer stort sett i tilfeller hvor det ikke er samstemmighet mellom testresultat og pasientens egen rapportering.

Pasientene må møte mellom kl. 9 og 12 på formiddagen for å få sin metadon og avgi urinprøve. Metadonet skal inntas før dette tidspunktet hvis ikke annet er avtalt. Etter kl. 12 reduseres dosen på grunn av fare for overdosering. Urinprøver som avlegges etter kl. 12, hvis ikke spesielle avtaler er gjort, regnes som positive. Flere pasienter har imidlertid bemerket det uheldige ved ikke å kunne utføre dette ritualet før kl. 9 om morgenen fordi de kommer for seint på jobb eller skole. MiO har underveis utvidet åpningstiden mandag og torsdag til kl. 15 – 18, for å imøtekomme de som er i skole og arbeid. Pasienter som er i skole eller arbeid tilbringer lite tid i lokalene dersom de ikke ønsker samtaler med sin konsulent eller andre ansatte. De som ikke har noe spesielt å ta seg til, oppholder seg gjerne i lokalene til de stenges for pasienter kl. 12.

Pasient- og Metadonmøtet

Det ukentlige pasientmøtet, hvor alle ansatte bortsett fra kontorphersonalet deltar, er organisert slik at konsulentene fremlegger saker vedrørende sine respektive pasienter. Det kan

dreie seg om søknader fra pasientene (ferie, turer, metadonhenteordninger etc), som innebærer en generell gjennomgang av pasientens status. Reiser til steder utenfor Oslo innebærer at pasienten har vært stabil og holdt seg unna rusmidler. Dersom søknad innvilges, må det gjøres avtaler med utenbys apoteker for utlevering av metadon. Ved eventuelle utenlandsreiser må pasienten medbringe en erklæring fra Helsetilsynet med opplysninger om hvor mange flasker metadon som bringes ut av landet. For at slike reiser skal godkjennes, krever MiO at pasienten har vært stabil over en lengre periode. Prinsipielt får ingen pasienter dra ut av landet medbringende metadon før de har vært minst ett år i behandling og kan vise til god stabilitet.

Pasientmøtet omdøpes til Metadonmøtet når alvorligere saker vedrørende pasienter skal tas opp. Metadonmøtet er instansen som behandler regelbrudd og eventuelle eksklusjoner. Det er dette møtet det knyttes mest oppmerksomhet rundt og som pasientene frykter mest. MiO har fastsatt absolutte og relative eksklusjonskriterier som er retningsgivende for denne type saker. Pasientene må undertegne på at de har lest og forstått reglene.

Absolutte eksklusjonskriterier:

- vold, mot noen i miljøet på MiO eller andre instanser
- omsetning/videreformidling av metadon eller annen narkotika (inkl. vanedannende medikamenter)
- kriminelle handlinger, som fører til fengselsstraff

Følgende handlinger *kan* føre til eksklusjon:

- sidemisbruk
- fusk med urinprøver
- manglende henting av metadon på tre dager

Dersom forslag om eksklusjon opprettholdes, gjøres vedtaket endelig i neste ukes møte. Konsulenten er på mange måter pasientens advokat i disse møtene, og det er viktig at hun/han er til stede på grunn av best kjennskap til pasienten. Konsulentens vurderinger tillegges stor vekt, og veien fram til eventuell utelukkelse er en lang prosess, hvor man bestreber enighet i personalet. Pasientene får selv ikke fremme sine synspunkter i metadonmøtet og har ingen ankeinstans ved eksklusjon.

5 Pasientbeskrivelse

Ved start i behandling fordelte pasientene seg slik:

Tabell 1: Alders- og kjønnsfordeling - antall

Alder	Kvinner	Menn	Total
30 - 34 år	12	6	18
35 - 39 år	8	11	19
40 - 44 år	2	8	10
45 - 49 år	0	2	2
50 år +	0	1	1
	22	28	50

Kvinneandelen er høy (44%) og nærmere det man finner innenfor annen poliklinisk behandling og kollektiver (Gran og Størksen 1990, Taksdal 1997), samt det gatenære tiltaket «Sprøytebussen» (Skretting et al 1993) enn innenfor døgninstitusjonene. Over halvparten av kvinnene befinner seg i den yngste alderskategorien, mens hovedtyngden av mennene befinner seg mellom 35 og 44 år. Gjennomsnittsalder ved behandlingsstart: 37 år (35 år for kvinnene og 38 år for mennene). I Ravndals studie av behandlede på Veksthuset var gjennomsnittsalder ved innsøkning 27 år (kvinner 26 år og menn 28 år), som Ravndal (1994) fant var høyere enn i noen annen skandinavisk studie. Med høy alder følger også et gjennomsnittlig lengre rusmiddelmisbruksliv. Tjersland (1996) finner i sin studie av Tyrilielevene at de som kommer dårligst ut er de som har mer enn seks års misbruk og mer enn tre års sprøytemisbruk. Som det vil vise seg er slike tidsgrenser for lengst

overskredet av MiO-pasientene. Utvalgskriteriene til MiO medfører at en får en gruppe pasienter hvor særlig høy alder vil gjøre yrkesmessig habilitering vanskeligere og stille tradisjonelle behandlingsmål på prøve.

Tabell 2: Innsøkende instanser – antall pasienter

Instanser	Kvinner	Menn	Total
PUT Ullevål	6	6	12
Behandl.inst.	4	5	9
Sosialkontor	1	7	8
Kvinnetiltak	6	1	7
Uteseksjonen	2	4	6
Olafia/Inf.me	2	4	6
Lege/psykol	1	1	2
	22	28	50

Behandlingsinstitusjoner er Veslelien, Tyrili, Ullvin og Vinderen. Kvinnetiltakene er Pro-senteret, Nadheim og Thereses Hus. Type henvendelsesinstans kan si noe om tilknytning og forventet støtte i metadonbehandlingen. Det er rimelig å anta, og det er senere bekreftet, at behandlingsinstanser av ulike typer signaliserer en tettere, mer terapeutisk og behandlingsinnrettet kontakt enn sosialkontorer og Uteseksjonen, som primært har oppgaver av hhv. lovbestemt og formidlende karakter. Nå kan innsøker imidlertid være en tilfeldig valgt blant flere kontakter i tiltaksapparatet. En som opprinnelig hadde sosialkontor som innsøker, kan ha benyttet seg av andre kontakter underveis. Ullvin

behandlingsinstitusjon har eksempelvis fungert som behandlingskontakt både på dag- og døgnbasis for flere enn de søkte inn og hvor sosialkontor var innsøkende instans.

Oppvekst

Urolige oppvekstforhold, skoleproblemer, inngripen fra det offentlige og tidlig rusmiddeldebut preger bildet. Pasientenes egne forklaringer på hvorfor de startet å ruse seg med illegale stoffer vil senere i beretningen bli koblet til bakgrunnsbeskrivelsene, og mulige sammenhenger mellom oppvekstforhold og tidlig rusmiddeldebut vil bli utdypet.

Et underutvalg i den nasjonale studien «Stoffmisbrukere i behandling» ved SIFA (Lauritzen et al, under trykking) er trukket ut som sammenligningsgrunnlag når det gjelder oppvektsopplysninger. Hovedutvalget består av 2359 klienter. Underutvalget (153 personer) er trukket ut på grunnlag av alder (over 30 år) og døgnbehandling i tiltak for Oslo-tilhørige. Datainnsamlingen ble foretatt i 1992–93, slik at underutvalget aldersmessig er nærmere MiO-pasientenes enn i andre studier. Døgnbehandling er valgt fordi dette i tid utgjør hovedtyngden av MiO-pasientenes behandlingserfaringer. I tabellene brukes «SIFA-us.» som betegnelse på dette underutvalget.

Tabell 3: Familievansker (før fylte 16 år) – %

Familieforhold	% MiO	N	% SIFA-us.	N
Forelder død	19	(48)	13	(150)
Foreldre skilt	60	(48)	37	(147)
Utenf foreld omsorg	40	(48)	25	(151)
Tilsyn av barnevern	34	(47)	23	(151)
Far alkoholprobl	39	(49)	38	(147)
Mor alkoholprobl	12	(48)	15	(149)

Seksti prosent av MiO-pasientene opplevde at foreldrene flyttet fra hverandre eller ikke hadde bodd sammen før de selv var fylt 16 år. Det er en langt høyere andel enn det som fremkommer i SIFA-undersøkelsen. I tillegg hadde fire og fem av hhv. mennene og kvinnene mistet en forelder før fylte 16 år. Halvparten av kvinnene og rundt 30% av mennene oppgir at de ble plassert utenfor foreldres omsorg før fylte 16 år. Alkoholbruk hos biologisk far som førte til problemer for familien er oppgitt av 41 % og 36% av hhv. mennene og kvinnene. Mors alkoholbruk oppgis av hovedtyngden som avholdende, lavt eller «vanlig».

Tabell 4: Belastninger (før fylte 16 år) - %

Belastninger	% MiO	N	% SIFA-us.	N
Skoleproblemer	64	(45)	61	(147)
Behandl psyk probl	40	(48)	13	(150)
Mobbet	20	(45)	18	(153)
Fysisk avstraffelse	30	(44)	25	(153)

Hele 13 av de 22 kvinnene oppgir at de ble sendt til behandling for psykiske problemer før de fylte 16 år, mot seks av mennene (26 besvarte). Totalt er dette tre ganger så mange som i SIFA-undersøkelsens underutvalg. I hovedundersøkelsen til SIFA ligger denne andelen langt høyere enn i underutvalget. Det er vanskelig å vite hva forskjellen mellom MiO-utvalget og underutvalget skyldes. Én forklaring som kanskje kan bidra noe ettersom det er særlig kvinnene som er representert, er at MiO-utvalget har en høyere andel kvinner, rundt 10% høyere enn i sammenligningsutvalget.

Sytti prosent av mennene og over halvparten av kvinnene oppgir at de hadde problemer på skolen, hovedsakelig det som i skjemaet er betegnet som atferdsproblemer. Samme mønster ser vi i SIFA-undersøkelsens utvalg. Institusjonsplassering var vanlig både mht skoleproblemer og det som ble betegnet som psykiske problemer. Barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner, statlige spesialskoler og verneskoler er steder hvor flere av MiO-pasientene har oppholdt seg i perioder. Noen av mennene kom også inn under ungdomsfengselsordningen, som i likhet med spesialskolene og verneskolene ble nedlagt for mange år siden. Det er vanskelig å si hvordan omstendighetene omkring disse plasseringene var, men det er grunn til å anta at barnet eller ungdommen selv ikke hadde det avgjørende ordet når slike valg ble foretatt, slik en av pasientene erindrer det: «Jeg ble plassert på Statens senter da jeg var tolv. Hva var det de kalte det for noe – tilpasningsvansker eller ett eller annet. Og da ble jeg liksom tatt ut av hjemmet, og siden det så har jeg ikke bodd hjemme. Jeg ble flytta fra Statens senter og til et annet sted osv. osv, ikke sant. Så jeg følte det at hvorfor skulle jeg bli sendt bort? Det er en litt sår og vond greie det der, vet du».

Han «ble plassert», «de» kalte det for tilpasningsvansker, «ble» tatt ut av hjemmet, «ble flyttet» til Statens senter osv. osv. Hvem som plasserte og definerte gir han ikke uttrykk for, heller ikke sin egen rolle i dette. Det er rimelig å anta at i slike tilfeller foretok skolen avgjørelser, eventuelt barnevernet i samråd med andre spesialister, og at opplevelse av forvirring og avmakt kunne prege slike situasjoner. Én forteller at han begynte å ruse seg på stoffer som reaksjon på at han mot sin vilje ble fjernet fra hjemmet som barn: «Barnevernet sendte meg bort da jeg var ti år. Jeg ville ikke». For ham bar det til spesialskoler fra tidlig i barneskolen. Regimet ved flere av disse institusjonene innebar avstraffingsmetoder, som blant annet er beskrevet av Ringheim og Throndsen (1997) og som Ustvedt Christiansen i etterordet hevder tilhører en tid da det var mindre kontroll med hva som foregikk på slike steder. Som i deres bok finnes det også blant MiOs pasienter de som opplevde å bli holdt tilbake i helgene og som ble utsatt for fysisk makt fra ansatte og medelever. Det kan nok tenkes at de opplevde seg selv som hovedproblemet ved diagnosen «tilpasningsvanskelig», noe som ble understreket ved at det var de som ble flyttet på og skulle behandles, selv om det ut fra dataene primært kan se ut som familievansker. Dataene viser også mye uro og utrygghet hjemme uten at barnevernet ble koblet inn. Blant mennene som oppgir å ha hatt kontakt med barnevernet (8), sier de, med unntak av en, at det skjedde fordi de selv hadde atferdsproblemer. Like mange kvinner oppgir at barnevernet kom inn, men her sier flertallet at det var på grunn av problemer i familien. Mens en høy andel av kvinnene ble sendt til behandling for psykiske problemer, ser det ut til at mennene «syntes mer» i terrenget, noe som blant annet viser seg ved at en høy andel «ble tatt av politiet» i ung alder.

Tabell 4: Rusmiddeldebut og kontakt med politi før fylte 16 år – %

	Kvinner	Menn	Totalt	SIFA-us.
Alkohol	59	63	61	83
Løsemidler	45	46	46	93
Illegale stoffer	86	69	77	77
Sprøyter	64	31	46	26
Politi	28	74	56	50

Tabellen viser prosentvis andel debutanter før fylte 16 år blant de som oppgav å ha debutert med de ulike rusmidlene og andel «tatt av politiet» før fylte 16 år. Rusmiddeldebut er definert som flergangsbruk med beruselse, mer enn eksperimentering. Sytti prosent og 50% oppgir å ha ruset seg med hhv. alkohol og løsemidler blant MiO-pasientene. I SIFA-undersøkelsens underutvalg oppgir 90% og 55 % å ha ruset seg med disse midlene. Inntakskriteriene til MiO krever at alle har debutert med opiat og sprøyter. I SIFA-utvalget har bortimot alle debutert med sprøyter, men hovedtyngden har debutert etter fylte 16 år.

Det første som er iøynefallende, i tillegg til et generelt bilde med tidlig rusmiddeldebut, er kjønnsforskjellen mht debut på illegale midler og i særlig grad sprøyter. Kvinneandelen som debuterte med sprøyter før fylte 16 år er over det dobbelte av tilsvarende andel av mennene. MiO-pasientene skiller seg fra SIFA-utvalget ved en langt høyere andel tidlige sprøytdebutanter. Det andre forholdet er at en betydelig andel av mennene kom tidlig i kontakt med politiet pga lovstridige handlinger. Jeg har valgt å presentere rusmiddeldebut og første gang «tatt av politiet» i samme tabell fordi diskusjonen omkring illegal rusmiddelmisbruk og kriminalitet iblant tar form av

en diskusjon om hva som avfødte hva. Som vi ser ligger andelen menn som ble tatt av politiet før fylte 16 år høyere enn debut på samtlige rusmidler og i særlig grad debut med sprøyter. Det er også en relativt høy andel kvinner som har blitt tatt av politiet i ung alder, et mønster som skiller seg fra kvinner flest.

Blant de kvinnene som har ruset seg med alkohol debuterte den yngste som sju-åring og den eldste som 18-åring. Tilsvarende debutalder blant mennene er åtte og 21 år. Blant de som har ruset seg med løsemidler finner vi en aldersspredning på debut blant kvinnene fra 10 - 16 år; blant mennene 9 - 17 år. Kvinner debut med illegale stoffer sprer seg fra 10 - 17 år, mens mennenes debut sprer seg fra 10 - 21 år. Kvinnene debuterer med sprøyter fra 11 - 30 år; mennene fra 12 - 28 år.

Opp mot denne problembeskrivelsen av oppvekstforhold står aktiv deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, særlig som aktive utøvere, men også som ledere. Særlig finner vi høy deltakelse innenfor idrett, men også innenfor speider og musikk. Hele 29 (13 kvinner og 16 menn) av 46 besvarte oppgir å ha vært aktive og også ledere innen idrett. Ti (8 kvinner) deltok i organiserte musikkaktiviteter og 15 (8 kvinner og 7 menn) var i speideren. De ser ut til å ha representert den norske organisasjonskulturen fram til en viss alder. Flere oppgir også at de hadde andre, ikke-organiserte, interesser på fritiden. Det er imidlertid rimelig å se den tidlige rusmiddeldebuten og det å «bli tatt av politiet» i så ung alder, særlig for mennenes del, som symptomer på at noe var i ferd med eller allerede hadde gått galt i forhold til å klare og følge opp slike vanlige aktiviteter.

Rusmiddelmisbruk som symptom

Pasientene er spurt om hvorfor de startet å ruse seg med illegale stoffer. Dette ligger langt tilbake i tid, og forståelsen av hva som skjedde endres og utvides med alder og erfaring. Felles synes imidlertid å være en opplevelse av at de på en eller flere måter skilte seg ut enten gjennom vanskelige oppvekstkår, urolige skoleår, tidlig rusmiddelbruk, lovstridige handlinger hvor politiet grep inn, flytting fra hjemmet, institusjonsopphold eller opphold hos slektsmedlemmer som tilbød seg i en vanskelig situasjon. Det kan se ut som om påkjennningene ble for store og at rusmidler fremsto som en løsning. Det faktum at rundt 45% (av 45 besvarte) har eller har hatt ett eller to søsken med lignende problemer er med på å styrke en kontekstuell forståelsesmåte, hvor utvikling av rusmiddelmisbruk ses i sammenheng med livsforholdene man lever under. I SIFA-undersøkelsens sammenligningsutvalg oppgir også en forholdsvis stor andel (32%) å ha ett eller flere søsken med slike problemer. Andre undersøkelser av stoffmisbrukere i behandling (Tjersland 1996, Ravndal 1994, Finstad 1990) viser også problemfylte oppvekstkår, som har mye til felles med det som fremkommer i MiO-studien.

Axelsen (1997) drøfter på hvilke måter livspåkjenninger kan føre til psykiske problemer, hvor reaksjonenes styrke reflekterer i hvilken grad belastningene har truet ens selvfølelse. Å ha vært utsatt for maktbruk, krenking av ens grenser og neglisjering av behov er overskrifter på livspåkjenninger hvor individet opplever avmakt og fremmedgjøring. «En rammet selvfølelse blir den mellomliggende variabel mellom belastning og symptomer (ibid: 62).

Kjønn og forståelse

Når pasientene bes om å forklare hvorfor de begynte å ruse seg med illegale rusmidler, ser det ut til at kvinnene og mennene forklarer dette noe ulikt. «Rusen kunne frita meg for ansvar», sier en kvinne som måtte gå inn i voksenrolle i ung alder. De langt fleste kvinnene vektlegger at rusingen hadde sammenheng med en opplevelse av uro og lite stabilitet da de vokste opp. Savn av nærhet, å bli overlatt til seg selv, bli avvist, ha få holdepunkter, måtte påta seg for mye ansvar er grunner de oppgir. Konkret forteller de om savn av en forelder etter skilsmisse, om søsken som ble splittet, om rusmiddelmisbruk. «Blanding av avvisning i hjemmet og nysgjerrighet er en veldig uheldig kombinasjon», sier en. En sier at hun flyttet ut av hjemmet som 15-åring fordi hun opplevde seg som tidlig voksen. Like etter ble hun kjæreste med en gutt som brukte stoffer. En annen kvinne ble kjæreste med en stoffmisbruker som 12-åring. Forelskelsen i akkurat en som brukte stoffer fremstilles som tilfeldig, men rusmiddeldebuten forklares som en løsning eller protest på skilsmisse og kaos hjemme. Noen fant peace and love i Slottsparken. Hippietida, flower power, sier de. Det begynte med hasj, og så utviklet det seg. Flere av veteranene beskriver denne tida som spennende, minnes avdøde helter som Janis Joplin og Jim Morrison, sterkt samhold og en god porsjon idealisme. En idealisme som ble erstattet av kynisme og ren overlevelse. En fant sjelefred i Parken i flukten fra sitt dårlige forhold til far. Det ser ikke ut som om det bare var hasjlukt og mystikk som tiltrakk, men at samværet innebar en tilhørighet og en ro som de ikke fant hjemme. Noen få frakobler hjemmet og legger rusingen til spenning og miljøer - «og så en dag hadde det gått for langt». Bjerrum Nielsen og Rudberg (1992) drøfter sammenhenger mellom jenters identitetsutvikling (relasjoner til andre i motsetning til gutters avgrensning fra andre) og utvikling av

rusmiddelproblemer. Fordi jenters identitetsutvikling er så relasjonelt forankret, er jentene mer sårbare for vanskelige familierelasjoner. Forfatterne hevder at det også kan være slik at jentene faktisk *ser* de problematiske forholdene bedre enn guttene.

Mennene viser en noe annerledes forståelse og fremstilling av hvorfor de begynte å bruke stoffer. «Jeg søkte eldre kamerater, fire - fem år eldre enn meg. Syntes at de på samme alder var barnslige. Sniffa Tip Top i femte klasse. Seinere ble det hasj. Jeg drakk tidlig. Syntes det var tøft. Jeg kan ikke legge skylda på hjemmet. Men, jeg var mye aleine», sier en. Den siterte mannen sier også at han var «veldig kriminell som barn», i likhet med flere av sine mannlige medpasienter. Den største gruppa forklarer rusingen med gjengen, miljøet og eldre kamerater. Noen færre heller til at behov for spenning og ren nysgjerrighet førte dem i kontakt med illegale stoffer. Kun noen få av mennene knytter bruk av illegale stoffer til en problemforståelse av hjemmeforholdene: «Jeg søkte ett eller annet, noe utenom det som var hjemme. Noe all right, noe godt noe», sier en, som får følge av en medpasient: «Det var lite kjærlighet hjemme. Det er viktig å tilhøre noe, bli brydd om». Mennene minnes også Slottsparken. Mens kvinnene forteller om kjæresten, er det gjengen som var i sentrum for mennene: «Hvis du ikke røyka hasj, var du ikke en av gutta. Vi pleide å legge sammen til hundre kroner, som var lik en fyrstikkeske med hasj. Nå er det hundre kroner pr. gram». Enkelte uttrykker at de søkte ro i stoffene. Men hovedtyngden snakker om miljøet, skaugjengen, de eldre kameratene, - «det var noe alle i blokka dreiv med».

Avvikerkarrieren

Pasientene blir også bedt om å si noe om hvorfor de har fortsatt å bruke stoffer: «Det er et livsmønster som har vart i mange år. Jeg har aldri kjent til noe annet. Det nyktre livet jeg kjenner til er på institusjon. Jeg har ikke hatt sånn vanlig barne- og ungdomstid, oppvekst. Dop har vært en så stor del av livet», sier en av mennene. Dette utsagnet kan representere både kvinner og menn i MiO. Selv om det har vært pauser og variasjon i rusmiddelbruken, har utviklingen for de langt fleste gått i en sirkel som har snevret seg stadig mer inn fra skaugjenger og nærmiljø til sentrale bygater, ulike krypter, behandling og fengsel og for flere av kvinnenes del prostitusjon. Utdannelsen innenfor den ordinære skolen stoppet tidlig for de fleste. Flere har tatt igjen tapt og avbrutt skolegang i fengsler og institusjoner.

De fleste har etter hvert hatt klientstatus i flere sammenhenger: barnevern, sosialkontor, trygdekontor, institusjoner. Skau (1992) drøfter i en studie av klienter innlagt ved Berglund behandlingshjem i Tromsø hvordan klientrollen eller -identiteten på avgjørende vis griper inn i ens liv og blir noe uavvendelig. Klientrollen beskrives ved at man går fra subjekt- til objektstatus, dvs at man til en viss grad «slutter å være konge i eget rike» til å bli underkastet ulike former for tiltak hvor virkningene blir studert. Privatlivet blir avprivatisert, og unike tilstander blir oversatt til diagnostiske kategorier. Klientstatusen markerer også en overgang fra normalitet til avvik. Skau hevder at klientstatusen er definitiv ved at den er nedskrevet i dokumenter som fortsetter å bestå også etter at det direkte klientforholdet er avsluttet. Klientstatusen er ikke bare en livshistorisk, men en livsvarig forandring. Det er en latent status som når som helst kan aktiveres og som det er umulig å kvitte seg helt med og som preger ens selvoppfatning.

«Stoffmisbruker» er nærmest blitt en yrkesbetegnelse, hvor det personlige og individuelle overskygges. En endring til «eksmisbruker» viser også til egenskaper og til noe uavvendelig: man kan begynne å bruke stoffer igjen (Christie og Bruun 1996). Både klient- og stoffmisbrukeridentitetene er med årene blitt tydeligere og viktigere enn identiteter knyttet til yrker eller andre sosiale sammenhenger. Dette kommer tydeligere fram dersom vi ser nærmere på hvordan pasientene har posisjonert seg i forhold til utdanning og arbeid sammenholdt med utvikling av rusmiddelmisbruk og kriminalitet, som noen markører på at avviksmiljøer etter hvert fortrenget en utvikling i mer vanlig retning.

Tabell 5: Fullført utdanning - %

	% MiO	N	% SIFA-us.	N
Grunnskole	92	(50)	94	(150)
Yrkeskurs	60	(48)	41	(149)
Lærling/fagbrev	10	(48)	11	(149)
Videreg 2-år yrkes	8	(48)	15	(149)
Videreg 3-år yrkes	4	(48)	7	(149)
Videreg 3-år almen	13	(48)	11	(149)
Høgskole/universitet	2	(48)	2	(149)

Fire har ikke fullført grunnskolen eller folkeskolen som det het for noens vedkommende. Over halvparten har gjennomført diverse yrkeskurs, som er av et halvt eller ett års varighet. Utover dette er det glissent mht videre utdanning. Arbeid regnes som en grunnforutsetning for deltakelse i voksent samfunnsliv. Gjennom

utdanning og arbeid skaper vi vår sosiale identitet. Mange av pasientene vokste opp i en tid hvor tilgang på arbeid gjorde utdanning mindre nødvendig enn i dag og kunne slik sett ha opparbeidet lang arbeidserfaring til tross for liten utdannelse. Som tabellen nedenfor viser har forholdsvis mange vært i det som er definert som langvarig arbeid («mer enn ett år, evt. fast ansettelse»). Samlet sett er det likevel en stor andel som ikke kan sies å ha vært i samme arbeidsforhold over en lengre periode. Lengstvarende gjennomsnittlige arbeidsforhold er noe høyere hos mennene enn hos kvinnene: hhv. 38 og 28 mnd. Spennet varierer fra aldri å ha arbeidet til å ha vært i arbeid i over åtte år sammenhengende (tre menn).

Tabell 6: Arbeidslivserfaring - antall og % (N=47)

	Antall	%
Aldri arbeidet	3	6
Under 12 mnd	8	17
12 - 36 mnd	19	40
40 - 96 mnd +	17	36

Blant kvinnene har kun fem oppnådd lengstvarende sammenhengende arbeidsforhold (28 mnd). Noen av kvinnene har imidlertid vært hjemmевærende med barn i perioder. Tre av mennene har rundt ti års arbeidslivserfaring. Å være i arbeid er ikke nødvendigvis ensbetydende med brudd med rusmiljøene. Flere forteller at de har klart å kombinere rusmiddel- /stoffbruk og arbeid over lengre perioder: «Jeg dreiv jo med heroin da og, hele tida mens jeg jobba. I begynnelsen var det amfetamin. Og før heroinen kom,

så dreiv jeg med morfin, det var jo pak-bitene i 73-74. Jeg har alltid vært glad i å jobbe, jeg, men jeg har alltid dopa meg når jeg har jobba. Jeg levde nærmest dobbeltliv på en måte».

Det er ikke nødvendigvis slik at når jobben kom inn forsvant rusmidlene ut, men at det har vært mulig å ruse seg på en slik måte at man har klart å holde seg ganske stabil i jobben. Pasientene gir viktige bidrag til dikotomien «rusfri - på kjøret» og derved til bildet man har av de som bruker stoffer. Bildet av misbrukeren er mer sammensatt, og graden av rusmiddelinntak ser ut til å styres av en del ytre forhold og ens sosiale situasjon. «Jo mer du har å døyve, jo mer bruker du», som en av kvinnene sa, hvor situasjonen var grenseløst trist. Jo mindre en har å miste, jo mindre viktig blir kontrollen over rusingen, kan man også tenke seg.

Når løsningen blir et problem

Forsøksgruppen omfatter mange av pionerene blant de «moderne stoffmisbrukerne», hvor rusmiddelbruk startet tidlig og hvor illegale stoffer og sprøytebruk ble fyrtårn i etter hvert kaotiske liv. Det sosiale ankerfestet ble ulike avviker kulturer. De eldste debuterte med illegale stoffer rundt 1967 - 68; de yngste på midten av 1980-tallet.

For begge kjønn «har livet bare blitt slik», men utover det er forklaringene mer nyanserte. Forskjellene mellom kvinner og menn ser vi også her først og fremst ved at kvinner trekker fram relasjonelle forhold (barn, forhold til menn): «De tok fra meg barnet mitt», «det ble slutt på ekteskapet» og «jeg kom inn i et sinnssykt forhold». Opiater omtales som kraftfulle; en betegner det for førsteelskeren. Det kan se ut som om heroin for disse er

uovertruffet når det gjelder å lindre fysisk og psykisk smerte. Uansett forklaringer har rusen gått inn som en viktig bestanddel i en livssammenheng. Slik andre med årene finner seg til rette i ulike yrkesmessige, familiære og sosiale sammenhenger har de funnet seg til rette innenfor sine sosiale strukturer. Det betyr slett ikke at de er fornøyd med det; de ønsker å forlate det, men «jeg fant et miljø der jeg følte meg trygg, hvor ingen stilte krav», som én sier. Det har vært reduksjon i misbruket, hovedsakelig ved behandlings- og fengselsopphold, men også i forbindelse med omsorg for barn og familieliv. Prosjektet de begir seg inn på ser ut til å være formidabelt: «Når du har levd et helt liv en plass, så legger du ned din tilhørighet og det å være deg – hele deg – i det prosjektet. Å forlate det innebærer å forlate en stor del trygghet og en stor del av meg sjøl».

Mange uttrykker at de føler oppgitthet over livssituasjonen. De opplever at det er håpløst lang avstand til det «nyktre» livet, som innebærer å bryte med et livsmønster som har vart i så mange år. «Det er det jeg kan og er innkjørt på. Jeg kjenner ikke noe annet liv som voksen. Sosialt, i forhold til det meste. Det nyktre livet jeg kjenner til er på institusjon», sier en. Pendlingen mellom gata, fengsel og institusjoner tilbyr et fellesskap og en opplevelse av å bli godtatt og se seg selv som del av en større sammenheng: «Du får kontakt med likesinnede som du er på bølgelengde med», som en kvinne sier. Ens sosiale identitet og rolleutforming ligger her, og den blir styrket til fortrenghet av mer «normale roller» med tiden. MiO-pasientene har en særdeles lang karriere innenfor disse avvikerkulturene.

Tabell 7: Daglig/nesten daglig bruk av illegale rusmidler og sprøyter - gjennomsnitt antall år

	Kvinner	Menn	Total
Illegale stoffer	19.5 år	21 år	20 år
Sprøyter	17 år	18 år	17.5 år

Med sin høye alder og relativt få avbrudd av lengre varighet har pasientene lang karriere som brukere av illegale stoffer og sprøyter, gjennomsnittlig 20 år. Selv om kvinnene i gjennomsnitt er yngre, er gjennomsnittlig misbrukslengde ikke langt unna mennenes fordi kvinnene også debuterte yngre. Tid i fengsel er ikke trukket fra daglig/nesten daglig bruk av illegale stoffer og sprøyter. Det er rimelig å tenke seg at opphold i fengsel har innebåret en vesentlig reduksjon i stoffbruk, slik at dette har in mente mht gjennomsnittlig daglig/nesten daglig misbrukslengde.

Tabell 8: Lovbruddstyper dømt for en eller flere ganger – %

	Kvinner	Menn	Total
Besittelse narkotika	65	69	67
Salg/smugl narkotika	37	73	58
Vinningslovbrudd	60	73	67
Vold/ran	0	15	9

Kun to av mennene og tre (av 18) kvinner er ikke straffedømte. Vinningsforbrytelser, som sammen med besittelse av narkotiske

stoffer, var lovbruddstyper som førte til første dom for de fleste som er straffedømte, er sammen med salg og smugling av narkotika de lovbruddene som trer fram. Med årene ser det ut til at vinningsforbrytelser har veket plassen for mer salg av narkotiske stoffer, vesentlig til finansiering av eget bruk. Bødal (1982) fant i sin undersøkelse av 350 straffedømte etter «proffparagrafen» (strl. § 162) at den ofte omtalte «narkohaien» i de fleste tilfeller også var bruker. Hvorvidt de MiO-pasientene som er dømt for narkotikalovbrudd er dømt etter denne eller andre paragrafer i narkotikalovgivningen, vites ikke. Men veien mellom bruk og salg synes også her kort. Avstanden mellom bruk og salg ser ut til å skrumpe inn med årene fordi det kreves mye ungdommelig energi og gode nerver for å gjøre innbrudd, forsyne seg av andres gods og omsette det i penger. En av mennene beskriver utviklingen sin slik: «Før i tida, når det blei dårlig med dop, så fløy jeg og stjal eller gjorde innbrudd, men nå i de seinere åra, hvis det blir dårlig med dop, så går jeg ikke ut og gjør innbrudd. Jeg legger meg ned og tar abstinensene og venter på at det skal bli bedre tider. Nei, jeg slutta med innbrudd for mange år siden. Jeg føler meg som en drittsekk når jeg bryter meg inn i leiligheter eller stjeler veska til en gammel dame. Jeg er liksom ikke kriminell, vet du. Eller, jeg føler meg ikke kriminell i dag, for jeg synes det er dårlig gjort å rote til i hjemma til folk, og jeg synes til og med det er dårlig gjort å gjøre innbrudd på et kontor. For der jobber jo folk, de har ordna og rigga seg til, og så kommer jeg og ødelegger hele greia. Jeg har liksom fått samvittighetskvaler».

Mennene har, som ventet, flere og lengre fengselsopphold enn kvinnene. Gjennomsnittlig tid i fengsel er for kvinnene 17 mnd og for mennene 45 mnd.

Helsemessige forhold

Misbrukslivet har vært svært krevende for kropp og helse og har medført infeksjonssykdommer og andre helseskader: lammelser, amputasjoner, blodpropp, forhøyede lever tall, underlivsproblemer, forsømt tannhelse og sprøytearr som gir plagsomme hevelser. I likhet med stoffmisbrukere generelt i Norge er også MiO-pasientene gjennomtestet for hiv. De fleste hadde avlagt test i løpet av siste året. Sju av pasientene er hiv positive, og bortimot alle er smittet av hepatitt c. Av 47 som besvarte spørsmålet er det kun åtte som ikke har satt overdose noen gang. Overdose er definert som kommet til livet igjen ved venners eller profesjonell hjelp. Seks menn og en kvinne oppgav å ha satt over ni overdoser. I tillegg forteller de om overdoser hvor de etter en tid har våknet selv, men som også kan representere et grenseland mellom liv og død. Tolv (av 20) kvinner og elleve av mennene oppgav at de har forsøkt å ta sitt eget liv en eller flere ganger. Mange bruker betegnelsen «nerver» om sin psykiske tilstand, hvor rusmiddelbruk forklares som en god «demper».

Behandlingserfaringer

De fleste av pasientene har mye behandling bak seg. Gjennomsnittlig oppgir kvinnene 40 mnd, mennene 31 mnd. Tretten av kvinnene (20 besvarte) har en behandlingstid som spenner fra tre år til mer enn åtte år. De øvrige ligger mellom en mnd og opp til to år. Hovedtyngden av mennene (24 besvarte) har en behandlingstid på under tre år, med fem uker som den korteste. En av mennene har ikke tidligere vært i behandling, og en har en behandlingstid på åtte år. Mange har avbrutt behandlingen underveis, de fleste på grunn av regelbrudd. Spørsmålet om avbrudd er kun besvart av 33 pasienter, hvorav tre ikke har hatt

behandlingsavbrudd, og rundt halvparten har hatt tre-fire. Fem har avbrutt behandlingen mer enn ni ganger. Poliklinisk behandling inngår i den totale behandlingstiden. Kun 37 besvarte spørsmålet om poliklinisk behandling, først og fremst fordi svaralternativet var antall måneder, hvilket vanskeliggjorde å gi et svar. Enkelte har hatt slik kontakt over tid, men med svært varierende kontakthypighet. Halvparten av kvinnene (18 besvarte) og vel 40% av mennene (19 besvarte) har ikke tidligere vært i poliklinisk behandling. Blant mennene ser kontaktforholdet ut til å ha vært kortere enn blant kvinnene. Sju kvinner oppgir å ha hatt poliklinisk kontakt i mer enn ett år, hvorav én kvinne i over åtte år.

Samlet sett er det døgninstitusjoner og til en viss grad kollektiver som utgjør hovedtyngden av behandlingserfaringer: «Jeg har vært på så mange institusjoner, har så mange opphold bak meg at jeg måtte bare prøve noe annet. Jeg hadde gitt opp trua på å bli nykter på den måten. Da jeg gikk inn på X i -85, da hadde jeg virkelig trua på at jeg kunne bli nykter, og viljen var der og alt, og jeg sto på skikkelig og var nykter i ett og et halvt år, og så gikk det gærnt. Og jeg har prøvd andre institusjoner seinere, men det har også gått gærnt. Etter X så veit jeg jo litt hva som gikk gærnt, for vi levde veldig isolert den tida vi var på X. Det var veldig greit å være der inne, for der blei vi tatt vare på og sånn. Men når vi flytta ut og plutselig satt der i leiligheten liksom - hvor blei det av alle folka, og du kjente litt på det å være aleine og ensom igjen. Jeg følte meg litt verdensmester etter oppholdet på X, kunne fikse og ordne alt og hadde veldig store krav til meg sjøl. Jeg tror det gikk mye galt der».

Det kan se ut som om de fleste har klart seg godt i den tiden de har vært i institusjon. Når de kommer ut derfra, oppleves livet imidlertid vanskelig. Roller som spilles, felles språkkoder, åpenhet om fortid og beskyttelsen som ligger i institusjonens vegger får ofte et dramatisk brudd i møtet med hverdagen. Institusjoner er også gode arenaer for å lære mer om det man skal bryte med. Fengsler omtales gjerne som forbryterskoler, og institusjonsbehandling samler de som ikke har klart seg. Antakelig opplever mange trygghet og solidaritet «blant sine egne», men det har den baksiden at avviket kan forsterkes. Thomassen (1993) har i en studie av narkotika subkultur, hvor datagrunnlaget er intervjuer med stoffmisbrukere, pekt på hvordan såkalte mislykkede behandlingsopphold kan forsterke opplevelsen av det umulige og være med på å sementere myten om «den evig narkomane» (ibid:94), som Christie og Bruun (1996) betegner for slavehypotesen.

Et særtrekk ved mange behandlingsinstitusjoner for stoffmisbrukere er at fremvisning av symptomet («sprekk») eller andre regelbrudd (atferd som ikke blir akseptert) ofte fører til utskrivning. Dette kan se ut til å stå i kontrast til behandling av andre lidelser, hvor symptomene kan studeres som viktige meningsbærere. Axelsen (1997) hevder at det alltid er en logikk i symptomer. Hun drøfter symptomenes logikk innenfor psykoterapeutisk behandling, hvor hun hevder at et av de viktigste målene er at personen slutter å være redd reaksjonene sine (ibid:20). Den andre siden ved det er antakelig i hvilken grad behandlere har styrke til å tåle og stå bi når pasientenes reaksjoner kan virke overveldende. Pasientene har nok opplevd at symptomene («sprekkene») ikke alltid har båret den mening for behandlerne som de har gjort for dem selv og også forsøkt å skjule

dem for ikke å bli kastet ut av institusjonen. Mange har utviklet skepsis til behandling, og nye runder innenfor det de har forsøkt tidligere vil for de aller fleste være uaktuelt: «De har funnet på mye rart med stoffmisbrukere. Det er mange forståelsepåere der, som har funnet ut at det som gjelder for dem gjelder for alle andre også, og så er de blitt enige om at det skal være sånn. De har ikke mulighet for å sette seg inn i en stoffmisbrukers tankegang. De tror de kan det, men de kan det ikke egentlig».

Som det vil fremgå vil poliklinisk behandling kreve en stor grad av det som Christensen og Gran (1994) kaller «indrekontroll», hvor de blant annet drøfter nødvendigheten av å anerkjenne og styrke klienters egen ekspertise. I følge forfatterne blir dette lite oppmuntret innenfor stoffmisbruksbehandling, slik denne pasienten beskriver: «Behandlingsapparatet er sikkert veldig bra for mange, men for andre igjen så kan det gjøre vondt verre. Det jeg har sett og opplevd sjøl er at det kan være veldig ødeleggende for selvstendigheten. Man blir vant til at de alltid er der og skal støtte deg. Man klarer ikke å gjøre noe på egen hånd». Christensen og Gran (ibid) hevder at det dominerende innenfor behandlingsapparatet har vært og er at stoffmisbrukere gjøres ekstremt avhengig av ytre styring og at det har gått ut over klientenes følsomhet overfor egen kunnskap om seg selv og gjennom det har tilrettelagt lite for utvikling av mer egen (indre) kontroll og styring over eget liv. «I stedet blir de til stadighet utsatt for et paradoksalt budskap: Du må lære å ta ansvar for deg selv gjennom å akseptere vår definisjon av hvem du er og hva du bør gjøre» (ibid:246). Med andre ord blir de underkastet beslutninger foretatt av andre, og hvis det går galt, er det deres eget ansvar.

Pasientenes behandlingserfaringer er selvsagt ulike. Det som generelt trekkes fram som positivt er at de har fått mulighet til å ta fatt i ulike problemer, «lært å stå i følelsene» som noen sier og fått hjelp til å bli bedre kjent med seg selv og forstå sine egne reaksjonsmønstre. Det kritiske omhandler regelverk som skal styre atferd og for stor avstand mellom institusjonslivet og det virkelige livet.

Seks måneder før inntaket

«Du har gått og vært innmari nervøs for at du ikke skal komme med, og jeg har følt det slik at hadde jeg ikke kommet med, så hadde jeg kjørt løpet ut, jeg hadde daua, altså, for nå orka jeg ikke mer. Så dette har vært det siste jeg hadde noe tro på, for jeg har mista helt troen på alle institusjoner. Jeg merka sjøl på misbruket mitt og, at det har blitt mye heftigere og at grensene har flytta seg noe jævlig. Det har vært innmari slitsomt de siste par åra, ja siste året, det er blitt verre og verre føler jeg. Du må jo liksom ta i forhold til å døyve, ikke sant». Flere enn denne pasienten har tøyd grensene, i fortvilelse og desperasjon over at livet er vanskelig å leve. Livssituasjonen de var i før de ble innkalt til inntakssamtale viser en nedslitt og utstøtt gruppe mennesker med et stort og helsefarlig rusmiddelinntak. Bildet som tegner seg er en spiral av livsvansker, som har vært en kronisk situasjon i en årrekke. Rusmiddelbruk som spenning eller kick er et tilbakelagt stadium. Det gjelder å «holde seg frisk», som innebærer daglig tilførsel av effektive rusmidler for å holde de verste plagene unna. Tabellen nedenfor viser hvordan livssituasjonen så ut de siste 6 månedene før inntaket.

Tabell 9: «Livssituasjon» siste 6 mnd ved rusmiddelbruk, viktigste inntektskilder og hovedbeskjeftigelse – %

	Kvinner	Menn	Total
Opi inj dagl.	82	78	80
Medik dagl.	43	26	33
Medik ukentl.	33	37	35
Uføretrygd	10	26	19
Sosialhjelp	45	22	32
Attføring	24	11	17
Stoffsalg	40	62	52
Annen krim	0	27	15
Prostitusjon	41	0	18
Fengsel	10	19	15
Institusjon	24	11	17
«På kjøret»	72	67	71
Annet	19	30	25

Som forventet injiserte de fleste opiater daglig/nesten daglig. Rundt 70% hadde brukt medikamenter (hovedsakelig benzodiazepiner) daglig/nesten daglig eller noen ganger ukentlig - samlet sett en intens rusmiddelbruk. Flere menn og et fåtall kvinner brukte også hasj noen ganger ukentlig eller månedlig. To av mennene oppgav daglig/nesten daglig bruk av alkohol. Sentralstimulerende stoffer ser ut til å være et tilbakelagt stadium; de fleste har brukt dette i yngre dager. Samlet sett viser bildet et blandingsmisbruksmønster.

Stoffsalg og prostitusjon (blant kvinnene) har vært viktige inntektskilder, men også sosialstønad, som særlig kvinnene

fremhever som en viktig kilde. Som vi ser er det en mindre andel som oppgir «annen kriminalitet» som viktig inntektskilde, og det er kun menn som oppgir dette som viktig. Redsel for å pådra seg nye straffesaker, som ville diskvalifisere dem for inntak, medførte imidlertid at mange var mer forsiktige i denne perioden – en vanskelig balanse når de samtidig hadde et høyt forbruk av rusmidler som krever mye penger. Samtidig har nok også alder og nedslitthet antakelig forskjøvet lovstridig virksomhet fra vinningslovbrudd i noe yngre dager til stoffsalg.

De langt fleste var «på kjøret». Noen tilbrakte en periode i institusjon eller fengsel. To kvinner og en mann startet i behandling direkte fra fengselsopphold. Tre var uten fast bopel. Rundt 60% og 75% av hhv. menn og kvinner bodde i egen leilighet alene eller med samboer. De øvrige bodde hos foreldre, i hybelhus eller i fengsel. Hovedtyngden hadde de siste seks månedene enten kun hatt omgang med andre misbrukere, mest omgang med andre misbrukere eller isolert seg. De er også spurt om familiekontakt (hyppighet). Av de 21 mennene som på det tidspunktet fortsatt hadde sin mor i live, hadde 16 daglig eller ukentlig kontakt. For de 15 kvinnene med mor i live, hadde åtte tilsvarende kontakt. Ti og sju av hhv. menn og kvinner hadde på det tidspunktet mistet sin far. Av de med gjenlevende fedre hadde ti av mennene og fem av kvinnene daglig eller ukentlig kontakt. Det kan se ut som om mennene i større grad enn kvinnene har hatt ofte kontakt med sin opprinnelsesfamilie, uten at det går fram hva som ligger i denne kontakten. Med tanke på familie som viktig nettverk kan det imidlertid se ut til at kvinnene har mindre å støtte seg til enn mennene. Gran og Størksen (1990) finner et lignende mønster hos sine mannlige og kvinnelige klienter.

Fjorten av mennene er fedre; to er bestefedre. Ni kvinner er mødre; én er bestemor. Ingen hadde daglig omsorg for egne barn ved inntak. Rundt 35% og 50% av hhv. menn og kvinner hadde levd i samboerskap de siste seks månedene. Partner hadde også rusmiddelproblemer. Fem par søkte og ble innvilget behandling i MiO. Parforholdene hadde i alle tilfellene vart i flere år. I andre tilfeller hadde partner enten ikke søkt MiO eller oppfylte ikke kriteriene for inntak. Parforhold hvor den ene part er på metadon og den andre aktiv misbruker, drøftes senere. To menn og en kvinne hadde partner i «Metadontiltaket Ullevål». De øvrige oppgav at de levde alene.

Pasientenes forventninger

Pasientene er intervjuet om hva de forventer seg av behandlingen. Intervjuene er foretatt mot slutten av avrusning eller i starten av behandlingen. Man kan kanskje tenke seg at pasientene hadde planene klare for hva de ønsket med å søke metadonbehandling. Som Thomassen (1993) drøfter er framtid lite nærværende når man lever innenfor narkotika subkulturer. Nåtida er det avgjørende - framtid er for utfordrende. Det som i tillegg ble svært tydelig under intervjuene var at pasientene hadde hatt mer enn nok med å komme seg til avrusning, for deretter å gjennomføre avrusningen. Framtidsperspektivet dreide seg mer om der og da, time for time enn måneder fremover: «Vet du hva, jeg klarer ikke å se fremtiden i det hele tatt, for jeg er så sliten. Det er ikke noe framtid, det er bare nå og her, ikke sant. Jeg sitter her med en sulten kropp og en psyke som bare vil ha en ting. Og når du har det sånn - jeg har snakket med flere her inne - og det er ingen som klarer å legge planer eller tenke fremover, det går ikke».

Det er ikke lett å beskrive drømmer og ønsker for tiden som ligger foran når kroppen er skjelve og sliten etter lang tids intenst kjø. Ubehaget sitter lenge i kroppen. I tillegg kommer den dårlige samvittigheten og alt man skal ta fatt i når de endelig har kommet gjennom nåløyet. Det er en skjør situasjon for de aller fleste. Mange ønsker seg bort *fra* et liv som er svært vanskelig, men det kan være vanskelig å formulere hva de ønsker seg *til*: «Den største motivasjonsgrunnen for meg er Strøket, altså, for jeg blir helt kvalm bare jeg tenker på å gå ned der. Jeg vet ikke hvilke forventninger jeg har til dette her. Jeg går ikke og tenker så mye på det, for jeg synes hele greia er uvirkelig. Det får jeg ta litt etter hvert, for jeg kan ikke huske at jeg har vært i en sånn situasjon at jeg seriøst kunne vurdere hva jeg skulle gjøre, liksom. Nå har jeg hatt mer enn nok med å tenke Akutten og til mandag og så komme i gang», sa en kvinne. Mens andre konkretiserer framtida i form av gjeld de må gjøre noe med, jobber de ønsker seg etc. For de mest nedkjørte ser det ut til at overlevelse og slippe mer nedverdiggelse er det største målet i denne fasen. Enkelte har uttrykt store mål som de ønsker oppnådd på kort tid. Det kan utenfra se urealistisk ut (og viser seg også å være det), men det er antakelig uttrykk for at dette er mennesker som opplever at de har mistet mye tid og derfor har det travelt. Andre har, kanskje fra tidligere behandlingserfaringer, fått innsikt som gjør at en skjønner at dette tar tid.

Ønskene i denne fasen kan synes beskjedne, men er kanskje en realistisk start for mange: «Jeg har lyst til å gå på stranda og sole meg om sommeren f.eks., for det har jeg aldri tid til. Og så har jeg en helt forkvakla døgnrytme, så det går ikke. Jeg har aldri tid til å gjøre sånne helt kjedelige, grå, vanlige ting. Metadon er ikke noe tryllemiddel. Det får ikke meg til å forandre meg fordi jeg får metadon. Men metadon gjør at jeg slipper å slite».

Noen få hadde på dette tidspunktet allerede en viss avstand i tid til det aktive rusmiddelmisbrukslivet og var derved heller ikke så nedslitte. Disse klarte i noe større grad å konkretisere planer for de første månedene, som dreide seg om utdanning eller arbeid. De fleste uttrykte erfaring og innsikt nok til å se at metadon bare ville være en hjelper, men flere hadde nok trodd at det gikk an å lukke bakdøra fortere, som en kvinne uttrykte det.

6 Behandlingsforløp

«De sju reine dagene»

Pasientene skal være avruset før metadonbehandlingen settes i gang. Etter avrusning skal pasientene kunne vise til reine urinprøver i sju dager før behandlingen starter. Dette begrunnes med følgende (fra MiOs metodebok):

- reseptorene skal være reine for metadonbehandling
- forskerne trenger en psykologisk test, hvor pasienten intervjues uten å være påvirket av medisiner
- avrusningsperioden, hvor pasienten jobber med å bli rein har dessuten vist seg å ha positiv effekt for pasientens muligheter for å lykkes
- ved en rein periode på sju dager unngår pasienten evt å få epilepsikrampe av metadon

Kravet om å skulle avlevere sju reine urinprøver etter at man er avruset har medført stort besvær for mange av pasientene. Abstinensbesvær er én side, men det har også vært problematisk å sy sammen et avrusningsopplegg som har kunnet imøtekomme MiOs krav om sju reine dager etter at kroppen er fri for rusgifter. Dette er en ikke utypisk variant av kronglete avrusninger:

«Jeg la meg inn på Akutten, en uke fikk jeg der, men jeg tok opp da jeg kom inn om jeg kunne få være der lenger, for jeg visste at jeg ikke var rein etter en uke. Men det gikk ikke an. Og det synes jeg er litt sløvt, at det er sånn at du kan komme inn der en uke, og så ut på gata igjen. Så før den uka var gått, ringte jeg fra Akutten til Holmenveien, og så kunne jeg få komme direkte dit. Når var dette, da? Jeg har så dårlig hukommelse. Så var jeg der i to uker, og fremdeles var ikke prøvene reine. Etter tre uker var jeg akkurat

blitt rein på benzo, men så var jeg fremdeles positiv på cannabis, og det syntes jeg var så idiotisk, for det er så sjelden jeg røyker. Jeg hadde røyka et par ganger, og så gikk jeg og var positiv på dette i tre uker. Da blei jeg så oppgitt, da trodde jeg at jeg aldri skulle komme inn liksom, jeg blei bare kjempeoppgitt. Så da dro jeg fra Holmenveien, og så sprakk jeg på heroin, det er typisk også, veit du, når du skal gå sånn og være positiv i flere dager på f.eks. cannabis, da kan jeg like gjerne ta meg et skudd med heroin, for det går kjapt ut. Så holdt jeg på et par dager, og så kontakta jeg M3. Og der er det all right, for der får du være til du er rein. Så da var jeg en og en halv uke på M3».

Tre institusjoner og mange uker tok det for den siterte pasienten å komme seg gjennom avrusning og inn til opptapping på metadon. Som i dette tilfellet ble også andre pasienter skrevet ut fra avrusningsstedet før de hadde klart de «sju reine dagene». Dette henger blant annet sammen med at Mottaksavdelingen ved Akuttinstitusjonen, Ullevål sykehus som hovedregel ikke tilbyr opphold av mer enn en ukes varighet, og Utredningsavdelingen åpnet ikke opp for MiOs pasienter ettersom disse allerede er utredet. Avrusningsstedet M3 tilbød de blivende metadonpasientene opphold den tiden som var nødvendig, likeledes Akuttinstitusjonen i Storgata. Et problem for alle involverte parter var at ingenting var tilrettelagt fra sentralt hold i kommunen. Et nytt tiltak som krevde avrusningsplasser kom i tillegg til den vanlige pågangen uten at det var gjort spesielle forberedelser for å imøtekomme dette behovet.

Fire pasienter er tatt inn utenom ordinær rutine (som er to møter med inntaksgruppen, avgiftning og «de sju reine dagene»). To startet behandlingen inneliggende i sykehus. To pasienter ble tatt

inn ordinært, men trappet opp på metadon uten først å ha fylt kravet om «sju reine dager». De var bostedsregistrert i Oslo, men hadde på det tidspunktet tilhold i en annen kommune, hvor de fikk medisinkvoter av behandlende lege og gikk direkte over på metadon.

Avrusning har i de aller fleste tilfeller innebåret en brå overgang fra massiv rusmiddelbruk til ingenting. Én pasient med en særlig langvarig bruk av benzodiazepiner oppgav å ha fått beroligende medikamenter under avrusningen. Det er særlig langvarig bruk av benzodiazepiner som skaper de største vanskelighetene. Abstinenssymptomer ved normale doser er angst, søvnproblemer, depresjon, overfølsomhet for lyd, lys og berøring, trøtthet, hukommelses- og konsentrasjonsproblemer, kvalme, hode- og muskelsmerter (Fylkeslegen i Aust-Agder 1994, v. assist. fylkeslege). I et brev til fylkets leger gjennomgås litteratur omkring bivirkninger ved langtidsbruk av slike medikamenter og det stilles spørsmål ved om dette er et større problem enn man har regnet med. Allerede to ukers regelmessig inntak kan skape en begynnende avhengighet. Risikoen for å bli avhengig øker med størrelse på dosen og behandlingens varighet og dermed større abstinensbesvær ved seponering. Pasientene i MiO har anvendt selvadministrerte doser som har ligget langt høyere enn foreskrevne doser, og bråstopp (dvs ikke nedtrapping) har også medført at noen har skrevet seg ut fordi det har blitt for besværlig.

Avrusningsfasen innebærer imidlertid ikke bare å blir «rein på prøvene». Det som kommer i tillegg og som pasienten nedenfor uttrykker, er den psykisk og fysisk labile tilstanden man er i når man har fylt kravene for utskrivning, dvs er avgiftet.

«Nå har jeg vært her i ni dager. Det er helt forferdelig, enkelt og greit. Jeg har nesten ikke sovet i det hele tatt, så jeg er veldig sliten, både fysisk og psykisk. Det er veldig variabelt, men nå har jeg hatt ekstra store søvnforstyrrelser. Det er vel søvnmønsteret mitt som er helt på tur, rett og slett, ikke i virksomhet. Akutten er all right, selv om man føler seg som et stykke kjøtt som blir kjørt gjennom for å renses omtrent, men det er sånn narkomane blir behandlet. Her kjøres du til avrusning, så blir du avrusa og så - bang ut. Når de har gjort sin oppgave og avrusa oss rent fysisk, så anser de oppgaven som ferdig gjort. Og hva står du med da? Aspeløv. Psykisk er du like ille, fysisk er du like ille, men du er rein på prøvene. Kan ikke sende et sånt menneske ut».

Abstinensenes «andre fase», som er sammenfallende med de sju dagene og gjerne lenger, anses som mer sårbar enn selve avgiftningen og er en fase hvor pasientene trenger særlig mye omsorg og ro. Faglig er det ulike syn på hvorvidt en praksis med sju reine dager bør følges; alternativt om pasientene bør starte metadon opptrapping umiddelbart etter at de er avruset, som var en klar oppfatning blant spesialister ved metadon vedlikeholdsprogrammer tilknyttet Beth Israel Hospital, New York (samtaler november 1995). For de mest utsatte pasientene ville et tilbud om et lengre avrusningsopphold, ideelt sett i tilknytning til MiO som da kunne etablere kontakt og observere utviklingen av tilstanden, være nødvendig for å komme i gang med behandlingen på en best mulig måte. Det følgende skriver seg fra en kvinne som var i en svært utsatt posisjon da hun kom til prosjektet og som muligens ville ha fått en bedre start på sitt behandlingsopplegg med en lengre avrusnings- og skjermingsperiode i starten. I denne perioden kan man også arbeide med å tilrettelegge praktiske forhold. Denne kvinnen representerte slike behov: «Jeg husker hva

jeg gjorde for fem år siden, men spør du meg hva jeg gjorde for en uke siden, så er det glemt. Det er rart, men det er vel disse jævla Truxalene som holder på gå ut av kroppen. De dotta i meg alt som var, bare for at jeg skulle være mest mulig grønske og skulle bare være der. Men så har jeg ekstreme nerveproblemer, jeg har det veldig vondt sånn når jeg blir nykter. Jeg har jo ikke noe igjen av livet mitt når jeg ser tilbake på alt det jeg har mista».

Livet som kommer i revy samtidig med at kroppen er skjør og fremtiden ganske usikker, er en sårbar situasjon, som kan være avgjørende for hvorvidt man klarer å komme seg videre dersom man ikke blir tatt godt hånd om. Livssituasjonen til den siterte klienten var så truet og kaotisk at en bedre tilrettelagt avrusning ville ha kunnet forhindre at vedkommende ble ekskludert i en tidlig fase på grunn av rusing, særlig på benzodiazepiner. Et trygt sted å bo, som ett grunnleggende element i behandlingen, var ikke oppfylt, i tillegg til abstinensbesvær som fortsatte inn i behandlingen.

Oppsummert har den dårlige tilretteleggingen for avrusning, sammen med kravene som stilles fra MiO, både utsatt start i behandling og medført store problemer for pasientene. Situasjonen har også skapt problemer for innsøkere, ansatte i MiO og avrusningsstedene. Bedre tilrettelegging og kritisk drøfting av nødvendigheten av «de sju dagene» vil være nødvendig for fremtidig metadonbehandling. Dersom en slik ordning skal opprettholdes, må det være strengt medisinske krav som skulle tilsi det. Hvis det er slik, må praktiske forhold tilrettelegges. Det er vanskelig å forsvare en slik ordning med forskning og motivasjon. Når det gjelder motivasjon, har pasientene ønsket metadonbehandling lenge, de har fulgt med i den sparsomme og

ofte motstridende informasjonen som de har forsøkt å innhente og bør vel vurderes som motiverte nok allerede. Motivasjon er ikke en egenskap, men en foranderlig størrelse som også reflekterer relasjoner og grad av imøtekommenhet. En idé om at man blir mer motivert jo mer man går og sliter, ser ikke ut til å ha innvirket positivt i behandlingen. Pasientene har antakelig for lengst overskredet grensen for «slitenhet», som en slik motiveringstest innbyr til.

Behandlingen i MiO starter

Som en konsekvens av det som nettopp er beskrevet har startdato i MiO vært vanskelig å planlegge for pasienter og behandlere og for undertegnede å beregne. Oppsatte datoer endres, og én klarte ikke å komme så langt som til å starte fordi de «sju dagene» ble ytterligere en seleksjonsmekanisme. Noen av de som hadde metadonkvoter på 1970-tallet, kjenner til medikamentets virkninger. Et mindretall har brukt ikke-foreskrevet metadon tidligere, men sjelden systematisk over tid og da som en del av et blandingsmisbruk.

Pasientene trappes sakte opp fra 10 - 15 mg/døgn til en for dem ukjent dose metadon, som ligger mellom 60 - 100 mg. En time etter inntak er metadonet reabsorbert og gir full effekt etter to timer. Opptrappingen skjer over en 28 - 34 dagers periode. I denne perioden skal pasientene oppholde seg i lokalene i minst to timer etter inntak slik at eventuelle allergiske reaksjoner kan oppdages og av fare for overdose (MiOs metodebok). Pasientene kan bli litt ruset av metadonet i den første og andre uken. «Jeg merka jo at jeg var litt smårusa når jeg var på opptrapping, så jeg savner jo den»! sier en kvinne. Så stilner det, og pasientene kan oppleve «metadonsurhet» når den lille rusopplevelsen blir borte. Den snart

jevne virkningen og manglende rusfølelsen er langt fra heroinets topper og bunner. «Den første tida så er det temmelig rosenrødt. De har det kjempeallright, og det er ikke måte på, men det er fordi de har en ruseffekt. Og jeg ser at etter fire uker, så flater det ut, og det kommer stoffsug, rastløshet og depresjon og litt misnøye. De sier at de føler ingenting mer, og det skal de jo heller ikke gjøre – og da kommer misnøyen», sier en av de ansatte. Misnøyen kan også skyldes at de opplever at hverdagen kommer nærmere og at ting begynner å bli vanskelig, som denne kvinnen beskriver det: «Jeg er jo nykter. Kanskje de første fjorten dagene, da kjente jeg metadonen, men det synes jeg ikke jeg gjør nå lenger. Og jeg merker og at jeg har så mye nerver, og det forbinder jeg med å være nykter. Og folk sier at metadon legger en demper på følelsene dine! Men du veit at når du har vært så mye på kjøret, så sammenligner du det med å gå på heroin, og da er du jo ikke i kontakt med noen følelser. Men nå kjenner du ganske mye på hvordan du har det hele tida». De fleste er imidlertid optimistiske og begynner å føle seg i bedre form, men hverdagen kommer ganske raskt.

Hverdagen på metadon

Pasientene ser ut til å trenge tid på å komme i gang, til å få summet seg. De møter fortiden i form av ubetalte regninger, inkassokrav, gjeld som har hopet seg opp, barn de har mistet kontakten med eller har hatt for lite kontakt med, familieforhold som er kompliserte og såre. Symptomer på fysiske plager kommer fram, likeledes psykisk slitasje. I ulikt tempo tar de fatt på forhold de må ordne opp i: «Jeg utsetter ting. Men bare på den tida jeg har vært her (et halvt år, min anm.) så har jeg gått inn i ting. Problemer som jeg skøyv vekk tidligere, de har jeg begynt å oppsøke faktisk.

Jeg tar kontakt med inkasso og sånne ting og har gått inn i avtaler om ubehagelige ting som jeg har driti i tidligere. Bl.a. Oslo Sporveier, for å ta et eksempel. Jeg har gått inn i en kontrakt med dem, som jeg skylder 15.000 kroner i å snike på trikker og busser og den slags ting. Ved å vise fram månedskort en gang pr. måned og gjøre det i så og så lang tid, så blir gjelda sletta. Det er sånne ting blant annet. Det er kanskje ikke så stort, men for meg så er det en begynnelse. Det er ting jeg har driti i før; når jeg har fått inkasso og sånne greier, så har jeg bare kasta det», sa en pasient, som stadig håpet på kontroll når han daglig tok Sporveisvogner, slik at månedskortet kunne fremvises.

Dette er en ikke utypisk start på behandlingsforløpet. Begynne å rydde opp etter seg og klarere grunnen for det nye. Noen pasienter opplever at de ikke klarer å gjøre så mye på eget initiativ. De opplever seg som i et vakuum, hvor den ene dagen går over i den andre uten at de klarer å lage konkrete planer for tiden fremover. Det ser ut som om grupper av klienter skiller lag i løpet av det første halvåret. Noen få har allerede i opptrappingsfasen ordnet arbeid eller skoleplass, mens andre blir gående på MiO. Det er naturlig å skille lag etter denne første fasen, men her ser det ut til å gå et skille mellom dem som tar små eller større skritt ut i verden og de som av ulike grunner henger mer fast ved prosjektet.

Fra grå til hvit økonomi

Overgang fra illegal/legal økonomi (inkl. prostitusjon) til legal økonomi er tung for de fleste. Pengebeholdningen har svingt slik heroinrusen svinger – fra høye topper til dype bunner. Omsetningshastigheten har vært høy. Nå skal de disponere uføretrygd, sosialpenger og attføringsmidler som tidligere

representerte en mindre del av livsmidlene. Flere har opparbeidet seg mye gjeld, både i forhold til låneinstitusjoner og såkalt stoffgjeld. MiO har først og fremst engasjert seg i forhold til den «legale» gjelden. Illegitim gjeld (stoffgjeld) er et vanskelig område både for pasienter og ansatte og et område som ikke er gått nærmere inn på i denne studien, men som er et problem fordi all form for gjeld innebærer at man starter med store økonomiske problemer. Enkelte startet i behandling med en gjeld på mange hundre tusen. I tillegg til at de må gjøre opp for gamle synder både på den ene og andre måten, har de atskillig mindre å rutte med enn tidligere og er heller ikke særlig kredittverdige:

«Altså, jeg har jo svindla veldig mye da, så jeg kan f.eks. ikke få meg noen bankkonto eller noe sånt noe. Det tror jeg at jeg kan se ganske langt bort fra. Så det er jo litt dumt, jeg har jo ødelagt ganske mye for meg sjøl de åra jeg har holdt på sånn sett. En bankkonto er jo noe alle kan ha behov for etter hvert. Så jeg må jo prøve å komme til enighet med en eller annen bank et sted».

De fleste strever med trang økonomi. Både fordi det reelt sett er trangt å leve av sosialhjelpsmidler og andre ytelser, men også fordi de fleste ikke er vant til å forvalte en pengesum som skal strekke til over tid. Ting, f.eks. klær som kunne stjeles eller byttes, skal kjøpes. Regninger skal ikke kastes, men betales. Samtidig uttrykker mange en viss glede og ser det som en utfordring å skulle gå over til en ny type økonomi. Opplevelsen av f.eks. å betale skatt gir en god opplevelse både av orden og deltakelse i samfunnet. Å være avhengig av sosialhjelpsmidler kan være slitsomt på mange måter, også fordi flere opplever stadig å måtte skifte saksbehandlere:

«Jeg får sosialpenger, det er 3.500 i mnd til å leve av. Til og med det må jeg gå og tigge meg til, denne måneden har jeg ennå ikke fått penger. Jeg sliter veldig med sosialkontoret, for å få de pengene som jeg i følge loven har krav på. Sånn som nå har jeg ikke strøm hjemme i leiligheten min, for jeg skifter hele tiden saksbehandler - nå er det den tredje jeg har siden jeg starta i prosjektet for omtrent åtte måneder siden. Det er det eneste jeg har å slite med faktisk, at jeg må forholde meg til ny sosialkurator så ofte som jeg må, det er jeg møkklei».

Overgang fra sosialhjelpsmidler til yrkesmessig attføring innebærer en statusendring. Mange uttrykker stor glede over å ikke skulle være avhengig av sosialhjelpsmidler, som er med på å understreke klientrollen. De blir «litt mer konger i eget rike», som Skau (1992:49) karakteriserer før-klient-tiden. Trang økonomi har imidlertid forvansket muligheter for å bevege seg mer ut på arenaer for fritid og møter med andre mennesker. MiO disponerer innsatsmidler som blant annet kan anvendes til å hjelpe pasientene ut i aktiviteter. En del av pasientene kritiserer imidlertid MiO for å være for tilbakeholdne med å anvende disse midlene, som kunne ha vært et viktig bidrag både i forhold til den enkelte og grupper av pasienter.

Mellom barken og veden

«Det blir veldig tomt og ensomt da, for det er veldig vanskelig å nærme seg andre folk, synes jeg». Det er ikke bare denne mannen som opplever situasjonen slik. «Jeg føler meg som Viggo Venneløs i Ingenmannsland», sa en kvinne. De blir ensomme. Pasientene opplever det som vanskelig å knytte nye kontakter. Det er ikke «bare» å benytte seg av aktivitetstilbud, hvor det er lett å føle seg

utenfor. Samtidig som nye arenaer er nødvendige for å knytte kontakter. Hvordan man klarer å fylle fritiden, varierer derfor i stor grad med hva man har rundt seg fra tidligere. De som stort sett kun kjenner mennesker som fortsatt ruser seg, opplever tilværelsen som veldig ensom fordi man blir nødt til å holde avstand for å beskytte seg. Man er mellom barken og veden, mellom stoffbrukermiljøet og de «andre». En sier at hun hadde håpet at det hele ville gå litt mer smertefritt å fjerne seg fra det gamle miljøet. I stedet opplevde hun en overveldende følelse av forvirring og ensomhet, samtidig som det var en daglig kamp for ikke å ruse seg. Overgangen fra massiv rusmiddelbruk til metadon innebærer ikke bare å «slutte å ruse seg», men det omfatter å skulle gi slipp på venner og gamle miljøer og måtte oppleve å befinne seg i et sosialt vakuum:

«Ikke sant, jeg har hele mitt liv vært sammen med kriminelle og stoff - eller misbrukere da av forskjellige ting, og jeg kjenner faktisk ingen... Alle vennene mine, kan du si, er det ett eller annet med. Så det er vanskelig for meg, for jeg kan ikke begynne å skaffe meg nye venner. Jeg må vel kunne være sammen med vennene mine, nei, jeg vet ikke, jeg. Det er vanskelig for meg. Jeg møter dem fordi jeg kjenner bare sånne folk, ikke sant».

Midt i livet, snart middelaldrende. Det er ikke så enkelt å bryte med dem man alltid har holdt seg til. Det er brutalt å skulle si til venner at nå må jeg slutte å være sammen med dere, og det er minst like brutalt å skulle gå ut i verden og skaffe nye venner, slik det vil være for de fleste i godt voksen alder. Det har med alder og manglende arenaer å gjøre, men det handler også om å våge å ta mot utstrakte hender. Hovedproblemet er redselen for avvisning

dersom fortida kommer fram, slik den gjerne gjør når man møter nye mennesker.

Familie

Betydningen av familie og tidligere nettverk blir i en slik situasjon viktig. Noen få har klart å reetablere kontakt med noen venner fra ungdomstiden. For de fleste er det imidlertid gått for mange år og skjedd for mye som har øket avstanden til gamle venner. Mange av pasientene har gjennom årene hatt støtte av og kontakt med sine familier. Kontakten har nå i mange tilfeller blitt mer planlagt og forutsigbar fordi pasientene er mer stabile enn tidligere. Den andre siden ved at familien opplever en bedring, er forventninger som skrus opp og tilsvarende redsel for å skuffe. Familier står uansett bi, slik de har gjort i mange år hvis kontakten har vært der. I noen tilfeller har det blitt opprettet kontakt med mer perifer familie. «Den største forskjellen er», som en mannlig pasient uttrykker det, «at jeg blir regnet med i slike familiesituasjoner». Noen pasienter har oppnådd faste besøksavtaler med egne barn. Andre er i forhandlinger med barnevernet om ulike besøksordninger. En kvinne har fått den daglige omsorgen tilbake og etablert et liv omkring egen familie. Andre har fått mer kontakt med egne barn, med faste avtaler om helge- og overnattingsbesøk.

En kvinne ble gravid og fødte barn i løpet av prosjekttiden. Kvinnen har vært og blir fulgt tett opp av instanser som kommer inn når rusmiddelmisbrukere blir gravide. Situasjonen har gitt mening og nytt innhold i livet og også gitt mulighet for kontakt med andre som har barn og bidratt til å bringe henne ut av denne «mellom barken og veden»-situasjon. Det er ett eksempel på at

graviditet og barn kan, med tilstrekkelig hjelp og støtte og samarbeid med den gravide selv, være et positivt vendepunkt.

Det er mange oppfatninger om metadon, og graviditet under metadonbehandling får fram sterke følelser. Loretta Finnegan, professor i barnesykdommer og en av de fremste spesialistene på gravide rusmiddelmisbrukere, hevder at diskusjonen bør dreie seg om hvilke gravide kvinner som kan nyte godt av metadonbehandling og ikke hvorvidt slik behandling skal være tilgjengelig (Stoffmisbruk 4/97). Hun sier videre at den største ulempen med metadon under svangerskapet er at barnet blir født med abstinenser, som er en bekymringsfull situasjon, men som kan behandles effektivt med medikamenter. Erfaringene så langt i MiO er kortvarige og omfatter kun én kvinne. Det er på dette tidspunktet derfor vanskelig å kunne si mer enn at kvinnens situasjon er stabil og at hun klarer å ivareta den daglige omsorgen for barnet, som ser ut til å utvikle seg normalt.

Parforhold

«Jeg tror det største problemet for folk er at de blir så ensomme. De er for nyktre til å være sammen med freakere, og så er de for freaka til å være sammen med folk som er helt nyktre. Så jeg tror metadonbrukere detter mellom to stoler».

Dette ble sagt i en samtale omkring hvordan det sosiale livet arter seg for metadonbrukerne. Den siterte pasienten fremhevet viktigheten av sitt parforhold som har vært stabilt i mange år, og hvor de klarer å støtte og hjelpe hverandre når dagene blir vanskelige og kose seg hjemme på nye måter. Stabile samboerskap fremheves som en god støtte. I aktivt misbruksliv har de fleste

erfart at slike forhold har vært destruktive. De fleste erfaringene skriver seg fra livssituasjoner hvor begge parter har vært aktive rusmiddelmisbrukere, og hvor de gjensidig har trukket hverandre ned. Samboerskap og parforhold med aktive rusmiddelmisbrukere skaper store problemer i behandlingen. Det er flere i MiO som har partnere og samboere som er rusmiddelmisbrukere og som ikke er i behandling. Erfaringene er udelt negative med den ene parten på metadon og den andre som aktiv rusbruker. Man lever i nærhet til illegale og andre rusmidler, og det er vanskelig å ikke la seg friste av noe som har dominert livet i en årrekke. De samme erfaringene er gjort i Metadontiltaket Ullevål, hvor anbefalingene er at partnere vurderes for inntak (Styringsgruppen, mars 1995).

En av kvinnene verbaliserer nokså tydelig hvordan avhengighet til menn er hennes hovedproblem og hva det bunner i: «Jeg har et kjempestort problem i livet mitt, og det har vært min avhengighet av at noen skal bry seg om meg og være glad i meg, og det har da etter hvert med åra blitt menn, ikke sant». Hun forteller at hun ble kjæreste med en rusmiddelmisbruker, og ansatte i MiO mente hun burde bryte forbindelsen dersom hun skulle klare å holde seg i prosjektet. «Det de ba meg velge mellom, det var den angsten, den ensomhetsangsten og det som jeg har slitt med i alle år og som har gjort at jeg har havna ut av institusjoner, som jeg har gjort alt for å slippe å kjenne på. Jeg var ikke så glad i «Tom», han kunne like gjerne hett Jens eller Pål eller – det er ikke så vesentlig. Og det skjønte de ikke. Kontakten min skjønte meg til en viss grad, for hun prøvde å finne en støttekontakt til meg, og da viste det seg at det var veldig mange som ville ha støttekontakt». Da kvinnen kom til intervjuet hvor dette ble sagt, hadde hun med en ny mann. Alt var bedre enn å være aleine, som også medførte å skaffe penger for to gjennom prostitusjon, som hun tidligere hadde gjort. I likhet

med andre kvinner med lang prostitusjonserfaring, uttrykte denne kvinnen behov for egne grupper hvor man kunne dele erfaringer omkring denne problematikken. Både i forhold til hva selve prostitusjonen har gjort med ens selvfølelse, og de gjentakne dårlige forholdene til menn, som kompenserer for ensomhet og angst, men som også oppleves som selvødeleggende. Gran og Størksen (1990) finner i sin studie av vel 200 stoffmisbrukende klienter ved Psykiatrisk Ungdomsteam Ullevål, hvorav halvparten kvinner, at disse kvinnene er lik andre kvinner i sin underordning i parforhold, med den forskjell at underordningen er ekstrem. Angsten for ikke å bety noe for noen er stor, og det innebærer en stor trussel å skulle miste den tryggheten han representerer.

Kropp og helse

Deltakelsen i MiO har gitt muligheter for bedre ivaretagelse av helse og behandling av ulike sykdomstilstander. Én pasient hadde dette som hovedmål og har satset målbevisst på det gjennom hele behandlingsperioden. Med alvorlig helsesvikt og flere tidligere sykehusinnleggelser var målet med metadonbehandlingen rett og slett å overleve: «Til slutt ble det så alvorlig det med døden. Jeg fikk det så nært; plutselig ble jeg sjuk og havna på sjukehuset igjen. Når leveren hadde svikta over lengre tid og hjertet begynte å svikte, da fikk jeg litt angst, kan du si. Det var på en helt annen måte enn det jeg opplevde når jeg har vært innlagt for overdoser og sånn; det er ikke skremmende liksom, for ikke er det vondt, og du sovner bare liksom. Men dette var mer skremmende - når døden blir vond».

Konsentrasjonen om å holde seg frisk har nedfelt seg i bevisst og aktiv satsing på ulike former for behandling. Dette har vært en

vellykket satsing, hvor samarbeidet mellom pasienten, innsøkende instans, og MiO beskrives som førsteklasses. Vedkommende kaller metadon for en god medhjelper fordi det hjelper til å bli kvitt rustrangen, som har vært så plagsom de andre gangene det har vært gjort forsøk på å gjøre slike tiltak. Etter et knapt år ble situasjonen oppsummert slik:

«Selv om jeg ikke gjør så mye annet, at jeg hverken går på skole eller jobber eller sånt noe, så har jeg fått et helt annet liv allikevel nå når jeg får lov til å holde meg frisk og ser hverdagen annerledes. Det er jo den første sommeren.... de fire foregående åra så har jeg alltid hatt en eller annen innleggelse, men nå har jeg følt meg noenlunde frisk hele tida, ikke grua meg til sommeren, som jeg har gjort ellers. Når det fine været har kommet, så har det liksom kommet 40 i feber og akutt leverbetennelse, og det har jeg sluppet denne sommeren».

I dette tilfellet var målet med behandlingen klart og pasienten har fulgt opp sin plan. I andre tilfeller kommer plager fram og inngår mer aktivt i den totale situasjonen enn tidligere: «Jeg merker nok mer til sykdommen nå enn når jeg gikk på heroin. Da var jeg såpass sløva at - jeg vet ikke, jeg - kanskje var nervene litt mer under kontroll og; nå har jeg mye mer nerver. Jeg tror jeg merker mer til det hvis man har nerver. Det er mulig det er bare noe jeg tror altså, men det er sånn jeg oppfatter det. Nå er ikke kroppen så bedøvd, så da kommer det mer fram».

Det er generelt mye sykdom i pasientgruppen, fra alvorlige og livstruende helsetilstander til plager og «vondter» av ulike slag. Både heroin og piller har vært viktige følgesvenner gjennom år og dempet sykdoms- og smertetilstander. Mange har hatt helseplager over år som ikke er blitt undersøkt og fulgt opp. Flere har i løpet

av behandlingstiden vært innlagt i somatisk sykehus eller gått i poliklinisk behandling for kroniske sykdommer. Én pasient har gjennomgått Interferronbehandling for hepatitt c, som så langt ser lovende ut og som stiller framtiden i et bedre lys.

MiO har også, i samarbeid med Ullevål sykehus, gjennomført et hepatitt a - prosjekt, hvor alle pasientenes hepatitt a - status er undersøkt og hvor de som ikke hadde gjennomgått hepatitt a er blitt vaksinert.

Bivirkninger

«Det går greit med metadonet, bortsett fra at jeg svetter noe enormt mye. Det er ganske pinlig og ille, spesielt nå i den arbeidssituasjonen, at jeg kommer dyvåt og de andre lurer vel kanskje litt på hvorfor jeg svetter så mye. Men det er vel litt nerver ved siden av vel. Men jeg vet jo at de fleste andre som går på metadon, svetter».

Pasientene melder om bivirkninger som er kjent fra litteraturen. Flere forskere har stilt spørsmål ved om alle bivirkningene skyldes metadonet eller om det er andre forhold som spiller inn. Hvor mye er metadon, hvor mye er underdiagnostiserte sykdomstilstander, og hvor mye er nerver, som pasienten ovenfor spør seg. I hvilke situasjoner er svetting mest framtrædende, i hvilke situasjoner er det mer fraværende? Mange er plaget av ødemer (væskeansamlinger). Hovne fingre, ansikt og føtter er plagsomt, og mange anvender vanndrivende midler i perioder. Likeledes bruker noen periodevis medikamenter mot svetting. Noen opplever sterk vektøkning. Flere var antakelig undervektige da de startet i behandlingen, men enkelte har fått for mange kilo på kroppen til

at det kan regnes som gjenvinning av normalvekt. Spørsmålet er om det er bare metadonet eller om det er selve livsførselen som også legger flere kilo på kroppen enn den gamle gjorde. En av pasientene hevdet at mange trøstespiste, som sammen med et roligere liv kan være én grunn til vektøkning.

De fleste sier at de er «mer i kontakt med sine egne følelser», at de er mer åpne og også mer sårbare. Generelt er disse forholdene vanskelig målbare i forhold til medikamentfri tilværelse fordi en slik tilværelse ligger så langt tilbake i tid for de fleste. Det er imidlertid lite som tyder på at pasientene ikke skulle være tilgjengelig for terapi ut fra hva både de selv og fagfolk som har fått erfaring beretter (samtale med Steinar Bruvik, spesialpsykolog i MiO, sjefspsykolog Bernadette Christensen, foredrag). Hvordan metadonet innvirker på seksuallyst- og evne er i følge pasientene varierende. Enkelte opplever en forflatning, og enkelte menn opplever litt problemer med potens. Noen opplever en sterkere seksuallyst enn tidligere. Igjen er det vanskelig å vite hva som virker inn på hva fordi det er vanskelig å trekke ut ett ledd i en total situasjon. Flere av kvinnene som har prostituert seg, oppgir at de ikke har hatt det de vil kalle et seksualliv på lenge. For dem er det å slutte med prostitusjon så langt kanskje den største positive endringen.

Goldsmith et al (1984) drøfter hvordan metadonpasienter fra tidenes morgen har meldt om bivirkninger som de mener skyldes metadonet og hvordan dette innvirker på behandlingen. Mange av plagene har systematisk blitt undersøkt for å forsøke og finne ut hva som kan skyldes metadonet som medikament og hva som kan skyldes andre forhold. Kliniske funn viser at de fleste bivirkningene kan tilskrives at pasientene bruker andre substanser når de er i

behandling, tilbaketrekkingssymptomer, tilvenning til metadondose eller medisinske problemer som ikke har vært diagnostisert tidligere. Forfatterne mener imidlertid at eventuelle bivirkninger er langt mindre viktige enn pasientenes meninger om bivirkninger. Bivirkninger føyer seg inn i en rekke myter om metadon. Dette drøftes av Hunt et al (1986) i forhold til rekruttering til slik behandling. En vanlig oppfatning blant misbrukere er blant annet at «methadone takes your heart», at man blir sløv og tiltaksløs. Problemet er at de metadonpasientene som «synes» i terrenget er de som henger rundt programlokalene og som ruser seg mye. De fleste gjør ikke det, skriver forfatterne. Goldsmith et al (1984) og Hunt et al (1986) drøfter hvordan både tro og myter, bruk av rusmidler og andre forhold kan bidra til å opprettholde en forestilling om at det kun er metadonet som forårsaker bivirkninger. Pasienter i MiO opplever at metadonet fungerer best i fravær av andre midler. Uten å neglisjere opplevde plager som svetting, vann i kroppen etc vil det være nyttig å systematisk undersøke fenomenet «bivirkninger».

Generelt har prosjektets eneste lege, sykepleierne og andre ansatte hatt stor pågang både mht helseplager som pasientene hadde med inn i behandlingen og problemer de oppfatter som metadonrelaterte. I utgangspunktet ønsket MiO at alle skulle ha en primærlege, noe som har vært svært varierende. MiO har søkt om lege i 50% stilling uten å klare å besette denne. Et problem er at det er manglende kompetanse innenfor dette feltet, i tillegg til at det ikke er en spesialisering for leger. En annen side er kontakten mange stoffmisbrukere har hatt med leger, hvor utskrivning av medikamenter har vært en viktig del av kontaktforholdet og hvor somatiske plager har vært underbehandlet. En tredje side er at mange av pasientene ønsker å være anonyme mht sin status som

metadonpasienter. Mange pasienter ønsker mulighet for mer somatisk behandling i prosjektet av disse grunnene. Det er uansett et problem når helsemessige forhold krever så mye oppmerksomhet at legedekningen i prosjektet ikke er større.

Gamle løsninger er vonde å vende

«Problemene mine kan egentlig oppsummeres i én ting, og det er å takle hverdagen som den kommer. Ellers er det å få avstand til rusing, så jeg kan bli litt mer trygg på plassen min i MiO. Livet består av en rekke slag; har du kommet deg igjennom ett, står det alltid et nytt og venter rundt neste sving». Slik karakteriserte en av pasientene situasjonen nå i høst, etter rundt to og et halvt år i behandling. Det er lett å ty til gamle løsninger når livet går en imot. Løsningene har vært egenmedisinering og rusing. Selv om man kan måle fremgang på en rekke områder, får «sidemisbruk» og «sprekk»- eller «tilbakefall» - mye oppmerksomhet både fra pasienter og personale.

«Relapse»-begrepet, slik det anvendes og vektlegges innenfor behandling av mennesker med rusmiddelproblemer, drøftes kritisk av Saunders og Allsop (i Gossop (ed) 1989). «It is possible that the close scrutiny of «relapse» may distract researchers, and the field in general, from a broader focus on the major issue – that of giving up or getting out of addictive behaviours» (ibid:250). Spørsmålet forfatterne stiller er: «Is «relapse» a separate issue with a need for a different and distinct explanation, or is it part and parcel of everyday, ordinary human behaviour and thus understandable by us all»? (ibid:250). Saunders og Allsop hevder at begrepet «tilbakefall» knytter an til en medisinsk forståelse av stoffmisbruk: enten har man sykdommen (the disease) stoffmisbruk eller ikke.

Man kan få malaria, diabetes etc, men man engasjerer seg i stoffmisbruksatferd. Hvordan man fortolker avhengighetsatferd influerer på terminologi og definisjoner av «tilbakefall». Selv lanserer forfatterne denne definisjonen (ibid: 252) : «Relapse» is «a change, either temporary or permanent in a resolution to change». En slik definisjon gir beslutningstaking en framtrædende plass, som jeg forstår som subjektgjøring av pasienten, dvs som nødvendiggjør aktivt engasjement og valg fra pasientens side. Som motsetning kan man ikke velge å slutte og ha meslinger eller vannkopper. Man kan åpenbart velge å la være å ruse seg, men det må gi en gevinst og fremstå som et bedre valg, eksempelvis et ønske om å beholde et arbeide, hvor rusing vil medføre usikkerhet og redsel for å miste jobben. Ønske og vilje til endring er nødvendig, men det kan ikke skje uten at det knyttes til konkrete muligheter.

Selvadministrert medisiner og rusing innebærer i mange tilfeller kortere eller lengre møter med den kulturen som pasientene har levd lenge innenfor og kjenner best. Slike tilbakereiser ser ut til å være en nødvendig del av veien fra det gamle til noe fremtidig som fremstår som både usikkert og kanskje ikke alltid like forlokkende. I stedet for å være opptatt av tilbakefall til misbruk per se, må man forsøke å finne fram til hva rusingen representerer for den enkelte. Pasienten, hvor «tilbakefalleren» er integrert, ses da på som «a deliberate actor, a decision maker whose choices may at times be inconvenient, impulsive, incoherent, but a decision maker nonetheless» (Saunders and Allsop, i Gossop (ed) 1989:252).

Mange «sprekker» allerede under opptrappingen. Etter hvert har nesten alle pasientene sprukket, som det heter, eller tatt seg en sprekk, for å holde oss til en forståelse av at de er aktører i dette spillet. Én tok sin første «sprekk» etter tre år, uten helt å kunne

forklare det. Livet hadde gått seg til på mange måter, og det var nedlagt et betydelig arbeid for å få det slik vedkommende ønsket. Målet må antakeligvis ikke være «aldri å sprekke», men man må forsøke å forstå hvorfor det skjer. Kanskje er det slik at å stille enorme krav til seg selv og ikke tillate seg tid til å sette seg ned av redsel for å sprekke, er et faresignal. Den «flinke» pasienten får heller ikke så stor oppmerksomhet som en som lettere «ses» fordi han ruser seg. En daglig kamp for ikke å sprekke, kan føre til at trykket blir for stort og sprekken må komme.

MiO oppfordrer sine pasienter til å være åpne på selvadministrert medisinerer og rusing. I de fleste tilfeller er det samsvar mellom det jeg har blitt fortalt, det de selv forteller sine behandlere og det som gir utslag ved urinprøvene. Selvsagt forsøker noen å lure i blant, både med urinprøver og benekting. Det tar tid å utvikle åpenhet omkring dette fordi de flestes erfaringer er at ærlighet om «sprekk» har ført til utskrivning fra institusjonsbehandling:

«Jeg er vant til sånne voldsomme reaksjoner fra andre steder og få en straff av ett eller annet slag. Som at hvis du er i rehabilitering og så har du kommet kanskje to måneder på vei, og hvis du da roter eller sprekker, så blir du utestengt. Så du er vant til å prøve å skjule ting», sier en av mennene.

Pasientene er relativt samstemte i at de ansatte i MiO på et tidligere tidspunkt burde «gripe inn» i forhold til egenmedisinerer og rus. De ønsker hjelp til å bremse fordi det er vanskelig å ta seg inn igjen ved egen hjelp dersom rusingen får tid til å utvikle seg, og det skaper utrygghet i pasientgruppen å oppleve medpasienter som ruser seg. Det siste, at det skaper uro og blir for dominerende i miljøet, er en sak for seg. Ønsket om hjelp til å stanse berører

imidlertid dypere behandlingsmessige forhold fordi det er et spørsmål om i hvilken grad man skal gripe inn og ta over kontrollen og i hvilken grad man skal forsøke å få pasientene til å ta denne kontrollen selv. MiO har imidlertid «grepet inn» og også hjulpet mange med avrusningsplass, men kanskje på et noe senere tidspunkt enn pasientene har ønsket seg.

Flere har selv, og i samråd med eller som krav fra MiO, lagt seg inn til avrusning underveis. Det er særlig institusjonen M3 og i noen grad Akuttinstitusjonene i hhv. Storgata og ved Ullevål sykehus som har vært benyttet. Dersom vi ser på de som fortsatt var i behandling ved studiens avslutning og som er delt inn i to grupper, sysselsatt i arbeid eller skole og ikke-sysselsatte (omhandles i kap. 7), finner vi at pasienter i begge grupper har vært til avrusning. Blant de som var sysselsatt (20 pasienter) hadde åtte hatt avrusningsopphold. To har hatt tre opphold, to har hatt to og de øvrige ett. Blant de ikke-sysselsatte (16 pasienter) har fem hatt avrusningsopphold, i tillegg til at noen har vært til avrusning før ny opptrapping på metadon etter eksklusjoner og fengselsopphold. Én har hatt seks avrusningsopphold underveis. En prosentvis tilnærmet lik andel av begge gruppene hatt slike opphold i behandlingsforløpet.

Slik pasientene fra tidlig alder ser ut til å ha løst problemer ved hjelp av rusmidler, er det mulig å forstå deres tilflukt til gamle og kjente løsninger når de nå er i metadonbehandling. Grad av rusing ser ut til å ha sammenheng med hvor vel en føler seg i den nye situasjonen, dvs hvor mye en klarer å etablere av gode alternativer. Likedan ser det ut til at løsningsrepertoaret henger sammen med grad av trygghet og mening i tilværelsen, hvor mye en opplever å få til som er med å gi livet annet innhold. Rusing som symptom blir

i en slik sammenheng en viktig innfallsport til å forsøke og forstå hva som kan være vanskelig. Axelsen (1997:20) forklarer dette slik: «Reaksjonene kan også ha blitt automatisert i løpet av mange år gjennom læring og betinging - på samme måte som hos Pavlovs hund. De begynner å «leve sitt eget liv». Hun bruker metaforen overgang fra høyre- til venstrekjøring om det å bryte med automatiserte reaksjoner. Alvorlige livshendelser har «utløst» rusing. Men i de fleste tilfeller knyttes rusingen til situasjoner hvor de er presset eller når løsrivelsen fra det velkjente oppleves for vanskelig og hvor de «automatiserte» løsningene trer i kraft:

«Det fungerer egentlig bra. Jeg har hatt en liten periode med å sprekke nå. Det er vanskelig å løsrive seg helt fra narkomiljøet, det er den eneste vanskeligheten jeg har; det er liksom sånn underbevissthet, tror jeg. (Sp.mål: Vet du hvorfor det er så vanskelig - er det stoffet?) «Nei, det er en identitet, som er vanskelig. Jeg har hatt den i 25 år, så liksom å måtte løsrive seg helt fra den, ikke sant. Så når det har gått veldig lang tid så tar man og sprekker på heroin bare for å - jeg veit ikke jeg, kanskje det er noe sånt ubevisst som skjer».

Den selvadministrerte medisineringsen kan fylle mange funksjoner. En kvinne forteller etter å ha vært i behandling i knappe to år at urinprøvene jevnlig slår positivt ut på piller. Det interessante er at hun aldri har ruset seg så lite, og hun føler seg heller ikke ruset. Jeg spør hvorfor hun tar piller når hun knapt merker effekt og konsekvensen er daglig oppmøte i MiO, noe som hun synes er slitsomt. Hun sier at hver gang prøvene blir negative, så sørger hun for at de blir positive igjen. For henne fyller oppmerksomheten omkring de positive urinprøvene en funksjon ved at det som er virkelig vanskelig skyves mer i bakgrunnen. I en svært presset

hjemmesituasjon er det viktig å beskytte seg mot det triste i situasjonen ved å ikke fokusere den. «Så kan jeg lulle meg inn i sidemisbruket», som hun sier. Antakelig trenger hun energien til å holde det gående hjemme og har ikke mulighet for samtidig å problematisere egen situasjon.

Stikkordsmessig knytter pasientene «sprekkene» til følgende forhold:

- teste om metadondosen blokkerer for heroinvirkning
- ønske om rus
- blir tilbudt stoffer
- lever tett på mennesker som er aktive rusmiddelmisbrukere
- prestasjonspress (fra seg selv eller omgivelser)
- behov for en utblåsning
- belønning for å ha vært flink
- savner sprøyta eller det rituelle ved heroininntak
- kompensasjon for monotone dager
- alvorlige livshendelser
- angst og depresjon
- ensomhet
- rusing tar oppmerksomheten fra det virkelig vanskelige

De fleste må prøve om blokkeringsteorien stemmer med egne erfaringer. Denne testingen ser ut til å være en del av første fase i behandlingen. Etter hvert kommer andre forklaringer på hvorfor noen velger å sprekke. Det kan være både heroin og tabletter, men det siste ser ut til å brukes over lengre tid. En helt klar tendens er at de som lever sammen med aktive rusmiddelmisbrukere har store problemer med å holde seg kun til metadon. Partneren er utenfor behandling eller sysselsetting, mens den andre parten forsøker å

holde seg til metadon og holde seg i arbeidet eller på skolebenken. Det kan også være problematisk dersom begge har metadon, men sliter for mye med å komme i gang med noe meningsfullt. Kontakt med det gamle miljøet er da for noen det eneste, sosiale alternativet. Det er få som sier at de savner sprøyta. Mange har ikke årer igjen å sette sprøyter i og er glad for å slippe det. Men det rituelle ved heroininntaket, som også inkluderer kontakt med det gamle miljøet, kan nok noen savne. Plutselige og alvorlige livshendelser i nær familie har revet grunnen under enkelte i korte perioder. Manglende nettverk har antakelig vært grunn for at man har tydd til gamle løsninger for å komme gjennom slike vanskelige situasjoner. Generelt opplever pasientene store forventninger både fra seg selv og omgivelser. Når de har levd på stram line lenge nok for ikke å «sprekke» og opplever at de har fått til mye, kan «sprekk» være en belønning eller en utblåsning.

Pasienter som tidligere har hatt et høyt forbruk av beroligende medikamenter, ser ut til å ha vanskeligst for å holde seg kun til metadon. Når man har brukt Valium siden småskolealder, vil man antakelig trenge lang tid på å venne seg av med dette forbruket. Pasientene opplever bruk av heroin som stort sett virkningsløst; de er skuffet over både virkning og seg selv, og det gjør et stort innhugg i økonomien. Enkelte ser ut til å ha fått større problemer med alkohol enn de hadde i utgangspunktet, hvor kun to oppgav å bruke alkohol daglig/nesten daglig. De fleste oppgav i inntaksintervjuene at alkohol var rangert lavt som rusmiddel, noe de senere også har bekreftet. Det er imidlertid ikke uvanlig at alkoholbruk inntreffer i sterkere grad hos stoffmisbrukere som forsøker å legge det illegale misbruket bak seg (Ravndal 1994).

Stigmatisering

Stigmaet som er knyttet til stoffmisbrukeren, kombinert med den sosiale motstanden mot metadonbehandling har ført til nedlatende holdninger til pasienter, og metadonbehandling har blitt isolert fra helseomsorg forøvrig (Hagman 1994). Goffman (1975) forklarer hvordan stigmaet påvirker samhandlingen mellom stigmatiserte og ikke-stigmatiserte ved at stigmaet overskygger det personlige og individuelle. På samme måte kan metadonpasient-betegnelsen fungere. Flere av MiO-pasientene har opplevd nedlatende holdninger innenfor offentlige etater, arbeidslivet og også blant eks-misbrukere. Flere av pasientene har, som følge av andres erfaringer om åpenhet eller negativ omtale av metadonbehandling, valgt å holde for seg selv at de anvender metadon. Én mistet jobben da det ble kjent. Når dette skrives ble det kjent at en kvinnelig pasient mistet skoleplassen etter at hun hadde stått fram i fjernsynet (Dagsrevyen 11.11.97). Skolen hevder at det var tilfeldig at brevet om bortvisning kom akkurat etter programmet. Kvinnen ønsker å gå til sak mot skolen fordi både hun og hennes advokat ser det i sammenheng med hennes status som metadonpasient. Noen få har vært åpne og blitt godt mottatt. Nåværende status er vanskelig å tilkjenne fordi den forteller noe om en fortid - «de har lest at jeg er en av de 50 mest belasta narkomane i Oslo». Flere opplever det som et stort press å skulle skjule sin status, noe som blir forsterket ved at de må til MiO til bestemte tider og må servere nødløgn til arbeidskamerater når de forlater jobben før arbeidstidens slutt. «De andre begynner jo å lure når jeg stadig får gå før tiden eller kommer seinere om morgenen». Ettermiddagsåpent på MiO to dager i uken har lettet litt på denne situasjonen. Metadonstatusen er ikke mindre vanskelig i forhold til nye bekjenskaper på fritiden:

«Jeg følte meg ikke helt vel; jeg har selvfølgelig ikke fortalt henne om metadon eller noe sånt da. Men jeg tenkte på det etterpå; du føler deg litt amputert på en måte. Hadde jeg lagt på bordet den fortida mi - og det veit du, så hadde hun rygga ut døra, tenker jeg! Det med at jeg går på metadon er noe jeg ikke vil folk skal vite, og ikke bare metadon, men hele fortida mi og alt sånt; det er ikke sånt jeg bretter ut for hvem som helst, liksom», sier en mann om et møte med en «nykter» kvinne.

Mennesker som mister arbeid og på den måten settes utenfor den delen av livet som gir anerkjennelse og betydning i samfunnsmessig sammenheng, mister status og rolle. Men de har allikevel en eks-status å vise til som de kan løfte fram, i tillegg til en nå-status som kan forklares ved forhold utenfor dem selv. Dette i skarp motsetning til metadonpasientenes situasjon.

Den vanskelige fritiden

I et sosialt vakuum og i søken etter nye tilknytninger benyttet en del av pasientene Mia aktivitetssenter for eks-misbrukere i Maridalsveien 3, som ble drevet av brukere uten noen form for offentlig støtte. Omkring sommeren 1995 opphørte deres bruk av senteret. Erfaringene var delte og mer negative etter som tiden gikk. Én sa at det ikke var all right å gå og trække der nede for mye fordi man lett kom inn i en situasjon der man sirklet omkring temaene metadon, problemer, MiO etc og hvor man hentet tilsvarende lite inspirasjon og kreativitet til å komme videre. Pasientene var delt i oppfatningen av hvor nyttig dette stedet var for deres egen framdrift. Flere, som selv var på vei videre, betegnet det som en mellomstasjon, som et trygt sted å være på vei ut i det vanlige livet. De mest drivende valgte seg ut, mens de som slet

mest, ble. Idéverkstedet, som er et kommunalt tiltak som hjelper og tilrettelegger for fritidstilbud for såkalte eks-misbrukere, åpnet i løpet av 1997 adgang for MiOs pasienter. Fra starten av ble de nektet adgang, til tross for at metadonpasienter fra «Metadontiltaket Ullevål» ble lukket inn. Dette førte til en merkelig situasjon hvor par med tilhold i hvert sitt metadonprosjekt ikke kunne anvende stedet sammen. En slik ulik holdning kan oppfattes som en form for verdighetsrangering, hvor ikke selve medikamentet, men andre forhold må ha vært avgjørende. MiG -96, en interessegruppe for metadonbrukere, startet av pasienter i MiO, reagerte på utestengelsen med henvendelse til Rusmiddeletaten, som etter en tid påla Idéverkstedet å åpne opp for MiOs pasienter. Flere har forsøkt å begi seg inn på ordinære fritidstilbud. Det ser imidlertid ut som om dette blir en for brå overgang. Steder som Idéverkstedet ser ut til å være nødvendige mellomstasjoner fordi de representerer behov som i dag ikke synes dekket.

MiG - 96

Metadonpasienter i flere land har stiftet sine egne selvhjelps- og «advocacy»-organisasjoner. Sommeren 1996 tok noen pasienter initiativ til «Metadonpasienters interessegruppe». MiG - 96 har alle som er i metadonbehandling som målgruppe. Det første året var preget av at de ikke hadde lokaler, leting etter lokaler og forhandlinger med Oslo kommune om støtte til drift. Samtidig holdt deltakerne en rekke foredrag om metadonstøttet behandling og MiO. Høsten 1997 ble den formelle åpningen foretatt i lokaler som leies ut av Blå Kors. I et informasjonsskriv fra 1997 uttrykker de om MiO at «det bør være et prosjekt som har skadereduksjon som mål da full rehabilitering er en utopi for mange. Det blir i dag

tatt alt for lite hensyn til enkeltindividets kvalitet». Faglige målsettingsdebatter på et overordnet plan, hvorvidt man skal arbeide skadereduserende og/eller habiliterende har vært vanskelig å spore i prosjekttiden, selv om den kliniske virksomheten viser at man i stor grad har lagt til rette for individuelle målsettinger. Hvordan MiG -96 vil fungere som et talerør for pasientene i forhold til tilrettelegging for pasientbehov og andre forhold vedrørende metadonpasienters situasjon, er for tidlig å si.

Behandlingsmiljø og behandlerroller

Pasienter og personale utgjør de to dynamiske elementene innenfor behandlingen (Ball and Ross 1991). Hagman (1994:406) fremhever at «the counseling relationship in methadone maintenance is the central, unifying matrix of clinical and rehabilitative interventions». Han vektlegger rådgivning som sikrer kontinuitet, ansvarlighet og fleksibilitet, hvor hjelp til bedring av pasientens situasjon involverer alle sidene ved pasientens liv. «Simply scrutinizing urine reports and/or negotiating for dosage change is an inadequate response to a person who needs comprehensive, individually attuned medical, psychological, and social treatment (ibid:406). Pragmatisme vil være nødvendig når man skal møte de komplekse utfordringene pasienter i metadonstøttet behandling opplever. Prosjektleder uttrykte i starten at man ideelt sett bør drive behandlingen uten å utvikle mekaniserte reaksjoner overfor pasientene, unngå atferdsmodifiserende straffetenkning og søke pasientenes kunnskaper om hva som kan være hjelpsomt i en vanskelig situasjon.

«Den sjuende himmel»

Balansen mellom individuell tilrettelegging og prosjektets «tålegrense» er ikke alltid like enkel. Både pasienter og enkelte ansatte hevder at MiO i løpet av våren 1997 har endret seg ved mer fokus på «sidemisbruk» og har utviklet reaksjoner som pasienter kan oppfatte som straff og som kanskje kan virke mekaniserte. Når det ikke er blitt slik, er det fordi unntakene fra de nye reglene er mange. Det dreier seg om den såkalte «hentestigen», som billedlig viser ulike henteordninger av metadon og hvor hvert steg reflekterer hvor langt man har kommet i behandlingsprosessen. «Den sjuende himmel» innebærer at man kan hente metadon en dag i uken på MiO og en dag på apotek. MiOs hensikt med denne henteordningen er at den «skal sikre behandlingen, dvs redusere muligheten for å påføre pasienter, eller andre, skader. Den skal også virke som et insentiv (gulrot) i pasientens behandling» (skriv fra MiO). Som nevnt tidligere møter alle daglig under opptrappingen, hvorefter man *kan* få mulighet for å ta med hjem en helgedose. De videre trinnene på stigen beskriver i hvilken grad man fortsatt klarer å holde seg unna rusmidler, i tillegg til at ordnet sysselsetting kan belønnes med at neste dags dose inntas hjemme slik at pasienten slipper å komme til MiO først. Etter ca tre måneder hvor pasienten har vært stabil kan MiO vurdere henting tre dager i uka. Man kan klatre videre oppover stigen dersom stabiliteten vedvarer og etter minimum et år komme til «den sjuende himmel. I følge opplysninger fra konsulentene var henteordningene slik fordelt blant de 36 pasientene som var i behandling (se kap. 7) da studien ble avsluttet:

Sysseisattgruppen (20): Sytten hentet metadon og avga urinprøver to ganger i uka. Av disse var fire i den sjuende himmel. Én hentet

tre ganger i uka, mens de øvrige to hentet daglig på grunn av at de i denne perioden hadde ureine urinprøver.

Ikke-sysselsatt-gruppen (16): Ni hentet daglig/nesten daglig, to hentet tre dager i uka, to hentet to ganger i uka på MiO, mens tre var kommet i den sjuende himmel.

Én av de daglige oppmøterne, som ikke har klart å komme i gang med noe og som i perioder ruser seg en del opplevde hentestigen slik: «Den stigen er jo veldig urettferdig da. For sånn som jeg som er uføretrygda, jeg kan aldri komme meg på toppen av stigen». Uføretrygd er imidlertid ikke ensbetydende med at man ikke kan oppnå den gunstigste henteordningen, men man må kunne framvise reine urinprøver. I forlengelsen av denne ordningen innførtes også det som pasientene raskt døpte for «straffeuka». Det innebærer «sju reine dager» på nytt, men denne gangen i prosjektet. Dersom man klarer det, kan man slippe å møte hver dag. Pasientene opplever ikke denne uka som positiv i forhold til å klare å ruse seg mindre, men at den tvert imot kan bidra til ytterligere rusing fordi det blir for langt opp og fram og fordi det oppleves som negativt i seg selv å måtte gå i dette miljøet hver dag:

«De ser de samme fjesa hver dag, og det er jo stort sett de samme som sprekker, de samme som kommer igjen og igjen. Det blir så likt, ingen ting som skiller liksom. Og sånn som den derre straffeuka de har her nå da, om det ikke skal være noen straffeuke, så er det jo det det blir til allikevel, så jeg har følelsen av at folk gir mer eller mindre faen. Det spiller ingen rolle om de går her to dager til eller ikke. Det kunne like godt være 14 dager eller tre uker liksom».

En viktig side som kommer fram er at «sprekkene» først og fremst ser ut til å kontrolleres av andre forhold enn kontrollhyppigheten i MiO. Reduksjon i bruk av rusmidler ser først og fremst ut til å være avhengig av i hvilken grad pasientene lykkes i å etablere noe meningsfullt utenfor MiO, som kan «konkurrere ut» rusing.

Både ansatte og pasienter uttrykte fra starten av at MiO måtte bli noe annet enn metadon og urinprøver. I tidens løp har mange bemerket at dette er hovedinnholdet i behandlingen, i tillegg til rådgivning og hjelp fra de individuelle kontaktene og andre ansatte. Behandlingstrykket blir for en stor grad konsentrert omkring individuelle relasjoner. Pasientbehov av mer felles karakter ville ha kunnet overføre noe av dette trykket til samtale- eller selvhjelpsgrupper hvor pasientene kunne dele behov og erfaringer. Dette har fremkommet som ønske fra mange av pasientene og ville antakelig også ha kunnet imøtekomme et til tider passivt og lite oppbyggelig miljø blant pasientene.

Pasientmiljøet

Miljøet eller «klimaet» på MiO endrer seg både med hvor mange pasienter som til enhver tid er i behandling og hvor mange som sliter med å komme i gang med noe. Den første tiden på Gaustad beskrives som en periode hvor pasientene selv tok mer initiativ til felles aktiviteter og hvor det var mer samhold. Etter hvert som antall pasienter har økt, har det naturlig nok dannet seg grupperinger, både fordi de er blitt flere og fordi det er blitt et større skille mellom de som er i ferd med å etablere nye livsgrunnlag og de som sliter veldig med å få til dette og som er den dominerende gruppen i miljøet ved at de møter (nesten) daglig. En

mindre konstruktiv periode fra Gaustadtiden ble beskrevet slik av en pasient:

«Og så sier folk til meg at hvis du spiser to Rohypnol og drikker tre pils, så virker skuddet. Så man lærer mye der oppe, altså. Det blir sånn at folk er opptatt av hvem som har sprekt og sine egne sprekker. De som jobber på prosjektet har et veldig bra forhold til det. Men jeg har inntrykk av at vi som er der lager veldig mye styr rundt det. Jeg er drittlei av å sitte og høre andre prate dritt bak ryggen og sånn. Og så er det problemer, problemer, problemer. Det er sånn institusjonssymptom det der. Det blir sentrering rundt hvem som klarer det, hvem som ikke klarer det. Det er noe veldig rart som skjer når narkomane blir nyktre. Du skjønner, når de blir nykter og klarer seg bra, så blir de så prektige og så verdensmester. Og dagen etter så har de gått på trynet sjøl, og neste dag så er de like prektige».

Jo flere som kommer daglig for å hente sin metadon på grunn av rusing eller fordi de ikke er beskjeftiget, jo mer styres hele miljøet av det som pasientene selv kaller slarv og baksnakking. «Gata» kommer inn i lokalene ved at gamle ferdigheter repeteres og lett tar luven av eventuelle positive endringer. Slike forhold ser først og fremst ut til å ha sin forklaring i at en del av pasientene har store problemer med å finne meningsfulle alternativer og beveger seg lite i retninger de ønsker seg.

Pasient – behandler – relasjoner

Pasientene i MiO har lang erfaring i møter med ulike behandlere. De fleste har klare oppfatninger om hva de ser som viktig i slike relasjoner. Når opptattheten av forholdet til kontaktpersonene har kommet så sterkt fram, er det fordi dette er det bærende forholdet i behandlingen. I følge Howe (1993) ser det ut til at pasienter uttrykker de samme verdiene vedrørende å bli hjulpet, uavhengig av hvilke systemer de har vært i eller behandlerens preferanse av teknikker eller skoleretninger. Howe kommer fram til den utfordrende idéen at når rådgivning fungerer godt, er det ikke på grunn av en spesiell skoleretning eller teknikk, men på grunn av generelle, ikke-spesifikke faktorer: varme, ikke dømme eller kritisere, et ønske om å forstå hvordan den andre opplever situasjonen. «Jeg er mest fornøyd med at X ikke er ute etter å ta rotta på meg», sier en, som refererer til en tidligere erfaring og som ikke er et spesielt godt utgangspunkt for samhandling.

Bli trodd på

«Jeg føler at X tror på meg, og X er rettferdig. Kanskje litt streng, men du veit hvor du har X. Det er veldig viktig at X tror på meg. For det er ihvertfall en ting vi må få når vi liksom skal slutte å være oss sjøl og starte helt på null igjen: å ha et menneske som sier at jo, jeg tror på deg. Det er veldig, veldig viktig», sier en av mennene.

Mange av pasientene har erfart at de ikke har blitt trodd på. Både når det gjelder faktiske forhold, hvor de lett omtales som manipulerende og løgnaktige. Antakelig har de vært det også, men det kan og gjenspeile systemer de har vært innenfor hvor det har «lönt» seg å ikke være sannferdig. Men det dreier seg også om å bli

trodd på dypere sett, en formidling av tro på at dette klarer du å få til, som går over i neste tema:

Tørre å være der når det blir vanskelig

En kvinne forteller om startfasen som var svært vanskelig. Hun var veldig i tvil om hun ville klare dette, hadde fortsatt abstinenser og følte seg veldig hjelpeløs:

«Men X sa at jeg skulle bare holde meg fast i tanken at jeg ikke skulle ta noen ting og prøve å komme meg over den kneika. Kontakten med X var veldig viktig for meg. Jeg tror grunnen til at jeg klarte å holde meg sprekkefri, det var den veldig fine, tette oppfølgingen jeg hadde med X da jeg begynte. Alt var så nytt og usikkert rundt meg, og jeg følte meg så forferdelig hjelpeløs og hadde ikke noe sted, ingen som kunne leie meg og holde hånden min og si at alt ville bli bra - bare X. Men X var der, følte jeg, ledet meg gjennom dette fra dag til dag i en periode».

Pasienten forteller hvor viktig det var å vite at hun hadde fleksibel tilgang til konsulenten sin i de første, vaklende månedene. Hun opplever at hun kom over tremånederskneika for første gang takket være denne personen. Flere med henne nevner «tremånederskneika», som skriver seg fra tidligere behandlingserfaringer, hvor det tilsynelatende har vært vanskelig og hvor balansegangen mellom å bli eller å gi opp kan se ut til å være hårfin:

«X skjønnte hvor fælt jeg hadde det, at jeg gjerne ville, men at jeg trengte noen å støtte meg til. For det er som å svømme over den engelske kanal når du vet at du egentlig ikke kan svømme. Og plutselig så vet du ikke retningen eller noen ting, men så lenge du

får beskjed av en eller annen at det er den veien og at dette går bra, så tenker du ihvertfall litt til, så holder jeg meg litt til. Har du den stemmen hele tida, da kommer du over til slutt. Men hvis du ikke har den, da kan du få panikk oppe i det hele, for du ser ikke noe når orkanen står på som verst».

Det er selvsagt utfordrende for hjelperne å skulle tilrettelegge for så stor grad av fleksibilitet og tilgjengelighet, men pasienten forteller noe om hvordan situasjonen kan være og hvor lett det kan være å bryte opp dersom man ikke har nødvendig støtte. Et problem for mange av pasientene er at nettverket forøvrig er tynt, og profesjonelle relasjoner blir desto viktigere. Bare det å vite at noen er der er viktig. Behandlere som var fleksible eller bare kunne gi litt tid utenom avtalene oppsummeres av Howe (1993:29) som «a surprising source of comfort».

Tillit og respekt

«Du har en identitet da. Vi har i så mange år hele tiden blitt betraktet som møkk, som løgnere, som kriminelle, ikke respekterte mennesker i det hele tatt. Som Y (medklient) sa i går at når de tok fra meg ungen min, så skulle man tro at jeg ikke kunne føle smerte, at jeg ikke kunne føle. Og at mennesker fortsatt ser på deg sånn, eller sier med barnehagestemme at «nå skal vi gå og ta en telefon og da slår du først.....» Det er det at mennesker ikke respekterer at du egentlig er et voksent menneske og. Det er veldig lett å hoppe inn i en sånn for-mye-situasjon eller mistenkeliggjøre mennesker, og vi er veldig vare på det, egentlig».

Gjensidig tillit er et av grunnelementene som både pasienter og ansatte er opptatt av. Det krever åpenhet og tid. Reglene for

eksklusjon kan komme i veien for åpenhet fordi de færreste vil ønske å ekskludere seg selv ved å berette om forhold som strider mot reglene. Flere har understreket betydningen av å ha profesjonelle behandlere utenfor fordi den andre relasjonen kan ivareta slike og andre behov. Respekt innebærer blant annet at avgjørelser ikke blir tatt over hodet på en. En kvinne beretter at hun hverken var deltakende i avgjørelsen som ble tatt av sin konsulent eller helt skjønnte hensikten med det hun ble bedt om å gjøre. I prosessen hvor pasientene beveger seg fra «deconstructing the past to reconstructing the future» (Howe 1993:119) ser det ut til at pasientenes egen forståelse av situasjonen og hva de opplever at de trenger må få anledning til å komme tydelig fram. Howe (ibid) fremholder at en god lytter er viktigere enn en som forteller hva en skal gjøre.

Likeverdighet

I grunnstrukturen omkring pasientene inngår ansvarsgrupper. Som regel er innsøkende instans representert, samt andre, nødvendige samarbeidspartnere. Ansvarsgruppene fungerer ulikt. Noen har blitt avskallet etter hver, som følge av at behov har endret seg. Både mht møtehyppighet og innhold er det store variasjoner, fra faste møter hvor innsøkende instans aktivt deltar i behandlingen til uregelmessige møter av mer praktisk karakter. En pasient beskriver det man vel kan betrakte som en godt fungerende ansvarsgruppe:

«Hver sjette uke har vi ansvarsgruppe, som de kaller det, bare vi tre (innsøker, konsulent, pasient). Enten er det hjemme hos meg eller på et kontor. Vi har kaffe og kaker, akkurat som en hyggelig sammenkomst. Jeg har blitt møtt med så mye positivt, med åpenhet og ikke minst med respekt. Tross alt er jeg voksen. Jeg

føler jo at så lenge man gjør noe annet med livet sitt og ikke bare går og subber, så får man en viss respekt, og det føler jeg at jeg har blitt møtt med. Og da blir det en helt annen tone liksom, du blir likeverdig og jevnbyrdig når man snakker sammen».

Flere pasienter har uttrykt glede over å kunne møtes mer uformelt, både i slike sammenhenger og sammen med sine behandlere. Det skal tydeligvis ikke så mye til før situasjonen oppleves annerledes. Kontakten og kommunikasjonen som utvikles beskrives som bedre fordi man trer ut av vante roller ved å bevege seg ut av vante situasjoner. Middelthon (1992) beskriver fra et hiv-forebyggende prosjekt hvordan møter mellom sosialarbeidere og stoffmisbrukere kan endres når rollene «oppheves» og man samarbeider om et felles prosjekt. Stoffmisbrukernes egne kompetanser og erfaringer ble løftet fram. De satt inne med den viktigste kunnskapen i det hiv-forebyggende arbeidet. Sosialarbeiderne trådte ut av «ekspertrollen» og summen ble mer likeverdige roller. Ansatte i MiO har også «sett» pasienter på nye måter hjemme hos pasientene, på kafé eller andre steder utenfor MiO, som har vært betydningsfullt for relasjonen.

Ytre press og indre liv

«Mitt inntrykk er at mange forventer at dette her ikke kommer til å gå så bra. Så hvis det går bra, så tror jeg kanskje at behandlingsapparatet vil endre sitt syn på oss, etter hvert. Når folk spør deg hvordan det går, så er de ute etter hvor mye sidemisbruk det er og ikke hva som fungerer og hva som er bra. For selv om det kan være en del sidemisbruk, så kan det også være at pasientene jobber ganske hardt med å få det til å fungere og prøver å gjøre noe

alvorlig ut av det. Sånn at man bør jo vektlegge det også, og ikke bare sidemisbruket. Og den linja skal vi legge oss på».

Dette sa en av de ansatte i en tidlig fase av prosjektet. Prosjektet har ikke levd upåvirket av de ytre omgivelsene. Presset fra media, søkere, fortvilte foreldre og andre foresatte er en side. Forventninger til resultater fra politikere, fagfolk og andre er en annen. I perioder har denne type ytre forventninger antakelig ført til behandlingsmessige intervensjoner og et ekstra press på pasienter og ansatte. Generelle innstramminger i forhold til henteordninger av metadon kan tilbakespores til perioder hvor f.eks. avisoppslag har gitt prosjektet negativ oppmerksomhet. Dette kan ha gått på bekostning av det individuelle, behandlingsmessige perspektivet.

MiO har også fungert som en henvendelsessentral for spørsmål om den til enhver tid aktuelle situasjonen omkring MiO og et eventuelt utvidet tilbud om metadonbehandling. Presset var størst i 1994 og tok seg opp igjen da prosjektet flyttet til Bygdøy allé. Mange trodde åpenbart at det innebar en utvidelse. MiO kan sies å ha levd i en kryssild mellom forventninger til behandlingsresultater og informasjonsgivning som strengt tatt burde ha vært kanalisert gjennom andre kommunale kanaler. Det ville kunne ha frigjort tid til behandlingen og utvikling av behandlingsinnholdet.

Den store utfordringen

Noen forskningsbidrag kan kaste lys over noe av det som er det tilbakevendende i intervjuene og som ser ut til å være kjernen i de utfordringene pasientene står overfor: identitet, status, roller, subkulturell tilhørighet vs forvirret identitet, status- og rolletap ved å forlate et kjent livsmønster for å gå inn i nye. Antakelig bør denne kunnskapen, som berører hva endringsprosessene dreier seg om i et grunnleggende, eksistensielt og sosialt perspektiv knyttes nærmere til behandlingen. Det finnes mange gode beskrivelser av narkotika subkulturer. Frantzsen (1997) har intervjuet stoffmisbrukere i Oslo i et annet delprosjekt av metadonevalueringen, hvor bildet av dette «samfunnet» tydeliggjøres. Høigård og Finstad (1986) har bidratt med beskrivelser og drøftelser av prostitusjonstilværelsen i Oslos gater. To bidrag (Tungland et al 1996 og Thomassen 1993) knytter subkulturell tilhørighet nærmere til problemene med overgang fra en slik kultur til det dominerende samfunns kultur.

Thomassen (1993) har i en kultursosiologisk analyse funnet trekk ved disse kulturene som er viktige å være klar over i forhold til behandling. I det dominerende samfunn finner vi en klar kontinuitet mellom fortid – nåtid – framtid. Fortidens referanser «brytes opp fra sine opprinnelige kontekster og plasseres inn i ny-etablerte kontekster som skaper bakgrunnsforståelsen for presensplassering og for framtid» (ibid:96). Planlegging av framtid har for MiO-pasientene vært overskygget av dagens dont med å skaffe penger og rus. Nettopp dette har også forvansket framtidsmuligheter. De fleste får ubehagelige sider ved levd liv i ansiktet og starter det møysommelige arbeidet med å gjøre opp for seg. Situasjonen forteller noe om det nåtidige og øyeblikkelige i misbrukslivet og framtida som noe man skyver bort. Dette bildet

handler ikke kun om at man roter det til for seg, men om levemåter og kompetanseutvikling hvor det dominerende samfunns tidssammenhenger brytes.

Thomassen hevder at det er nødvendig å ikke skue framover fordi det innebærer at en problematisering av livssituasjonen vil trenge seg på. Fortida er det verdifulle, som etablering av posisjoner og relasjoner er knyttet til. Nåtida bekrefter og repeterer fortida og samler ytterligere lag av fortid. «Denne akkumulering av fortid legger grunnlaget for en type kulturell (og prinsipielt også sosial) kompetanse eller kapital. Gjennom å ha erfart mest - både kvalitativt og kvantitativt tilegner man seg kunnskap og erfaring som gjør at man innehar en prestisjefylt posisjon innenfor subkulturen». (ibid:98). En konsekvens er at handlingsfeltet blir innsnevret. Thomassen hevder at sosialiseringen inn i dette subkulturelle kompetansesystemet fremstår som det viktigste hinderet for eventuell endring. En av mennene uttrykte noe av dette på følgende måte:

«Den rollefaktoren vi har ute, som er i det miljøet, at du skal deale ut stoffet eller at du skal være den som ordner eller - du finner en rolle som mange kan savne. For når jeg nå ser at jeg kommer inn i MiO, du skal ned i kjelleren altså, og du skal hente krefter, for du skal virkelig reise noe som du har brutt ned i lang tid. Og det tar tid, og mange kan kanskje spørre seg også - og det har jeg kanskje gjort sjøl - vil jeg bli nykter i det hele tatt? Fordi jeg tenker på situasjoner hvor du har vært inne i institusjoner, lagt ned en masse arbeid og så gått på ræva. Og dette her gang på gang altså. Det er for heftig, kan du si, å reise seg. Jeg tror at alle vil og vil og vil, men så er det det at du får det ikke til. Fordi jeg tror - for å si lite grann om meg sjøl – så må jeg si at jeg har stått i speilet og tenkt at det er ikke bare å reise det igjen - og da snakker jeg som junior

på laget – ti – tolv – femten år, ikke sant, i det sosiale, i fengsel, institusjoner og sånne ting. Jeg tror det er en prosess. Det er så tungt, så massivt hele det opplegget at det lille med småsprekker over et år og sånne ting, det er veldig lite, det trur jeg bare er med på å stabilisere ting videre, hvis du virkelig skal videre fremover altså. Å reise alt du har drevet og brutt, brutt opp rundt deg – det er ganske tungt».

For MiO-pasientene har livssituasjonen innenfor slike kulturer vært vedvarende over lang tid, i tillegg til perioder hvor man har trukket seg tilbake og levd ganske isolert. Denne tilbaketrekkingen har i liten grad innebåret inklusjon i storsamfunnet. Det er dette som møter dem når de er ferdig opptrappet og har begynte å komme til hektene igjen. «Jeg har jo mer eller mindre aldri vært i en ordna tilværelse, det har jo gått over stakk og stein», som en av mennene sier. Eller som denne kvinnen uttrykker det: «Det blir jo som å starte på nytt igjen da, det gjør jo det egentlig, fordi jeg har jo ikke vært normalt med i samfunnet på snart tjue år, ikke sant, så du blir jo som en liten baby nesten. Man føler seg akterutseilt når man har vært så lenge på kjøret».

De skal bryte med livsformer og miljøer som har vært med på å forme livet deres, de skal ta igjen det de betegner for tapte år, og de skal i godt voksen alder utforme nye livsinnhold. Tungland et al (1996) har tatt for seg økonomiske og kulturelle sider ved unge stoffbrukeres avhengighet til miljøet. Begrepet «kulturøkonomisk avhengighet» forklarer hvordan deltakerne utvikler forbruk og ferdigheter knyttet til illegale stoffer og rusmiljøer. Deres informanter beskriver også vanskelige oppvekstkår, jakt etter spenning og også historier hvor alt så ut til å ligge til rette, men hvor fellesnevneren er at de kom ut på skråplanet mot slutten av

ungdomsskoletiden. De bruker krabbeteina som metafor på veien inn i disse miljøene - det er lett å komme inn, men man trenger som regel hjelp for å komme ut. Avvikerkarrierer kan være en annen betegnelse på dette nettet som snører seg sammen omkring deltakere i en kultur som utvikler ferdigheter som er knyttet til det som holder kulturen sammen og driver fellesskapet: omsetning og bruk av rusmidler. Et viktig anliggende hos Tungland et al (ibid) er å gi bidrag til det mer tradisjonelle perspektivet på avhengighet og individuelle forklaringer om oppvekst og personlighetstype, som behandling ofte tar utgangspunkt i, ved å bringe inn kulturelle forhold. Stoffmisbrukerne er ikke asosiale innenfor sin kultur og den svarte økonomien. De er talentfulle, som arbeidstakere og arbeidsgivere innenfor stoffomsetningen, de har mye penger mellom hendene, uttrykker seg godt, har status og posisjoner. Opp mot dette settes den «straite» økonomien, hvor talentrollen byttes ut mot klientrollen. Fremtidsutsiktene er arbeidsløshet, dårlig økonomi, møte med liten utdanning og outsiderrolle (ibid:121).

Folk flest opplever skiftninger og endringer i livet som kan være vanskelige å takle. Tungland et al (ibid:121) påpeker det spesielle i en stoffmisbrukers situasjon, hvor det ikke bare dreier seg om å gå over fra en jobb til en annen: «Fordi det her ikke er noe skille mellom arbeidsliv, fritid, arbeidskamerater og venner innebærer endring av «yrke» at hele livet må endres. For en som forsøker å strait seg må alt dette takles i tillegg til avvenningen av selve rusmidlene». De peker her på kjernen i det som erfaringene fra MiO viser og som også står å lese i innledningen til Veksthusboka: «Problemet er ikke å slutte med heroin. Problemet er å begynne et liv» (Furuholmen 1993). Tungland et al (ibid) utfordrer og utdyper dette etter hvert forslitte uttrykket. Metadon muliggjør noe annet, men gjør i seg selv ikke annet enn å ta bort «suget» etter heroin.

Å skape nye forutsetninger krever innpass på arenaer hvor man kan kvalifisere seg, oppleve seg selv i nye roller og gjennom det få mulighet for å skape alternativer og møysommelig bygge opp en ny tilværelse. Det krever mye mot å begi seg inn på slike veier, og det må være et sterkt ønske om det fordi problematiske livsforhold fort kan ta motet fra en og stanse opp det hele. Det nye må gi mening, slik det gamle livet på sin måte har gitt mening:

«Nå blir jo livet mer meningsløst for meg fordi jeg slipper å være kriminell og jeg slipper å bruke så mye ressurser for å få tak i dop. Men jeg er blitt såpass voksen og har gått glipp av så mye, og jeg har lyst til å lære ting og vite ting. Jeg er veldig vitebegjærlig. Derfor er det bra for meg å gå på metadon, for jeg har ressurser til å lære livet å kjenne ved å lære mer og vite mer. Den rollen jeg hadde, det er jo det jeg må gå og slite litt med, at jeg savner den».

En av kvinnene sier etter å ha vært i behandling i rundt ett og et halvt år: «Det var en periode hvor det faktisk hadde vært ganske enkelt og valgt dopen og fått tilbake den statusen jeg hadde i miljøet og følt meg nyttig igjen på en måte; noe jeg overhodet ikke gjorde på den tida».

Utsagnene ovenfor kan kanskje virke som om man ønsker å fortsette med det man har holdt på med. Det må imidlertid forstås innenfor en subkulturell sammenheng, hvor dette er det som har vært et viktig innhold i tilværelsen og gitt mening. Opp mot dette står et skall som man skal fylle med ny mening, hvilket er en besværlig prosess når man gjennom så mange år ikke bare har styrket dette livsinnholdet, men som parallelt har medført manglende kompetansebygging og erfaringer som det «nye livet» krever. Denne prosessen må få lov til å ta tid, antakelig mange år.

Det pasienter og ansatte erfarer og forteller maner til realisme i forhold til behandlingsmål og mer oppmerksomhet omkring hva endringsprosessene innebærer av tap og gevinster. Ensomhet er et dårlig alternativ til et liv hvor man tross alt hadde et fellesskap og opplevde seg godtatt, til tross for lidelsene som er en del av det: «Jeg merker at jeg går veldig mye i sirkler; det er en måte å forklare det på. For jeg føler at jeg ikke har noen integritet. Jeg hører jo ikke til noen steder, så derfor har jeg tatt vare på et par-tre kamerater, ikke sant. Jeg har ikke funnet noen andre steder hvor jeg hører til. Men det er klart at hvis du skal føle at du hører til et sted, så tar jo det mange år, ikke sant. Det blir veldig ensomt, det blir jo det».

7 Behandlingsstatus august 1997

Tabell 10 viser Forsøksgruppen kategorisert med utgangspunkt i hvem som var i behandling (to øverste rader) og som ikke var i behandling ved studiens avslutning (tre nederste rader). Trettiseks pasienter var fortsatt i behandling, mens fjorten er ute av behandling.

Tabell 10: Pasientstatus august 1997

Status	Pasienter	Gj.sn. beh.tid	Gj.sn.alder
Arbeid/skole	20	30 mnd	39 år
Ikke arb/skole	16	22 mnd	39 år
Permisjon	4	16 mnd	40 år
Ekskludert	6	8 mnd	40 år
Døde*	4	12 mnd	

* To pasienter døde av kroniske sykdommer mens de var i behandling. To døde en tid etter at de hadde blitt ekskludert (narkotikarelaterte dødsfall). De fire pasientene hadde en aldersspredning på 31 - 43 år.

Pasientene startet i behandling i perioden august 1994 - desember 1995. Trettiseks mnd er lengst mulig behandlingstid og innehas kun av den ene pasienten som startet i august 1994. Behandlingstid er her reell tid i behandling; behandlingsavbrudd er trukket fra. Gjennomsnittlig behandlingstid innenfor kategorien «arbeid/skole» er høyere fordi kun én av pasientene har hatt behandlingsavbrudd, mens gjennomsnittet innenfor «ikke arbeid/skole» er lavere fordi

sju pasienter har fra ett til tre behandlingsavbrudd av minimum to måneder og vel ett års varighet.

I behandling (36 pasienter)

Trettiseks pasienter (68% av kvinnene og 75% av mennene) er fortsatt i behandling pr. august 1997. Som i andre behandlingsformer for stoffmisbrukere er behandlingsutfall positivt relatert til hvor lenge pasientene klarer å holde seg i programmet (de Leon et al 1995). Metadon er en grunnleggende faktor, men den høye andelen gjenværende i behandling kan også forstås ut fra prosjektets behandlingsfilosofi og ønske om å holde pasientene i behandling.

Sysselsattgruppen (20 pasienter)

Disse (åtte kvinner og tolv menn) hadde pr. august 1997 en gjennomsnittsalder på 39 år (kvinner: 37 år med en spredning fra 34 - 46 år, menn: 41 år, med en spredning fra 33 - 45 år). Som tabell 10 viser har disse pasientene den gjennomsnittlig lengste behandlingstiden. Kategorien «i arbeid eller skole» rommer en stor variasjon, fra å være hjemmeværende med barn, motta omsorgslønn for pleie av samboer til arbeid utenfor hjemmet og skole. Arbeid innebærer både hel- og deltidsarbeid, spesielt tilrettelagt og ordinært arbeid skaffet gjennom annonser og vikarbyråer. Tilrettelagt arbeid kan være ved tiltak som Trosterud treningssenter eller ved ulike offentlige/kommunale institusjoner som mottar arbeidstakere på særskilte innsatsmidler eller attføring. De fleste som er i skolesituasjon befinner seg innenfor spesielt tilrettelagte tilbud for voksne mennesker som av ulike grunner har falt av lasset. To er lærlinger med sikte på fagbrev, mens en annen

har utdannet seg ved høyskole. Disse utgjør imidlertid unntakene. Det er ikke uproblematisk å skulle kaste seg på det ordinære utdanningstoget: «Jeg skiller meg vel litt ut allerede, i og med at jeg er den eldste - de er jo fra 16 til - 24, men de fleste er rundt 17, 18, 19 år. Det blir jo til at jeg holder litt avstand, i og med at jeg er den eldste. Jeg har jo ikke så mye til felles med så unge mennesker». Flere har skiftet beite underveis, gått på skole eller kurs en periode og arbeidet i en neste for så å finne annet arbeid igjen. Stabiliteten ligger i at de har klart å holde seg i behandlingen og derved fått prøve ut ulike ønsker og muligheter og kunnet skifte til noe annet, eventuelt være sykmeldt en periode (som flere har vært) og samtidig kunnet opprettholde en stabil støtte i prosjektet.

Det er et mål å få flere inn i yrkesrettet attføring eller vanlig arbeid. Selv den minste bevegelse i en slik retning ville slå ut fordi de aller fleste befant seg utenfor en slik situasjon ved starten. Formell økonomisk status før og nå kan gi et bilde på slike positive endringer:

Tabell 11: Endring i økonomisk status, sysselsattgruppen (20)

	Sos.hj.	Attfør	Uføre	Annet	Inntekt	Total
Før	11	6	1	1	1	20
Nå	1	11	2	3	3	20

«Annet» er Kaja-midler, overgangsstønad, rehabiliteringsmidler og kurspenger fra Arbeidsformidlingen. Den ene som hadde egen inntekt ved start hadde 50% inntekt og 50% sykepenges.

Én, som tidligere hadde sosialhjelp, har blitt uføretrygdet på medisinske indikasjoner. Den ene som for øyeblikket mottar sosialhjelp, hadde i en tidligere fase yrkesmessig attføring som ble trukket tilbake på grunn av brudd på arbeidsavtale. Bildet uttrykker en situasjon som viser positive endringer ved at en stor andel som mottok sosialhjelpspenger nå har yrkesmessig attføring, hvilket betyr at de er inne i en skole- eller arbeidssituasjon. Attføringspenger blir raskt stanset dersom arbeids- eller skoleforhold opphører, noe som har skjedd for enkelte som har endret økonomisk status flere ganger underveis. Kanskje er det viktigste at pasientene får en annen opplevelse av seg selv ved å fungere i en sosial, yrkes- eller skolemessig sammenheng. «Nå er jeg kommuneansatt», som en sa med stolthet.

Ikke sysselsatt i skole eller jobb (16 pasienter)

Her finner vi også en gjennomsnittsalder på 39 år (kvinner: 37, med en spredning fra 32 – 43 år, og menn: 41 år, med en spredning fra 32 – 53 år). Som vi ser har de en gjennomsnittlig kortere behandlingstid enn sysselsatt-gruppen.

Flere i denne gruppen har vært sysselsatt i kortere perioder. Enkelte uttrykte ikke ambisjoner om arbeid eller skole, men nyttiggjøre seg metadonbehandlingen på andre måter. Pusse opp leilighet, skaffe møbler, gjøre det hyggelig hjemme, være sammen med familie, gjøre mer fritidsaktive aktiviteter. Noen har gjort mange forsøk på å komme i sysselsetting etter tidligere behandlingsforsøk og ville denne gangen starte i det små og se hvor det bar: «Sånn på kort sikt så er jo det viktigste det å la være å junke, det er det kortsiktige målet. Men på lang sikt så kunne jeg jo tenke meg å begynne å jobbe og begynne å leve litt mer normalt.

En må ha noe å gjøre så en ikke blir så destruktiv. Men for å kunne jobbe eller gå på kurs eller skole så avhenger det jo av at man greier å følge det opp. Jeg har jo prøvd på det ganske mange ganger og avslutta ganske mange skoleår og avslutta ganske mange jobber og sånn på grunn av dop. Så det har jeg lang erfaring med. Så det kunne være moro og fullført noe. Verdensmester i halvgjorte ting, veit du!»

Pasientene (sju kvinner og ni menn) preges først og fremst av alvorlige helseplager og -skader, som følge av injisering og misbruksliv, som hiv-infeksjon, hjertesvikt, leversvikt, nevrologiske skader og senskader etter ulykker. Dette setter alvorlige hindringer for yrkesmessig attføring. Selv om de befinner seg utenfor mer yrkesfremmende arenaer, har flere i perioder deltatt i skole- eller kursvirksomhet og utført mer kortvarig arbeid. Enkelte er fornøyd med å være hjemmeværende, men hovedtyngden sliter med å finne ny mening i tilværelsen. Livstruende sykdommer, som i perioder fører til angst og depresjoner, skygger for framtida til flere, samtidig som situasjonen har gitt dem mulighet for å følge bedre opp helsemessige forhold. Én har eksempelvis hatt heldagsjobb med planmessig oppfølging av alvorlige helseproblemer og kunne like gjerne ha vært kategorisert som full tids sysselsatt.

Det er ikke enkelt å planlegge hva man skal bruke den frigjorte tiden til. Et viktig spørsmål uansett er hva som kan anses som reelle valgmuligheter når en er innhentet av forholdsvis høy alder og har alvorlige helseplager i tillegg. Yrkesrettet habilitering er antakelig for noen et uaktuelt mål. Samtidig er det viktig å ha noe å engasjere seg i som fyller dagen, selv om det ikke peker mot vanlig yrkesliv. Det kan bli ensformig og lite utfordrende å skulle bruke så mye tid til å konsentrere seg om å gå på metadon. Dagene blir lett

flate og monotone, og bevegelsene mot ny kompetanse går sakte. De fleste tilbringer mye tid i MiO, hvor det er lite å ta seg til annet enn å dele erfaringer med andre som er i samme situasjon.

Tabell 12: Endringer i økonomisk status, ikke-sysselsattgruppen (16)

	Sos.hj.	Attfør	Uføre	Annet	Total
Før	5	2	7	2	16
Nå	4	0	10	2	16

«Annet» (før) er hhv. arbeidsledighetstrygd og etterlattepensjon

«Annet» (nå) er hhv. dagpenger på grunn av arbeidsløshet (etter to år på tiltaksmidler) og etterlattepensjon

Hovedtyngden var uføretrygdet eller mottok sosialhjelp ved behandlingsstart og gjør det fortsatt, med en dreining mot flere uføretrygdete. Én har gått over fra medisinsk attføring til uføretrygd, som vel er å betrakte som en endelig status innenfor dette systemet, mens den andre som før hadde yrkesmessig attføring på dette tidspunktet mottok sosialhjelpsmidler. Til sammenligning var kun én uføretrygdet i sysselsattgruppen før behandlingsstart.

Behandlingsforløpet til de fleste deltakerne i denne gruppen har vært urolig. Rundt halvparten har hatt avbrudd i behandlingen på grunn av eksklusjon(er), permisjon og/eller soning av fengselsstraff for straffbare handlinger de utførte før de ble med i MiO. Eksklusjonene skyldes betydelig rusmiddelbruk over tid, salg og

kjøp av medikamenter eller trussel om vold. Én har hatt tre behandlingsavbrudd, to har hatt to avbrudd og de øvrige ett. Både eksklusjons- og permisjonsperiodenes varighet har i de fleste tilfeller blitt lenger enn fastsatt fordi pasientene har strevd med å avruse seg igjen og starte på nytt. Sagt på en annen måte har det gått raskt tilbake til misbruksliv i disse periodene. Fengselsopphold har vart hhv. to og tre måneder og tre dager. Det siste regnes ikke som avbrudd fordi det kun dreide seg om dager, og vedkommende fikk metadon brakt til fengselet, noe som forøvrig var uproblematisk. For de to andres vedkommende innebar det nedtrapping på metadon for deretter å begynne på nytt igjen. Erfaringene med metadonbehandling i fengsel er således spede. For de to som måtte avbryte behandlingen innebar det nok et unødvendig avbrudd fordi det tar tid både å trappe seg ned for deretter igjen å stabilisere seg på metadon.

Ikke i behandling (14 pasienter)

Fire kvinner har bedt om permisjon. Skolegang i en annen by innebar at én måtte gi slipp på metadon. Ønsker om mer selvstendighet og større kontroll over eget liv er andre forklaringer på at de er ute av MiO. En uttrykte seg slik før start og valgte seg ut på grunn av kontrollen: «Jeg håper at jeg klarer å holde på med metadon og trives med meg selv og dette prosjektet. Men jeg er ikke så veldig glad i det overformynderiet de driver, så jeg vet ikke om jeg kan klare det, at det ryker ut. Det er jo ganske stramme grenser hele tiden, veldig stramme grenser. Det er alltid kjekt å være litt fri oppi all tvangen. Det er ikke urinprøver i og for seg, for jeg tenker ikke på sidemisbruk (hvilket hun heller ikke hadde, min anm.), men bare det med kontrollen som jeg opplever at de føler at de må ha. At jeg skal stå der og observeres, det er

vemmelig». Avhengighetsforhold til menn med rusmiddelproblemer er en del av grunnen til at noen forlot prosjektet. Tre var i skole eller arbeid da de forlot MiO. To levde hele perioden på sosialhjelp, én hadde oppnådd attføringsstatus, men gikk tilbake til sosialhjelp, mens én i hele perioden hadde yrkesmessig attføring.

To kvinner og fire menn er ekskludert eller avvist. Eksklusjon innebærer en midlertidig utestengelse. Dersom man ikke innen en dato MiO fastsetter klarer å komme i gang igjen med behandlingen, innebærer det avvisning. De kan da ikke søke inntak igjen i løpet av prosjektperioden, noe de som har opplevd dette har reagert sterkt på. Denne gruppen har den gjennomsnittlig korteste behandlingstiden (8 mnd: min. to dager - maks. 20 mnd). Ingen kom i gang med yrkesrettede aktiviteter, og økonomisk status var uendret ved eksklusjon. Tre mottok fortsatt sosialhjelp, og tre var uføretrygdete. Det er vanskelig med den korte behandlingstiden å hevde at metadonbehandling ikke passer for disse, selv om de ble skrevet ut av prosjektet. Situasjonen til enkelte understreker hvor viktig det er å kunne tilrettelegge for både praktisk hjelp (som bolig) og kunne tilby en mer beskyttet tilværelse (døgninstitusjon) i oppstartingsfasen og forsåvidt også senere i løpet. Det er ikke holdbart å måtte finne seg tilfeldig ly for natta når man etter lang tid på heroin og piller, et intenst gateliv og en tidkrevende avrusning finner seg selv skjelvende edru og skal starte på metadon. En trygg bolig ser ut til være en grunnforutsetning for å bli i behandlingen. Pasienter har opplevd det som forferdelig å miste plassen fordi de opplever at de forsøkte så godt de kunne, men klarte ikke mer. Slik som denne pasienten:

«Metadonmøtet mitt var helt sprøtt. Det skjedde midt i ferien. Kontakten min var ikke til stede. Hvis hun hadde vært det, hadde det kanskje blitt annerledes. Jeg fikk ikke tak i noen andre enn Blix (prosjektleder) og andrekontakten min. De gikk bare ut fra urinprøvene mine og ikke om bakgrunnen for at ting liksom hadde hendt slik det gjorde. Det var jo en del ting som hadde skjedd da, ikke sant, blant annet xxxx (traumatisk opplevelse, min anm.) og som gjorde at jeg hadde en veldig lang periode som ble veldig vanskelig i forbindelse med det. Så sånne ting kom overhodet ikke fram. Ikke for å unnskyldre sprekkinga, men det bare så ut som om jeg gav faen og hadde rusa meg så og så mye. Jeg følte at det var om å gjøre å få meg ut fortest mulig, og jeg fikk den beskjeden midt i ferien hvor jeg ikke får tak i X (terapeut utenfor MiO) eller Y (primærkontakten i MiO). Så jeg står der på en måte, jeg sto der helt aleine. Jeg var helt hysterisk altså. Det var det jævligste, ja, jeg var i sjokktilstand i lang tid før det liksom gikk opp for meg at jeg var skrevet ut».

Pasienten har en plausibel forklaring på rusingen. Igjen ble det en tilvendt løsning på en vanskelig situasjon, som kom på toppen av en generelt utsatt livssituasjon. Bortsett fra den ene som sluttet før han kom igang, opplever også de som er utestengt at livssituasjonen var bedre den tiden de var i MiO, sammenlignet med tiden før. Konkret innebærer det reduksjon i prostitusjon, ikke bli innhentet av politi og rettsvesen og langt mindre bruk av rusmidler. Å bli tatt inn i behandling for deretter å miste plassen, innebærer et tilbakesteg til risikofylte liv, i følge de ekskluderte jeg har intervjuet og hatt telefonsamtaler med.

Fire personer av Forsøksgruppen er døde. To menn døde etter at de ble ekskludert etter hhv. åtte og ti måneder i behandling. Den ene

var inne for avrusning tre ganger, men klarte ikke de «sju reine dagene» som krevdes for å komme inn igjen. Han søkte også døgntbehandling, men fikk avslag. Dødsfallet skjedde seks mnd etter eksklusjonen. Den andre hadde et kortvarig opphold i døgntinstitusjon. Dødsfallet skjedde like etter utskrivning. Begge var narkotikarelaterte dødsfall. En kvinne og en mann døde av kroniske sykdommer mens de var i behandling.

Dødelighet

En av de eventuelle konsekvensene ved MiO-prosjektet var i hvilken grad metadonstøttet behandling ville innvirke på statistikken over overdosedødsfall. ¹ Blant totalt 161 personer som søkte plass i MiO er 17 personer (6 kvinner og 11 menn) døde pr. mai 1997 (opplysninger fra dødsårsaksregisteret ved SSB). Det gir en samlet dødelighet på 10.6%.

Tolv personer utover Forsøksgruppen er tatt inn i MiO i perioden desember 1995 - mai 1997 fordi det var blitt ledige plasser. Ingen av disse var meldt døde pr. mai 1997. Disse er ikke fulgt i studien og holdes utenfor når vi i det følgende skal se på dødelighet i metadonbehandling, blant de som er ekskludert/permittert fra behandling og de som gjenstod på venteliste pr. mai 1997. Nittini opprinnelige søkere utgjorde ventelisten på dette tidspunktet. Blant de som er definert som stående på venteliste befinner seg også søkere som var til inntakssamtale og fikk avslag, søkere som fikk beskjed om at de ikke fylte alders- eller bostedskriterium eller som hadde uavklarte straffesaker, som medførte utsatt avgjørelse om eventuelt inntak. Den andre gruppen er de som ikke var innkalt til

¹ Takk til Ingeborg Rossow og Anne Line Bretteville-Jensen for å ha delt sine kunnskaper omkring dette temaet med meg

inntaksintervju enten fordi de var for langt ute på søkerlisten eller fordi de allerede var døde på det tidspunktet de i følge rekkefølgen på listen kunne ha blitt innkalt. Utover dette vet vi ikke noe om ventelistepersonene, som både kan ha avsonet fengselsstraffer eller vært i institusjon i løpet av observasjonsperioden.

Observasjonstiden på de 50 MiO-pasientene er kun den tiden de er eller var i metadonbehandling, regnet fra første dag på metadon og fram til mai 1997, behandlingsavbrudd eller død. Midlertidige utestengelsesperioder er trukket fra fordi pasientene i disse periodene har vært uten metadon. Vi vet at metadon fører til en markant nedgang i antall injiseringer, heroinbruk og også medikamentbruk og antar at dette forholdet vil være den viktigste beskyttelsen mot overdosedød. I tillegg kommer selve behandlingen, som både inneholder kontroll og hjelp. De 50 pasientene har en samlet observasjonstid i behandling på 85 personår. To pasienter (en kvinne og en mann) døde i løpet av behandlingstiden. Årlig dødelighet er 2.4%.

Pasienter som pr. mai 1997 var ute av prosjektet er observert fra dato for behandlingsavbrudd til mai 1997 eller død. Det er imidlertid ikke regnet årlig dødelighet på disse fordi tallene er små (14 tidligere pasienter) og observasjonstiden kort. Vi vet at hovedmønsteret for disse har vært tilbakevending til en livssituasjon som ligner på den de var i før behandling i MiO. To av disse (menn) døde noen måneder etter at de var ekskludert.

Den tredje gruppen utgjøres av de 99 gjenstående søkerne som pr. mai 1997 ikke har vært i metadonbehandling. Observasjonstiden på disse regnes fra den dato deres søknad var registrert mottatt og fram til mai 1997 eller død. Samlet har de en observasjonstid på

245 personår. Tretten er døde (5 kvinner og 8 menn). Årlig dødelighet er 5.3%.

Skog (1990) har ut fra et anslag på omkring 90 døde sprøytemisbrukere pr. år funnet at dette utgjør rundt 2 % av aktive misbrukere og at de viktigste dødsårsakene er forgiftning, selvmord, ulykker og sykdom. Sammenlignet med dette er dødeligheten blant de som var utenfor behandling svært høy. Teige (1993) finner i en undersøkelse av materialer fra Rettsmedisinsk Institutt i Oslo og Århus i perioden 1980 - 1989 en markert økning av dødsfall hos stoffmisbrukere over 30 år. Bretteville-Jensen (1994) har analysert utviklingen av narkotikadødsfall i Norge i perioden 1976 - 1993. Hun finner at både alderseffekt, prisreduksjon på heroin og blanding av heroin og sovemedikamentet Rohypnol kan forklare en sterk økning av dødsfall blant sprøytemisbrukere på 90-tallet. Dersom MiO-pasientenes livssituasjon før de kom i behandling er representativ for de øvrige søkerne, ser vi et bilde av en kronisk vanskelig situasjon, som også kan forklare den høye dødeligheten. Å bli utestengt fra behandling ser ut til å skape en enda mer risikofylt situasjon. Mange uttrykte i starten at metadonbehandling var det siste håpet de hadde å klamre seg til.

Dødsårsak er oppgitt ved 16 av de 17 dødsfallene. Fem er oppgitt som klare opiatoverdoser, fire er uklare overdoser (forgiftninger). Fire er selvmord. De tre siste døde av immunsvikt, hjerteklaffeil og astma-allergi. Avhengighet er oppgitt hos flere som en underliggende dødsårsak. Summen av dette er at 15 (av 16 klassifiserte dødsfall) må betraktes som unaturlige dødsfall, og som alle fant sted utenfor behandling.

Begrensningen på 50 pasienter ble snart kjent både blant stoffmisbrukere som hadde søkt behandling og generelt i miljøet (Frantzsen 1997). Det kan tenkes at håpet som lå i kanskje å bli utvalgt, ble betraktelig neddempet etter at plassene var besatt og at dette har forvansket livssituasjonen ytterligere. Dette kan bidra til å forklare den høye årlige dødelighetsraten blant søkere som ble avvist, fikk utsatt avgjørelsen eller som ikke ble innkalt til intervju. Et intervjuutdrag med én av pasientene kan belyse hvordan ventetiden kunne oppleves:

I: Hvordan var perioden etter at du hadde sendt søknaden?

P: Jeg hadde fire overdoser bare på den tida der, som var sånn at Legevakta og sånne kom.

I: Var den perioden spesielt vanskelig?

P: Ja, altså etter at jeg hadde søkt gikk jeg jo og venta og håpa hele tida, ikke sant, og jeg var jo også redd sjøl for å bli neste på lista (overdose, min anm.), jeg var jo det. Men om det var tøffere enn før, jeg veit ikke jeg hva jeg skal si, tøft har det vært hele tida.

Stoffmisbrukere som er intervjuet av Frantzsen (1997) forteller med tydelighet hvor utsatt livet kan være. Inntakskriteriet «ingen uavklarte straffesaker» kunne nok også legge en demper på håpet om å kunne komme i behandling innen rimelig tid, slik det viste seg å bli et problem for flere av de som ble innvilget plass. De «sju reine dagene» økte inntakskravene ytterligere, noe som og ble kjent ute i miljøene. Etter som tiden har gått, må vi anta at mange begynte å miste motet og at dette kan ha hatt innvirkning på livssituasjonen i negativ retning.

Metadon og overdosedødelighet

Det er gjort få kontrollerte studier innenfor dette feltet hvor man har hatt mulighet for å studere dødelighet ved å sammenligne en gruppe i metadonbehandling med en gruppe som fyller kriteriene, men som ikke tilbys behandling. Det ble gitt tillatelse til en slik studie ved Ulleråkerprogrammet i Sverige i 1973 (Gunne og Grönbladh 1981, Grönbladh og Gunne 1989). Trettifire opiatmisbrukere som alle fylte inntakskriteriene for behandling, ble randomisert til sytten som fikk metadonbehandling og sytten som ble tilbudt annen behandling, hvilket disse ikke ønsket. I praksis ble det en sammenligning mellom en gruppe i metadonbehandling og en gruppe som ikke var i behandling. De utenfor behandling kunne ikke søke behandling i programmet før to år var gått. Aldersmessig var de langt yngre enn MiO-pasientene (20 – 24 år) med fire – åtte års intravenøst heroinmisbruk. Etter to år hadde tolv av metadonpasientene kommet i arbeid og hadde sluttet å ruse seg, mens fem fortsatt hadde problemer med rusmidler. I kontrollgruppen var en kommet i arbeid, mens tolv fortsatt misbrukte heroin, to var i fengsel og to var døde. Gruppen i metadonbehandling ble utvidet med åtte pasienter etter to år. Blant de gjenværende i kontrollgruppen (7) var i 1981 ytterligere fire døde. Forfatterne konkluderer med at metadonbehandlingen åpenbart forklarte forskjellen i dødelighet i de to utvalgene.

Erfaringene så langt viser at å være i metadonbehandling beskytter mot overdosedød sammenlignet med å være utenfor behandling. En markant nedgang i antall heroininjeksjoner og en kraftig reduksjon i medikamentbruk må forstås som den viktigste grunnen. I tillegg kommer selve behandlingen. Å bli ekskludert fra behandling ser ut til å innebære stor risiko for for tidlig død. Imidlertid er sykdommer som mange har pådratt seg i løpet av misbrukslivet

også årsak til for tidlig død. Dersom metadonbehandling skal kunne bidra til å unngå slike sykdomstilstander og eventuell død, vil tilgang til behandling før man helsemessig er slitt ned være det eneste botemiddelet.

Oppsummerende

Pr. august 1997 er det 46 gjenlevende av Forsøksgruppen, 36 i behandling og 10 utenfor. Økonomisk status som et mål på før- og nå- situasjon viser samlet et bilde hvor flere har kommet over i yrkesmessig attføring.

Tabell 13: Endring i økonomisk status blant de 46 gjenlevende pr. august 1997 eller ved behandlingsavbrudd

	Sos.hj.	Attfør	Uføre	Inntekt	Annet	Total
Før	22	9	11	1	3	46
Nå	11	12	15	3	5	46

Grovt sett har vi med to grupper å gjøre: de som er i gang med yrkesmessig habilitering og «pensjonistene», som har store problemer med å se seg selv som del av yrkes-Norge fordi de

- 1) nesten aldri har vært i arbeid
- 2) har vært uføretrygdet hele sitt voksne liv
- 3) er middelaldrende med lav utdanning
- 4) har helsemessige begrensninger

Mange i denne gruppen er utbrente etter et hardt liv, på samme måte som personer i enkelte kroppsutsatte yrker er det og

førtidspensjoneres. Mange av kvinnene har brukt kroppen som medium for å skaffe midler (prostitusjon), og kroppen har vært mottaker for mengder av reine og ureine stoffer og utallige injeksjoner.

De som er eller har vært i gang med utdanning eller arbeid, vil være i behov av spesielt tilrettelagte arbeids- og skoletilbud og attføringsordninger som en overgang til ordinært arbeid eller skole. Det er først og fremst sosialt det er en utfordring å gå inn i ordinært skole- eller yrkesliv. Faglig og arbeidsmessig ser de ut til å klare seg godt. Pasientenes tabuiserte livserfaringer, vaklende selvfølelse og nåværende status, som de fleste velger å holde skjult er kjerneområder som MiO i fortsettelsen bør vektlegge som en viktig del av behandlingen. Skadereduserende målsettinger vil være nødvendig for en betydelig andel av pasientene.

De som har klart å klare seg fast i skole eller jobb erfarer at de må ha en kontroll med rusing for å klare det. Eller man kan snu det på hodet: noe meningsfullt og alternativt til det gamle hjelper en til å kontrollere rusing. Rusing reduserer dagsformen og står i motsetning til ønsket om å klare jobb og skole. De erfarer også at virkningene av metadon blir dårligere dersom de bruker rusmidler. Økonomien er også viktig fordi illegal rusmiddelbruk koster mye og fordi pasientene ønsker å klare seg ved hjelp av legale inntektsmidler. Det som de velger, som skal erstatte det de hadde, må framtre som et tiltrekkende alternativ. Ambivalensen blir tydeligere hvis rusingen ødelegger for det de ønsker å oppnå. Motsatt, som en av de daglige oppmøterne sier, «gjør det ikke noe om jeg ruser meg en dag til, for det gjør ingen forskjell». Han har ingen jobb eller attraktive alternativer å tape hvis han f.eks. forsover seg på grunn av rusing.

Prosjektet må i høy grad sies å ha lykket med flere av målsettingene dersom vi sammenholder situasjonen før behandlingsstart med situasjonen pr. august 1997.

Sammenlignet med data fra før inntak har bruken av opiat og sprøyter gått drastisk ned. Dette er en ikke overraskende konklusjon etter som et legalt opiat inngår i behandlingen. Bruk av benzodiazepiner er også kraftig redusert, men mange sliter fortsatt med slik bruk fordi de har vært avhengige av dette og brukt høye doser i en årrekke.

Ingen av de 50 pasientene har i perioden blitt tatt for lovstridige handlinger som har ført til dom og fengsel. Dette var av MiO satt opp som en eksklusjonsgrunn. Pasientene blir spurt om dette, og kun få har fortalt at de har gjort slike handlinger. Kanskje kan dette ses i sammenheng med kriminalitetsmønsteret før inntak, hvor stoffsalg for eget bruk inngikk som en viktig del av livsmidlene. Ettersom slik bruk er kraftig redusert, er det rimelig å forstå det dithen at behovet for å utføre slike handlinger i langt mindre grad er til stede. Det bryter dessuten med mange av de målene som pasientene har satt seg. Kriminalitet og fengsel har utgjort en så stor del av livet for mange at det var en viktig målsetting å holde seg unna kriminalitet.

Et fåtall av kvinnene som hadde prostitusjon som viktig inntektskilde, har fortalt at de noen ganger har prostituert seg i løpet av behandlingen. For disse kan det imidlertid ikke sammenlignes med tidligere. Dårlig økonomi og problemer oppgis som de viktigste årsakene til prositusjon.

Pasientene har gjennom behandlingen kunnet ta fatt i helse- og tannhelseproblemer. Flere uttrykker dette som et viktig mål på en bedret livskvalitet.

Forskyvningen fra sosialhjelp til yrkesmessig attføring blant de som var sysselsatt pr. august 1997 er en svært positiv utvikling sammenholdt med situasjonen generelt før inntak. Blant de ikke-sysselsatte på dette tidspunktet har også enkelte hatt full dags jobb med behandling av helseproblemer, mens hovedtyngden ser ut til å kunne slite lenge før de eventuelt vil komme i gang med skole eller arbeid. Hva man skal legge i øket livskvalitet, vil måtte defineres av den enkelte.

Disse positive endringene betinges av at de *er* i behandling. Et spørsmål er om vellykketheten av metadonbehandling skal ta utgangspunkt i at klientene klarer seg bra mens de er i behandling eller om det er situasjonen etter avsluttet behandling som skal fortelle noe om behandlingens effektivitet. Fordi dette er en studie av behandlingsforløpet og fordi dette er langtidsbehandling med metadon vil det først om flere år kunne sies noe om hvordan pasientene klarer seg hvis eller når de slutter med metadon, som er et av de langsiktige målene som er satt opp. Avtrapping vil antakelig forutsette en stabil sosial livssituasjon med et trygt nettverk. De som av ulike grunner er ute av prosjektet fikk aldri tid til å starte oppbygningen av en alternativ livssituasjon. Alternativet som tilbød en sosial og ikke ensom posisjon da de sluttet med metadon var miljøene de forsøker å frigjøre seg fra.

8 Drøfting av inntakskriterier og målsettinger

Inntakskriterier og målsettinger kan vanskelig ses atskilt når metadonbehandling i fortsettelsen skal drøftes. Spørsmålet er om metadonbehandling skal være «second best» for de som har forsøkt mye annen behandling eller om det skal inngå som en del av de øvrige behandlingstilbudene. Det kanskje mest nedslående med studien er pasientenes høye alder og helsemessige nedslittethet, som begrenser muligheter for endring. Dersom man gjennom metadonstøttet behandling ønsker at stoffmisbrukere skal ha større muligheter for sosial og yrkesmessig integrering i samfunnet enn Forsøksgruppen har hatt, ser de strenge inntakskravene ut til å motvirke slike målsettinger.

Yrkesrettet habilitering – skadereduksjon

MiO har lagt til rette både for yrkesmessig habilitering og skadereduserende målsettinger, selv om dette ikke har vært en faglig, overordnet diskusjon. Begge hovedmålsettingene ligger innenfor det som er satt som mål i forarbeidene. Det er viktig å understreke at slike målsettinger ikke utelukker, men snarere kompletterer hverandre. Helseperspektivet, som er grunnleggende innenfor et skadereduksjonsperspektiv, har vært viktig uansett hvordan pasientene har gruppert seg. I behandlingsprosessen har mange hatt god og nødvendig hjelp av andre institusjoner innenfor fagfeltet.

En overgang fra sosialstønad til attføring og andre midler som er knyttet opp til konkrete oppgaver, innebærer endret status og økt selvfølelse. Tilrettelagte skoleslag og ulike arbeidstiltak har vært avgjørende for at pasientene skal få rom og tid til å gå små skritt og etter hvert oppleve og erfare seg selv og andre på nye måter.

Tiden det tar å stabilisere seg varierer og kan ikke følge bestemte tidsskjemaer. Erfaringer med å ville få livet inn i «normalfolden» på kort tid er dårlige. Det er mye som skal bearbeides, og det er mange brikker som skal legges.

For flere av pasientene i MiO vil muligheter for bedring av helseskader være mer dekkende for behandlingen enn skadereduksjon fordi de som gruppe allerede har pådratt seg de helseskader som kan tåles av misbrukslivet. Antakelig vil tålmodighet med pasienter som åpenbart sliter og ruser seg være det beste skadereduserende tiltaket slik at de klarer å holde seg i behandlingen og kan få tid til å finne nye løsninger. Flere av pasientene nevner problemet med jevnaldrende stoffmisbrukere med betydelige helseskader som ikke har vært i behandling og derved ut fra de nåværende kriteriene utelukkes fra å kunne søke metadonstøttet behandling. Det kan være mange grunner til at disse ikke har vært i behandling, f.eks. fengselsopphold og institusjonplasseringer fra tidlig alder. Institusjonenes terskler er heller ikke alltid like enkle å stige over dersom man ønsker behandling. Mange av disse vil også være for gamle for en del medikamentfrie tiltak og bør ut fra alder og helsemessige årsaker kunne tilbys metadonbehandling, uten å fylle kravet om tidligere «mislykket» behandlingshistorie.

For de eldste og helsemessig mest nedslitte ville det kunne være retningsgivende å tenke metadonstøttet behandling som en tilbaketrekkingsmulighet, hvor metadon erstatter den illegale rusmiddelbruken. Situasjonen blant de eldste og mest forkomne krever andre innspill og muligheter enn de mer tradisjonelle fordi de altfor lenge har befunnet seg på et sidespor og må sies å ha sterkt begrensede muligheter innenfor arbeidslivet.

Individuelle målsettinger

«Jeg er ikke tjue år lenger. Har et bein jeg sliter med, sidemisbruk, alle disse tingene, Randi. Jeg trodde at ting kunne bli annerledes. Etter hvert skjønner du at noe er ødelagt inni deg. Det er noe med å godta det - det kan være vanskelig. Samtidig er jeg en person som er avhengig av å gjøre noe. Men det må være noe jeg mestrer, ikke være så flink hele tida – den flinkheta igjen. Jeg har et sidemisbruk. Realistisk kan jeg ikke tro at jeg er rusfri om fem år. Det er et press herfra, jeg sliter med nerver, har hele tida angst for å bli skrevet ut. I perioder ruser jeg meg for å bli kvitt den angsten. All right, så får de skrive meg ut da, så blir jeg ihvertfall kvitt *den* angsten. For måla de setter opp klarer jeg ikke å oppnå. Det er jeg som skal leve livet mitt. Jeg og har behov for å gjøre noe som er meningsfylt for meg». Slik uttrykte en kvinne seg etter å ha vært rundt to år i behandling. Hun var nå igjen i arbeid, men mer tilpasset det hun opplevde som mulig å klare, dvs ikke full arbeidsuke. Det ser ut til at individuelle målsettinger må være et bærende element i behandlingen. Det har vært stilt ulike «krav» til pasientene, som synes rimelig ut fra de enkeltes ulike muligheter og livssituasjon.

Pasientenes livskontekst før de startet i behandling, er viktig å forstå. Det ser ut som om Tungland et al (1996) treffer et viktig poeng når de drøfter at behandling må starte fra det utgangspunktet pasientene har. En kvinne som ikke har hatt avbrudd i prostitusjonen på årevis og som sliter med vanskelige forhold til menn, vil neppe ha jobb og skole og terapi som det første på dagsorden. Kroppslige plager, orden i praktiske forhold og trygg bolig vil måtte rangeres høyere. Hun vil trenge tid til å «komme til seg selv» før hun setter i gang store endringsplaner. Muligheter for skjerming i døgningstusjon i en vanskelig startfase ser ut til å være

nødvendig for de mest utsatte pasientene dersom de skal komme i gang med behandlingen på en god måte.

Erkjennelsen av hva pasientene opplever å miste bør antakelig knyttes sterkere til behandlingen. «Du savner jo de folka da, og da har du vel kanskje litt lett for å søke tilbake til der hvor du kjenner folk». Stoffmisbruksverdenen innebærer mye elendighet og mye nedverdiggende, men det har for de fleste av MiO-pasientene i et forholdsvis langt liv representert den viktigste sosiale og tilhørigheten.

Referanser

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

Axelsen, Eva Dalsgaard: *Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*. Pax forlag a.s. 1997

Ball, John C. and A. Ross: *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. Springer-Verlag, New York 1991

Bartholomew, N.G., G.A. Rowan-Szal, L.R. Chatham, D.D. Simson: Effectiveness of a Specialized Intervention for Women in a Methadone Program. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol 26 (3), Jul-Sep 1994.

Bjerrum Nielsen, Harriet og Monica Rudberg: Jenters vei til rusmidler - et sosialiseringsspektiv. I: Waal og Middelthon (red): *Narkotikaforebygging mot år 2000*. Universitetsforlaget AS, Oslo 1992

Blindheim, Martin og Gabrielle Welle-Strand: Etter 30 år er metadonbehandlingen i ferd med å bli voksen. Intervju med Vincent P. Dole. *Stoffmisbruk* 2/94

Blindheim, Martin: Metadon er en behandlingsmetode - ikke en religion. Intervju med Loretta Finnegan. *Stoffmisbruk* 4/97

Bretteville-Jensen, Anne Line: Narkotikadødsfall i Norge. En analyse av utviklingen fra 1976 - 1993. *SIFA-rapport* 4/94, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning

Buning, Ernst: The Role of Harm-Reduction Programmes in Curbing the Spread of Hiv by Drug Injectors. I: Strang and Stimson (eds): *Aids and Drug Misuse. The challenge for policy and practice in the 1990s*. Routledge, London og New York 1990

Bødal, Kåre: *350 narkoselgere*. Universitetsforlaget, 1982

Christensen, Bernadette: *Foredrag om erfaringer med pasienter i metadonbehandling*, Leangkollen, Asker 13.03.97

Christensen, Bernadette og Sissel Gran: Det frivillige møtet: Et håp om forandring. Terapeutisk arbeid med stoffmisbrukere. I: Reichelt, Sissel (red): *Psykologi i forandring*. Jubileumsbok Norsk Psykologforening 60 år, Forlag Norsk Psykologforening 1994

Christie, Nils og Kjetil Bruun: *Den gode fiende. Narkotikapolitikk i Norden*. Ny og revidert utgave. Universitetsforlaget, Oslo 1996

De Leon, G, G. L. Staines, T. E. Perlis, S. Stacks, K. McKendrick and R. Brady: Therapeutic Community Methods in Methadone Maintenance (Passages): an Open Clinical Trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 37 (1995) 45 - 57

Ege, Peter: Metadonbehandling i Danmark. *Nordisk Alkohol-Tidsskrift* 5-6/97

Ervik, Randi: Skadereduksjonsteori og -praksis. *Stoffmisbruk* 4/94

Farrell, M., J. Ward, R. Mattick, W. Hall, G. Stimson, D. des Jarlais, M. Gossop, J. Strang: Methadone Maintenance Treatment in Opiate Dependence: a Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 26 (3), Jul-Sep 1994

Finstad, Liv: *Den betalte familie. Nye livsformer for folk i krise*. Pax forlag a.s., Oslo 1990

Frantzsen, Evy: *Passe elendig. Ringvirkninger av et metadon-prosjekt*. Institutt for kriminologi, Universitetet i Oslo, 1997
Furuholmen, Dag: *Boka om Veksthuset*. J.W. Cappelens forlag a.s. 1987

Fylkeslegen i Aust-Agder: Bivirkninger ved langtidsbruk av benzodiazepiner - et større problem enn vi regner med? Brev fra ass. fylkeslege til leger i Aust-Agder med litteraturoversikt om og bruk av benzodiazepiner, 22.04.94

Goffman, Erving: *Stigma*. Gyldendals samfunnsbibliotek, København 1975

Goldsmith, Douglas S, Dana Hunt, Douglas S. Lipton og David L. Strug: Methadone Folklore: Beliefs about Side Effects and Their Impact on Treatment. *Human Organization*, Vol. 43, No. 4, 1984

Gran, Sissel og Per Størksen: Å flykte fra asken til ilden. Kvinnelig stoffmisbruk i et relasjonsperspektiv. *Fokus på familien* 3/1990.

Grönbladh, Leif: Metadonbehandling i Sverige. Utveckling och resultat i Ulleråkerprogrammet. *Nordisk Alkohol - Tidsskrift* 5-6/ 1996

Grönbladh, Leif og Lars Gunne: Methadone-assisted rehabilitation of Swedish heroin addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 24 (1989): 31 - 37

Gunne, Lars-M og Leif Grönbladh: Metadonunderhållsbehandlingens effektivitet. En kontrollerad studie i narkomanvård. *Läkartidningen*, Volym 77, nr. 4 - 1980

Hagman, George: Methadone Maintenance Counseling. Definition, Principles, Components. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 11, No.5, pp405 - 413, 1994

Hammersley, Martyn og Paul Atkinson: *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Gyldendal norsk forlag, Oslo 1987

Howe, David: *On being a Client. Understanding the Process of Counselling and Psychotherapy*. Sage Publications, 1993

Høigård, Cecilie og Liv Finstad: *Bakgater. Om prostitusjon, penger og kjærlighet*. Pax forlag, Oslo 1986

Lauritzen, Grethe, Helge Waal, Arvid Amundsen og Oddvar Arner: A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment. Methods and findings, under trykking

Maldonado, Hector, Robert Dash m.fl.: *Samtaler med klinikere og forskere innenfor metadon vedlikeholdsbehandling*, Beth Israel Hospital, New York City, november 1995

- Middelthon, Anne-Lise: De farlige andre. Om anti-struktur og metaforiserings- og metonymiseringsprosesser i hiv- epidemien. *Hovedoppgave i sosialantropologi*, Universitetet i Oslo 1992
- Miles, Matthew B. og A. Michael Huberman: *Qualitative Data Analysis*. Sage Publications, 1994
- Moos, Rudolf H, John W. Finney og Ruth C. Cronkite: *Alcoholism Treatment. Context, Process and Outcome*. Oxford University Press, New York 1990
- Patton, Michael Quinn: *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage Publications 1990
- Ravndal, Edle: Drug Abuse, Psychopathology and Treatment in a Hierarchical Therapeutic Community. A prospective study. *Thesis*, Department of Behavioural Sciences in Medicine, University of Oslo 1994
- Ravndal, Edle og Per Vaglum: Betydningen av psykopatologi hos narkomane i metadonbehandling. En prospektiv undersøkelse. *Arbeidsrapport* nr. 2, 1997. Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo, Oslo 1997
- Ringheim, Gunnar og Jane Throndsen: *Løvetannbarn. De klarte seg - mot alle odds*. Cappelens forlag a.s. 1997
- Saunders, Bill og Steven Allsop: Relapse: a critique. I: Gossop, Michael (ed): *Relapse and Addictive Behaviour*, Routledge, London 1989
- Skau, Greta Marie: *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper*. Tano a.s., Oslo 1992
- Skog, Ole-Jørgen: Utvikling av intravenøst narkotikamisbruk i Norge. Anslag for insidens og prevalens. *SIFA-rapport* 1/90, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning

Skretting, Astrid: Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 1: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak. *SIFA-rapport 4/97*, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning

Skretting, Astrid, Randi Ervik og Kjell-Erik Øie: Aids-informasjonsbussen i Oslo. En intervju-undersøkelse av brukere. *SIFA-rapport 2/93*, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning

Sohlberg, Christian: Stoffmisbrukere - bedre/verre enn sitt rykte? En spørreundersøkelse om hiv-epidemien blant misbrukere. *Miljøetaten, Seksjon for tiltak mot aids*, Oslo 1993

Strang, John: Intermediate goals and the process of change.
I: Strang, John and Gerry Stimson (eds): *Aids and Drug Misuse*. Routledge 1990

Styringsgruppen: Evalueringsrapport for prosjektet «Hiv-Met». *Akuttinstitusjonen, Oslo fylkeskommunale Rusmiddelsekretariat*, 31. mars 1995

Taksdal, Arnhild: Kvinnerettet rusbehandling? Temaserie 1997:1. *Rusmiddeldirektoratet/Sosial- og helsedepartementet*, Oslo 1997

Teige, Brita: «Narkotikadødsfall». Definisjoner, registrering og felles nordiske undersøkelser. *Stoffmisbruk 2/93*

Thomassen, Arild: Take a Walk on the Wild Side. Mytologier, bilder og fortellinger fra en dø(d)ende kultur. En kultursosiologisk analyse av en narkotika subkultur. *UNGforsk Rapport 3/93*

Tjersland, Odd Arne: Misbrukere før, under og etter kollektivopphold. En retrospektiv undersøkelse av elever ved Tyrilikkollektivet. *Sosial- og Helsedepartementet* 1995

Tungland, Else M, Marie Smith-Solbakken og Tor Claussen: Talent eller klient? Om unge stoffmisbrukeres kulturøkonomiske avhengighet. Rogalandsforskning, *Rapport RF - 96/025*

Turpeinen, Pirkko: Värderingar och attityder kring metadonbehandling i Finland. *Nordisk Alkohol-Tidsskrift* 5-6/96

Ward, Jeff, Richard Mattick og Wayne Hall: *Key Issues in Methadone Maintenance Treatment*. National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, New South Wales University Press Ltd, Australia 1992

Widman, Mindy, Jerome J. Platt, Victor Lidz, Diane A. Mathis and David S. Metzger: Patterns of Service Use and Treatment Involvement of Metahadone Maintenance Patients. *Journal of Substance Abuse*, Vol. 14, No. 1, pp. 29 -35, 1997

Østby, Lene: Et annerledes liv. En brukerevaluering av prosjektet Metadonbehandling av hiv positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt. *Akuttinstitusjonen for stoffmisbrukere over 18 år*, Oslo fylkeskommunale rusmiddelsekretariat, Oslo 1994

Statens institutt for alkohol-
og narkotikaforskning
Dannevigsgveien 10, 0463 Oslo
Tlf. (02) 38 04 85

FORTROLIG

SKJEMA II INNTAKS- OG AVSLUTNINGSSOPPLYSNINGER

INNTAKSOPPLYSNINGER

1-3	INSTITUSJON/TILTAK	
4-9	INSTITUSJONENS/TEAMETS JOURNALNUMMER	
10-15	HENVENDELSENUMMER (samme som 4-9 i skjema I)	
16-21	DATO FOR BEHANDLINGSSTART 000000 = Fortsetter fra forrige registreringsperiode	 Dag Mnd. År
22-27	REGISTRERINGSDATO (Gjelder kun for ny registrering innenfor samme behandlingsperiode)	 Dag Mnd. År
28-31	INITIALER (de to første i første fornavn og de to første i etternavnet)	
32-37	FØDSELSDATO	 Dag Mnd. År
38	KJØNN 1 = Mann 2 = Kvinne	
39	TIDLIGERE BEHANDLET I DETTE TEAM/ DENNE INSTITUSJON 0 = Aldri 1 = 1 gang, osv. 9 = 9 eller flere ganger	
40	HVIS INNLEGGELSE, ER DEN FRIVILLIG 0 = Poliklinisk tilbud 3 = Nei, Lov om psykisk helsevern 1 = Ja 4 = Nei, Lov om edruskapsvern 2 = Nei, Lov om barnevern 5 = Nei, annet :	
41	OVERFØRT FRA FENGSEL ETTER FENGSELSLOVENS §12, §32 ELLER §39 NR. 1 I STRAFFELOVEN 0 = Poliklinisk tilbud 1 = Ja, §12 2 = Ja, §32 3 = Ja, §39 4 = Nei	
42	ETNISK BAKGRUNN 1 = Norsk 4 = Anglo-amerikansk 7 = Afrikansk 2 = Nordisk (ikke norsk) 5 = Latin-amerikansk 8 = Annet : 3 = Europeisk (ikke nordisk) 6 = Asiatisk	
43	BARN 0 = Ingen barn 4 = 1 + 2 1 = Hjemmeboende barn 5 = 1 + 3 2 = Barn hos andre, ikke overtatt av barnevernet 6 = 2 + 3 3 = Barn hos andre, overtatt av barnevernet 7 = 1 + 2 + 3 8 = Annet :	

UTDANNELSE

0 = Nei 1 = Pågående 2 = Avbrutt 3 = Fullført

44	9-årig grunnskole	
45	Div. yrkeskurs	
46	Lærlingkontrakt, fagbrev	
47	Videregående skole 2 årig yrkesfaglig	
48	Videregående skole 3-4 årig yrkesfaglig	
49	Videregående skole 3 årig allmennfaglig	
50	Høyskole, universitet	

STOFF-, ALKOHOL-, MEDIKAMENTMISBRUK

0 = Nei 1 = Ja, viktigst 2 = Ja, men ikke viktigst 3 = Tidligere brukt, nå sluttet

51	Alkohol	
52	Cannabis	
53	Opiater	
54	Sentralstimulerende midler	
55	Løsemidler	
56	Beroligende, vanedannende medikamenter	
57	Annet, beskriv	
58	Injisering av stoff	

KONTAKT MED BEHANDLINGSAPPARATET SISTE 12 MND.

0 = Nei 1 = Ja

59	Behandling i psyk.ungd.team/rusmiddelpoliklinikk	
60	Innlagt i behandlingsinstitusjon for rusmiddelmisbrukere	
61	Medisinsk opptøying fra somatisk sykehusavd./poliklinikk	
62	Behandling i psykiatrisk sykehusavd./poliklinikk	
63	Innlagt til avrusning	
64	Bodd i kollektiv for rusmiddelmisbrukere	
65	Vært dagklient/etterverns klient ved behandlings/attføringsinstitusjon	
66	Annet (beskriv)	

81	HAR KLIENTEN VÆRT I SITUASJON HVOR HAN/HUN KAN HA BLITT HIV-SMITTET ELLER KAN HA SMITTET ANDRE 0 = Nei 2 = Ja, ved seksuell kontakt 4 = Annet 1 = Ja, ved urene sprøyter 3 = 1 + 2	☐
82	HAR KLIENTEN TATT HIV TEST 0 = Aldri 1 = 1 gang 9 = 9 eller flere	☐
83	NÅR VAR SISTE TEST 0 = Ikke testet 2 = I løpet av siste år 1 = I løpet av siste halvår 3 = Over et år siden	☐
84	HVA VAR RESULTATET AV SISTE TEST 0 = Ikke testet 2 = Positiv 4 = Vil ikke oppgi resultatet 1 = Negativ 3 = Ikke fått resultatet	☐
85	HAR KLIENTEN UTSATT SEG FOR SMITTE ETTER SISTE TEST 0 = Ikke testet 2 = Ja, ved seksuell kontakt 4 = Annet 1 = Ja, ved urene sprøyter 3 = 1 + 2 5 = Nei	☐
86	HVIS KLIENTEN ER SMITTET, FOREKOMMER HIV SYKDOM 0 = Ikke testet 2 = HIV positiv uten symptomer 4 = AIDS 1 = Ikke HIV positiv 3 = HIV positiv med symptomer	☐
87	HAR KLIENTEN NOEN GANG TATT LIVSTRUENDE OVERDOSE (EVT. INNLAGT I MEDISINSK AVDELING) Antall ganger kodes 0 = Aldri 9 = 9 eller flere	☐
88	HAR KLIENTEN NOEN GANG MED VILJE FORSØKT Å TA SITT EGET LIV Kodes som spm. 87	☐
89	HAR KLIENTEN I LØPET AV DEN SISTE MÅNED HATT DØDSTANKER ELLER DØDSØNSKER 0 = Ordinær livstyst 1 = Lei av livet, men bare flyktige selvmordstanker 2 = Ville helst være død, selvmordstanker opptrer hyppig, og selvmord ansees som en mulig løsning uten at det foreligger spesifikke planer eller intensjoner 3 = Uttalte planer om selvmord når anledningen gir seg. Aktive forberedelser til selvmord.	☐
90	HAR KLIENTEN NOEN UOPPGJORTE SAKER MED POLITI ELLER RETTSVESEN 0 = Nei 1 = Ubetalte bøter 2 = Ufullført samfunnstjeneste 3 = Uoppgjorte saker som kan føre til dom 4 = Ubetinget dom som ikke er sonet 5 = 3 + 4 (registrer høyeste verdi dersom flere muligheter foreligger samtidig)	☐

**OPPLYSNINGER VEDRØRENDE SITUASJONEN SISTE 6 MÅNEDER
DTES/GAS SKALAER**

MISBRUK

HVORDAN HAR KLIENTENS RUSMIDDELBRUK VÆRT DE SISTE 6 MÅNEDER

Sett opp tilnærmet gjennomsnitt. Regn siste 6 mnd. «ute» hvis klienten kommer fra fengsel/institusjon.

0 = Ikke brukt rusmidlet siste 6 måneder

1 = Brukt det noen ganger, men ikke oftere enn 2-3 ganger pr. mnd.

2 = Brukt det 1-4 ganger i uken

3 = Brukt det daglig eller nesten daglig

91	Alkohol	☐
92	Cannabis	☐
93	Opiater	☐
94	Sentralstimulerende midler	☐
95	Løsemidler	☐
96	Beroligende, vanedannende medikamenter	☐
97	Annet (beskriv)	☐

98 ER SPRØYTER BRUKT SISTE 6 MÅNEDER

0 = Nei

1 = Av og til, ikke oftere enn 2-3 ganger pr. mnd.

2 = 1-4 ganger i uken

3 = Daglig eller nesten daglig

☐

99 MISBRUK SISTE 6 MÅNEDER:

DTES MISBRUK-SKÅRE

(Se manual)

☐

SOSIAL FUNKSJON

HVA HAR VÆRT KLIENTENS KILDER TIL LIVSOPPHOLD DE SISTE 6 MÅNEDER

Regn siste 6 måneder «ute» dersom klienten kommer fra institusjon eller fengsel

0 = Ikke 1 = Mindre viktig 2 = Viktig

100	Egen inntekt (lønnnet arbeid, sykepenger).....	
101	Attføring	
102	Arbeidsløshetsstrygd.....	
103	Stønad til enslige forsørgere	
104	Uføretrygd.....	
105	Sosialhjelpsstønad	
106	Økonomisk støtte fra partner	
107	Økonomisk støtte fra foreldre/annen slekt.....	
108	Stoffsalg.....	
109	Annen kriminalitet	
110	Prostitusjon	
111	Annet (spesifiser).....	

HVA HAR VÆRT KLIENTENS BESKJEFTIGELSE DE SISTE 6 MÅNEDER

0 = Ikke 1 = Mindre viktig 2 = Viktig

112	Heltidsjobb.....	
113	Deltidsjobb.....	
114	Sesongarbeid, tilfeldige jobber	
115	Arbeidsmarkedstiltak.....	
116	Hjemmeværende med barn.....	
117	Utdanning	
118	Sykmeldt.....	
119	Attføring.....	
120	Arbeidsløs	
121	I fengsel.....	
122	I institusjon/kollektiv.....	
123	«På kjøret»	
124	Annet (spesifiser)	

125 HVORDAN HAR KLIENTEN I HOVEDSAK BODD DE SISTE 6 MÅNEDENE FØR BEHANDLING/INNTAK

0 = Uten fast bopel, evt. hospits 3 = Med samboer/ partner i egen bolig 6 = Institusjon
 1 = Alene i egen bolig 4 = Sammen med foreldre, nær slekt 7 = Ettervernshjem, hybethus
 2 = Sammen med ektefelle i egen bolig 5 = Alene med barn 8 = Fengsel
 9 = Annet (spesifiser)

126 SOSIAL FUNKSJON SISTE 6 MÅNEDER: DTES SOSIAL FUNKSJONS-SKÅRE (Se manual)

SOSIAL TILHØRIGHET

127 HVA SLAGS VENNER HAR KLIJNTEN HOVEDSAKELIG HATT OMGANG MED DE SISTE 6 MÅNEDENE

- 0 = Isolert seg, ikke omgang med noen
1 = Bare omgang med misbrukere, tilhørighet i asosiale kriminelle misbrukerkretser
2 = For det meste omgang med rusmiddelmisbrukere, men er også sammen med bekjente utenfor stoffmiljøet
3 = Har «et bein i hver leir». Er like mye sammen med misbrukere som med venner og bekjente som ikke bruker stoff
4 = Mest sammen med ikke-misbrukere. Bare enkelte kontakter i misbrukerkretser
5 = Har bare venner og bekjente som ikke misbruker rusmidler.

☐

128 HVILKEN KONTAKT HAR KLIJNTEN HATT MED SIN BIOLOGISKE FAR SISTE 6 MÅNEDER

- 0 = Ingen kontakt
1 = Daglig
2 = Ukentlig
3 = Månedlig
4 = Sjeldnere
5 = Død

☐

129 HVILKEN KONTAKT HAR KLIJNTEN HATT MED SIN BIOLOGISKE MOR SISTE 6 MÅNEDER
Kodes som spm. 128

☐

130 HAR KLIJNTEN EVENTUELT KONTAKT MED ANDRE FAMILIEMEDLEMMER (SØSKEN, BESTEFØRELDRE, STEFØRELDRE, FOSTERFØRELDRE M.V.)

- 0 = Ingen kontakt m. familie (alene)
1 = Daglig
2 = Ukentlig
3 = Månedlig
4 = Sjeldnere

☐

131 HAR KLIJNTEN LEVD SAMMEN MED EN FAST PARTNER SISTE 6 MÅNEDER

- 0 = Nei
1 = Ja

☐

132 HAR KLIJNTENS FASTE PARTNER (KJÆRESTE) RUSMIDDELPROBLEMER

- 0 = Ingen fast partner
1 = Nei, ikke slike problemer
2 = Ja, partner har rusmiddelproblemer
3 = Partner har vært rusmiddelbruker (har ikke misbrukt rusmidler siste mnd.)

☐

133 ER PARTNER I BEHANDLING SAMTIDIG

- 0 = Nei
1 = Ja, her
2 = Ja, annet sted

☐

**134 SOSIAL TILHØRIGHET SISTE 6 MÅNEDER:
DTES SOSIAL TILHØRIGHET-SKÅRE**
(Se manual)

☐

SKJEMA III

A: BIOGRAFISKE/HISTORISKE DATA

**B: UTDYPENDE DATA OM RUSMIDDELBRUK, KRIMINALITET OG
UTDANNING/ARBEID**

1-3 **INSTITUSJON/TILTAK**

4-9 **INSTITUSJONENS/TEAMETS JOURNALNUMMER**

DEL A: BIOGRAFISKE/HISTORISKE DATA

10 **HVA ER KLIENTENS FORKLARING PÅ AT HAN/HUN BEGYNTE Å BRUKE STOFF**
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

11 **HVA TROR KLIENTEN ER FORELDRENES FORKLARING**
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12 **HVOR MANGE GANGER FLYTTET KLIENTEN FØR FYLTE 16 ÅR**
0 = Ingen 2 = 2 ganger osv.
1 = 1 gang 9 = 9 eller flere enn 9 ganger

**VAR KLIENNTEN MED I ORGANISERTE AKTIVITETER, FORENINGER, LAG OSV.
I BARNDOM, UNGDOMSTID**

0 = Ikke vært med/deltatt
1 = Sporadisk, passivt medlem/deltaker
2 = Aktivt medlem/deltaker
3 = Aktivt med i drift/ledelse (uansett nivå)

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 13 | Idrett | ☐ |
| 14 | Musikkskole/skolekorps/kor | ☐ |
| 15 | Speider | ☐ |
| 16 | Politisk lag/organisasjon | ☐ |
| 17 | Miljø/naturvernorganisasjon | ☐ |
| 18 | Hjelpekorps/ideell organisasjon | ☐ |
| 19 | Kommunal ungdomsklubb | ☐ |
| 20 | Kristen organisasjon/bevegelse | ☐ |
| 21 | Andre interesse-, hobbyforeninger, beskriv | ☐ |
| | | |

22 HAR KLIENNTEN VOKST OPP MED SØSKEN ELLER HALVSØSKEN/STESØSKEN

Antall kodes
0 = Ingen søsken 1 = Ett søsken 9 = 9 eller flere

☐

23 LEVDE BEGGE BIOLOGISKE FORELDRE TIL KLIENNTEN FYLTE 16 ÅR

1 = Ja 2 = Far død 3 = Mor død 4 = 2 + 3

☐

24 FLYTTET FORELDRENE FRA HVERANDRE FØR KLIENNTEN FYLTE 16 ÅR

0 = Nei 1 = Ja 3 = Aldri bodd sammen

☐

25 HAR KLIENNTEN NOEN GANG VÆRT Plassert utenfor biologiske foreldres omsorg før fylte 16 år

0 = Nei 2 = Fosterhjem 4 = Hos slektninger 6 = 3 + 4
1 = Adoptivforeldre 3 = Institusjon/Barneheim 5 = 2 + 3 7 = Andre svarkombinasjoner

☐

26 FARS YRKE

0 = Aldri vært i arbeid
1 = «Husfar»/hjemmeværende
2 = Ufaglært arbeider/spesialarbeider
3 = Faglært arbeider, håndverker
4 = Lavere funksjonær (ekspediter, kontorist, bud osv.)
5 = Høyere funksjonær (kontorsjef, byråsjef osv.)
6 = Frie yrker (advokat, lege, tannlege, konsulent osv.)
7 = Mindre, selvstendig næringsdrivende, gårdbruker
8 = Større selvstendig næringsdrivende

☐

27	MORS YRKE Kodes som spm. 26	
28	HVA SLAGS FORHOLD HADDE BIOLOGISK FAR TIL ALKOHOL I KLIENTENS OPPVEKST 0 = Manglende kjennskap til biologisk far 1 = Totalavhold 2 = Meget måteholden 3 = «Vanlig bruk» uten problemer 4 = Bruk med problemer 5 = Har vært til behandling	
29	HVA SLAGS FORHOLD HADDE BIOLOGISK MOR TIL ALKOHOL Kodes som spm. 28	
30	HAR KLIENTEN ELLER FAMILIEN HATT TILSYN AV BARNEVERNET 0 = Nei 1 = Tilsyn p.g.a. familien 2 = Tilsyn p.g.a klientens atferdsproblemer	
31-32	HVIS TILSYN P.G.A. ATFERDSPROBLEM, HVOR GAMMEL VAR KLIENTEN DA HAN/HUN BLE SATT UNDER TILSYN Alder kodes 00 = Ikke tilsyn	
33	HAR KLIENTEN NOEN GANG VÆRT BEHANDLET FOR PSYKISKE PROBLEMER FØR FYLTE 16 ÅR 0 = Nei 1 = Ja (beskriv):	
34	VAR BIOLOGISK FAR I PSYKIATRISK BEHANDLING MENS KLIENTEN VAR BARN/UNGDOM 0 = Nei 1 = Ja 2 = Vet ikke	
35	VAR BIOLOGISK MOR I PSYKIATRISK BEHANDLING MENS KLIENTEN VAR BARN/UNGDOM 0 = Nei 1 = Ja 2 = Vet ikke	
36-37	HAR KLIENTEN VÆRT UTSATT FOR MOBBING I BARNE- OG UNGDOMSÅRENE FØR FYLTE 18 ÅR 00 = Nei 01-17 = Alder første gang 33 = Ikke spurt, eller usikkert svar 44 = Ønsker ikke å svare	
38-39	HAR KLIENTEN VÆRT UTSATT FOR FYSISK AVSTRAFFELSE ELLER ANNEN VOLD I BARNE- OG UNGDOMSÅRENE FØR FYLTE 18 ÅR 00 = Nei 01-17 = Alder første gang 33 = Ikke spurt, eller usikkert svar 44 = Ønsker ikke å svare	

40 UTDYPENDE KOMMENTARER TIL SPØRSMÅL 36–37 OG 38–39:

☐

.....

.....

.....

41–42 HAR KLIENTEN VÆRT UTSATT FOR SEKSUELLE OVERGREP FRA FAMILIEMEDLEMMER I BARNE- OG UNGDOMSÅRENE FØR FYLTE 18 ÅR

☐

00 = Nei
01–17 = Alder første gang
33 = Ikke spurt, eller usikkert svar
44 = Ønsker ikke å svare

43–44 HAR KLIENTEN VÆRT UTSATT FOR ANDRE SEKSUELLE OVERGREP I BARNE- OG UNGDOMSÅRENE FØR FYLTE 18 ÅR

☐

00 = Nei
01–17 = Alder første gang
33 = Ikke spurt, eller usikkert svar
44 = Ønsker ikke å svare

45 UTDYPENDE KOMMENTARER TIL SPØRSMÅL 41–42 OG 43–44:

☐

.....

.....

.....

46 HADDE KLIENTEN SPESIELLE PROBLEMER I SKOLEN

☐

0 = Ikke noe spesielt
1 = Lærevansker, faglige problemer (ordblindhet, spesifikke lærevansker)
2 = Atferdsproblemer (uro, bråk, disiplinære problemer m.v.)
3 = 1 + 2
4 = Annet:

47 SKIFTET KLIENTEN SKOLE MENS HAN/HUN GIKK PÅ BARNE/UNGDOMSSKOLEN

☐

Antall ganger kodes. Eventuell overgang til ny skole fra barnetrinnet til ungdomsskolen regnes ikke som skolebytte.
0 = Aldri
1 = 1 skoleskift
2 = 2 skoleskift, osv.
9 = 9 eller flere skoleskift

DEL B: UTDYPENDE DATA OM RUSMIDDELBRUK, KRIMINALITET OG UTDANNING/ARBEID**RUSMIDDELBRUK**

48-49	HVOR GAMMEL VAR KLIENTEN DA HAN/HUN BEGYNTE Å «RUSE SEG» MED ALKOHOL Debut for flergangsbruk med beruselse, mer enn «eksperimentering». Alder kodes. 00 = Aldri «ruset seg» regelmessig med alkohol	
50-51	HVOR GAMMEL VAR KLIENTEN DA HAN/HUN BEGYNTE Å «RUSE SEG» MED LØSEMIDLER Kodes som for spørsmål 48-49	
52-53	VED HVILKEN ALDER BEGYNTE KLIENTEN Å «RUSE SEG» MED ILLEGALE RUSMIDLER Kodes som for spørsmål 48-49 og 50-51	
54-55	HVOR GAMMEL VAR KLIENTEN VED BRUK AV SPRØYTE FØRSTE GANG Alder kodes 00 = Ikke brukt sprøyte	
56-57	HVOR MANGE MÅNEDER HAR KLIENTEN I LØPET AV MISBRUKET HATT ET DAGLIG ELLER NESTEN DAGLIG BRUK AV NARKOTISKE STOFFER Antall måneder kodes. 00 = Aldri 01 = Opp til 1 måned 97 = Mer enn 8 år	
58-59	HAR KLIENTEN HATT PERIODER MED ET DAGLIG ELLER NESTEN DAGLIG BRUK AV SPRØYTER Kodes som spm. 56-57	
60-61	HVOR GAMMEL VAR KLIENTEN VED FØRSTE BEHANDLINGSKONTAKT VEDR. SITT STOFFMISBRUK Alder kodes. 00 = Ikke hatt behandlingskontakt	
62	HAR NOEN AV SØSKNENE HATT PROBLEMER MED RUSMIDDELBRUK OG/ELLER KRIMINALITET ELLER ANDRE ATFERDSPROBLEMER Antall søsken med problemer kodes, beskriv evt. forhold: 	
63-64	HVOR MANGE MÅNEDER HAR KLIENTEN TIL SAMMEN VÆRT I BEHANDLING FOR RUSMIDDELMISBRUK Antall måneder kodes 00 = Ikke tidligere i behandling 01 = Opp til 1 mnd. til sammen 97 = Mer enn 8 år	
65-66	HVOR MANGE AV DISSE MÅNEDENE HAR VÆRT I POLIKLINISK BEHANDLING 00 = Ikke vært i poliklinisk behandling 01 = Opptil 1 mnd. 97 = Mer enn 8 år	

67 **HVOR MANGE GANGER HAR KLIENTEN AVBRUTT BEHANDLINGEN/FORLATT
INSTITUSJONEN MOT BEHANDLERS RÅD** ☐

Antall avbrutte behandlingsopplegg kodes
0 = Ingen avbrudd, eller ikke vært i behandling
1 = 1 avbrudd osv. 9 = 9 eller flere avbrudd

68 **HAR KLIENTEN HATT EN ELLER FLERE STOFF-FRIE PERIODER PÅ MINST TRE
MÅNEDER ETTER AT HAN/HUN BEGYNTE Å MISBRUKE RUSMIDLER** ☐

(utenfor institusjon/fengsel)
0 = Nei 1 = Ja

69 **HVIS JA, HVA ER KLIENTENS FORKLARING PÅ AT HAN/HUN FOR EN SÅ LANG
PERIODE KLARTE Å HOLDE SEG UNNA STOFF** ☐

.....

.....

.....

.....

.....

KRIMINALITET

70-71 HAR KLIENTEN NOEN GANG BLITT TATT FOR KRIMINELLE HANDLINGER, HVIS «JA» HVOR GAMMEL VAR HAN/HUN FØRSTE GANG
Alder kodes
00 = Ikke tatt for kriminalitet

--	--

HVA SLAGS KRIMINALITET HAR KLIENTEN VÆRT INVOLVERT I

0 = Ikke
1 = En enkeltstående episode uten anmeldelse
2 = Flere ganger uten anmeldelse eller dom
3 = Flere ganger med politianmeldelse og/eller dom

72 Besittelse av narkotika

73 Smugling/omsetning av narkotika

74 Vinningsforbrytelser

75 Vold, overfall, ran

76 Voldtekt

77 Annet.....

Eventuelle kommentarer:

.....

.....

78-79 HVOR GAMMEL VAR KLIENTEN DA HAN/HUN FIKK SIN FØRSTE DOM
Alder kodes
00 = Ingen dommer

--	--

Hva fikk klienten dom for:.....

80 BLE DENNE SAKEN OVERFØRT TIL BARNEVERNET
0 = Nei 1 = Ja

--

81-82 HVOR MANGE MÅNEDER HAR KLIENTEN SITTET I FENGSEL TIL SAMMEN
(varetekt og soning)
Antall måneder kodes
00 = Aldri fengslet
01 = Opp til 1 måned
97 = Mer enn 8 år
Angi evt. antall mndr. sonet utenfor anstalt:

--	--

..... mnd. Soningsform:

UTDANNING/ARBEID

83 HAR KLIENTEN HATT ØNSKER ELLER PLANER OM Å UTDANNE SEG TIL ET SPESIELT YRKE

0 = Nei 1 = Ja 3 = Vet ikke

☐

Hvis Ja, hvilket yrke:

84 HAR KLIENTEN VÆRT I LØNNET ARBEID

0 = Ikke vært i lønnet arbeid
1 = Kun vært i arbeidsmarkedstiltak
2 = Har hatt få, kortvarige arbeidsforhold, selv avbrutt
3 = Har hatt flere jobber, men tilfeldige for kortere perioder, oftest avsluttet arbeidet
4 = Har hatt jobber av lengre varighet (mer enn et år) evt. fast ansettelse

☐

85-86 HVOR LENGE HAR KLIENTENS LENGSTE SAMMENHENGENDE ARBEIDSFORHOLD VART

Antall mndr. kodes (evt. sykmeldt periode skal ikke medregnes)

00 = Ikke hatt arbeid

01 = Opp til 1 mnd.

97 = Lengre enn 8 år

☐

Beskriv hva slags arbeid dette var:

.....

.....

87 HAR KLIENTEN NÅDD SITT YRKESMÅL

0 = Nei

1 = Ja

2 = Ikke hatt yrkesmål

☐

88 HVIS IKKE, HAR KLIENTEN TRO PÅ AT HAN/HUN KAN NÅ DET

0 = Nei

1 = Ja

2 = Vet ikke/usikker

☐

89 HVA SKAL I SÅ FALL TIL FOR AT KLIENTEN MENER AT HAN/HUN KAN LYKKES

☐

Beskriv:

.....

.....

90 HVILKE FORKLARINGER HAR KLIENTEN PÅ AT HAN/HUN HAR FORTSATT Å BRUKE/MISBRUKE RUSMIDLER:

☐

Beskriv:

.....

.....

.....

.....

Fortsett evt. på neste side

Temaguide ved oppfølgingsintervjuene

Aktuell situasjon

Behandlingsstatus
Vært til avrusning
Henteordning metadon
Boligforhold
Samboende/aleneboende
Arbeid/skole
Arbeidssøkende/arbeidsledig
Økonomisk status
Primærlege
Kontakt med øvrig hjelpeapparat
Situasjonen siste uke

Opplevelse av endringer på ulike livsområder

Familie/barn
Partner
Sosialt liv
Fritid/nettverk
Helse
Seksuallyst/-evne
Økonomi
Kriminalitet
Prostitusjon
Rusmidler
Overdoser
Situasjon ift egne forventninger

Behandlingen

Metadonets virkninger
Bivirkninger
Behandlingsinnhold
Personale og ledelse
Medpasienter
Vurdering av MiO som behandlingstiltak

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 spritomsetning*. 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 rusmiddelmisbrukere 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*. 76 s., Oslo 1997.
- 3/97 Rossow, Ingeborg og Grimsmo, Asbjørn: *Alkohol og sykefravær*. 62 s., Oslo 1997.

- 4/97 Skretting, Astrid: *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo.*
Del 1: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige
behandlingstiltak. 116 s., Oslo 1997.
- 5/97 Ervik, Randi: *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo.*
Del 2: Behandlingsforløp og -status. Oslo 1997.

ISBN 82-7171-214-4

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