

# Metadonprosjektet i Oslo

Artikkelen beskriver et forsøksprosjekt med formålet å undersøke om metadon kan bedre tilbudet til behandlingsresistente heroinmisbrukere. En gruppe på 50 heroinister med en gjennomsnittsalder på 37 år ved inntak og mer enn ti års heroinbruk er fulgt i tre år. Ved slutten av perioden var fortsatt 72 % med i prosjektet, og blant disse var kriminalitet og prostitusjon drastisk redusert. Ingen var døde av overdoser under pågående behandling, og denne formen for dødelighet var klart lavere i forsøksgruppen enn i hele gruppen søkt til behandling. Den samlede dødelighet viste mindre klare forskjeller, og det har hele tiden vært et nokså betydelig misbruk i gruppen. Kontroll, oppfølging og aktiv rehabilitering synes nødvendig. Metadon er et verdifullt supplement innen et utbygd behandlingssystem, men kan ikke erstatte det øvrige behandlingsapparatet.

Rådet for medisinsk forskning anbefalte i 1991 et prosjekt for utprøving av metadonbehandling i Norge (1). Det var allerede da kommet positive erfaringer med bruk av metadon for misbrukere med AIDS-utvikling (2). Forskningslitteraturen gav et positivt bilde av behandlingens muligheter. En prosjektmodell forelå i mai 1992 (3). En arbeidsgruppe fremla en innstilling om et treårig forsøksprosjekt i oktober 1992 (4). I denne artikkelen beskriver vi erfaringene og redegjør for evalueringen av prosjektet.

## Formålet med prosjektet

Forskningslitteraturen omfatter i dag flere tusen artikler om virkningene av metadon. Det er relativt få kontrollerte studier og nesten ingen blindstudier med placebo. Likevel er den samlede dokumentasjonen så omfattende at de fleste finner spørsmålet om hvorvidt metadon kan ha positive virkninger på rehabilitering og dødelighet, lite interessant (5). Likevel har Aavitsland (6) i en lederartikkel i Tidsskriftet nr. 20/1998 kritisert prosjektet i Oslo for ikke å svare på spørsmålet om hvorvidt «metadon virker». Dette var imidlertid ikke forskningsspørsmålet (1). Den problemstillingen som ble reist, var først og fremst spørsmålet om hvorvidt metadon kunne brukes i behandlingen av dem som trenger det mest. Dette vil si de som gjentatte ganger har mislyktes i annen be-

---

Olof Blix\*  
Steinar Bruvik  
Helge Waal

Senter for metadonassistert rehabilitering  
i Oslo  
Kirkeveien 166  
0407 Oslo

---

\*Nåværende adresse:  
Metadonklinikken  
Stiftelsen Bergensklinikkene  
Nye Sandviksvei 84  
5036 Bergen

---

Blix O, Bruvik S, Waal H.

## The Oslo methadone project

*Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 242-6*

Of a total of 161 patients referred to a high threshold methadone project, 50 patients with an average age of 37 years and more than ten years of heroine use were included.

Retention was 72 % after three years, none had died by overdoses during methadone treatment, and criminality and prostitution were negligible. The overdose mortality was significantly reduced compared to those on waiting list while the difference in mortality from all causes was less convincing. Drug-taking continued for a considerable portion of the patients, and continued control and follow-up was necessary. Methadone cannot replace other types of treatment, but is a valuable contribution when such treatment is integrated in a comprehensive management. Active rehabilitation efforts are essential.

---

handling. Det ble dessuten ønsket en vurdering av om prosjektet kunne innpasses i den norske situasjonen uten uheldige ringvirkninger og om det var mulig å bygge på samarbeid med og integrering i det øvrige behandlingssystemet.

I planleggingen ble det vurdert om man i tillegg kunne legge forholdene til rette for en kontrollert studie. Dette ble forkastet fordi man mente at målgruppen ikke ville møte frem i en parallell psykososiale behandling uten metadon. Det ble også ansett etisk vanskelig fordi en forventet høy dødelighet blant dem som ikke ville bli inkludert. Disse burde derfor ikke oppfordres til å vente eller til å slå seg til ro med standardbehandling, men søke hjelp der de kunne få det etter individuelle behov.

Prosjektet ble planlagt med en ekstern evalueringsgruppe sammensatt av forskere fra Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA), Institutt for kriminologi og Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo. Denne gruppen har

fulgt prosjektets utvikling, sett på endringene i pasientgruppen, vurdert effekten i forhold til individuell psykopatologi og andre pasientvariabler. Den har også vurdert ringvirkningene i stoffmiljøet i Oslo og i andre behandlingstilstander.

Det som fremlegges her, er kliniske erfaringer og vurderinger på bakgrunn av prosjektets egne registreringer. Det redegjøres også for hovedfunnene i rapportene fra forskningsgruppen (7-10).

## Materiale og metode

Prosjektet ble lagt opp som et treårig poliklinisk forsøksprosjekt ledet av en overlege og bemannet med spesialpsykolog, førstekonsulent, fem helse- eller sosialfaglige konsulenter og administrasjonspersonale. Hver konsulent har hatt individuell oppfølging av inntil ti pasienter i tillegg til å gi ut metadon og annet behandlingsteknisk arbeid. Kapasiteten i prosjektet skulle være 50 pasienter.

Ulike vansker medførte at de første pasienter ble tatt imot så sent som i august 1994. Forsøksperioden ble først avsluttet høsten 1997.

## Målgruppe

For å sikre en målgruppe i samsvar med forsøksbetingelsene ble det bestemt at pasientene måtte være minst 30 år. De måtte ha vært avhengige av opioider i minst ti år. Dessuten skulle medikamentfri behandling være forsøkt. Pasientene skulle dessuten begynne i behandlingen fullstendig frivillig. Det vil si at det ikke ble godtatt at behandlingen var en premis i dom eller siktelse. Videre måtte alle straffesaker være gjort opp med dom før inntak. En bestemmelse om at pasientene måtte være folkerregisterført i Oslo på forhånd, ble innført for å forebygge strategisk migrasjon.

Alle søkere ble vurdert av en inntaksgruppe med representanter fra behandlingssystemet, rusmiddelsekretariatet i Oslo og prosjektet. Det ble utarbeidet et eget søknadsskjema med beskrivelse av tidligere behandling og av pasientens ønsker og målsettinger. Denne søknaden er blitt underskrevet av pasienten selv og av henviser.

## Behandlingen

Følgende retningslinjer har vært brukt:

- Før pasientene kan begynne behandlingen må de være rusfrie i en uke. Dette skal sikre at pasientene velger behandlingen i upåvirket tilstand og være en beskyttelse mot mulige interaksjoner i opptrappingsfasen. Særlig



er det viktig å være oppmerksom på korttidsvirkende benzodiazepiner som flunitrazepam (Rohypnol, Flunipam). Henvissende instans har sammen med pasienten ansvaret for avrusningen som skjer ved innleggelse i ordinære avrusningstiltak.

– For hver pasient skal det lages en tiltaksplan som omfatter psykososiale målsettinger og andre avtaler.

– Pasienten skal skrive under på en avtale som dokumenterer at han eller hun godtar forsøksbetingelsene og prosjektets regelverk som blant annet sier at misbruk av andre rusmidler kan føre til utelukkelse fra prosjektet. Vold, trusler, salg av stoffer og lekkasje av metadon til andre skal medføre eksklusjon.

– Metadonutdelingen skjer ved at pasienten møter opp daglig og får metadon oppblandet i saft som drikkes under oppsyn. Dosen økes i løpet av en måned til et nivå som beskytter mot abstinensreaksjoner og heroinsug. Doseringen kontrolleres ved nivå i serum med et terapeutisk vindu på 200–400 ng/ml serum 24 timer etter siste tilførsel. De fleste trenger 60–100 mg/døgn for å oppnå dette. Dosestørrelsen holdes skjult for pasienten.

– Under behandlingen tas urinprøver regelmessig. Disse brukes både som hjelpemiddel i diagnostikk av rusatferd og som mål på medvirkning (compliance). Prøvene skal først og fremst være en støtte for pasienten. Ved positive urinfunn settes det derfor ikke umiddelbart i gang «straffetiltak». I stedet blir situasjonen brukt til en samtale om utviklingen, til grensesetting og til forbedring av samarbeidet. Vedvarende misbruk kan imidlertid medføre avbrudd i behandlingen. Pasienten må velge mellom metadontilbudet og et eventuelt ønske om å bruke rusmidler.

– Etter opptrappingsfasen skal opplegget individualiseres. Pasienter som klarer seg uten sidemisbruk og har fått en tilfredsstillende tilværelse med arbeid, heldidsstudier eller andre regelmessige aktiviteter, kan få en ordning hvor de møter opp tre ganger i uken. Ved økt stabilitet og rene urinprøver har noen kunnet oppnå å hente to ganger i uken. – Fortsatt kontroll av urinprøver vil påvise fornyet bruk av rusmidler. Reaksjonene på dette kan være alt fra samtale og advarsel til krav om daglig oppmøte. Det kan også bli krevd at pasienten må legge seg inn til avrusning. Dersom det ikke inntreffer bedring, vil pasienten bli utvist for en kortere eller lengre periode.

### Pasientene

Frem til 1.2. 1995 hadde prosjektet mottatt 161 søknader til prosjektets 50 plasser. Alle senere søkere ble avvist med beskjed om å søke vanlig behandling. Inntaksordningen ble fastsatt slik at søkerne ble rangert etter dato. De søknadene som kom samme dag, ble rangert etter loddtrekning. Pasientene er blitt intervjuet og tatt inn i det tempo prosjektet hadde kapasitet til.

**Tabell 1** Oversikt over henviste og mottatte pasienter. Status 1.11. 1997

	Antall	Begynt i behandling	Avvist eller uteblitt	Fortsatt på venteliste
Kvinner	60	27	5	28
Menn	101	41	15	45
Alle	161	68	20	73

**Tabell 2** Forsøksgruppen. Alder, kjønn og utvikling av misbruk

	Kvinner	Menn	Alle
Antall	22	28	50
Gjennomsnittsalder ved inntak (år)	35	38	37
Bruk av illegale stoffer før fylte 16 år (%)	86	69	77
Bruk av sprøyter før fylte 16 år (%)	64	31	46
Kontakt med politi før fylte 16 år (%)	28	74	56
Gjennomsnittlig antall år med illegale stoffer	19,5	21	20
Gjennomsnittlig antall år med sprøytebruk	17	18	17,5

**Tabell 3** Pasientene i forsøksprosjektet ved slutten av forsøksperioden. Status 1.11. 1997

	I prosjektet	Utvist	Frivillig avsluttet	Døde	Alle
Forsøksgruppen	36	6	4	4 <sup>1</sup>	50
Tatt inn senere	14	3	0	1 <sup>2</sup>	18
Alle	50	9	4	5	68

<sup>1</sup> To døde mens de var utvist, begge av overdose. To døde mens de var med i prosjektet, begge av interkurrente sykdommer

<sup>2</sup> Død under frivillig avsluttet behandling

Tabell 1 viser en oversikt november 1997. Noen flere enn forsøksgruppen hadde blitt tatt inn for å fylle opp plassene ved frafall og fordi det var politisk besluttet at prosjektet skulle fortsette. Vi ser at i alt 68 var kommet med. I alt ti var avvist. Noen har hatt for lite behandling tidligere. Andre har brukt heroin i for kort tid. Noen har også manglet tilhørighet i Oslo. I tillegg var det en del som aldri begynte i behandlingen av andre grunner. En ville ikke slutte med cannabis, og én mente at han ikke kunne klare seg uten benzodiazepiner. Noen klarte aldri å gjennomføre avrusning, og tre viste seg å ha uoppgjorte saker i rettsapparatet. Alle disse personene er erstattet med nye søkere. Per 1.1. 1996 var 50 pasienter i gang i prosjektet slik det var mandat til. Dette er den definerte forsøksgruppen. De som er kommet senere, blir det gjort rede for separat.

Tabell 2 gir et bilde av forsøksgruppen. Som det fremgår er det en gruppe med et svært langvarig misbruk. Nesten alle mennene og de fleste kvinnene har vært fengslet flere ganger. Mange har vært kriminalitetsaktive helt til prosjektet ble aktuelt for dem. Gruppen har omfattende erfaring fra tidligere behandling. De fleste har vært i mer enn

fire ulike tiltak selv om noen aldri har gjennomført noe fullt ut.

Ervik (8) viser i sin evaluering at personene i gruppen er vesentlig mer belastet enn gjennomsnittsmisbrukeren i landets behandlingsinstitusjoner. Alderen er dessuten høyere og lengden på misbruket større enn det man finner i nær alle prosjektevalueringer i europeisk og amerikansk litteratur.

### Resultater

Tabell 3 viser at prosjektet den 1.11.1997 hadde tatt inn 68 pasienter. Noen var blitt utvist og noen hadde selv valgt å slutte. Nye ble derfor tatt opp, men disse inngår ikke i forsøksgruppen. Vi ser av tabellen at 36 av de opprinnelige 50 pasientene fortsatt var i prosjektet etter tre år. Ni var på det tidspunktet utvist. Noen hadde imidlertid i tillegg hatt utvisningsperioder tidligere i perioden. Av disse døde to av overdose under utvisningen. Seks er blitt tatt inn igjen. Bare tre av de utviste var uten avtale om gjeninntak på evalueringstidspunktet.

Grunnene til utvisning har vært vedvarende, ikke korrigerbart misbruk, trusler om vold og forsøk på salg av metadon. Fire i for-



**Tabell 4** Dødsfall i den treårige forsøksperioden. Gjennomsnittlig årlig dødelighet i forsøksgruppen og blant dem som ikke ble tatt inn i behandlingen

	Antall	Døde i alt	Gjennomsnitt <sup>1</sup>	Overdose eller voldsom død	Gjennomsnitt <sup>1</sup>
Hele søkergruppen	161	17	3,5	14	2,9
Forsøksgruppen totalt	50	4	2,6	2	1,3
Under aktiv metadonbehandling <sup>2</sup>	50	2	1,3	0	0
De som ikke kom med <sup>3</sup>	111	13	3,9	12	3,6

<sup>1</sup> Utregnet som gjennomsnitt i forhold til tre år selv om noen ble inkludert sent

<sup>2</sup> Forsøksgruppen i den tiden de har vært inkludert med pågående metadonbehandling

<sup>3</sup> Noen av disse har fått metadonbehandling på slutten av forsøksperioden fordi det ble åpnet for supplerende inntak

**Tabell 5** Klientstatus november 1997

	Forsøksgruppen Antall (%)	Kommet senere Antall (%)	Alle Antall (%)
Tilfredsstillende	12 (24)	3 (17)	15 (22)
Bør bedres	12 (24)	5 (28)	17 (25)
Krisedefinert	12 (24)	6 (33)	18 (26,5)
Ikke i behandling	14 (28)	4 (22)	18 (26,5)
Totalt	50 (100)	18 (100)	68 (100)

søksgruppen har selv valgt å gå ut. En av dem sluttet fordi samboer ble utelukket. En annen mente at opplegget var for strengt. Den tredje flyttet til annen by, og den fjerde ble gravid og gikk i dekning fordi hun var redd for å bli fratatt barnet. Alle disse har tilbud om å komme tilbake i behandling.

### Tilpasning i programmet

Alle pasientene har regelmessige samtaler hvor problemer og problemløsning drøftes. Det tas initialt urinprøver tre ganger i uken. Disse analyseres med sikte på innhold av opiat, amfetamin, barbiturater, cannabis, benzodiazepiner og alkohol. Kontroll av spesifikk vekt og innhold av kreatinin avslører om pasienten har hatt vann i urinprøven eller forsøkt å lure ved å drikke spesielt mye for å komme under terskel for positiv prøve. Dette gir månedlig 12 prøver og 72 analyser for hver pasient. Når pasienten er blitt stabil, reduseres prøvfrekvensen.

Prøvesvarene viser at cannabisbruk har vært et relativt lite problem. Cannabis holder seg lenge i urinen slik at misbruk er vanskelig å skjule. Likevel var det for eksempel bare 4,8 % positive cannabisfunn i 215 prøver de første åtte månedene i 1997. 1,5 % var positive med henblikk på amfetamin. Amfetamin skiller forholdsvis raskt ut slik at det kan være et visst skjult misbruk. Amfetaminproblemet må likevel ha vært moderat selv om noe misbruk skulle forbli uoppdaget. Funnene var langt mindre positive når det gjelder opioider og benzodiazepiner. De

ti første månedene av 1997 viste 33 % av prøvene positive utslag med henblikk på opioider og like høy andel på benzodiazepiner. 22 % hadde utslag på begge deler.

Misbruksproblemene i prosjektet har derfor først og fremst vært knyttet til benzodiazepiner sammen med opioider. Ikke sjelden har en tilbakefallsperiode begynt med at pasienten drikker. Dette fører lett til en kombinasjon av alkohol og flunitrazepam (Rohypnol) som er velkjent. Under Rohypnol-påvirkning gir heroin en viss effekt og blandingrusen er velkjent. Resultatet er tendens til fornyet misbruk.

Det er altså ikke slik at pasientene blir helt kvitt rusmiddelbruken. Prosjektet har satset på å finne en balanse mellom grensesetting og rådgivning. Dersom grensesettingen blir for stram, vil for mange pasienter bli utskrevet til en situasjon med fare for høy dødelighet. Det kan også utvikle seg en juksekultur hvor reell kontakt og rådgivning blir vanskelig fordi pasientene skjuler episoder som det er viktig å drøfte. Det gir en mulighet til å utvikle pasientens mestringsevne. Mange har et sterkt behov for videre vekst og rehabilitering. Dersom det ikke skjer en kvalitativ bedring av livssituasjonen, blir ruslengselen lett sterk. Men mange har dessuten betydelige angstsymptomer og depresjoner i tillegg til en dypt innarbeidet vane med å søke til rusmidler når livet er vanskelig.

Det vil si at det er viktig å beholde et langsiktig perspektiv og kunne se relative fremskritt. Pasientene har brukt opioider daglig i årevis. Bruk en eller noen få ganger i uken

vil for de fleste være et betydelig fremskritt. Det er derfor nødvendig å se eventuelle positive urinfunn i sammenheng med pasientens utvikling.

Prosjektets modell er at alt misbruk skal tas opp og drøftes. Så lenge pasienten samarbeider og viser vilje til å arbeide for fremskritt, blir han eller hun ikke utskrevet. En eller to positive prøver i måneden takles ved slik samtale. Flere fører til varierende tiltak, fra hyppigere fremmøte til krav om innleggelse. Dersom slike tiltak ikke fører til bedring, tas pasientens situasjon opp på et såkalt metadonmøte. Dette vil si at vedkommende defineres til å være i kritisk fase og risikerer utvisning. Hver måned har det vært 10–15 pasienter med slik krisedefinering. Noen av disse har stabilisert seg, mens andre er blitt utskrevet.

### Psykososial tilpasning

Ved prosjektstart var det en forutsetning at pasientene hadde et ordnet boforhold. Mange hadde derfor forbedret dette på forhånd i samarbeid med henviser. De fleste har deretter bevart eller forbedret bosituasjonen. Et annet mål er yrkesmessig rehabilitering for dem som ønsker og er i stand til dette. For de øvrige var målet en meningsfull tidsbruk. Før prosjektstart var 15 (30 %) uføretrygdet. I tillegg oppgav så mange som 20 (40 %) sosialhjelp som hovedinntekt. De andre hadde ulike former for attføring eller opprettede arbeidsplasser. To var i fast arbeid. Vurderingen av forløpet er komplisert. Attføringsplaner og aktivt samarbeid med sosialkontoret var en del av forberedelsene til prosjektet. Rehabiliteringen begynte derfor ikke ved prosjektstart, men svært ofte før dette. Utsettene til å få metadon inngikk da som en motivasjonsfaktor. På evalueringstidspunktet var fire døde og ti ute av prosjektet. Av de resterende var det bare fem som hadde hovedinntekt fra sosialhjelp mens 15 var i attføring og tre i opprettede eller faste stillinger. Dersom man bruker den resterende forsøksgruppen som presentbasis, gir dette en markert endring med færre som mottar sosialhjelp og en større andel som får attføringsytelser. Bildet kompliseres imidlertid av fratallet av døde og utviste.

Intervjudata om tiden før prosjektet ble aktuelt gir et klarere bilde. Mer enn halvparten oppgav at deres hovedinntekt var stoffsalg. Annen kriminalitet og prostitusjon var også svært vanlig. I hele prosjektiden på tre år var det bare en pasient som ble fengslet for ny kriminalitet og to innbrakt for ubetydelige forhold. Intervjudata (8) viste at det nesten ikke forekom prostitusjon. Samlet kan man si at denne gruppen som har levd i svært mange år uten ordnet økonomi og arbeid, i svært stor grad har oppnådd å frigjøre seg fra illegal inntekt og har fått ordnede økonomiske forhold.

Denne gevinsten er imidlertid knyttet til pågående metadonbehandling. De som er



blitt skrevet ut, har raskt begynt med prostitusjon eller stoffsalg og annen kriminalitet slik de gjorde før. Dette er også en erfaring beskrevet i annen evalueringsslitteratur.

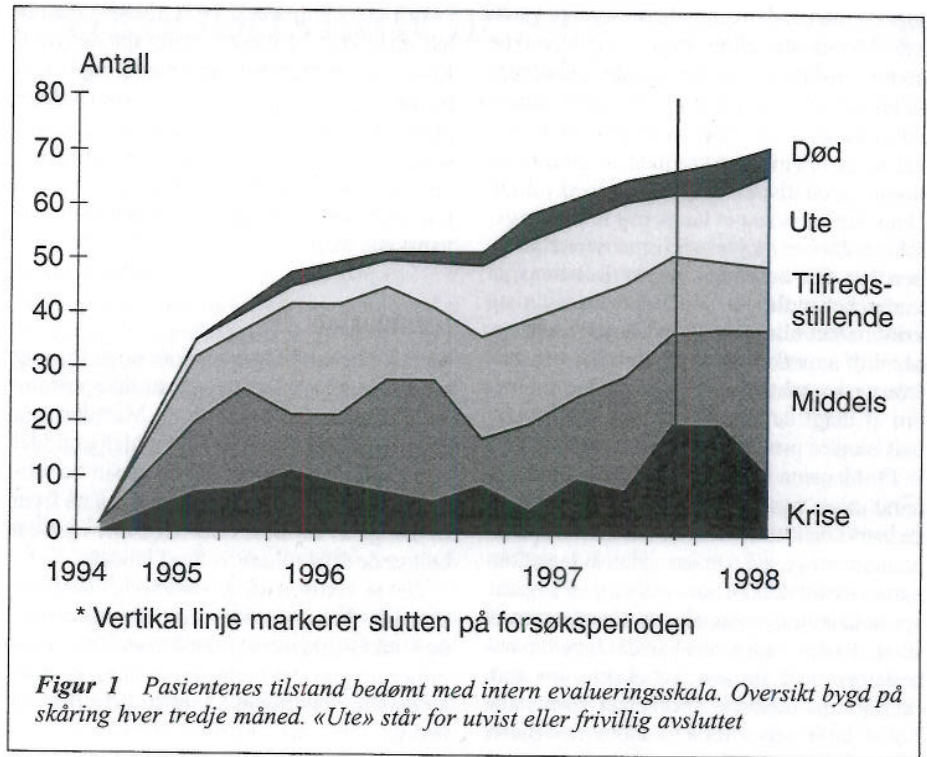
### Dødelighet og sykkelighet

Personlighetsforstyrrelser i gruppen er bedømt med SCID (et strukturert intervju som gir diagnostiske kategorier etter DSM-systemet) og MCMI (en selvutfyllingsskala for personlighetsdimensjoner). 69% hadde en eller flere personlighetsforstyrrelser. 52% hadde forstyrrelse av antisosial type (9). Dette gir vanligvis dårlig prognose. Angst og depresjon er bedømt med SCL-25 og BDI (to selvutfyllingsskalaer for psykiske vansker). 40% hadde fra moderat til alvorlig depresjon. Angstsymptomer var også utbredt. Disse vanskene bedret seg bare i moderat grad under behandlingen. Andre behandlingsformer er med andre ord nødvendig for å bedre de psykiske vanskene. Det er likevel viktig å merke seg at pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse hadde like god tilpasning og utvikling som andre. Dette er et uvanlig funn. Konklusjonen er at tiltaket synes særlig nyttig for slike pasienter.

Mange har også hatt alvorlige somatiske sykdommer. Nesten alle har hepatitt C og sju (12,5%) HIV-infeksjon. Sju (12,5%) hadde ulike neurologiske lidelser, og mange hadde andre sykdommer eller skader.

Dødeligheten blant stoffmisbrukere er vanligvis høy. Vanlige funn i etterundersøkelser er dødelighet på 2% årlig. Av denne pleier overdosedødsfall og selvmord utgjøre tre firedeler (11). Forsøksgruppen har svært høy gjennomsnittsalder og lang misbrukskarriere. Man skulle derfor forvente en høyere dødelighet enn den som vanligvis finnes. Tabell 4 er bygd på oppgaver fra Statistisk sentralbyrå (Astrid Skretting, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, personlig meddelelse). Vi ser at 17, altså 10,6% av hele søkergruppen døde frem til mai 1997, dvs. i løpet av litt under tre år. Dette gir en gjennomsnittlig årlig dødelighet på 3,5%. Gruppen hadde derfor som helhet en forventet høy dødelighet.

I tabellen har vi skilt mellom overdosedødsfall og dødsfall direkte relatert til rusatferd på den ene side og interkurrente sykdommer på den annen fordi slike dødsfall vil være lite påvirket av en behandling. Dette gjelder to dødsfall i forsøksgruppen og ett blant de andre. De resterende 14 var knyttet til ulike former for voldsom død og overdoser. Vi ser at denne typen dødelighet er lavere i forsøksgruppen. Det er i særlig grad verdt å merke seg at ingen er døde av overdoser eller voldsom død under pågående metadontildeling. Det er imidlertid også verdt å merke seg at dødeligheten har vært høy blant dem som er blitt avvist og blant dem som er utskrevet fra programmet. Disse funnene setter søkelys på om terskelen for opptak har vært for høy. De gjør det også



nødvendig å være kritisk til bruk av utstengning som virkemiddel i behandlingen.

### Intern evaluering

Prosjektet har brukt en evalueringsskala for fortløpende vurdering av pasientene. De pasientene som har levert urinprøve til analyse og ikke har hatt prøver, med utslag eller har hatt maksimalt to prøver med utslag månedlig, bedømmes til å fungere tilfredsstillende. De må i tillegg ha en ordnet livsform. De som har flere positive prøver, men likevel et flertall rene prøver og bedret sosialfunksjon, bedømmes som under utvikling men med behov for bedring. Mer enn halvdelen av prøvene med positive funn sammen med eller uavhengig av sosialt forfall medfører krisestatus.

Tabell 5 viser status for november 1997 både for forsøksgruppen og for dem som var tatt inn senere enn denne. Vi ser at noe over en firedel er ute av prosjektet av ulike årsaker. De resterende fordeler seg i tre like store grupper. En gruppe har en svært god utvikling, en mellomgruppe forventes å bedre sin status gjennom aktive tiltak og en tredje gruppe har fått krisestatus, og disse personene står derfor i fare for å bli utskrevet.

Figur 1 viser fordelingen siden prosjektstart og inkluderer dem som er tatt opp underveis. Om vi slår sammen dem som er i krise med dem som er «ute» (utvist eller frivillig avsluttet) og dem som er døde, får vi grovt sett en tredeling av materialet med en gradvis økning av andel utviste. Vi ser også at andelen i krise varierer ganske mye. Årsaken er at rusbruken har hatt en tendens til å øke dersom dette ikke har vært motarbeidet med innstramninger og samtaler. Dette gjør

at det iblant er nødvendig å utvise noen for en kortere eller lengre tid. Metadon er altså ikke nok i seg selv.

### Ringvirkninger

Virkningene i brukermiljøene i Oslo er vurdert av Frantzen (10) ved samtaler med informanter og ulike kontakter i målgruppen. Hennes funn preges av målgruppens skuffelser over utsettelse og ventetid. De som har holdt på med heroinmisbruk svært lenge er en sliten og desillusjonert målgruppe med svak selvpåholdelsesdrift. Hennes konklusjon er i første rekke at det er en fare for økt dødelighet dersom prosjektet ikke blir utvidet fort nok.

Skretting (7) har undersøkt ringvirkningene i institusjonene, drøftet søkingen til stofffri behandling med informanter i slike tiltak. Hennes konklusjon er at den sterke motstanden mot behandlingen har avtatt og at det i stor grad er oppnådd samarbeid og gjensidig aksept. Det er ikke mindre søkning til stoffri behandling og ingen tegn til demoralisering. Dette kan imidlertid skyldes det begrensede programmet og de strenge kriteriene. Dersom man gikk til en massiv satsing på metadon ut fra et skadereduksjonsperspektiv uten rehabiliteringsmål, kan situasjonen bli en annen.

### Diskusjon

Med den målgruppen dette prosjektet har hatt, er det nødvendig å legge forventningene på et realistisk nivå. Det er ikke uten grunn at disse pasientene ikke har klart å endre sin rusituasjon til tross for mange behandlingsforsøk. Mange har ulike sykdom-



mer og mange dyptsittende personlige vansker. Metadontildeling løser i seg selv ikke andre vansker enn de som skyldes opiatlengselen og abstinensdysfori. Forløpet videre vil avhenge av de ressursene pasienten selv har og av om man lykkes med å skape en situasjon med tilstrekkelig håp og livskvalitet. Dette krever tid og et langvarig forandringsarbeid. Det er likevel viktig at denne gruppen har fått betydelig bedret livssituasjon under behandlingen og at prostitusjon og kriminalitet blir drastisk redusert. Det er også verdt å merke seg at pasientenes behandlere og kontakter utenfor prosjektet melder om at langt de fleste har fungert bedre og hatt mindre problemer.

Problemene ved utvisning og avbrutt behandling er også viktig. Dødeligheten stiger da sterkt og kriminaliteten blir som før. Dette understreker på den ene siden at metadonassisterte tiltak ikke bør sees som en avgrenset behandling, men som et tidsbegrenset tiltak. På den annen side kan det settes spørsmål om bruken av eksklusjon som reaksjon på misbruk. Problemet viser i alle fall at det er behov for å ha andre muligheter til grensesetting, slik som skjerming i en avdeling eller tiltak med mindre ambisiøse målsetting.

Samtidig viser erfaringene at det er risiko for at et prosjekt kan bli for mye preget av rus hvis muligheten for eksklusjon ikke er til stede. Det er derfor nødvendig å finne en balanse mellom utstøtning på den ene side og utglidning og demoralisering av ansatte og pasienter på den annen.

Et betenkelig trekk er at relativt mange har mislyktes i å mestre inntaksprosedyren. Kravene om rusfrihet før behandlingen kan ha vært for strenge når man – som i dette prosjektet – ikke har hatt noen egen døgninstitusjon for avrusing. En slik døgnavdeling ville dessuten gitt flere mulighet til å gripe inn med andre tiltak enn eksklusjon når vanskene øker.

### Konklusjon

Metadonbehandlingen er ikke noen løsning på misbruksproblemer og kan ikke erstatte andre former for behandling. Metadon kan imidlertid brukes som et viktig hjelpemiddel i behandlingsapparatet, og viser sin berettigelse ved at bruken gjør det mulig å nå frem til mange av de mest vanskeligstilte og mest belastede misbrukere vi har i landet.

Det er viktig at så vel dødelighet som kriminalitet kan reduseres for denne gruppen, og konklusjonen er at metadonassistert rehabilitering gjør det mulig for mellom 1/3 og 2/3 av en slik målgruppe å mestre sin situasjon bedre.

Evalueringen har vist at behandlingen kan innpasses i det eksisterende behandlingsapparatet.

### Litteratur

1. RMFs komité for medisinsk teknologivurdering. Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende medikamenter. Oslo: Norges forskningsråd, 1992.
2. Waal H, Knutsen T, Welle-Strand G. Vedlike-

- holdsbehandling med metadon for HIV-smittede stoffmisbrukere med immunsvikt. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3083–6.
3. Waal H. Metadon vedlikeholdsbehandling i Norge. Forslag til modell for et forsøksprogram. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1992.
4. Welle-Strand G, Bentzen K, Evjen R, Hammer M. Innstilling om et eventuelt forsøksprosjekt med metadon vedlikeholdsbehandling i Oslo kommune. Organisasjon og behandlingssaglige rammer. Oslo: Oslo kommune, 1992.
5. Waal H, Blix O, Krook A, Olsen H. Bruk av metadon i behandlingen av opioidavhengighet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 237–41.
6. Aavitsland P. Virker metadon? Metadonbehandling møter kunnskapsbasert medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3105.
7. Skretting A. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 1. Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak. SIFA-rapport nr. 4/97. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997.
8. Ervik R. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Del 2. Behandlingsforløp og status. SIFA-rapport nr. 5/97. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997.
9. Ravndal E, Vaglum P. Betydningen av psykopatologi hos narkomane i metadonbehandling. En prospektiv undersøkelse. Arbeidsrapport nr. 2. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning og Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo, 1997.
10. Frantzen E. Mens vi venter på metadon. I: Pedersen W, Waal H, red. Rusmidler og veivalg. Oslo: Cappelen Akademiske, 1996: 247–58.
11. Rossow I. Mortality and overdoses. I: Waal H, red. Patterns on the European drug scene. An exploration of differences. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1998: 2163–8.

## Lommehåndbok i intensivmedisin



Singer M, Webb A.

**Oxford handbook of critical care**

554 s, tab, ill. Oxford: Oxford University Press, 1998. Pris GBP 20

Dette er en forholdsvis liten håndbok i intensivmedisin i lommeformat. Den føyer seg inn i rekken av slike lommehåndbøker, og Oxford University Press har flere liknende i andre fag. Forfatterne er to fremtredende intensivmedisinere i London, og boken baserer seg på deres egen kliniske praksis.

Boken har altså et hendig format og er oversiktlig, selv om teksten er liten og dermed krever både godt lys og syn. Den er skrevet enkelt og lettfattelig og har noen få figurer og tabeller. *Oxford handbook of critical care* består av 35 kapitler som grovt kan deles inn i kliniske prosedyrer, monitorering, medikamentell behandling av ulike organsystemer, etterfulgt av organvis gjennomgang av sykdommer og tilstander, samt traumer. Hvert kapittel har så ett eller flere emner som behandles svært kortfattet på en eller få sider. Der er god plass til å gjøre egne notater og hvert tema har flere kryssreferan-

ser til andre temaer, men litteraturhenvisninger glimrer med sitt fravær. Hver side har tydelig nummerering i ytterkant slik at det er lett å finne frem, også fordi der er en oversiktlig innholdsfortegnelse på baksiden.

Boken er tydelig preget av britisk og forfatternes kliniske praksis. Dette er til tider svært tydelig, og det er beklagelig at forfatterne ikke i større grad nevner de ulike metoder som finnes, men heller fremstiller sin egen metode som den eneste. Et eksempel på dette er den beskrevne metode for å legge inn arteriekanyler hvor bare «veneflon-metoden» beskrives, mens f.eks. transarterielt innstikk ikke beskrives, en metode som anbefales i *Postoperative critical care procedures of the Massachusetts General Hospital* (1). Det samme gjelder beregning av væskebehov etter brannskader hvor selv Parkland-formelen ikke nevnes, mens Mount Vernon-formelen beskrives.

En del andre kapitler er også svake, idet man f.eks. ikke har fått med seg at den beste antidotbehandling for cyanidforgiftning er hydroksokobalamin (vitamin B<sub>12</sub>), og ikke de medikamenter forfatterne her nevner. Likeledes nevnes f.eks. ikke det svært viktige behovet for å konservere kroppsvarme hos traumepasienter.

Målgruppen er etter forfatternes mening

(eller snarere ønske) alt personell fra paramedisinere og sykepleierstudenter til spesialister i intensivmedisin. Det sier seg selv at dette ikke lar seg gjøre og boken blir vel snarere mindre egnet for de fleste grupper fordi den er for kompleks og generell for de førstnevnte grupper, og for enkel for den intensivmedisinere som ønsker en grundig innføring i emnene. Behandlingsforslagene er ofte generelle og dermed uegnede som annet enn en momentliste for hva man i London mener er viktig.

Jeg ser ikke at denne boken er et spesielt godt investeringsobjekt for den som er interessert i intensivmedisin. Jeg ville heller anbefale f.eks. *Postoperative critical care procedures of the Massachusetts General Hospital* (1) som jeg tror leger vil ha større utbytte av å studere, kombinert med en større bok som f.eks. *Principles and practice of critical care* (2).

Guttorm Brattebø

Anestesi- og intensivavdelingen  
Haukeland Sykehus

### Litteratur

1. Kofke WA, red. *Postoperative critical care procedures of the Massachusetts General Hospital*. New York, NY: Little Brown, 1986.
2. Garrard C. *Principles and practice of critical care*. London: Blackwell, 1997.