

Opiatmisbrukere i metadonassistert rehabilitering ett og to år etter inntak

Sammendrag

Bakgrunn. I Norge er det fra 1998 bygd opp et landsdekkende system for medikamentassistert rehabilitering, men det foreligger få undersøkelser om hvordan det går med klienter som bruker metadon.

Materiale og metode. 75 opiatmisbrukere ved de første metadontiltakene i Oslo ble intervjuet ved start av behandling og ved to oppfølginger. Hovedinstrumentene var EuropASI og SCL-25, ved inntak dessuten MCMI-II.

Resultater. Fem misbrukere døde (7 %) i løpet av den toårige observasjonstiden. Det ble registrert en betydelig reduksjon i bruken av opiater og i forekomsten av kriminalitet og prostitusjon, derimot ingen endringer i den øvrige rusmiddelbruken, men en økning i depresjonssymptomer.

Fortolkning. Dataene indikerer at tempoet i inntaket av nye klienter har gått på bekostning av den psykososiale oppfølgingen.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 311

Edle Ravndal

er@sirus.no

Grethe Lauritzen

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning
Postboks 565 Sentrum
0105 Oslo

I Norge er det i perioden 1998–2000 blitt bygd ut et landsdekkende system for medikamentassistert rehabilitering (MAR) med bruk av metadon og buprenorfin for opiatmisbrukere. I hver av landets fem helseregioner er det utviklet modeller med noe ulik grad av desentralisering (1). Ved utgangen

av august 2003 var 2 285 klienter i behandling nasjonalt og 1 245 i Helseregion Øst. Fortsatt stod 308 klienter på venteliste til metadonbehandling på landsbasis og ytterligere 259 var registrert på søkerliste (Tertialrapportering 2003, MARIO, Oslo kommune).

Metadonbehandling er ved hjelp av politisk press i løpet av en forholdsvis kort periode blitt langt mer utbredt enn opprinnelig planlagt (1). Samtidig har det knapt vært foretatt undersøkelser for å se hvordan det går med klientene. Internasjonal litteratur om klienter i metadonbehandling er ganske entydig når det gjelder nedgang i bruk av illegale rusmidler og kriminalitet (2). For øvrig er resultatene meget varierende, alt etter hvorvidt klientene får god psykososial oppfølging eller ikke (3–5). I en svensk studie om klientenes vurderinger av den psykososiale behandlingen ble denne høyt rangert av alle, og det var et generelt ønske om en større vektlegging av denne delen av behandlingen (5). Vi antar derfor at om klientene får god psykososial behandling i tillegg til metadonbehandlingen, vil de kunne endre seg ytterligere i positiv retning, og omvendt i negativ retning.

I forbindelse med en større prospektiv undersøkelse av stoffmisbrukere i ulike behandlingstiltak i Oslo og nærliggende fylker ble de første klientene i metadontiltakene i Oslo vurdert (6). Vi ville undersøke i hvilken grad klientene tilpasset seg behandlingen og hvilke endringer som eventuelt fant sted i løpet av en toårsperiode.

Materiale og metode

Undersøkelsen er en prospektiv studie av 75 opiatmisbrukere som fortløpende begynte i medikamentassistert behandling i Oslo i tidsrommet 1999–2000. Klientene ble rekruttert fra alle de fire metadonenhetene i byen.

Klientene ble første gang intervjuet da de begynte i metadonbehandlingen og siden to ganger med ett års mellomrom i perioden 2000–02. Hovedinstrumentet ved rekrutteringen og ved begge oppfølgningene var det internasjonalt anerkjente European Addiction Severity Index (EuropASI), som er en europeisk bearbeidet versjon av femte utgave av Addiction Severity Index (7, 8). Ved alle intervjuetidspunktene fylte klientene selv ut SCL-25 (9), og ved rekrutteringen også Millon Clinical Multiaxial Inventory II (MCMI-II) (10).

Så snart klientene var avruset og hadde

begynte opptrappingen på metadon, ble de intervjuet med EuropASI og fylte ut de to selvrapporteringsinstrumentene. EuropASI er et relativt kort og strukturert intervju for å kartlegge ulike aspekter av klientens liv. Intervjuet er laget både til behandlings- og forskningsformål og dekker seks områder: rusmiddelbruk og tidligere behandling, arbeid/forsørgelse, familieforhold/sosiale relasjoner, fysisk og psykisk helse og kriminalitet. En sammensatt indeks på hvert problemområde er laget til forskningsformål (ASI-indeksen). Eventuelle endringer på hvert problemområde de siste 30 dagene før intervju ble målt med denne indeksen. Endringer i bruk av ulike rusmidler ved de to oppfølgningene ble målt ved antall dager de aktuelle rusmidlene hadde vært brukt i løpet av de siste 30 dagene før intervjuene fant sted.

SCL-25 måler angst og depresjon («samlet nervøsitet»). På hvert spørsmål angir klienten graden av forskjellige symptomer siste uke på en fempunktsskala, som går fra ingen plager til veldig mange. På bakgrunn av svarene kan tre indeksverdier beregnes: en for angst, en for depresjon og en for samlet nervøsitet (Global Symptom Index, GSI). Det er vanlig å anse en indeksverdi på 1,0 eller mer som tegn på at personen har like mye nervøse plager som tradisjonelle psykiatriske pasienter med angst og depressive tilstander.

MCMI-II måler ulike trekk og personlighetsforstyrrelser i henhold til DSM-III-R. Skårer på MCMI blir rapportert som basisrate skårer som er transformerte råskårer og justert for kjønnsforskjeller. En klient som skårer 85 eller mer, har ifølge manualen en personlighetsforstyrrelse.



Hovedbudskap

- I august 2003 var 2 285 opiatmisbrukere i medikamentassistert rehabilitering i Norge
- Ifølge de nasjonale retningslinjene skal ikke målsettingen være skadereduksjon, men en helhetlig innsats for å forbedre den enkeltes livsvilkår og situasjon
- Inntaket av nye klienter synes i Oslo å ha gått på bekostning av den psykososiale oppfølgingen

Tabell 1 Bakgrunnsdata for 75 opiatmisbrukere (gjennomsnittsalder 40 år) ved inntak til behandling

	Prosent
Kvinner	29
Arbeidsløs siste 3 år	79
Gift	5
Barn	69
Kroniske medisinske problemer	52
HIV-positiv	9
Tidligere i døgntil behandling	84
Tidligere i poliklinisk behandling	57
Sonet i fengsel	85

Tabell 2 Antall år med ulike typer stoff hos 75 opiatmisbrukere før inntak til behandling

Type stoff	Gjennomsnitt	(SD)
Alkohol til beruselse	5,0	(7,2)
Cannabis	14,7	(9,6)
Sniffemidler	0,6	(1,1)
Benzodiazepiner	8,8	(9,0)
Amfetamin	5,9	(6,4)
Heroin	13,9	(5,2)
Andre opiater	4,4	(6,5)
Hallusinogener	0,7	(2,1)
Kokain	0,3	(0,9)
Sprøytebruk	20,3	(6,5)

Det ble arrangert et todagers EuropASI-kurs for prosjektmedarbeiderne. De tiltak som ville bruke egne medarbeidere til å intervju, fikk opplæring i ettertid. Alle metadontiltakene valgte selv å gjøre mesteparten av rekrutteringsintervjuene, mens oppfølgingsintervjuene ble utført av eksterne medarbeidere som ble kurset i bruk av EuropASI.

Statistiske sammenhenger ble testet med khikvadrattest og Pearsons r. Vanlig t-test og khikvadrattest ble brukt for å måle forskjeller mellom gruppene. Paret t-test ble brukt

for å måle eventuelle endringer på de ulike tidspunktene på den sammensatte indeksen.

Resultater

Bakgrunnsdata ved inntak til behandling er gjengitt i tabell 1. Klientene hadde i gjennomsnitt tilbrakt 26 måneder i døgntil behandling (spredning 0–104 md.), 23 måneder i poliklinisk behandling (spredning 0–164 md.) og 26 måneder i fengsel før de begynte i substitusjonsbehandling (spredning 0–99 md.). Kvinnene var signifikant yngre enn mennene (37 versus 41 år, $p < 0,01$) og hadde sittet i fengsel i færre år enn mennene (13 versus 32 md., $p < 0,05$).

Klientenes rusbruk er gjengitt i tabell 2. I Norge er sprøytebruk vanlig både ved bruk av amfetamin og heroin. Den gjennomsnittlige sprøytebruken hadde derfor vart lenger enn den gjennomsnittlige bruken av heroin. Blandingsmisbruk var utstrakt. Kvinnene hadde brukt heroin og amfetamin i færre år enn mennene, henholdsvis 12 versus 15 år ($p < 0,05$) og fire versus sju år ($p < 0,05$).

57 % av klientene hadde en antisosial personlighetsforstyrrelse. Dette var den hyppigste personlighetsforstyrrelsen nest etter passiv-aggressiv (39%), aggressiv sadistisk (29%), unnvikende (29%), narsissistisk (28%) og borderline (24%).

På SCL-25 hadde klientene i gjennomsnitt en skåre på 1,27 på depresjon, 1,11 på angst og 1,19 på samlet nervøsitet, altså verdier som blir betegnet som patologiske med hensyn til depresjon, angst og samlet nervøsitet.

Første og annen oppfølging

Ved første oppfølging, ett år etter inntak til behandling, var fem personer døde (6,7%). 63 klienter av de 70 gjenlevende (90%) ble intervjuet. Ved andre oppfølging, to år etter inntak til behandling, var ingen flere av klientene døde, og 66 klienter ble intervjuet (94%).

Tre av fem døde tilhørte MARS (enhet for primært HIV-smittede og livstruende somatiske sykdommer). Klientene ved MARS døde av henholdsvis overdose, selvmord og leversvikt. De to andre døde av kreft og drukning. Alle var i behandling da de døde.

Klienter som hadde vært ute av tiltakene i mer enn tre måneder, ble etter våre kriterier klassifisert som «fracfallsklienter». Definert ut fra disse kriteriene falt 24 av 70 fra under observasjonstiden (34%). Imidlertid regner MAR det som en del av behandlingen i perioder å «permittere» klienter med en negativ utvikling, for eventuelt å ta de inn igjen på et senere tidspunkt.

Ifølge ASI-indeksen i EuropASI ved inntak og ett og to år etter inntak, var det en signifikant bedring i klientenes økonomi etter ett år, men ingen endring fra ett til to år. Ved begge oppfølgingstidspunktene var få i arbeid, henholdsvis sju og seks klienter. Andelen uførepensjonerte var relativt stabil på rundt 40% ved alle tre tidspunktene. Videre

var det ifølge ASI-indeksen en signifikant nedgang i bruk av illegale rusmidler etter ett år og to år ($p < 0,01$). Den samme utviklingen fant sted for kriminalitet. Det var ingen betydelige endringer i somatisk helse ved noen av tidspunktene. For psykisk helse var det ingen endring mellom inntakstidspunkt og ett år etter, men en økning av psykiske problemer fra ett til to år etter inntak ($p < 0,01$). På SCL-25 var det ingen endringer i forhold til angst og depresjon mellom inntak og ett år etter, men en signifikant økning i depresjon fra ett år til to år etter inntak ($p < 0,05$).

Endringer i bruk av rusmidler fremgår av figur 1. Hovedrusmidlet til alle klientene da de begynte i metadonbehandling var heroin. Ved begge oppfølgingene var det omtrent 40% av klientene som i løpet av den siste måneden hadde brukt heroin i en eller flere dager (fig 1). En firedel hadde brukt amfetamin i løpet av siste måned før de begynte i behandling, og det var ingen store endringer ved noen av oppfølgingene. Alle klientene hadde brukt sprøyter før de begynte i behandling. Ved begge oppfølgingene hadde omtrent halvparten brukt sprøyter en eller flere ganger i løpet av den siste måneden. Ved første oppfølging var det 32% av disse som hadde brukt sprøyter mellom en og ti dager, mens det tilsvarende tallet ved annen oppfølging var 26%.

Omtrent en tredel av klientene brukte andre opiater ved inntak til behandlingen. Her stabiliserte bruken seg rundt 10% ved begge oppfølgingstidspunktene. Bruken av benzodiazepiner gikk noe ned fra inntakstidspunktet til første oppfølging, fra 64% til 52%, men ved annen oppfølging var bruken i løpet av siste måned igjen som ved inntak.

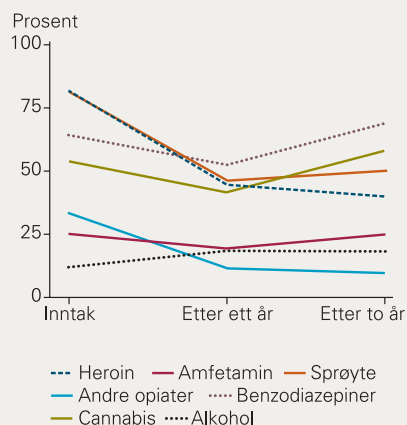
Omtrent halvparten av klientene brukte cannabis ved inntakstidspunktet. Ved første oppfølging ble bruken redusert med 12% i løpet av den siste måneden, mens det ved annen oppfølging hadde funnet sted en økning tilbake til det opprinnelige nivå. I forhold til alkoholmisbruk var det ingen betydelige endringer på noen av tidspunktene.

12 kvinner (41%) prostituerte seg det siste halvåret før inntak til metadonbehandlingen, mot to kvinner det siste halvåret før begge oppfølgingene.

Diskusjon

Metadonklientene i denne undersøkelsen var blant de første som begynte i MAR i Oslo. Som forventet hadde de en høy gjennomsnittsalder, betydelige somatiske og psykososiale problemer og en utstrakt blandingsmisbruk. Den «årlige» mortaliteten i løpet av den toårige observasjonstiden var som forventet. Kun ett overdosedødsfall inntraff i løpet av den toårige observasjonstiden, hvilket må sies å være bra i en såpass belastet gruppe. Til sammenlikning døde fire personer (8%) i den toårige prospektive studien av de 50 første klientene i metadonbehandling i det nasjonale prøveprosjektet

Figur 1



Rusbruk siste 30 dager før intervju ved inntak, etter ett og to år

(11). I begge undersøkelsene skyldtes dødsfallene somatisk sykdom og nedslittethet etter et langt liv som rusmisbruker.

Hvis vi ser bort fra de døde, var frafallet i behandlingen i løpet av den toårige observasjonstiden på 34 %. Sett ut fra klientenes belastningsgrad må dette sies å være et godt resultat, særlig tatt i betraktning av at flere av dem som falt ut av behandlingen, begynte igjen etter at de hadde vært ute i tre måneder eller mer. Frafallet i det nasjonale prøveprosjektet var i løpet av de to første årene på 26 % (11). Waal og medarbeidere antyder et årlig frafall på 25 % for klientene i medikamentassistert behandling på landsbasis (1). Dette er et meget godt resultat sett i internasjonal sammenheng (12). Imidlertid er ikke høy retensjon i seg selv et tilstrekkelig mål på tilfredsstillende behandlingsutfall. Uten positive endringer i den øvrige rusmiddelbruken og en viss grad av rehabilitering anses behandlingen som lite vellykket.

Som i mange andre undersøkelser av substitusjonsbehandling var den primære gevinsten av behandlingen en betydelig nedgang i bruken av opiat og avtakende kriminalitet og prostitusjon (3, 13).

Økningen i depresjonssymptomer på SCL-25 to år etter inntak var noe overraskende. En mulig forklaring er metadonklientenes positive forventninger til det å begynne i medikamentassistert behandling, noe som vi vet var utbredt blant de første klientene i denne typen behandling. På den annen side lå ikke den gjennomsnittlige depresjonsskåren spesielt lavt ved inntak (skåre 1,26). Økningen bør derfor ses som reell, og har sannsynligvis sammenheng med klientenes vanskelige livssituasjon og fortsatte bruk av andre rusmidler enn heroin.

Men hvor store forventninger til endringer er det realistisk å ha til en såpass belastet og marginal gruppe? Substitusjonsbehandling kan i seg selv ikke forventes å fjerne alle andre typer plager denne gruppen har slitt med i nesten hele sitt voksne liv. De psykososiale problemene spenner over et meget vidt og grunnleggende spekter fra personlighetsforstyrrelser, depressive og somatiske

plager til mangel på konstruktive sosiale nettverk og meningsfylte aktiviteter. Klientene er godt voksne mennesker som mesteparten av livet har levd marginalt. Å snu en slik utvikling bare i løpet av noen få år er for de fleste urealistisk. Gode støtte- og oppfølgingstiltak er grunnleggende for å kunne arbeide seg mot en bedre situasjon. Forskning viser at dette langt på vei både er mulig og lønnsomt (3, 14, 15).

Våre data kan tyde på at innsatsen på dette området ikke har vært tilstrekkelig, og at tempoet i inntak av nye klienter i Oslo har gått på bekostning av de psykososiale oppfølgingstiltakene. I de nasjonale retningslinjene understrekes det at målsettingen ikke skal være skadereduksjon, men en helhetlig innsats for å bedre den enkeltes livsvilkår og situasjon (16). Samtidig som det er viktig å etterleve disse retningslinjene så godt som mulig, bør ikke det beste bli det godes fiende. Verken metadonbehandling eller de beste psykososiale tiltak er alltid nok til å snu totalt om på et langt og tungt liv som rusmisbruker.

Materialiet er lite og risikoen for type 2-feil er derfor til stede. Prevalensen og reliabiliteten ved DSM-III-R-diagnosene er basert på selvrappoteringskjema og kan derfor være usikre. Klientenes selvrappoterte bruk av rusmidler siste måned før intervju kan være beheftet med både under- og overrapportering. De fleste tilsvarende undersøkelser viser imidlertid stor grad av samsvar mellom selvrappoterte data angående rusmidler, urinprøver og informasjon fra nærstående (17–19). I forhold til representativitet er vårt pasientmateriale sannsynligvis mer belastet enn nåværende, gjennomsnittlige metadonklienter på landsbasis. Undersøkelsens styrke ligger i den prospektive designen med en toårig observasjonsperiode ut fra et bredt datatilfang.

Litteratur

1. Waal H, Krook AL, Welle-Strand G, Espegren O, Hole R, Lazaridis KB et al. En nasjonal modell for medikamentassistert rehabilitering av opiatmisbrukere. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 119: 2301–5.

2. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality; a meta-analysis. *Addiction* 1998; 93: 515–32.
3. Ball J, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. New York: Springer, 1991.
4. Fiellin DA, O'Connor PG, Chawarski M, Pakes JP, Pantalon MV, Schottenfeld RS. Methadone maintenance in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286: 1724–31.
5. Åberg K, Grönberg A, Persson C, Gerdner A. Psykososiala behandlingsinslag i svenska metadonprogram – värdering ur patientperspektiv. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift* 2001; 18: 444–60.
6. «Nytte-kostnads» prosjektet. SIRUS, nyhetsbrev nr. 1–4. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, 2001–2002.
7. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument of substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 26–33.
8. Kokkevi A, Hartgers C. European Addiction Severity Index EuropASI. Zürich: EuropASI Working Group, Cost A6, 1994.
9. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1974; 19: 1–15.
10. Millon T. Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. Minneapolis: National Computer Systems, 1987.
11. Ravndal E, Vaglum P. Retention in a methadone programme: the importance of psychopathology. A prospective study. *J Subst Use* 1999; 4: 16–23.
12. European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. EMCDDA Insights series 3. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union, 2000.
13. Ward J, Mattick R, Hall W. Key Issues in methadone maintenance treatment. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, New South Wales University Press, 1992.
14. Hagman G. Methadone maintenance counselling. Definition, principles, components. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11: 405–13.
15. Andersen K, Jentoft N. Nytte-kostnadsanalyse av legemiddelassistert rehabilitering for opiatavhengige i Vest-Agder. FoU rapport nr. 8/2002. Kristiansand: Agderforskning, 2002.
16. Forskrifter for legemiddelassistert rehabilitering. IK-35/2000. Rundskriv. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
17. Hser YI, Anglin MD, Powers K. A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 577–84.
18. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Edwards C, Lehmann P, Wilson A et al. The national treatment outcome research study in the United Kingdom: six-month follow-up outcomes. *Psychol Addict Behav* 1997; 11: 324–37.
19. Ravndal E, Vaglum P. Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome: a prospective study of drug abusers. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15: 1–8.