



Oslo kommune
Rusmiddeletaten

MARIO Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo
Nasjonalt kompetansesenter, regionsenter for Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold

SKR-rapport nr 1/2001

MEDIKAMENTASSISTERT REHABILITERING I NORGE 1998-2000

Helge Waal,

Senter for medikamentassistert rehabilitering og Universitet i Oslo, Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Kirkevn 166, 0407 Oslo

Aud L Krook, Gabrielle Welle-Strand,

Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo,
Kirkevn 166, 0407 Oslo.

Olav Espegren,

Vest-Agderklinikken, Bispegra 50c, 4632 Kristiansand

Reidar Hole,

Senter for medikamentassistert rehabilitering i Trondheim, Pb 6808, 7433 Trondheim

Kristin Bergstad Lazaridis,

Aust-Agderklinikken, Klinkenberggt 4B, 4800 Arendal

Morten Sandvold, Sverre Moen

Trefylkesamarbeidet. Øvre Storgt 5, 3018 Drammen

Olof Blix og Thomas Høiseth

Metadon-klinikken, Nye Sandviksv 84, 5035 Bergen

1	INNLEDNING	4
2	LANDSOVERSIKT.....	6
3	HELSEREGION ØST.....	7
3.1	BESKRIVELSE.....	7
3.2	UTVIKLINGEN	8
3.3	ÅRSMELDING 2000	8
3.3.1	Hovedmål for arbeidet.....	8
3.3.2	Karakteristika ved driften/utformingen av modellen i forhold til andre fylker/regioner.....	9
3.3.3	Evaluering. Positive og negative erfaringer.....	9
3.3.4	Bruk av medikament – brukes annet enn metadon?.....	10
3.3.5	Utvikling av søkerliste/venteliste,- ressurser i forhold til behov.....	10
3.3.6	Erfaring med desentralisering/sentralisering.....	10
3.3.7	Tanker/meninger om skadereduksjon.....	11
3.3.8	Tanker meninger om lavterskel	12
3.3.9	Oppfatning av nye forskrifter.....	12
3.3.10	Mening om og planer for utviklingen videre.....	12
4	HELSEREGION VEST.....	13
4.1	BESKRIVELSE.....	13
4.2	UTVIKLINGEN	14
4.3	ÅRSMELDING 2000	14
4.3.1	Hovedmål med arbeidet.....	14
4.3.2	Karakteristika ved driften/utformingen av modellen	15
4.3.3	Evaluering: Positive og negative erfaringer.....	15
4.3.4	Bruk av medikament, gjennomsnittsdosering	16
4.3.5	Tanker og meninger om skadereduksjon og lavterskel.....	16
4.3.6	Mening om og planer for utviklingen videre.....	16
5	HELSEREGION SØR.....	17
5.1	BESKRIVELSE.....	17
5.1.1	Trefylkesamarbeidet	17
5.1.2	Agder-samarbeidet – MARIA	18
5.2	UTVIKLINGEN	18
5.3	ÅRSMELDINGER I TREFYLKESAMARBEIDET	19
5.3.1	Buskerud.....	19
5.3.2	Årsmelding Telemark.....	21
5.3.3	Årsmelding Vestfold.....	24
5.4	ÅRSMELDINGER I AGDERSAMARBEIDET – MARIA.....	28
5.4.1	Vest-Agder.....	28
5.4.2	Aust-Agder.....	30
6	HELSEREGION MIDT-NORGE OG HELSEREGION NORD.....	33
6.1	BESKRIVELSE.....	33
6.2	UTVIKLINGEN	33
6.3	ÅRSMELDING 2000	34
6.3.1	Hovedmål.....	34
6.3.2	Karakteristika ved driften.....	34
6.3.3	Evaluering	35
6.3.4	Bruk av medikament – data for gjennomsnittsdosering.....	35
6.3.5	Utvikling av søkerliste/venteliste – ressurser i forhold til behov. Hvor er flaskehalsene?	36
6.3.6	Erfaring med desentralisering/sentralisering.....	36
6.3.7	Tanker/meninger om skadereduksjon	36

6.3.8	<i>Oppfatning av nye forskrifter.....</i>	37
6.3.9	<i>Mening om og planer for utviklingen videre.....</i>	37
7	NOEN VURDERINGER.....	38
7.1	HVORLEDES UTVIKLER PASIENTENE SEG?.....	38
7.2	MORTALITET OG MORBIDITET.....	39
7.3	KRIMINALITET.....	40
7.4	MOT FLERE OG BEDRE METODER?.....	40
7.5	KONKLUSJONER.....	41
8	LITTERATUR.....	43

1 INNLEDNING

I juni 1997 besluttet Stortinget at Norge skulle utvikle et nasjonalt program for bruk av metadon i behandling av narkomane. Målgruppen skulle være den pasientgruppen som ikke viste fremgang tross medikamentfri behandling (1). I planarbeidet og i den politiske debatten i Stortinget la en vekt på at tilbudet skulle ha rehabilitering som overordnet målsetting. Den medisinske behandlingen skal være en del av en samlet innsats for å bedre den enkeltes livsvilkår og funksjonsevne (2). Retningslinjene for behandlingen ble først beskrevet gjennom Rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet I-25/98 og deretter revidert og beskrevet i Rundskriv I-35/2000. Søkeren skal være minst 25 år, være dyptgående opioidavhengig tross behandling i rimelig omfang og ha en flerårig misbrukskarriere. Når metadon er nødvendig for å gjennomføre behandling av livstruende sykdommer, gjelder særlige kriterier. Den enkelte pasient skal søke gjennom sitt sosialsenter med en tiltaksplan som skisserer individuelle mål og nødvendige tiltak. Hvert fylke skal ha et inntaksorgan som kvalitetssikrer søknaden og sikrer nødvendig samarbeid med rustjenesten og annen spesialisttjenesten. Det er ett nasjonalt senter i Oslo og regionale koordineringsinstanser i helseregionene. Behandlingen bygger på samarbeid i førstelinjen mellom sosialsenter og lege og opplegget må godkjennes av de regionale sentrene. Veiledere er tilgjengelig på hjemmesiden til senteret i Oslo (<http://www.metadon.org>) eller ved henvendelse til regionale sentre (3-7). To rapporter beskriver utviklingen etter ett år (8,9)

Tilbudene ble etablert i løpet av 1998. Ved utgangen av 2000 var 1072 pasienter i behandling. Ventelistene er likevel lange. Flere slik som sosial- og helsekomiteens leder, John Alvheim, har kritisert modellen som byråkratisk, og andre som sosialminister Guri Ingebrigtsen har ønsket en desentralisering med større vekt på lokal forankring og mindre på regionale og spesialiserte sentre. Dette er kommet til uttrykk i I-33/2001 "Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere". Samlet kan en si at kriteriene gjennom de ulike revideringene er gjort mindre regel- og mer skjønnsorienterte og at kravene til dokumentert stoffkarriere og tidligere behandling er blitt redusert. Det kommunale ansvaret er forsterket og tydeliggjort, og den medisinske delen av behandlingen tenkes som en del av fastlegeansvaret. Sosialsentrene har fortsatt lokalt koordineringsansvar og de regionale sentrene godkjennings- og veiledningsansvar.

Samlet sett er det viser denne beskrivelsen både at behovet for behandlingen har vært undervurdert og at modellen er under endring mot en mindre spesifisert og mer åpen modell. Det er på denne bakgrunn viktig å evaluere utviklingen. Som bidrag til dette har sentrene utarbeidet en felles rapport som i forkortet form blir publisert i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Denne rapporten beskriver i modellen slik den er utviklet med regionale forskjeller og gir opplysninger om utviklingen i de ulike regionene. I tillegg er årsmeldingene for 2000 utarbeidet etter en felles mal bygget som punktvis:

1. Hovedmål for året

2. Karakteristika ved driften/utformingen av modellen i forhold til andre fylker/regioner. Beskriv spesielle forhold som har påvirket utformingen. Har det skjedd noen endringer i løpet av året?
3. Evaluering. Positive og negative erfaringer, generelt og spesielt i forhold til
 - Pasienttilfredshet og rehabilitering
 - grad av rusing og meldinger om salg/kjøp
 - tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere
4. Bruk av medikament – brukes annet enn metadon? Finnes det data for gjennomsnittsdosering?
5. Utvikling av søkerliste/venteliste,- ressurser i forhold til behov. Hvor er flaskehalsene?
6. Erfaring med desentralisering/sentralisering
7. Tanker/meninger om skadereduksjon
8. Tanker meninger om lavterskel
9. Oppfatning av nye forskrifter
10. Mening om og planer for utviklingen videre

Rapporten er ment som et grunnlagsdokument for evalueringsarbeid og som grunnlag for drøfting av den modellen som er valgt i Norge.

2 LANDSOVERSIKT

Tabell 1 viser antallet i behandling frem til årsskiftet 2000. Vi ser at det opprinnelige anslaget på 600 pasienter er langt i underkant av behovet. Både i 1999 og i 2000 ble det tatt inn et antall nye som svarer til dette tallet. Anslaget var altså åpenbart for lavt og de ressursvurderingene som ble lagt til grunn, tilsvarende urealistiske.

Tabell 1 Årlig utvikling i antall søkere og behandlede i hele landet pr 31.12. 1998 til 2000

Utvikling i løpet av året	Helseregion														
	Øst			Sør			Vest			Midt og Nord			Hele landet		
	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00
Nye	92	348	282	8	163	130	24	53	77	0	44	35	124	603	524
Avsluttet	21	71	91	0	5	47	1	11	22	0	1	9	22	88	169
I behandling	173	445	636	8	166	249	23	65	120	0	43	69	204	719	1074
Venter	400	431	448	13	133	182	50	84	108	1	65	90	464	713	828

Tabellen viser også at antallet søkere som venter, har vokst til nesten 800 på tross av det høye inntaket. Vi ser også at det er økning i alle regioner selv om økningen er minst tydelig i Helseregion Øst. Oppgavene omfatter både de som er godkjent og står på formell venteliste for inntak og de som er søkt uten at søknadene er vurdert.

Vi ser også at antallet som slutter er økende. Dette er i all hovedsak pasienter som ikke tilpasser seg programmet eller har en rusituasjon som viser at behandlingen ikke har tilstrekkelig effekt. Dette tyder på at vi erfarer grensene for behandlingens nytteverdi. Utviklingen kan også sees som uttrykk for at regelverket begrenser andelen som finner seg til rette innen tilbudet.

Utviklingen i 2001 har fortsatt på samme måte. Tertialrapporten viser at det pr 30.4.2001 var 1235 pasienter i behandling i hele landet, fordelt på 741 i Helseregion Øst, 283 i Region Sør, 135 i Region Vest og 75 i Region Midt- og Nord-Norge.

Av disse var totalt 234 nyinkluderte med en fordeling i regionene på 134 i øst, 62 i sør, 26 i vest og 12 i midt- og nordregionen. Det var 71 som avsluttet behandlingen, derav 29 i øst, 28 i sør, 11 i vest og 4 i de nordlige regionene. Antallet i venteposisjon var i hele landet 796, derav 370 i østregionen, 180 i sørregionen, 125 i vestregionen og 120 i de nordlige regionene.

En samlet oversikt viser at i alt 1575 personer hadde vært innskrevet i programmene på ett eller flere tidspunkter, derav 947 i østregionen, 354 i sør, 183 i vest og 91 i nord. Med antatt heroinavhengige misbrukere på 8-10000 på landsbasis, sier dette at mellom 16 og 20% hadde fått tilbud gjennom behandlingsoppleggene i sentrene.

3 Helseregion Øst

Regionen omfatter Akershus, Hedmark, Oppland, Oslo og Østfold.

3.1 Beskrivelse

Senter for medikamentassistert rehabilitering i Oslo, MARIO, er nasjonalt kompetansesenter, regionalt senter for helseregionen og behandlingssentrum for Oslo. MARIO har 4 polikliniske avdelinger og skal få en døgnavdeling. En av avdelingene har spesielt ansvar for pasienter med behandlingstrengende HIV-infeksjon og andre alvorlige sykdommer. Senteret har utdeling av metadon i tre av avdelingene men arbeider i økende grad desentralisert slik at pasientene får sin medisin ved fremmøte i apotek. Senterets avdelinger har ansvaret for oppfølging og veiledning i forhold til fylkene i regionen.

Fylkene i regionen har utviklet en desentralisert modell med flere fellestrekk. Hvert fylke har separate fylkeskommunale inntaksorgan basert på rustjenesten. Avrusingen skjer i ulike fylkeskommunale institusjoner. Tiltaksplanen bygger på lokalt samarbeid i ansvarsgrupper og rehabiliteringsmuligheter i kommunene. Forskrivning skjer fra lokale leger, og utlevering i apotek, noen steder også fra hjemmetjenesten.

Noen forskjeller er likevel tilstede. Hedmark har utviklet et eget metadonteam med base i Rusmiddelavdelingen i Sanderud sykehus som samarbeider med sektorteam. I Oppland har inntaket vært basert på et eget inntaksorgan ved Rustjenesten, Oppland psykiatriske sykehus. Leder er en koordinator som samarbeider med fylkets tre sektorteam. I Østfold er fylkets sosialmedisinske poliklinikker viktige. Et særlig inntaksorgan lokalisert til fylkets sentrale rustjeneste kvalitetssikrer søknadene mens poliklinikkene i stor grad har vært veiledere for behandling. Akerhus har gjennomført et sektorisert opptakssystem med inntaksteam i rusklinikkene; Jessheimklinikken, Folloklinikken, Lillestrømklinikken og Sosialmedisinsk poliklinikk for Asker og Bærum.

MARIO har tverrfaglige kontaktgrupper for hvert fylke og har godkjent og kontraktfestet hver pasient ved siden av å gi veiledning i enkelte vanskelige saker, generell rådgivning, opplæringskonferanser og samarbeidsmøter. Fylkeskontaktene møter i MARIO i kvartalsvise regionmøter.

3.2 Utviklingen

Tabell 2 Årlig utvikling i antall søkere og behandlede i Helseregion Øst og status pr 31.12.1998-2000

Kategorier av pasienter	Helseregionen øst														
	Akershus			Hedmark			Oppland			Oslo			Østfold		
	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00
Nye	8	102	65	0	21	26	0	17	23	80	175	130	4	28	38
Avsluttet	0	7	12	0	0	1	0	3	4	13	60	69	0	1	5
I behandling	8	103	156	0	21	46	1	15	34	161	276	337	3	30	63
Venter	0	17	13	0	3	3	0	2	9	359	420	418	0	12	5

Tabell 2 viser utviklingen i regionen. Vi ser at Oslo har det største antallet pasienter i behandling, men det er også høye tall i de andre fylkene. Tallene er særlig høye i Akerhus. En vesentlig andel av disse pasientene er i behandling i Asker og Bærum som er to store kommuner, begge med initiativrik sosialtjeneste og aktive kommuneoverleger. Den såkalte Bærumsmodellen er i enkelte sammenhenger satt opp som kontrast til "Oslo-modellen". Årsaken er at det Bærum er satset spesielt på en modell med aktiv rekruttering av leger som også har fått en årlig kostnadsdekning på kr 20000,- pr pasient for urinprøver og andre særlige innsatser. Kommuneoverlegen har dessuten stått for spesiell opplæring og tilbud om veiledning. Samarbeidet mellom kommuneoverlegene og sosialtjenesten har vært særlig positivt.

Modellen er likevel grunnleggende sett den samme som i resten av regionen utenom og delvis i Oslo. Forskjellen er mest at det i resten av Akerhus og i de andre fylkene i regionen har vært motstand i enkelte kommuner og delvis en klart skeptisk holdning blant legene. Et annet forhold er at sosialtjenesten i Asker og Bærum har hatt økonomiske midler og villighet til å prioritere medikamentassistert rehabilitering. Enkelte andre kommuner har vurdert sin økonomi for vanskelig til å delta aktivt. Mange kommuner i de ulike fylkene har imidlertid også satset aktivt på samme måte med gode tiltaksplaner og tett samarbeid mellom sosialtjenesten og involverte leger.

3.3 Årsmelding 2000

3.3.1 Hovedmål for arbeidet

- Alle avdelinger i MARIO er kommet i full drift. Den forutsatte kapasiteten på 300 oppnådd. Ved årsskiftet var 337 i behandling, derav 54 i opplegg utenfor senteret.
- Alle fylker i regionen har fungerende inntaksorgan og behandlingsstruktur tilpasset tiltaksapparatet i fylket. Samlet antall i behandling utenom Oslo var ved årsskiftet 299, altså nær halvparten av gruppen i behandling.
- Det er arbeidet med metodeutvikling og utarbeidet egen veileder for sosialfaglig rehabilitering og en metodehåndbok basert på erfaringer og drøftinger i alle avdelinger. Arbeidet med utvikling av gruppebehandling ble drevet hele året.

- Metodeutviklingen omfatter også utprøving av nye medikamenter. Et Subutex-prosjektet ble startet i løpet av året og har omfattet 104 pasienter.
- Det er gjennomført opplæringskonferanser i de fleste samarbeidende fylker og en større nasjonal konferanse om medikamentassistert rehabilitering.
- Det ble dessuten lagt grunnen for et prøveprosjekt for aktiv rehabilitering i samarbeid med Arbeidsmarkedsetaten
- Funksjonen som regional senter er fulgt opp med 3 regionale samlinger av samarbeidende fylker. Samarbeidet er evaluert og revidert med endret samarbeidsordning. Hver avdeling har ett "samarbeidsfylke". Samarbeidet er koordinert som månedlige inntaks- og koordineringsmøter.
- Antallet i behandling i fylkene var ved årsskiftet 299, derav 156 i Akershus, 51 i Østfold, 39 i Hedmark og 25 i Oppland. Av Akershus-pasientene var 98 i behandling i Asker (29) og Bærum. (69).

3.3.2 Karakteristika ved driften/utformingen av modellen i forhold til andre fylker/regioner

Arbeidet i Oslo er utformet i forhold til et høyt antall søkere i et byområde med ulikt fungerende, til dels overbelastede bydeler. Legesituasjonen preget av stor variasjon i driftsavtaler og mange leger uten avtale. Det er relativt få leger med godt oppbygget bydelssamarbeid. Et høyt antall av søkerne har alvorlige somatiske sykdommer, herav særlig HIV. Senteret er derfor bygget opp som sentraliserte enheter med lege for forskrivning og lokaler med mulighet til metadonutlevering og prøverom for urinkontroller.

Arbeidet utenfor Oslo er utformet med primær vekt på samarbeid mellom sosialtjenesten og lokale leger. Dette samarbeidet er forankret i fylkenes rustjeneste og MARIO's rolle er godkjenne søknadene, gi opplæring og rådgivning, særlig ved spesielle vansker.

3.3.3 Evaluering. Positive og negative erfaringer

Pasienttilfredshet er innhentet gjennom samtaler og oppsummeringer. Det er kommet både positive og negative tilbakemeldinger til sentrene i Oslo. Det er tydelig at pasienten opplever at de har fått et bedre liv selv om noen har blitt skrevet ut flere ganger før de virkelig har satset på og klart å gjennomføre et MAR-opplegg. De positive vurderingene har særlig vært knyttet til å ha fått et systematisk medikamenttilbud, til aktive og omsorgsfulle konsulenter og til aktivitetstilbud i grupper og til samtaler. De negative vurderingene gjelder særlig prøvetaking og kontroller men også opplevelse av ruspreget miljø rundt sentrene. Enkelte har vært misfornøyd med oppfølgingen både hos oss og i sosialsentra. Vi har dessuten hatt store problemer med å skaffe plass til avrusing før oppstart og til inntak i kriser. Disse problemene har vært klart økende.

Utenfor Oslo synes det å være generell positiv erfaring med den lokalbaserte forankringen, særlig der hvor det lykkes å etablere godt samarbeid mellom leger og sosialtjeneste. Rustjenesten blir en naturlig annenlinje-tjeneste i de tilfellene hvor dette er nødvendig, men når sosialtjenesten har ansatte med erfaring og interesse og legene engasjerer seg godt nok, kan en stor del av arbeidet skje lokalt. Det har vært noen negative tilbakemeldinger i tilfeller hvor behandlingen gir utilstrekkelig effekt. Ønsket om oppfølging fra MARIO har også noen ganger vært større enn sentret har maktet.

Graden av rusing har vært noe skiftende. Erfaringen i Oslo er at det har vært mindre rusing i perioder når avdelingene har gått aktivt inn med positive og avgrensede virkemidler mens problemene vender tilbake dersom en ikke fortløpende arbeider aktivt med dem. Det har vært en del meldinger om salg og kjøp. Når det har lyktes å lokalisere hvem dette dreier seg om, har vedkommende blitt utskrevet. Narkotikapolitiet har gitt en skriftlig vurdering om at det ikke har vært lekkasjeproblemer av betydning. Salg av metadon er ukjent i politiet. Utenfor Oslo synes problemet med rusing å være mindre, men også der er det reelle problemer, særlig knyttet til benzodiazepiner.

Tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere har vært både positive og negative. Vi har fått kritikk for lang ventetid og liten oppfølging i søkertiden. Det har også kommet kritiske røster i forhold til saksbehandling, grad av psykososiale oppfølging og til behandlingsinnhold. Det er gode erfaringer med et utstrakt samarbeid med rusinstitusjoner som har tatt inn MAR-pasienter. Det er gjennomgående gode erfaringer med det strukturerte samarbeidet mellom rustjenesten og førstelinjetiltakene.

3.3.4 Bruk av medikament – brukes annet enn metadon?

Gjennomsnittsdoseringen var i MAR Bygdøy alle 98 mg metadon, i MAR Tøyen 107 mg, i MAR Ullevål 103 mg og i MARS 102,5 mg. Gjennomsnittet er altså litt i overkant av 100 mg. Majoriteten får fra 80-120 mg metadon. De fleste vurderes med serumnivå av metadon og skal justeres innenfor 600-1200 nmol/l. Subutex har vært brukt i Subutex-prosjektet og i to andre tilfeller. Doseringsnivået i de ulike fylkene ligger på liknende nivåer.

3.3.5 Utvikling av søkerliste/venteliste,- ressurser i forhold til behov.

I forhold til andre fylker har arbeidet vært preget av særlig stor pågang og betydelig press både i form av overdoseøkning, elendighetsutvikling i brukergruppene og en stigning i søkertallet på tross av intensivt inntaksarbeid og utbygging. Dette gjelder særlig Oslo. Høsten 2000 ble det derfor iverksatt ukentlige møter i MARIO med kritisk vurdering av alle gamle søknader og beslutning i forhold til alle nye. Ved innvilgelse gis beskjed om antatt ventetid som for nye søknader er minimum to år.

Disse tiltakene ser ut til å snu utviklingen og antallet på søkerlisten er nå fallende. Ved årsskiftet var tallet på søknader som ikke var vurdert 418. Oslo kommune har innvilget nye ressurser svarende til økt kapasitet på 75 pasienter.

Utenfor Oslo har antallet i venteposisjon vært betydelig mindre. I noen grad skyldes dette at kommunene ikke har formidlet søknadene under henvisning til kapasitet i søknadsbehandlingen eller til ufullført arbeid med tiltaksplanene. Søknadene blir vanligvis først registrert i inntaksorganene når de er kommet langt nok til endelig saksbehandling.

3.3.6 Erfaring med desentralisering/sentralisering

Arbeidet i MARIO følger to tradisjoner. Den ene stammer fra Hiv-Met. Dette er en tradisjon med desentralisert utdeling og prøvetaking mens forskrivning og konsulentoppfølging skjer sentralt.

Erfaringen med dette er at det blir mindre negativ miljødannelse og at konsulenttiden kan konsentreres mer om pasientoppfølging. Til gjengjeld blir en mer avhengig av eksterne samarbeidspartnere. Kontakt og kontroll med pasientens utvikling blir dessuten noe mindre.

Den andre stammer fra MiO-prosjektet med sentralisert form med forskrivning fra egne leger, utdeling og prøvetaking i sentrene. Dette er i økende grad utvidet med bydelsbasert inntak hvor pasienten starter direkte opp i bydel med forskrivning, prøvetaking og kontrolltiltak der. Rehabiliteringsplanen skal utarbeides av sosialsenter som også vil ha hovedansvar for oppfølging. Det er i tillegg lagt betydelig vekt på inntak og oppstart gjennom samarbeidende behandlingsinstitusjon. Erfaringen med den sentraliserte formen at dette gir god kontroll over medikamentbruk og tett oppfølging. Ulempen er at pasientene bindes til sentrene. Dette kan gi for lite selvstendighet og for stor kontakt med andre metadonklienter – særlig de som må komme regelmessig på grunn av utilstrekkelig fremgang.

Problemene for videre utvikling og for å utvide kapasiteten er knyttet til flere forhold. Det har vært vanskelig å rekruttere samarbeidende apotek, leger og å utvikle gode lokaltbaserte tiltaksplaner. Rusbruk blant klienter krever ofte mye konsulenttid og enhetene kan i for stor grad bli krisedrevet. Hovedvansken har likevel vært sprik mellom ressurser og oppgaver.

Utenfor Oslo synes det nesten å være generell tilfredshet med høy grad av desentralisering og tilsvarende vekt på lokal planlegging og ansvar. Rustjenesten ser ut til å få en svært viktig rolle som kvalitetssikrer samtidig som tilbakemeldingen til MARIO til nå har vært at disse tjenestene vurderer oppfølging fra regionalt senter som svært viktig.

3.3.7 Tanker/meninger om skadereduksjon

MARIO har hele tiden hatt fokus på pasienter med stor somatisk sykkelighet og har en tradisjon for å legge vekt på omsorg og på å ta hensyn til pasientens reelle yteevne. Målsettingen har likevel klart vært rusfrihet og rehabilitering, også i MARS-enheten for somatisk syke. Det er god erfaring med økt pasienttilfredshet når dette arbeidet lykkes.

To problemer har blitt tydelige. Den ene er at det blir umulig å få gjennomført inntak av så mange pasienter ved krav om full avvenning før oppstart. Grunnen er både utilstrekkelig kapasitet og frykt og sykdomstilstander blant søkerne. Det er dessuten et ganske høyt antall som viser seg å få psykosegjennombrudd og annen kriseutvikling ved brå avvenning. Dette igjen fører til press på en for liten inntakskapasitet.

Det andre er at et betydelig antall viser seg å gjenoppta eller aldri helt kvitte seg med et visst rusbruk. Dette fører til at de blir holdt lenge i sentrene, eventuelt til gjentatte inntak til avvenning med økende pessimisme og oppgitthet både hos pasienter og behandlere. Samtidig er gevinstene ved den pågående behandlingen tydelige, og farene ved utskrivning betydelige. Konsekvensen er at det kan bli et sprik mellom offisiell målsetting og reell praksis. Det avtegner seg derfor et behov for nyanserte målsettinger og mulighet til å videreføre på et lavere omsorgsnivå for å opprettholde behandlingsgevinst uten at målsettingen fullt ut er oppnådd.

Disse erfaringene er tydeligst i Oslo, men har også vært følbare i Asker og Bærum og i enkelte andre større kommuner.

3.3.8 Tanker meninger om lavterskel

Hovedsynspunktene har vært knyttet til to forhold. Det ene er at målsettingen om full rusfrihet synes urealistisk for en vesentlig del av pasientene. Samtidig er farene ved utskrivning nokså stor. Det er derfor behov for å kunne akseptere mindre enn ideelle målsettinger og finne varige oppfølgingsformer hvor en vektlegger skadereduksjon og omsorg. Det arbeides med prosjekter på disse områdene.

Det andre er tiltak i den lange ventetiden og for pasienter i ulik grad av krise og sykdomstilstand forut for realistisk inntakstid. Subutex-prosjektet har gitt erfaringer for at tidsavgrenset bruk av Subutex kan være et virkemiddel gitt en strukturert og tydelig ramme og klare ansvarsforhold. Slik bruk kan tenkes i tilknytning eksisterende lavterskeltiltak for ulike målgrupper.

Utenfor Oslo har dette vært lite drøftet. I regionalt møte er enkelte fylkesrepresentanter gitt uttrykk for betenkelighet med uro for at en slik utvikling vil kunne underminere systemet og skape problemer.

3.3.9 Oppfatning av nye forskrifter

Hovedsynspunktet er at forskriftene er hensiktsmessige. Det er åpnet opp for skjønnsmessige vurderinger uten at hoveddrammene og kriteriene er endret. Dette gir bedre mulighet til å tilpasse arbeidet til pasientbehovene uten at rammene strekkes urimelig. Faren er at pågangen lett kan føre til uttynning av behandlingssinnholdet og til gradvis uthuling av kvalitetskriteriene.

3.3.10 Mening om og planer for utviklingen videre

- Vi opplever at vi har skapt en solid plattform for videre utvikling.
- Det er nødvendig med avklaring av en hel rekke forhold knyttet til metadonkostnader, betalingsordninger og myndighetsforhold.
- Det er også nødvendig med mer ressurser og spesielt er det avgjørende å få bedre tilgang til akuttavdeling med avvenningsoppgaver.
- Det er viktig å finne frem til god praksis for bruk av buprenorfin.
- Det er også viktig å videreutvikle psykososiale metoder og aktive gruppetiltak. Det arbeides med prosjekter og planer på disse områdene.
- Det er avgjørende å finne frem til bedre avklaring på bydelsoppgaver og senteroppgaver. Samarbeidet mellom bydel og for MARIO må bedres og forenkles. Også her er det planarbeid på gang.
- Arbeidet med å integrere MAR i tiltaksapparatet er fruktbart og må fortsette.
- Opplæring av allmennleger og bydeler må intensiveres og forbedres.
- Den økende vekten på ekstern MAR forsterker behovet for oppfølging og evaluering
- Fylkenes rustjeneste får økende betydning. Dette gjør det viktig å vurdere fylkenes rolle i arbeidet.

4 Helseregion Vest

Regionen omfatter fylkene Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane.

4.1 Beskrivelse

Regionsenteret er Metadon-klinikken i Bergen som er en av fire rusklinikker i Stiftelsen Bergensklinikkene (SBK). Klinikken kom i drift i august 1998. Avrusing skjer i en av de andre avdelingene i Bergensklinikkene. Også i region Vest arbeider man noe forskjellig i de ulike fylkene. Det er et sentralt inntaksteam med fylkeskommunal representasjon i Metadon-klinikken. Rogaland har i tillegg en egen fylkeskommunal nemnd som vurderer søknadene før oversendelse til Metadon-klinikkens inntaksteam. I Sogn og Fjordane er det så få søknader at det ikke har vært behov for særskilt inntaksteam.

Forskrivningen av metadon er sentralisert til Metadon-klinikken. Samarbeid med primærlege må likevel være etablert ved oppstart fordi det er en målsetning at primærlegene på sikt skal overta stadig mer av ansvaret for forskrivningen. Urinprøvekontroll og metadonutdeling tilrettelegges ut fra muligheter lokalt. Dette skjer i nært samarbeid med konsulent på Metadon-klinikken. Den endelige godkjenning av faglig forsvarlighet ligger til Metadon-klinikken.

I oppstartfasen er samarbeidsrelasjonene mellom sosialtjenesten og Metadon-klinikken nære og terskelen for henvendelse til klinikken lav. Fokus i denne fasen er rettet mot å formidle struktur, rammer og regler. Etter hvert som behandlingen går framover skal fokus flyttes mot å gjøre sosialtjenesten i stand til å håndtere pasientenes særskilte behov og kriser. Mange sosialkontorer har etter hvert etablert betydelig erfaring med gruppen. Utviklingen går derfor bort fra individuell oppfølging fra klinikken og mer mot en arbeidsform der konsultasjonen retter seg mot grupper av sosialkuratorer.

Sentralisert forskrivningspraksis innebærer økt kontroll med forskrivning av B-preparater. Dette har redusert presset mot allmennlegene som har opplevd at arbeidsoppgaver overfor denne pasientgruppen er endret. Metadon-klinikken har opplevd holdningsendring i primærlegeapparatet fra skepsis og vegring til økt interesse for å delta

4.2 Utviklingen

Tabell 3. Oversikt over utviklingen i antall søkere og behandlede og status pr 31.12.00 i Helseregion Vest 1998-2000

Kategorier av pasienter	Helseregion vest								
	Hordaland			Sogn og Fjord.			Rogaland		
	98	99	00	98	99	00	98	99	00
Nye	21	38	53	0	1	3	3	14	21
Avsluttet	1	8	19	0	0	1	0	3	2
I behandling	20	50	83	0	1	3	3	11	34
Venter	41	73	85	0	1	3	9	10	20

Vi ser at de fleste pasienter og søkere kommer fra Hordaland, og det er særlig Bergensområdet som peker seg ut. Det er imidlertid også en betydelig utvikling i Rogaland. I Region Vest arbeider Metadonklinikken også med et Subutex-prosjekt og gir tilbud til søkere. Tallopgaver omfatter også de som er med i dette prosjektet.

4.3 Årsmelding 2000

4.3.1 Hovedmål med arbeidet

Regionsenteret i Bergen (Metadon-klinikken) har i løpet av 2000 sett det som nødvendig å forandre måten å ivareta oppgavene på. Dette da det har vist seg at Stavanger/Sandnes og Haugesund Karmøy har betydelig antall klienter.

4.3.1.1 Bergen og omland

I Bergen har klientmengden økt betydelig. I løpet av første halvdel av året mottok klinikken et stort antall søknader. Dette utfordret arbeidsmodell og kapasitet, og det var etter hvert nødvendig å finne fram til en mer rasjonell måte å ivareta oppgavene på. Metadon-klinikken hadde tilbud om utdeling av medikament og prøvetaking. Dette tok mye kapasitet ved klinikken, og det var nødvendig å få til en mer desentralisert utleverings- og prøvetakingsordning. Dette var også i samsvar med en modell som tar sikte på rehabilitering med utgangspunkt i nærhet til de instanser som står for hjelpetiltakene. Dette arbeidet fokuserte naturlig nok samarbeid med primærhelsetjenesten i de ulike bydelene. Initialt i dette arbeidet møtte klinikken mye skepsis hos allmennlegene. Vanlige problemstillinger var knyttet til betaling av legetjenestene og en generell skepsis til å ta imot narkomane i sin praksis på daglig basis.

4.3.1.2 Rogaland

I Rogaland var samarbeidet med legene etablert på et tidligere tidspunkt, siden det fantes få alternativer til utlevering og prøvetaking. Helt til slutten av året ble søknader fra Rogaland vurdert straks der var 5 søknader, og tiden fra godkjenning til oppstart i behandling var så kort som 2-4 måneder. Grunnet økt pågang av søkere i annen halvdel av 2000 ble det skissert ulike endringer, i dialog med Rogaland Fylkeskommune. Arbeidet pågår og det er ikke kommet til noen endelig avklaring av framtidig organisering og ivaretagelse av kvalitetssikringen mot bakgrunn av den økte pågangen av søkere.

4.3.2 Karakteristika ved driften/utformingen av modellen

I Subuteprojektet ble inntak av nye pasienter avsluttet like etter årsskiftet. Foreløpig viser erfaringene at det lar seg praktisk gjennomføre å starte behandling med et begrenset tilbud fra Metadon-klinikken, og mange klienter klarer å gjøre nytte av behandlingstilbudet på tilfredsstillende måter. En av de erfaringene som er gjort er at veilednings- og rådgivningstilbudet til sosialkontorene i mange tilfeller er tilstrekkelig forutsatt at sosialkontor og øvrig tiltaksapparat kjenner klienten og forplikter seg til å følge opp den medikamentelle behandlingen med gode psykososiale støttetiltak. Mer detaljerte beskrivelser av de erfaringer som er gjort vil komme fram i endelig evaluering av prosjektet.

4.3.3 Evaluerings: Positive og negative erfaringer

De aller fleste pasientene i behandling opplever en bedring av rusmestring og minsket rusing. Det er ingen store forskjeller mellom pasienter i Subuteprojektet eller i selve Metadon-tiltaket. Omtrent en tredel er stabilt rusfri, en drøy tredel har sporadisk rusing eller periodisk rusing og resterende snaue tredjedel har mer vedvarende rusing.

Det har av og til versert rykter om at metadon er å finne på det illegale marked. Dette er forhold klinikken stort sett har klart å etterspore og ordne opp i. I forhold til Subutex har forholdene vært annerledes. Desentralisert foreskriving og utlevering ser ut til å ha ført til lekkasje, og det er kommet opplysninger om at Subutex er lett tilgjengelig på det illegale marked. Det er vanskelig å etterspore og å skille fra den Subutex som innføres fra bl.a. Danmark. For å øke kontrollen vil Metadon-Klinikken gå tilbake til sentralisert foreskriving i 2001.

4.3.3.1 *Tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere*

De fleste tilbakemeldinger som har kommet fra samarbeidspartnere er gode og det legges vekt på kvaliteten av den oppfølging som gis i forhold til den enkelte klient. Av negativ kritikk legges det vekt på at klinikkens medarbeidere er vanskelig tilgjengelig. Dette er et problem som kan løses ved hjelp av tekniske og organisatoriske tiltak. Videre kritiseres klinikken for lang behandlingstid fra søknad er mottatt til denne vurderes opp mot kriteriene. Det rettes også kritikk mot at kapasiteten er for liten. Dette står i kontrast til den opplevelse klinikkens medarbeidere har av egen arbeidssituasjon.

I løpet av året har denne situasjonen blitt møtt med utarbeidelse en arbeidsmodell som i større grad legger vekt på veiledning og rådgivning til 1:e linjen. I tillegg ble det besluttet at utlevering og

prøvetaking ved klinikken skulle avvikles da dette tok for mye av kapasiteten, og miljøet i dagligstuen til tider ble antiterapeutisk. Denne beslutningen har skapt en del frustrasjoner i det kommunale apparatet, som regnet med at klinikken tok seg av dette.

4.3.4 Bruk av medikament, gjennomsnittsdosering

Gjennomsnittsdosen av metadon er drøyt 100 mg . Når det gjelder Subutex er tilsvarende tall 16 mg, i kontrast til produsentens anbefalte dosering på 8 -12 mg.

4.3.5 Tanker og meninger om skadereduksjon og lavterskel

Noen klienter har vansker innenfor rehabiliteringstanken, enten fordi de ikke klarer å forholde seg til den regelstyringen behandlingen innebærer eller fordi de ikke har forutsetninger for å forholde seg til de krav og forventninger som rehabilitering innebærer. Dette viser seg først etter en viss tid i behandling. Innenfor dagens regler står disse klientene i fare for å skrives ut eller de skrives ut fra behandling til tross for at de i behandlingen har redusert sitt rusmisbruk og bedret sin generelle helsesituasjon. En mulighet til fortsatt å gi disse menneskene et behandlingstilbud (lavterskelmodell) bør drøftes og vurderes.

4.3.6 Mening om og planer for utviklingen videre.

I en lokalbasert modell er det flere instanser som er delaktig i utdeling og prøvetaking. Behandlingsformen krever at de ulike involverte instansene forholder seg til de krav den medikamentelle delen av behandlingen setter. Det er en utfordring å veilede disse instansene i disse oppgavene. En utfordring er å formidle dilemmaet mellom det at klientene er i behandling i regi av regionsenteret samtidig som regionsenteret ikke nødvendigvis har direkte behandlingkontakt med den aktuelle klient.

Ekspanderingen av behandlingsvolumet har gått svært fort og antallet klienter i behandling overskrider kapasiteten på en slik måte at en er tvunget til å finne alternative måter å gjennomføre behandlingen på. I enkelte sammenhenger kan behovet for alternative løsninger komme i konflikt med grunntanken i Legemiddelassistert rehabilitering. Det er viktig at fagfeltet er oppmerksom på dette og sikrer at kvaliteten opprettholdes både i forhold til den medikamentelle delen av behandlingen og i forhold de sosialfaglige og psykologiske krav til god behandling.

Legemiddelassistert behandling er blitt et behandlingstilbud et stort antall klienter ønsker. I tillegg kommer henvendelser fra et økende antall klienter under 25 år som oppfyller alle de andre kriteriene. Dette framtvinger igjen en diskusjon om hvorvidt alderskriteriet er for høyt. Samtidig er det nødvendig å sørge for at kriteriene overholdes, om nødvendig avslutte behandlingen for de som ikke nyttiggjør deg denne. Diversiteten i rusmisbruket er svært stor og det er ikke gitt at sammenlikningsgrunnlaget fra tidligere er riktig. Det er nødvendig å utvikle gode verktøy til å måle behandlingsresultat, eller mangel på dette.

5 Helseregion Sør

Regionen består av fylkene Aust- og Vest-Agder, Buskerud, Telemark og Vestfold.

5.1 Beskrivelse

Denne regionen har to forskjellige systemer. Buskerud, Telemark og Vestfold har utviklet et "Trefylkesamarbeid" etter oppfordring fra Sosial- og helsedepartementet. Aust- og Vest-Agder samarbeider om MARIA, medikamentassistert rehabilitering i Agderfylkene. Hele regionen har en felles regional inntakskomite.

5.1.1 Trefylkesamarbeidet

Trefylkesamarbeidet bygger på fylkesvise metadonteam som har faglig samarbeid og felles inntaksutvalg. Fylkene disponerer dessuten plasser i Akuttavdelingen i Drammen for avrusning. Arbeidet er utviklet som en desentralisert og integrert modell, hvor rehabiliteringen utføres av det eksisterende tjenestetilbudet i kommunene og fylkeskommunene. Kommunehelsetjenesten og ulike primærleger står for den medisinske oppfølgingen, herunder forskrivning av metadon og urinkontroll. Metadon distribueres via apotek. Sosialtjenesten har et koordinerende ansvar i rehabiliteringen, og ansvarsgrupper opprettes for alle pasientene. De fylkeskommunale metadonteamene har som hovedoppgave å utvikle og kvalitetssikre rehabiliteringsarbeidet, og å bistå og veilede kommunene ved inntak og utskrivning, ved oppfølging av enkeltpasient og eventuelt ved deltakelse i ansvarsgrupper. Teamene har et generelt ansvar for at retningslinjene for MAR følges. Hvert fylke har sin egen rådgivende lege, engasjert på timebasis. Legen gir råd til leger med behandlingsansvar for pasienter i MAR.

Samarbeidet med kommuner og fylkeskommunale tiltak er gjennomgående godt og vurdert positivt i en særlig evalueringsrapport (10) Teamene vurderer også at det gjøres mye godt rehabiliteringsarbeid lokalt. Noen kommuner har imidlertid hatt vansker med å etablere de nødvendige lokale forutsetninger for å kunne gi et behandlingstilbud, dette gjelder særlig medisinske tjenester og bolig. Erfaringene med et slikt desentralisert behandlingstilbud er så langt positive. Gjennom mobilisering av det lokale tjenestetilbudet er ansvaret forankret i kommunene i tråd med Lov om sosiale tjenester, og på relativt kort tid har det vært mulig å gi et ganske høyt antall pasienter tilbud om MAR.

5.1.2 Agder-samarbeidet – MARIA

Aust-Agder og Vest-Agder ble fra begynnelsen av tildelt egne statstilskudd til metadontiltak i hvert av fylkene. Metadontiltakene i Agderfylkene organiseres i et prosjekt - MARIA - med felles styringsgruppe. Ledervervet veksler mellom de to fylkene.

MARIA arbeider etter en sentralisert modell med metadonteam i Vest-Agder klinikkens ruspoliklinikk i Kristiansand og i Aust-Agder klinikken i Arendal. Begge team er ledet av overlegene ved klinikkene. Behandlingstilbudet styres derfor fra fylkeskommunens spesialistjeneste som har ansvar for kvalitetssikring av alle søknader, for forskrivning og behandlingskontroll. Alle søknader vurderes og sendes til Regionalt inntaksutvalg for Helseregion Sør som gir anbefaling om inntak eller avslag.

Erfaringene fra Vest-Agder er at det er blitt et tett og godt samarbeid med kommunene, både sosialtjenesten og hjemmesykepleien og med apotekene. Fengselet er også med og flere pasienter har startet opp medikasjon under soning. Samarbeidet med de somatiske avdelingene og med psykiatrisk storavdeling på Vest-Agder Sentralsykehus er også god.

I Aust-Agder er tiltaket plassert som en del av fylkets rusmiddelklinikk. Behandlingen er integrert i den ordinære driften og baserer seg på gruppevis og/eller enkeltvis inntak etter kvalitetssikring av søknader fra kommunene. Etter stabilisering i avdelingen reiser pasientene hjem men beholder kontakt med klinikken. Pasientene har gitt uttrykk for at innleggelsesfasen gir trygghet. Den gir dessuten mulighet til bred vurdering av hjelpebehovene. Psykiatriske sentra har også vært brukt når det har vært indikasjon for dette. Det samme gjelder en fysikalsk medisinsk opptreningsinstitusjon. Enkelte er blitt opptrappet under soning og noen få har startet i sentralsykehuset i samarbeid med aktuell avdeling. Arbeidsmodellen er på denne måten forsøkt integrert i det eksisterende tiltaksapparatet. Forskrivning av A og B-preparater skjer ved rusmiddelklinikken, men det planlegges en desentralisering, særlig av stabile pasienter.

5.2 Utviklingen

Tabell 4 Årlig utvikling i antall søkere og behandlede og status i Helseregion Sør pr 31.12.1998 – 2000

Pasientkategorier	Helseregion Sør														
	A-Agder			V-Agder			Buskerud			Telemark			Vestfold		
	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00
Nye	-	21	38	8	47	36	-	31	27	-	32	19	-	32	10
Avsluttet	-	1	6	0	1	9	-	1	15	-	0	5	-	2	12
I behandling	-	20	52	8	54	81	-	30	42	-	32	46	-	30	28
Venter	-	0	6	14	24	39	-	74	74	-	13	25	-	23	38

Vi ser at det er en høy aktivitet i regionen. Agderfykene hadde ved årsskiftet 127 pasienter i behandling og Tre-fylkesamarbeidet til sammen 118. Det er likevel ganske mange som venter. I Vest-Agder, Buskerud og Vestfold er det nokså mange som har avsluttet behandlingen i løpet av år 2000.

5.3 Årsmeldinger i Trefylkesamarbeidet

5.3.1 Buskerud

5.3.1.1 *Hovedmål*

Gi mulighet for at så mange som mulig av målgruppen som fyller kriteriene skal få tilbud om MAR innenfor de midler som er stilt til disposisjon, samtidig som kvaliteten opprettholdes.

5.3.1.2 *Endringer i organisasjonen.*

Metadonprosjektet for Vestfold, Buskerud og Telemark ble avsluttet 01.08.00. Det ble foreslått en felles koordinator for Trefylkesamarbeidet. Dette ble ikke vedtatt, slik at samarbeidet mellom de tre fylkene ble begrenset til et faglig samarbeid, samt et felles inntaksutvalg sammen med resten av helseregion Sør. Teamleder i Buskerud er kontaktperson for Trefylket, samt representerer disse i Nasjonalt kontaktutvalg, og er sekretær for inntaksutvalget.

For øvrig fortsetter alle tre fylkene etter en desentralisert modell, hvor opplegg og oppfølging er lagt til det lokale sosial- og helseapparat. Hvert fylke sender inn sin egen årsrapport, og sender egen søknad til departementet om midler til driften f.o.m.2001.

5.3.1.3 *Pasienttilfredshet og rehabilitering*

Trefylkesamarbeidet fikk utført en brukerundersøkelse i regi av Borgestadklinikken vår/sommer 2000. Resultatene her var gjennomgående positive, og det er grunn til å anta at resultatene kan antas å gjelde hele 2000. For Buskeruds del har en ut i fra egen løpende vurdering kunnet konkludere med at en tredjedel lykkes godt, og når sine mål, en tredjedel sliter mer eller mindre med å få det til, mens en tredjedel etter hvert må gi opp.

For å komme videre med hensyn på rehabilitering, er det nødvendig at en i kommunene i større grad må satse på kvalifisert nettverksarbeide i forhold til den enkelte klient. Det er viktig at det blir gitt opplæring i denne metoden til sosialkontorene.

5.3.1.4 *Misbruk og meldinger om salg /kjøp*

En relativt stor del av urinprøvene har vist inntak av medikamenter som ikke er forenlig med MAR. En løpende kartlegging av dette viser at gjennomgående ca. 40% av alle prøver er positive. Særlig bruk av benzodiazepiner er utbredt. Det har vært noen få pålitelige rykter om illegal omsetning av metadon, men dette synes ikke å være et stort problem så langt i området.

5.3.1.5 *Tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere.*

I det hele er det for det aller meste positive tilbakemeldinger, samarbeidet flyter bra i forhold til alle yrkesgrupper. Generelt sett har forholdet til leger og helsepersonell bedret seg. Det er fortsatt

meldinger fra sosialtjenesten om at de gjerne ville hatt økonomisk tilskudd for å møte det de mener er mer tidkrevende arbeid med MAR-klienter.

Et fortsatt vanskelig punkt er å få til et godt samarbeid med en del av rusinstitusjonene. Det har også vært en del skepsis fra arbeidsmarkedsetaten. Dette er områder det arbeides med.

5.3.1.6 Utvikling på søkerliste/venteliste,- ressurser i forhold til behov.

I 2000 kom det inn 59 søknader, mens 15 ble skrevet ut. I alt står ved årsskiftet 64 på søkerliste, mens 10 står på venteliste. De 10 på venteliste har fått beskjed om å starte opp, men har av forskjellige grunner ennå ikke kommet i gang. Ved årsskiftet var 42 klienter i MAR, beregnet kapasitet er om lag 50. Dette betyr at ventetiden kan bli svært lang for de på søkerlisten dersom nyinntak kun kan komme ved at noen skrives ut. Dette er den største flaskehalsen pr. i dag. En ser at innsøkingen nå flater ut. Det største behovet nå er midler til en stilling til samt mer penger til legemidler slik at en innen rimelig tid kan gi alle reelle søkere et tilbud om oppstart. Det er et mål å kunne ta klienter som er skrevet ut inn på nytt etter tre til seks måneder. Slik det er i dag, er det alt for lang tid å vente på reinntak. Noen kommuner har varslet "tak" på hvor mange de kan ha i MAR av gangen. I 2000 fikk dette ikke noen reell virkning på inntak/oppstart.

5.3.1.7 Erfaring med desentralisering/sentralisering.

Dagens ordning synes å fungere godt. Det lokale ansvar som allerede ligger der etter lovverket blir synliggjort, og samtidig gir et sentralt metadonteam med kompetanse et godt overblikk og etter hvert mye erfaring som kan formidles ut.

5.3.1.8 Nye retningslinjer og overgangsordninger.

I oktober mottok teamet de nye retningslinjene (I-35/2000) hvor det ble åpnet for bruk av andre medikamenter enn metadon. Foreløpig er det kun Subutex som er godkjent. Rundskrivet reduserte noe på kravene for inntak, og utskrivningskriteriene er noe "rundere". I 2000 fikk samtlige pasienter metadon, neste år vil noen få Subutex.

I oktober kom rundskriv IK-15/2000 fra Statens helsetilsyn. Rundskrivet satte en stopper for medikamentforskrivning utenom godkjente tiltak f.o.m. 01.01.01. I praksis omhandlet dette bruk av Temgesic og Dolcontin. Rundskrivet ble fulgt opp av rundskriv

IK-24/2000 som presiserte IK-15/2000, og som samtidig utsatte fristen for å søke klienter på "kvote"inn i tiltak til 01.04.01.

5.3.1.9 Mortalitet og morbiditet

De ble registrert to dødsfall. Dette er to som nylig hadde søkt, og ennå ikke hadde fått sine søknader vurdert. Av klienter i MAR eller utskrevet av MAR er det ikke registrert dødsfall

5.3.1.10 Planer for utviklingen videre

Fra departementshold er det varslet økt satsing på legemiddelassistert rehabilitering. Hvilken form denne satsingen vil få er ikke kjent. Tiltakets utvikling er helt avhengig av hva som skjer sentralt, da teamets virksomhet pr. i dag er fullfinansiert med tilskudd fra Staten. Innsøkingen har vært langt større enn forventet. Teamet krever nå at tiltaksplan følger alle nye søknader fra kommunene, og har bedt kommunene om å lage tiltaksplaner til tidlige søknader der dette

mangler. Det vil gi en så reell venteliste som mulig. Det er ønskelig at folk som fyller kriteriene skal få prøve seg så snart som mulig, slik at de som dette ikke passer for ikke blir stående i feil kø i lange tider, men derimot kan satse på andre hjelpetiltak.

5.3.2 Årsmelding Telemark

5.3.2.1 *Hovedmål for arbeidet*

... "utvikle et felles, regionalt tilbud om metadonassistert rehabilitering til tungt belastede opiatmisbrukere i de tre samarbeidende fylker, og behandlingstilbudet skulle integreres i og være et supplement til det eksisterende behandlingstilbudet."

Det ble utfra dette formulert delmål samt en forpliktelse til å evaluere tiltaket ved prosjektperiodens utløp 01.08.2000. Delmålene var knyttet til følgende:

- Etablering av polikliniske team i hvert fylke
- Utvikling av felles institusjonstilbud for avgifning og kriseinnleggelser
- Etablering av regionalt inntaksutvalg
- Utvikling av individuelle tiltaksplaner, oppfølgings- og kontrollsystem samt behandlings- og støttetiltak
- Informasjon til kommuner, behandlingsapparat og pasienter
- Kompetanseutvikling internt, til kommuner og rusmiddelsektoren

Prosjektrapporten redegjør nærmere for måloppnåelsen i prosjektet. Mange av målene er nådd helt eller delvis. Imidlertid har ikke ambisjonen om et felles institusjonstilbud latt seg realisere.

5.3.2.2 *Karakteristika ved driften/utformingen av modellen i forhold til andre fylker/regioner*

Metadonprosjektet for Vestfold, Buskerud og Telemark ble avsluttet 01.08.00. En desentralisert modell med lokal forskrivning, utlevering og ansvars plassering på førstelinjen har vært en målsetting for alle tre fylker. Det har likevel vært rom for lokale tilpasninger som gjør at teamene nok har utformet den praktiske tilnærming noe ulikt. I Telemark har vi hatt særlig nytte av at rådgivende lege for trefylkeprosjektet har funksjon som kommuneoverlege/metadonforskrivende lege i fylkets største kommune. Videre har vi hatt god nytte av og godt samarbeid med Kriminalomsorgen og kunnet trekke veksler på Skien fengsel i forhold til avgifning/opptrapping for våre pasienter, videre har også Borgestadklinikken bidratt positivt med både avgifning, kriseinnleggelser og poliklinisk individuell oppfølging av metadonpasienter .

Karakteristisk for arbeidet i metadonteamet i Telemark har også vært en profil med høy grad av tilgjengelighet for brukerne, særlig i kontorets fysiske nærrområde, noe som vi tror har tilført teamet god kunnskap om målgruppen og dannet basis for gode relasjoner til denne. I noen grad har dette ført til at man har berørt ansvars- og arbeidsområder som tilligger førstelinjen, men dette vekselbruk mellom linjene har så langt vært vurdert som positivt i teamet, og trolig også nødvendig i en startfase for å få ting i gang.

5.3.2.3 *Evaluering. Positive og negative erfaringer*

1. Pasienttilfredshet og rehabilitering

Det vises her til brukerundersøkelsen nevnt ovenfor. Tilbakemeldingene herfra viser ”... en pasientgruppe som uttrykker stor grad av tilfredshet med sin livssituasjon. Store andeler opplever at deltakelsen i metadonassistert rehabilitering har ført til en bedring av den psykiske helsen. Mange har kommet bort fra sitt tidligere misbruksmiljø og mange synes de nå har et bedre forhold til sine nære omgivelser. ”

Ved utgangen av året var 46 pasienter i behandling, 4 skrevet ut. Statusvurdering av progresjon ved årsslutt ga følgende resultat vurdert i henhold til intern skala for rusmestring/rehabilitering i trefylkesamarbeidet: Meget god: 36%, god 20%, tilfredstillende 9%, svak 15% og kritisk 9%. I tillegg var som nevnt 4 utskrevet. Dette vurderes som et godt resultat og synes å samsvare med resultatene fra Mio-prosjektet. Det må imidlertid understrekes at det er for tidlig i prosessen for å trekke holdbare konklusjoner, men foreløpige indikasjoner synes så langt oppløftende.

5.3.2.4 Grad av rusing og meldinger om salg/kjøp

I 1999 ble det analysert 1918 prøver. Av disse var 30.7% positive og viste misbruk. I 2000 ble det analysert 3000 prøver. Av disse var 27.0% positive. (tabell). I tillegg kommer de prøver som ikke blir avlagt, som utgjør totalt ca. 5% av samtlige avtalte prøver. At dermed ca 2/3 av prøvene er negative i 2000 vurderes som et godt resultat. Resultatet er noe bedre enn i 1999. I 2000 var 5.4% av alle prøver positive på opiat, 5,7% positive på amfetamin, 5,2% på cannabis, 11,5% på benzodiazepiner og 1,3 på alkohol.

Det forekommer tidvis rykter i brukermiljøet om salg/kjøp av metadon i misbruksmiljøet i Grenland, men dette har ikke kunnet verifiseres. Foreløpig har vi ikke grunn til å anta at dette har noe stort omfang. Metadonteamet har bedt politiet om tilbakemeldinger ved for eksempel beslag av metadon, så langt har vi ikke fått slike rapporter.

Illegal Subutex har derimot generelt vært et noe større problem i vårt område, herunder også danskimportert Subutex.

5.3.2.5 Kriminalitet

42 av 49 har ikke blitt registrert som pågrepet, mistenkt eller domfelt for noe forhold etter start. Tilbakefallskriminaliteten har m.a.o. blitt kraftig redusert etter inntak i metadonassistert rehabilitering.

5.3.2.6 Tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere

Det vises for nærmere data om dette også til brukerundersøkelsen (11). Oppsummert kan det sies at disse gjennomgående er meget godt fornøyd med teamene både hva gjelder informasjon, tilgjengelighet og kommunikasjon med disse. For Telemarks vedkommende er det hyggelig å registrere at tilbakemeldingene i denne undersøkelsen er særlig god, spesielt fra legene ute i kommunene.

5.3.2.7 Bruk av medikament – brukes annet enn metadon?

Gjennomsnittsdosering for metadon var ved utgangen av året 117,8 mg, fordelt på 115,3 (menn) og 124,3 (kvinner). Doseringsnivået varierer fra 75 til 200 mg. En person går på subutex 8 mg som vedlikeholdsbehandling.

5.3.2.8 *Utvikling på søkerliste/venteliste,- ressurser i forhold til behov. Hvor er flaskehalsene?*

Selv med en desentralisert modell synes vi nå å nærme oss taket av hva teamet har kapasitet til å betjene. Vi har stipulert behovet til ca. 80 pasienter ved utgangen av 2001 og søkt om midler til dette. Etersom Telemark fylkeskommune så langt har forutsatt 100% statsfinansiering av tiltaket vil midlene herfra være en viktig flaskehals-

Andre flaskehals er:

- Kommunens kapasitet til å planlegge og gjennomføre rehabiliteringstiltak
- Kapasitet i andrelinjetjenesten til å bistå med nødvendige tilleggstiltak for en vellykket behandling og rehabilitering
- Avrusing/Opptrapping/Krisebistand

5.3.2.9 *Erfaring med desentralisering /sentralisering*

Vi synes dagens ordning fungerer relativt godt. Den lokale forankring m.h.t. forskrivning og oppfølging fungerer også relativt godt, med litt forskjellige lokale løsninger. At dette systemet fungerer som antatt vil fremover være avgjørende for at en desentralisert modell skal kunne etablere seg med suksess.

5.3.2.10 *Tanker/meninger om skadereduksjon*

Tiltaket i Telemark er ennå i en etableringsfase, og på mange områder har vi ennå ikke fått tilstrekkelig erfaringsgrunnlag for mer kvalifiserte oppfatninger. Skadereduksjons- og lavterskelproblematikken er et slikt område. Foreløpige erfaringer tyder på at noen av de eldste og tyngste misbrukerne har betydelige problemer med å avstå fra fortsatt rusing, selv om omfanget nok er betydelig redusert. I brukerundersøkelsen gav også svært mange - flere enn vi i metadonteamet ville anta - uttrykk for bedret livskvalitet og fravær fra kontakt med rusmiljøet. Få - om noen - av de som sliter med fortsatt rusing har gitt uttrykk for et ønske om at de ikke skal ha krav/forventninger å strekke seg mot både når det gjelder rusmestring og rehabilitering. Vi har hatt relativt få utskrivninger sammenliknet med Vestfold og Buskerud, uten at dette i seg selv er et uttrykk for at skadereduksjonsperspektivet har sterkere aksept her. Teamlederne vil ha fokus på faglig diskusjon omkring dette fremover utfra de konkrete saker vi har.

5.3.2.11 *Oppfatning av nye forskrifter*

Nye forskrifter for legemiddelassistert rehabilitering i I -35/2000 oppfattes som et godt bidrag til å rette opp skjevhetene i de midlertidige forskrifter. Avviklingen av kvoteforskrivningen gjennom rundskrivene fra Statens Helsetilsyn har også hatt gode intensjoner, men også medført unødige så mye usikkerhet og tolkningsspørsmål at det er et spørsmål om ikke man burde ha gjennomarbeidet dette bedre sentralt før utsendelse.

5.3.2.12 *Mening om og planer for utviklingen videre*

Metadonassistert rehabilitering har så langt vært fullfinansiert av staten, både når det gjelder metadonteamenes driftsutgifter og utgifter til metadon. Uten økning vil behandlingsskøene øke, særlig fordi man samtidig foretar regelendringer som innebærer at flere vil kunne få tilgang på tilbudet. Det legges også fra sentralt hold opp til en gjennomgang av organiseringen av

legemiddelassistert rehabilitering med sikte på å innføre en mer desentralisert modell. Denne modell har vi allerede fra starten lagt til grunn i trefylkesamarbeidet, og det vil altså ikke være ressursgevinster å ta ut her.

5.3.3 Årsmelding Vestfold

5.3.3.1 *Hovedmål for arbeidet*

Vi har fokusert på at de som starter i tiltaket skal få et kvalitativt godt tilbud slik at muligheten for rehabilitering (habilitering) skal være reelle. Kvaliteten har vært viktigere en kvantiteten.

5.3.3.2 *Karakteristika ved driften/utformingen a v modellen i forhold til andre fylker/regioner.*

Metadonteamet i Vestfold er en del av Vestfoldklinikken. Fagsjefen i Vestfoldklinikken er også fagsjef for metadonteamet. Tiltaket i fylket jobber ut fra en desentralisert modell hvor oppfølging er lagt til det lokale sosial- og hjelpeapparat. Brukers primærlege er forskrivende lege. Klinikkenes overlege er rådgivende lege.

5.3.3.3 *Evaluering. Positive og negative erfaringer*

Trefylkesamarbeidet fikk utført en brukerundersøkelse i regi av Borgestadklinikken vår/sommer 2000 (11). Resultatene var gjennomgående positive. I Vestfold var det ved årsskiftet 14 brukere som hadde vært rusfrie i mer enn 6 måneder. De fleste av disse har vært rusfrie siden oppstart, noen med noen få positive prøver. Ingen av disse har hatt lange, tunge sprekk. Flere av disse har nå vært med i tiltaket i snart 2 år.

5.3.3.4 *Grad av rusing og meldinger om salg/kjøp*

Det største rusproblemet med metadonbrukere i Vestfold har vært/er benzodiazepiner. Med hensyn til brukere med stort rusmisbrukproblem, har ikke omfattende tiltak hatt noen klar effekt. Enkelte har hatt rusfrie perioder noen uker, men går tilbake til aktivt misbruk. De fleste som har blitt skrevet ut, har i forkant fått tilbud om avrusingsopphold ved Vestfoldklinikken.

Vi har mottatt noen henvendelser vedrørende salg av illegale stoffer. Vi har ikke vært i den situasjonen at dette har medført utskrivning fra tiltaket.

5.3.3.5 *Tilbakemelding fra samarbeidspartnere*

Tilbakemelding fra samarbeidspartnerne tyder på at de synes samarbeidet med metadonteamet flyter godt. Vi har slitt med å få nok leger til forskrivning av metadon, og noen av legene er ikke så ivrige til å være med i ansvarsgruppene, som vi hadde håpet på. Samarbeidet med psykiatrien og ruspoliklinikkene burde vært tettere.

5.3.3.6 *Bruk a v medikament- brukes annet enn metadon?*

I Vestfold har vi ingen brukere som har søkt spesifikt om subutex, men regner med at dette kommer snart. De største utfordringene her tror vi blir hvem som skal ta ansvar for kontroll av inntak av subutex.

5.3.3.7 *Utvikling av søkerliste/venteliste,- ressurser i forhold til behov. Hvor er flaskehalsene?*

Vestfold hadde fra oppstart i april 1999 og ut året 2000 mottatt 91 søknader til legemiddelassistert rehabilitering. Oppstilling ved årsslutt viser følgende tall : 11 uaktuelle, 22 har vært/er passive søker av forskjellige årsaker("tak "i kommunen, soner dom, avventer fordi de er i andre tiltak o.lign), 41 startet i tiltaket og 14 utskrevet.

Vestfold hadde en periode hvor vi åpnet for søknader uten tiltaksplan. Dette medførte mange søknader. Når vi ba kommunene lage tiltaksplaner for klargjøring, tok dette lang tid og vi gikk med ledig kapasitet. I tillegg hadde flere kommuner søkt inn langt flere enn de hadde kapasitet til å følge opp. Vi så at vi brukte unødige ressurser på denne prosessen og gjeninnførte kravet om tiltaksplan ved innsøking. I tillegg har vi gitt beskjed til kommunene at vi forventer at de har kapasitet til å følge opp alle de søker inn i tiltaket. Vi håper på denne måten at vi slipper gå med ledig kapasitet i teamet i fremtiden.

Når det gjelder kapasiteten til metadonteamet, regner vi med at vi kan ha ca. 50 brukere i tiltaket, hvis vi får merkantil avlastning. Slik søkermassen er pr. i dag så mener vi dette foreløpig dekker behovet. Det er da ikke medregnet de eventuelle søknadene som vil komme som et resultat av overgangsordninger ved kvoteforskrivinger. Kommunene tilbakemelder ressursproblemer i forhold til oppfølging.

5.3.3.8 *Erfaring med desentralisering*

Vi synes dagens ordning med desentralisering er en riktig måte å jobbe på. Bruker får tilbud i sitt nærmiljø der han/hun daglig befinner seg. Vi ser mange fordeler med primærlege som forskrivende lege. Det blir en helhetstenkning i forhold til ytterligere helseproblem, sysselsetting og den medisinske kombinasjon av legemidler og dets virkninger/bivirkninger. Dette fungerer selvfølgelig best der legene er interessert i denne form for rehabilitering. Når det gjelder helsetjenesten for øvrig i kommunen, kommer de fleste brukerne i kontakt med dem allerede ved oppstart, da vi forlanger at kommunen må stå for utdeling av metadon på røde dager den første tiden. De fleste steder er det hjemmesykepleien som påtar seg denne jobben. Erfaringene fra dette har vært svært positive og mange har fått et endret syn på brukergruppa.

Det er varierende grad av hvordan sosialtjenestene fokuserer på rehabilitering, men vi opplever at alle ønsker å gjøre en god jobb rundt dette. Tiltaket er nytt, vi opplever at vi sammen "går opp veien", og det jobbes aktivt for at tilbudet skal være et reelt rehabiliteringstilbud. Desentraliseringen tilsier at brukerne må søke om behandling på ruspoliklinikkene på lik linje med andre. Vi mener dette er riktig, men må jobbe mer med samarbeidet og koordineringen. En desentralisert modell passer godt med den desentraliserte organiseringen av psykiatrien i Vestfold.

5.3.3.9 *Tanker/meninger om skadereduksjon og lavterskel*

Foreløpig tall fra Vestfold viser at etter tid forblir ca 50% i tiltaket. Mange lykkes ikke og dette har mange årsaker. Noen av disse er :

- oppstart på feil premisser, f.eks ikke klart opiattdominert misbruk
- tilleggsproblemer som gjør det vanskelig å samarbeide/følge opp tiltaket f.eks psykiatrisk problematikk

- noen trenger tettere oppfølging i form av støttetiltak, institusjon/omsorgsbolig enn kommunen tilbyr
- brukerforeningen i Vestfold er svært uenig i retningslinjene for LAR. Det er vår oppfatning at dette har hatt negativ innvirkning på flere brukere
- Det har vært et problem at en Vestfoldlege har forskrevet medikamenter som ikke har vært forenlig med deltakelse i MAR. Brukere har også kunnet skrive seg ut av tiltaket for så å få alternativ medisinerings hos denne legen. (subutex og benzodiazepiner)

Etter vår oppfatning kan ikke MAR brukes som et lavterskeltilbud eller som skadereduksjonstilbud for de som ikke greier å forholde seg til retningslinjene. Unntaket må være terminalpasienter eller de som har alvorlige tilleggdiagnoser, og som har tett oppfølging i form av f.eks bemannet omsorgsbolig. MAR som lavterskeltilbud, vil ødelegge for de som virkelig har muligheter til å rehabiliteres og som har ønsker om å leve et rusfritt liv. Hvis rusmisbrukerne har et tilbud som er mer fristende/lettere enn tilbudet de har og rusfrihet ikke er et krav, blir det vanskeligere å strekke seg etter en rusfri tilværelse.

Det kan i enkelte sammenhenger virke som om mange tror at legemiddelassistert rehabilitering er redningen for alle sprøytenarkomane, uansett type misbruk. Vi synes diskusjonen rundt MAR som lavterskeltilbud er et tegn på dette. De fleste steder i Norge har drevet med legemiddelassistert rehabilitering i knapt 2 år, endringer tar tid, og oppfølgingen må kunne forventes å bli bedre etter hvert som erfaringene øker. Det er altfor tidlig å si noe eksakt om hvem som kan profittere på tilbudet. Dette bør utredes nærmere før MAR i det hele tatt vurderes som lavterskeltilbud. Kommunene må få tid til å gjøre seg mer erfaringer om lokal tiltaksjobbing,- noe som vil gi både legemiddelbrukeren og den medikamentfrie brukeren bedre tilbud.

5.3.3.10 Oppfatning av nye forskrifter

Det er godt at det nå skal ryddes opp i kvoteforskrivning. Metadonteamet i Vestfold har ingen formening om hvor omfattende problemet er, men vi antar det er stort. Vi hører også at enkelte har blitt satt på kvote etter at de nye forskriftene kom, så vi håper ikke gjennomføringen utsettes ytterligere. Vi er bekymret for hvordan vi skal imøtekomme søknadene hvis antallet blir stort. Uten ressursøkning, vil dette bety lang ventetid for oppstart for de som har søkt tiltaket på ordinært vis. I forhold til kommunenes tilbakemeldinger om at LAR er ressurskrevende, er det usikkerhet i hvilket omfang de greier følge opp de eventuelle søkerne som kommer som resultat av forskriftsendringene. Vi tror at jo lenger tid gjennomføringen tar, desto større blir problemet, fordi flere og flere settes på kvote. Liberal kvoteforskrivning kan medføre at misbrukere som i utgangspunktet ikke er opiatavhengige blir det.

5.3.3.11 Mening om og planer for utviklingen videre

Legemiddelassistert rehabilitering er et godt tilbud for de som kan nyttiggjøre seg tilbudet, og har startet på bakgrunn av riktige premisser. Vi ser imidlertid med stor bekymring på den store fokuseringen på substitusjonsbehandling. Det fokuseres lite på medikamentfri behandling i media og blant politikere. Vi synes det er ille når vi på intervju lar høre at hvis de kommer med i tiltaket, vil de få tett oppfølging, noe de ikke har erfaring med fra tidligere. Er det slik at en misbruker må be om medikamentfri behandling for å få den nødvendige oppfølging?

Er dette årsaken til de gode resultatene? Hvordan ville resultatene blitt for de som har vært innlagt på institusjon hvis de hadde fått et kvalitativt godt ettervern?

Det er kommet signaler fra ulike hold om en dramatisk nedgang i antall søknader til en del av landets rusinstitusjoner. For Vestfolds vedkommende har dette først og fremst resultert i færre søknader til gjesteplasser. Dette gjelder spesielt målgruppa gravide, småbarnsforeldre og unge misbrukere. Et spørsmål vi stiller oss er om sosialtjenestens ressurser nå går med til brukere av MAR i så stor grad at det ikke er nok ressurser til å fokusere på andre misbrukere. Dette bør utredes nærmere.

Når det gjelder utskrivning fra tiltaket, undrer vi oss over om vi har latt enkelte være i tiltaket for lenge uten en progresjon i rehabiliteringen og rusmestringen. Det ser ut som om de som har ruset seg over lengre tid, ikke greier hente seg inn igjen, uansett hvilke tiltak som blir iverksatt. Er vi raske nok til å sette i gang andre tiltak ved dårlig rusmestring? Burde vi vært raskere med utskrivning? Raskere utskrivning ville gitt mulighet for større sirkulasjon og raskere reintak der det er aktuelt. Vi ser også at våre samarbeidspartnere reagerer på at det ikke iverksettes tiltak raskt nok ved dårlig rusmestring, og det positive samarbeidet og holdningene som er opparbeidet blir lett ødelagt. Dette gjelder først og fremst leger, apotek, hjemmetjenesten i kommunene, urinprøvetakingssted og andre involverte. Raskere utskrivning vil også gi signaler til rusmiljøet om at det må jobbes aktivt med rusmestring for å være i tiltaket.

Vi mener det må legges mer vekt på forarbeidet før inntak. Det er alvorlig å tilby legemiddellassistert rehabilitering. I tillegg til selve medisineringen, er nye nederlag viktig å forhindre hvis mulig. Dårlig kartlegging av rusmønster og rushistorie i forkant av oppstart, har resultert i at flere brukere har startet i tiltaket på feil grunnlag.

For at MAR-brukerne skal få en reell rehabiliteringsmulighet, vil teamet fokusere på følgende før inntak:

- grundig kartlegging og utredning slik at det blir tydelig hvilke tiltak som er nødvendig for at rehabilitering skal lykkes
- søknad med tiltaksplan skal gjennomarbeides med realistiske og forpliktende målsettinger
- det må undersøkes om tiltakene er gjennomførbare

Vestfoldklinikken er en samorganisering av fylkeskommunens rusinstitusjonstilbud. Klinikken har i dag et felles inntaksutvalg som avgjør inntak til fylkets ulike behandlingstilbud for rusmisbrukere, samt forvalter gjesteplassbudsjettet. Vi ser det som naturlig at inntak til MAR i Vestfold også legges til dette inntaksutvalget. MAR må ikke bli noen særomsorg. Brukerne ser ut for å ha de samme behov for tiltak som brukere som ønsker medikamentfri rehabilitering.

5.4 Årsmeldinger i Agdersamarbeidet – MARIA

5.4.1 Vest-Agder

5.4.1.1 *Hovedmål for arbeidet*

Inneværende år har dette vært å utvide tiltaket, slik at de som fyller kriteriene og som går på medikamentkvote skal kunne få en godt fungerende rehabilitering. Vi har beregnet at vi ved slutten av året kanskje vil være oppe i et sted mellom 130 og 150 personer på substitusjonsbehandling

5.4.1.2 *Spesielle trekk*

Det som kanskje karakteriserer Vest-Agder er at vi stort sett har basert oss på poliklinisk virksomhet. Dette fordi det har vært mye motstand mot substitusjonsbehandling i ulike samarbeidende organer og etater. Vi har etter hvert fått mer aksept for at behandlingen er positiv og gir gode resultater for mange. I år 2000 inngikk vi en ny driftsavtale med Blå Kors, denne innebærer at vi kan legge inntil fem pasienter inn ved rehabiliteringsavdelingen på Loland behandlingssenter. I tillegg har basisgruppen ved A-klinikken åpnet opp for at man skal ta inn personer som er på substitusjonsbehandling sammen med andre medikamentfrie personer.

Vi har i året som gikk hatt 2 polikliniske kveldsgrupper hvor vi har gitt 12-trinns behandling til noen av de bedre fungerende, dette har vært svært positivt mottatt av pasientene, og mange føler at de har fått større innsikt og forståelse for det behandlingsopplegget som de er med i. Vi hadde allerede for 2 år siden 2 selvhjelpsgrupper for metadonpasienter, men disse gikk ut etter noen få måneder på grunn av delvis relasjonsproblemer internt. Vi arbeider nå for å etablere nye grupper med støtte fra personalet i begynnelsen, etter hvert vil de forhåpentligvis bli rene selvhjelpsgrupper. Vi har vært i kontakt med F.Christie i Methadone Anonymous gruppen i New York. Han vil være behjelpelig med råd i forbindelse med videreutvikling av selvhjelpsgruppen. Vi har også utvidet kontakt med Grubeli behandlingssenter i Sirdal. Dette er en privat institusjon, og de har hjulpet til i opptrapping og stabilisering av mange pasienter hvor rammene har vært dårligere enn ønsket.

5.4.1.3 *Positive og negative erfaringer*

Vi har en del problemer med ca. 15-20% av pasientene. Det er spesielt misbrukere av benzodiazepiner og cannabis. Mange av dem tar ikke dette alvorlig nok, det har vært problematisk å avslutte på grunn av tilleggsproblemer. Dette gjelder spesielt HIV-positiv pasienter som er på antiviral medikasjon og personer med betydelige psykiatriske forstyrrelser. Selv disse som fungerer svært marginalt, rapporteres å ha en mye bedre livskvalitet enn tidligere.

5.4.1.4 *Bruk av medikamenter*

Når det gjelder medikamenter bruker vi metadon eller subutex. De aller fleste bruker Metadon. Tilfredsheten ved bruk av Metadon er større, men etter hvert ser det ut som en del også er positive til Subutex. Det har vært en viss grad av vannry over Subutex, dette skyldes sannsynligvis den utstrakte grad av Temgesic-substitusjonsbehandling som blir gitt i kommunene, og hvor oppfølgingen er dårlig, og sprøytebruk "endemiske". Gjennomsnittsdoseringen på Metadon ligger for menn på 90-100, for kvinner noe høyere. Vi bruker ikke benzodiazepiner til pasientene,

selvom en del gjerne vil ha dette. En del personer lar tilleggsbehandling med depotnevroleptika, enkelte også antidepressiv medikasjon. Mange rapporterer en betydelig grad av vektøkning, og dette er også tydelig å se.

5.4.1.5 *Utvikling av søkerliste/venteliste,- ressurser i forhold til behov*

Vi har hatt ca. 20 personer på venteliste i løpet av året og har det også fortsatt. Dette henger nok mer sammen med at vi fordeler opptrapping av nye utover tid. Ofte kommer søknadene i puljer og vi må fordele det jevnere. I fjor hadde vi en periode inntaksstopp for pasienter fra Kristiansand kommune. Dette skyldtes at man i en bestemt del av byen ikke var flinke nok i rehabiliteringsarbeidet. Dette betydde at vi anså at rehabiliteringen i kommunen for de som var substituert ikke var god nok, og at vi av den grunn ønsket å vente med oppstart av nye. Dette ble negativt mottatt av kommunen, men vi begynte igjen å ta inn nye fra oktober. Ellers er det noe ventetid i forhold til innleggelse på avrusningsavdelingen. Vi forlanger som regel at alle som skal innlegges til avrusing, skal være fri for benzodiazepiner og cannabis før de legges inn. Vi har 1 negativ urinprøve, og dagen etter trappes pasienten opp poliklinisk. Startdose er normalt ved poliklinisk opptrapping 30 mg, pasienten sitter 2 timer og venter i begynnelsen av opptrappingen.

5.4.1.6 *Erfaring med desentralisering/sentralisering*

Når det gjelder organisering i Vest-Agder er vi forholdsvis sentralisert, dette gjelder inntak, avrusing, oppstart og oppfølging i begynnelsen. Våren 1998 hadde vi en prosess med noen av kommunene i fylket hvor vi diskuterte videre oppfølging av pasientene etter stabilisering. Det var en del negative holdninger i kommunen til å overta dette, og vi ble den gang enige om at dersom pasienten var stabil og hadde vært rimelig stabil i 2-3 år, skulle pasientene overføres til primærleger som var villige til å gå inn i dette. Vi har nå holdt på i 2 Y2 år, og regner med at denne prosessen med overføring av pasienter til primærlegene kan settes i gang. Dette vil bli spesielt nødvendig nå dersom vi får en økning i antall søkere på grunn av de nye forskrivningsforskriftene.

5.4.1.7 *Skadereduksjon*

Politisk sett har man jo hele tiden, og spesielt fra departementets side, sagt at bruk av Metadon var en rehabilitering og ikke en skadereduksjon. Jeg tror det er viktig at vi forsøker å opprettholde denne målsettingen, det er vesentlig at Metadon og Subutex ikke blir supplement til rusbruket pasienten allerede har etablert, det være seg cannabis, benzodiazepiner eller sentralstimulerende medikasjon. En tydelighet på at vi ikke aksepterer bruk av rusmidler, vil sannsynligvis bety at vi vil spare mye ressurser totalt sett. Pasienten er tross alt vår hovedressurs, og denne må benyttes. Dette vil imidlertid medføre at vi er villige til å skrive ut pasienter som har vedvarende rusing, og akseptere de protester som eventuelt måtte komme. En utskrivning er ikke en dødsdom, og pasienter kan tas inn igjen. Det er viktig at de får en mulighet til å kunne reformulere sine mål, og eventuelt se på hva som måtte ha gått galt i rehabiliteringsprosessen.

5.4.1.8 *Lavterskeltilbud*

Når det gjelder lavterskeltilbud er det viktig at det finnes lavterskeltilbud hvor personer kan komme å få omsorg, kan kommunisere med andre og snakke om sine problemer. Eventuelt få

hjelp til somatiske- og psykiske lidelser. Lavterskeltilbud kan brukes som arena for motivasjon til endring, og bør, slik jeg ser det, ikke gi tilbud om substitusjonsbehandling.

5.4.1.9 *De nye forskriftene*

Disseer disse generelt sett gode. Det har vært en del politiske utspill i forskjellige retninger som har sådd tvil, og forskrift om endring av endringsforskrifter har nok gitt en del signaler som primærlegene har oppfattet som at man kunne skrive ut fritt frem. Forskriftene burde vel kanskje si noe mer spesifikt om hva som er forsvarlig forskrivning i forhold til antall pasienter man forskriver til, og hvilken kontakt man har med disse. Forskrivningen av slike medikamenter bør skje i en tett oppfølgingssammenheng, og da kan det bli galt om pasienten for eksempel bor langt unna legen eller i en annen region

5.4.1.10 *Videre utvikling og planer*

Når det gjelder vår videre utvikling, trenger vi å styrke teamet vårt med flere stillinger. Vi trenger å utvikle en mer bevisst videreopplæring og undervisning i forhold til 1. linjetjenesten, dette gjelder spesielt legene. Det bør settes i gang mer behandlingstiltak utover det som skjer ved medisiner og gjennom ansvarsgrupper av ulikt innhold. Pasienten har multiproblemer, og har det samme behov for videre behandling som rusmisbrukere som ikke er på substitusjonsbehandling.

Når det gjelder finansieringen, har vi ikke fått noen økt ramme fra staten, og må derfor skaffe oss økonomi på annet vis. Noe kan vi kanskje få fra fylkeskommunen, sannsynligvis må vi som en psykiatrisk poliklinikk begynne å ta egenandel og få refusjoner for virksomheten vår. Dersom primærlegene nå får egne takster for refusjon for sin deltagelse i legemiddelassistert rehabilitering, blir det også naturlig at spesialisttjenesten, i hvert fall når vi er organisert under Lov om psykisk helsevern, også vil fakturere kostnader for tjenester vi yter, både til pasienter (egenandeler) og til Rikstrykdeverket.

5.4.2 Aust-Agder

5.4.2.1 *Hovedmål 2000*

Hovedmålet har vært å utvide tiltaket og differensiere tilbudet.

5.4.2.2 *Spesielle trekk*

Som i Vest-Agder er tiltaket integrert som et team i fylkets rusklinikk som i Aust-Agder også har døgnavdeling. Som et av de få stedene i landet gir Aust-Agder klinikken tilbud om innleggelse til avgiftning og skjerming i opptrappingsfasen på ca. 4 uker. I hvert tilfelle blir det vurdert muligheter for poliklinisk opptrapping. Men i hovedsak skjer opptrapping ved innleggelse ved Aust-Agder klinikken. Klinikken har dessuten praksis for gruppe-inntak med felles oppstartprogram og gruppediskusjoner. Enkelte er likevel tatt inn individuelt.

Etter at opptrappingen på metadon / Subutex er gjennomført, blir den enkelte fulgt opp i hjemkommunen med bl.a. ansvarsgruppemøter. Alle klientene får dessuten tilbud om

gruppesamlinger en gang i måneden ved Aust-Agder klinikken. Forskrivningen er for de fleste sentralisert til klinikkens lege.

Metadon-tiltaket er ressurs- og arbeidskrevende med hele 55 klienter. Aust-Agder klinikken har gjennom de 2 år tiltaket har eksistert fått erfaring med at det kan være vanskelig å ha disse klientene innlagt samtidig med andre rusklienter men også at dette er mulig med god nok forberedelse og adekvate rutiner. Aust-Agder klinikken må derfor foreta en nøye vurdering og planlegging av hvem som får tilbud om innleggelse.

Et annet viktig trekk er økende integrering i og samarbeid med psykiatrien. I 2000 var det nært samarbeid om 20% av pasientene og syv (13%) har i perioder vært innlagt ved psykiatriske sentra. Fire (7%) får oppfølging ved Psykiatrisk poliklinikk.

5.4.2.3 Positive og negative erfaringer

Den tette integreringen av metadontiltaket i Aust-Agder klinikkens virksomhet har stilt store krav til hele organisasjonen. En del av metadonklientene har store problemer i forhold til å holde seg rusfrie, og at de får behov for tettere oppfølging og behandling enn antatt. Utfra vår kjennskap til enkeltklientene mener vi imidlertid å kunne konkludere med at de fleste har fått en betydelig bedring i sin livssituasjon etter at de fikk tilbud om denne behandlingen.

5.4.2.4 Medikament

Metadon har vært brukt i langt de fleste tilfellene. Subutex er imidlertid også brukt i noen tilfeller der dette er vurdert som ønskelig.

5.4.2.5 Utviklingen, flaskehalsen og ressursbehov

Pågangen har fra starten av vært større enn forventet med søkere som ikke bare har lang misbrukskarriere men også betydelige psykiske og somatiske vansker. I 1999 var 41% kvinner og 59% menn. I 2000 var kvinneandelen lavere med 27% kvinner og 73% menn. I 1999 var 23% fra 25 til 35 år og 77% fra 36 til 45 år. I 2000 var 40% fra 25-35 år og 55% fra 36 til 45 år 5% var 46 år eller eldre. Det kan altså se ut som om klinikken i større grad får mannlige pasienter med et større aldersspekter. Dette stiller nye krav. Rundt 70% er ugifte eller skilte og mer enn halvdel uføretrygdet (I 2000 56%). Behovet for sosialmedisinske innsatser er derfor omfattende.

Flaskehalsene har i første rekke vært knyttet til små ressurser i forhold til oppgavene. Klinikken har hele tiden hatt sine vanlige behandlingsoppgaver og MAR-arbeidet kommer i tillegg. Belastningen har vært særlig stor på overlegen som har vært alene om det medisinske arbeidet i tillegg til andre oppgaver. Ressurssituasjonen i kommunene har også i noen tilfeller vært vanskelig.

5.4.2.6 Erfaringer med desentralisering/sentralisering

Modellen bygger på en nokså høy grad av sentralisering av arbeidet i fylket til metadonteamet i rusklinikken med poliklinikk og døgnavdeling. Det er nokså høy vekt på observasjon, opptrapping og stabilisering i avdelingen. Dette har gitt godt grunnlag for behandlingsarbeid og relasjonsbygging i forhold til pasientene. Modellen er også egnet for integrasjon med fylkets

spesialisttjeneste og institusjonstilbud. Samtidig har belastningen på metadonteamet blitt stor og behovet for desentralisering økende. Det er god erfaring med samarbeid med kommunalt tilbud og ansvarsoverføring, særlig i forhold til velfungerende pasienter.

5.4.2.7 Tanker meninger om skadereduksjon

Det er viktig å fastholde kravet til rehabilitering og integrasjon og kravet om kvalitet i tilbudet. Det er likevel også enkelte pasienter som har vansker med å mestre rutinene og bli stabile uten rusbruk men likevel har betydelig gevinst av behandlingen. Det er viktig å utvikle tilbud som er egnet også for disse.

5.4.2.8 Oppfatning av nye forskrifter

Fra 01.01.01 er inntakskriteriene for metadonassistert rehabilitering endret fra 10 år dokumentert opiatavhengighet til noen år (2 år). Dette vil innebære at langt flere vil søke om MARIA. Aust-Agder klinikken står dermed overfor nye og krevende utfordringer. Utviklingen mot mer skjønnsbaserte kriterier og nyanserte målsettinger er i hovedsak positiv.

5.4.2.9 Meninger om og planer for utviklingen videre

Modellen i Aust-Agder er godt tilpasset fylket. Ressurs situasjonen for rustjenesten og teamet er imidlertid ikke tilstrekkelig til den utviklingen vi er inne i. Integrasjonen i tilbudet for øvrig må fortsette samtidig som dette arbeidet får tilstrekkelig plass.

6 Helseregion Midt-Norge og Helseregion Nord

Region Midt-Norge omfatter Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Region Nord omfatter Nordland, Troms og Finmark.

6.1 Beskrivelse

Senter for medikamentassistert rehabilitering i Trondheim, MARIT, har regionansvar for Midt- og Nord-Norge. MARIT er organisert som en spesialisert poliklinikk og har et overordnet ansvar i hele området. I 2001 skal det opprettes egne MAR-stillinger ved Nordlandsklinikken og ved Sosialmedisinsk senter i Tromsø. MARIT bygger som de andre sentrene på søknad gjennom sosialsenteret til fylkeskommunale inntaksteam. Teamene kvalitetssikrer søknadene som sluttbehandles i MARIT. Alle søknader legges frem for en eksternt oppnevnt inntaksgruppe, og det holdes alltid søknadsmøte med henviser og søker. Både personkriterier og tiltaksplan blir nøye vurdert.

Pasientene har alltid lokale ansvarsgrupper som koordineres av "lokal hovedkontakt" fra sosialsenteret og "primærkontakt" fra MARIT. Det er sentral forskrivning av opioid fra lege ved MARIT mens primærlege har allmennhelseansvar. Ansvarer skal gradvis overføres til allmennlege etter tre år. Behandlingen følges i et strukturert opplegg hvor ansatte ved MARIT deltar i utvalgte ansvarsgruppemøter og styrer behandlingen gjennom faste samarbeidsordninger.

6.2 Utviklingen

Tabell 5 Oversikt over årlig antall søkere og behandlede og status pr 31.12. i Helseregion Nord og Helseregion Midt-Norge 1998-2000

	Helseregion Midt-Norge og Helseregion Nord																	
	Møre og Romsdal			Sør-Trøndelag			Nord-Trøndelag			Nordland			Troms			Finmark		
	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00	98	99	00
Nye	-	8	5	-	30	17	-	3	2	-	3	11	-	0	0	-	0	0
Avsluttet	-	0	1	-	1	8	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0
I behandling	-	8	12	-	29	38	-	3	5	-	3	14	-	0	0	-	0	0
Venter*	-	3	9	-	37	47	-	2	5	-	13	20	-	0	7	-	1	2

Vi ser at hovedtyngden av pasienten kommer fra Midt-Norge og naturlig nok i særlig grad fra Sør-Trøndelag. Evalueringen er at en har funnet frem til en konstruktiv bruk av spisskompetanse samtidig som det er god ansvarsdeling. En høy andel av pasientene er i god utvikling, men ressursbruken knyttet til reiseaktivitet blir stor. Senteret oppsummerer at pasientenes rehabiliteringspotensiale optimaliseres når kvalitetssikringen fra MARIT er knyttet til direkte oppfølging gjennom en samordnet ansvarsgruppe og vanlig henvisning til fylkeskommunale spesialistinstanser. Systemet sikrer tydelig ansvarsdeling og kunnskapsoverføring. Strukturen legger forholdene til rette for aktiv rehabilitering med sikte på rusfrihet, normalisering og bedret livskvalitet.

6.3 Årsmelding 2000

6.3.1 Hovedmål

Hovedmålsettingen er inntak/kvalitetssikring av MAR i regionen. Dette innebærer også undervisning, informasjon, og deltakelse i aktuelle fora.

MARiT søker å utvikle tilbud basert på aktiv rehabilitering. MAR som rehabilitering innebærer en tro på at rusfrihet, bedret livskvalitet og - så langt mulig - yrkesmessig og sosial rehabilitering, er mulig. Etter vår erfaring at dette også mulig å realisere. Det fordrer imidlertid en faktisk tro på at det er mulig, helhetlig kunnskap om opiatproblematikk, og tett oppfølging av den enkelte bruker. Når man klarer å etablere et forpliktende samarbeid mellom primærtjenestene i kommunen, aktuelle spesialisttjenester og regionalt senter, kan dette lykkes uten nevneverd belastning for noen av instansene. En avgjørende faktor er å skape en tett og god dialog med den enkelte bruker ut fra den dennes forutsetninger, ønsker og behov, og umiddelbart korrigere episoder med rusmiddelmissbruk og andre behandlingmessige kriser. Dette innebærer, i tråd med dagens retningslinjer, at vedvarende alkohol- og/eller narkotikamisbruk i behandlingen, er uforenelig med å være i aktiv rehabilitering, og innebærer at tilbudet må avsluttes dersom man ikke klarer å etablere betingelser for lengre rusfrie perioder.

6.3.2 Karakteristika ved driften

MARiT har følgende visjon for tilbudet

***Betingelser for rusfrihet er
normalisering
og livskvalitet
gjennom likeverdighet, samarbeid og kvalitet***

1. Rusfrihet (sentralt for de andre elementene)
 - De fleste har rusfrihet som mål, realisering gir selvtillit. Dette er mulig i MAR.
 - Analysere betingelsene for rusfrihet ut fra klientens kunnskap.
 - Rusepisoder som ”kriser”, krav om minst 3 rusfrie måneder gjelder alle rusmidler.
2. Normalisering
 - Døgnrytme, skikke og bruk, kriminalitet, omgangskrets osv.
3. Livskvalitet (helhetlig tilnærming)
 - Behandler og klient har ulik ekspertise; tilnærming basert p dialog.
 - Ny mening for å bidra til åpenhet, ansvarstenkning, gjensidighet og mestring.
4. Samarbeid
 - Kontaktetablering og tillitsskaping viktig
 - Deltakelse og gjensidig forpliktelse, tematisering av samarbeid
 - Samordning og god koordinering (fra problemsystem til problemløsende)
 - Involvere viktige personer på en mest mulig fornuftig måte
5. Kvalitet
 - Kvalitet i det enkelte ”møte” (hvert møte har endringspotensiale)
 - Medisinske kvalitet, kvalitet i forhold til urinprøver, alt klientrette arbeid, osv

Den faglige tilnærmingen er basert på moderne psykoterapeutiske, medisinske og sosialfaglige prinsipper. Målgruppens misbruksproblemer kan forstås som symptomer på problemer fra ung alder i personens psykiske og sosiale tilpasning, som har begrenset individets utviklingsmuligheter.

Målgruppen for MAR er gjennomgående tungt problembelastet og har behov for samordnet og kvalitativ innsats fra hjelpepersonell med kunnskap om rusmiddelproblemer og ulike behandlingstiltak. Utgangspunktet for rehabiliteringstiltakene er å skape forpliktelser omkring klientenes egne ønsker og behov for endring. Dette kan være forhold knyttet til egen helse, sysselsetting, familie, nettverk, personlige problemer, osv.

6.3.3 Evaluering

Erfaringer etter to år med klientrettet virksomhet er at den enkeltes rehabiliteringspotensiale optimaliseres når kvalitetssikringen fra MARiT er knyttet til direkte klientoppfølging, medisinsk og psykososialt, i en samordnet ansvarsgruppe med aktuelle kommunale og fylkeskommunale instanser. Dette sikrer tydelig ansvarsdeling, kunnskapsoverføring og muliggjør realisering av intensjoner om aktiv rehabilitering med sikte på rusfrihet, normalisering og livskvalitet. Mer konkrete tall vil foreligge i MARiTs årsrapport.

6.3.4 Bruk av medikament – data for gjennomsnittsdosering

MARiT har så langt kun brukt metadon. Det planlegges en begrenset utprøving med subutex for å få erfaring. LAAM vil også bli vurdert.

Data for gjennomsnittsdosering; eksakte tall vil foreligge i MARiTs årsrapport, men anslagsvis ligger gjennomsnittsdosering på 110-120 mg (fra 50-170)

6.3.5 Utvikling av søkerliste/venteliste – ressurser i forhold til behov. Hvor er flaskehalsene?

Det er betydelig pågang. MARiT har valgt å søknadsbehandle løpende. Dette innebærer at vi nå har mange som står på venteliste for oppstart. I dag ligger flaskehalsen for oppstart på 3 nivåer:

- Etterlevelse av tiltaksplaner fra kommunen mht bolig, og konkretisert oppfølging fra sosialkontor, primærlege kan være en flaskehals.
- Potten til medikamentkostnader. MARiT fikk i 2000 kr. 1 900 000,- øremerket til dette. Dette holder for ca. 75 personer. Utvidelser innebærer at denne potten må økes (Det er søkt om midler for inntil 175 personer i 2001).
- Driftsutgifter til MAR-stillinger. MARiT har planlagt en betydelig utvidelse innenfor dagens stillingsbudsjett. Det forutsettes imidlertid en viss økning i stillingsbudsjettet dersom den skisserte utvidelsen til 175 plasser skal realiseres.

6.3.6 Erfaring med desentralisering/sentralisering

Dette er mye brukte begreper som kan tillegges både likt og ulikt.

MARiT har en sentralisert modell i den forstand at metadonforskrivning i hovedsak skjer fra senterlege. Dette sikrer at det alltid vil være to leger rundt hver bruker; senterlege og primærlege. Dette fungerer i hovedsak positivt slik vi vurderer det. Intensjonen er å involvere primærlegen gradvis mer inn, slik at forskrivningsansvaret kan overtas når tiden er moden.

Ellers arbeidet MARiT ut fra en modell hvor konsulentene har et hovedansvar for å sikre godt-fungerende ansvarsgrupper rundt den enkelte bruker. Dette er slik vi vurderer det en meget krevende og viktig oppgave – og et suksesskriterie i rehabiliteringen.

6.3.7 Tanker/meninger om skadereduksjon

Problemet i dag er at mange innenfor fagfeltet ikke har tro på at MAR kan bidra til å oppnå rusfrihet slik intensjonen er, og dermed i større grad for eksempel vektlegger at behandlingen virker overdoseforebyggende. Dette bidrar til at metadonbehandling innenfor en ramme med aktiv rehabilitering og tydelige krav, allerede etter noen få år i Norge står i fare for å utvikle seg til noe ganske annet. Dersom dette skjer som en villet politikk ut fra grundig evaluering og lengre tids utprøving, hadde det vært forståelig. Dersom det skjer fordi man i liten grad har fokusert på faglige modeller for rehabilitering og manglende evaluering, er dette sterkt beklagelig.

6.3.7.1 *Tanker/meninger om lavterskel*

Generelt synes den omsorgsbaserte oppfølgingen av stoffmisbrukere i Norge ennå å stå på et tidlig stadium. Dette er en oppfølging i den enkelte kommune som sikrer gode boforhold, respektfull og kunnskapsorientert oppfølging ut fra den enkeltes forutsetning og behov. Dette krever også en holdningsendring, også blant helse- og sosialpersonell, hvor man tar på alvor at stoffmisbrukere er sårbare mennesker og ikke farlige eller manipulerende ”narkomane”. Bruken av medikamenter innenfor andre rammer enn aktiv rehabilitering må også kunne vurderes dersom man har

dokumentasjon for at dette virker overdoseforebyggende. Det er allerede foreslått å etablere et såkalt lavterskel metadontilbud i Oslo, utenfor dagens nasjonale retningslinjer. Det positive med dette forslaget er at det synliggjør realitetene i Oslo ved at mange ikke klarer å oppnå rusfrihet innen rammene av MAR. Det er viktig å tydeliggjøre skille mellom MAR som aktiv rehabilitering og omsorgsbaserte/overdoseforebyggende tilbud med eller uten medikamenter. Det er imidlertid viktig å rette et fokus mot hvorfor så mange i Oslo ikke oppnår rimelig grad av rusfrihet. Hva er det ved innretningen av MAR-tilbudene som bidrar til dette?

6.3.8 Oppfatning av nye forskrifter

Oppfattes i hovedsak som greie rettesnorer å forholde seg til, og representerer i praksis vårt viktigste mandat. Det er viktig å ha klare forståelser av inntaks- og utskrivingsregler, og mål- og virkemidler.

6.3.9 Mening om og planer for utviklingen videre

Forutsatt midler planlegges følgende tilbud i 2001:

- MAR-tilbud med direkte klientrettet oppfølging fra MARiT over pluss/minus 3 år for inntil 100 personer med eget videreføringsprogram (Senter-MAR)
- Utvide kapasiteten i Region Nord basert på etablering av egne metadonteam og veiledning fra MARiT for inntil 50 personer (Nord-MAR)
- Godkjenne og kvalitetssikre MAR-tiltak uten direkte klientrettet oppfølging fra MARiT for inntil 25 personer (Lokal-MAR)

7 NOEN VURDERINGER

Denne gjennomgangen viser at det landsdekkende systemet ble etablert i løpet av 1999. Ved slutten av år 2000 var 1072 av de mest vanskeligstilte stoffmisbrukerne i landet i behandling. Behovet har imidlertid vært enda større. Ventelisten har hele tiden vært lang i Oslo. Nå begynner de å vokse også i andre fylker.

Vi ser også at modellen er blitt tilpasset forholdene i de ulike fylkene. Særlig varierer graden av desentralisering. Fylkeskommunens deltakelse er også ulik. I Oslo, Bergen og Trondheim er det egne behandlingssentra. I Oslo og Bergen har man i stor grad bygget på daglig fremmøte i sentrene mens man i Trondheim har hatt utdeling i apotek. I Kristiansand og Arendal har man også arbeidet i sentre, men disse er integrert som team i poliklinikkene ved de fylkeskommunale rusinstitusjonene. Utdelingen av medikament har i stor grad foregått i sentrene i oppstarts- og stabiliseringsfasene, men senere også i apotek. De andre fylkene i Helseregion Øst og i Trefylkesamarbeidet baserer behandlingen på forskrivning fra allmennleger og utdeling i apotek eller hjemmetjeneste. Det har delvis vært skepsis blant allmennleger, men det ser ut til at det er en økende positiv holdning de fleste steder. Utviklingen i Oslo og Bergen går også mot større vekt på primærleger og desentralisert utdeling, men uklare betalingsordninger har skapt betydelige vansker.

Et spesielt eksempel er Bærum. Kommuneoverlegen har her tatt et særlig aktivt ansvar for å rekruttere leger og drive opplæring i forhold til førstelinjetjenesten. Kommunen har vedtatt en egen kostnadsdekning som har bidratt til at leger har funnet det attraktivt å delta i behandlingen.

Et gjennomgående trekk er at den grunnleggende tverrfaglige modellen er svært godt mottatt. Samtlige sentre rapporterer om økende aksept og samarbeidsformer som utvikler seg positivt. Svært mange steder har en sett utvikling av et styrket samarbeid mellom helsetjenesten og sosialtjenesten. Legenes erfaringer er innhentet fra inntaksteamene, gjennom erfaringsseminar og i mer uformelle sammenhenger. Den vanlige tilbakemeldingen er at legene opplever arbeidet som interessant og mindre vanskelig enn mange har forventet. Pasientene viser seg ikke sjelden fra en ny side hvor press for mer medikamenter er erstattet av reell drøfting av problemer og ønske om behandling for medisinske vansker. Flere har også oppdaget at samarbeidet med sosialsentrene kan være nyttig og gi inspirasjon for andre sosialmedisinske problemer.

7.1 Hvorledes utvikler pasientene seg?

Vedlikeholdsbehandling er ikke kurativ. Siktemålet er ikke å bryte avhengighetsreaksjonene men å nøytralisere neuroadaptive forstyrrelser knyttet til langvarig opioid påvirkning. De fleste må fortsette medikasjonen svært lenge, eventuelt livet ut. En svensk studie (10) viste at bare 5% klarer å slutte med metadon uten å falle tilbake til misbruk. Denne andelen bør sees i lys av at det

er en streng seleksjon denne behandlingen både i Sverige og Norge. Bare de som faller ut av annen behandling får tilbudet. Pasientene har i Norge en gjennomsnittsalder på mer enn 35 år og har oftest begynt sin ruskarriere i puberteten. Svært mange har brukt heroin fra 15 til 25 år og har vanskeligheter på mange livsområder. Dette gjør det nødvendig å holde fast ved et langsiktig perspektiv.

Et vanlig kriterium på vellykket behandling er høy retensjon. Pasienten skal fortsette å ta sin medisin på en ordnet måte. Vi har ikke beregnet individuell retensjon, men tabell 1 viser at det 31.12.99 var 719 pasienter i behandling. I løpet av 2000 avsluttet 171 personer behandlingen, stort sett på grunn av utilstrekkelig effekt. En del av disse hadde begynt samme år og noen betydelig tidligere slik beregning av retensjon blir omtrentlig. Antallet som sluttet tilsvarer mindre enn 25% av dem som var i behandling ved årsskiftet. Dette svarer grovt sett til en årlig retensjon på 75%. Dette er gode resultater i internasjonal sammenheng. En delforklaring er nok imidlertid at tilbudet er et "knapphetsgode". Dersom behandlingen ble lettere å få, kan retensjonen synke. Vi ser dessuten at antallet som utskrives fra behandlingen øker.

Retensjon er selvfølgelig ikke i seg selv et tilstrekkelig mål. Regionsentrene skal derfor også rapportere om grad av rusbruk, pasienttilfredshet og om grad av rehabilitering. Dette rapporteringssystemet er ikke ferdig utviklet, men nærmere vurderinger foreligger fra Trefylkesamarbeidet (11) og fra MARIT (rapport tilgjengelig ved direkte henvendelse). Disse rapportene og andre mer foreløpige vurderinger sier at nesten alle pasientene har et sterkt redusert rusbruk. Dette gjelder spesielt bruken av opioider.

Metadon-klinikken i Bergen har helt fra starten gjort vurderinger av pasientenes funksjonsnivå basert på en klinisk skala som vektlegger antall urinprøver som viser rusbruk og grad av sosial fungering. Ved vurdering i 1999 ble ca en fjerdedel vurdert som velfungerende ut fra kriteriet mindre enn to tilbakefall siste to måneder. Ca en tredjedel ble vurdert som middelsfungerende (Se figur 1). Litt over en tredel hadde blitt utskrevet på grunn av utilstrekkelig effekt eller sto i fare for å miste tilbudet om behandling. Trefylkesamarbeidet har fra starten av hatt en liknende løpende evaluering, og denne viser tilsvarende utvikling. Disse resultatene må sees i lys av målgruppen.

7.2 Mortalitet og morbiditet

Injisierende heroinavhengige misbrukere har en høy mortalitet, først og fremst på grunn av overdoser. Men også andre tilstander gir betydelig sykelighet og ikke sjelden dødsfall. HIV-infeksjon og virushepatitt gir for eksempel ikke sjelden immunsvikt og kronisk hepatitt. Depresjoner og angsttilstander er dessuten vanlige.

Det er vanlig å finne en årlig mortalitet på 2-3 % i oppfølgingsstudier av misbrukere. Dette bekreftes av søkerlisten til MARIO. Vi har hatt tilgang til politiets navnelister over overdosedødsfall i Oslo og sammenliknet med søkerlisten. I 1998 døde 12 av 321 søkere i overdoser (3%), i 1999 8 av 375 (2,1%) og i 2000 12 av 418 (2,9 %). Siste år var imidlertid 106 pasienten med i ett forsøksprosjekt med Subutex. Ingen av disse døde, og dette har redusert den samlede overdosedødeligheten på listen.

For å vurdere innvirkningen av behandlingen, har alle regionsentrene gått gjennom sine lister. Til sammen 1400 har vært eller er i behandling. Det opplyses at en pasient er død av ukjent årsak med mistanke om hjerterytmeforstyrrelse. En pasient trappet seg bevisst ned og døde av overdose som oppfattes som bevisst selvmord. I ett tilfelle skjedde det en overdose under opptrapping før stabiliseringen kunne skje. Det var dessuten ett tilfelle av overdose under ufrivillig nedtrapping. To er døde i drukningsulykker. Øvrig mortalitet er knyttet til gruppens høye sykkelighet, særlig i form av immunsvikt og leverlidelser. Det kan derfor fastslås at overdosedødeligheten nesten blir borte under behandlingen. Etter en utskrivning, øker den imidlertid igjen, antakelig til samme nivå som er vist på søkerlisten.

7.3 Kriminalitet

Kriminaliteten blant sprøytemisbrukere er høy. Forprosjektet i Oslo viste at det var liten registrert kriminalitet under behandlingen (12). Egenrapportering viste dessuten en drastisk reduksjon (13). Vi har ikke systematiske data over kriminalitetsutviklingen i de ulike regionene men klinisk gjennomgang av behandlernes kunnskaper peker i retning av den samme drastiske reduksjon. Ny kriminalitet som medfører fengsling vil imidlertid oftest være kjent for sentrene, og alltid om dette medfører brudd i behandling. Slik kriminalitet kan telles på en hånd i hver region.

I Buskerud er det gjort en særskilt undersøkelse av politiets kjennskap til prosjektets pasienter. Av 27 var det bare 3 (11 %) som ikke hadde noen anmeldelser siste 3 år før oppstart. 10 av de 27 var kvinner som oftere har prostitusjon og mer sjelden kriminalitet, og antallet viser derfor en ekstremt kriminalitetsbelastet gruppe. Etter oppstart i prosjektet var det 21 (78%) som overhodet ikke var anmeldt for noe forhold. De 27 hadde 739 anmeldelser på seg de siste tre årene før inntak. Dette gir et gjennomsnitt på 27 pr person over tre år. Etter inntak var det til sammen registrert 22 anmeldelser (0,8 per person) og siden 16 av disse anmeldelsene gjaldt to pasienter, hadde de resterende 0.24 anmeldelser i gjennomsnitt. Tiden i behandling er kortere enn observasjonstiden før, men likevel er det riktig å fastslå at behandlingen har medført en vesentlig reduksjon i aktiv kriminalitet.

Også Vest-Agder har man en detaljert oversikt over ny kriminalitet blant pasientene. I løpet av første året i behandling har 5 pasienter blitt anmeldt for nye forhold i alt 21 saker som er jevnt fordelt mellom tyveri og narkotika. 13 av sakene gjelder en person. Nedgangen i kriminalitet er dramatisk i forhold til det den var før substitusjons-behandlingen ble igangsatt.

7.4 Mot flere og bedre metoder?

Behandlingsmodellen har inntil nylig vært kalt metadonassistert rehabilitering. I dag er også Subutex, høydosert buprenorfin, godkjent med denne indikasjonen. Metadon-klinikken i Bergen, MARIA i Vest-Agder og MARIO i Oslo har utprøvningsprosjekter med Subutex. Resultatene fra disse prosjektene vil foreligge i løpet av 2001. Medikamentet er dessuten tatt i klinisk bruk i mer beskjedne grad utenom prosjektene, og erfaringene peker mot at midlet kan brukes effektivt. Et

annet alternativ, LAAM, er et metadonliknende medikament med særlig lang halveringstid. Midlet er aktuelt men rapporter om dødsfall knyttet til forlenget QT-tid gjør det naturlig å være forsiktig. I enkelte land har man valgt å prøve ut heroin som vedlikeholdsmiddel. Morfinsulfat og kodein har også vært brukt. Disse midlene synes ikke å være naturlige valg, men det er grunn til å vente flere typer medikamenter etter hvert. Forskriftene for bruk av medikamenter i denne behandlingen er derfor endret fra ”metadonassistert” til ”legemiddelassistert” rehabilitering.

Modellen legger vesentlig vekt på rehabiliteringsbegrepet. Dette betyr ikke nødvendigvis at pasienten atføres til yrkeslivet, men alle skal ha klare målsettinger knyttet til bedret livskvalitet, sosial funksjon og evne til å samarbeide om å løse egne problemer. Behandlingsformen reguleres etter Lov om sosiale tjenester. Samlet setter disse forholdene sosialsektoren i sentrum.

Etter hvert som leger har kommet mer med i behandlingen, har ønskene om større og mer selvstendig rolle for legene blitt tydeligere. Det er ikke alle kolleger som finner det naturlig å arbeide som en del av et tverrfaglig team, ikke en gang som leder av teamet. Det er dessuten noen pasienter som ikke har så stort rehabiliteringsbehov. I noen situasjoner bør rehabiliteringsformålet utsettes til pasienten er gjennom kritiske sykdomsfaser. I slike tilfeller kan kravet om primær vekt på sosialtjenesten og på rehabilitering bli opplevd som en hemske.

Andre sider av behandlingen vil også måtte vurderes for revisjon. Svært mange, nesten alle, får sin situasjon og livskvalitet tydelig forbedret, også de som i varierende grad ruser seg med ikke-opioide stoffer. Antallet overdoser er dessuten et økende problem i Norge. Samlet setter dette et søkelys på målene og valgene i medikamentassistert rehabilitering. Evaluering og analyse er derfor viktig.

7.5 Konklusjoner

Legemiddelassistert rehabilitering i Norge er en behandlingsform som er etablert og er utviklet i en fruktbar tverrfaglig modell. Motstanden mot behandlingen er i ferd med å erstattes av enighet om positive og negative sider (14). Det er utbygget et godt fungerende regionalt system med kommunalt/fylkeskommunalt samarbeid.

Valgene og avveiningene vil etter en tid naturlig måtte evalueres og kanskje revideres. Det kan blant annet vise seg at det er behov for å revidere rollefordelingen i det tverrfaglige samarbeidet, men den grunnleggende vekten på tverrfaglig samarbeid synes velegnet. Det har lenge vært et betydelig behov for bedre samarbeid mellom helse- og sosialvesenet både på første- og på annenlinjenivå. Dette ser ut til å skje i medikamentassistert rehabilitering. Erfaringen er så langt at samarbeidet i stor grad bidrar til å øke en gjensidig tillit mellom helsefaglig og sosialfaglig personell og til å skape respekt for deres ulike fagbakgrunn. Dette kan komme til nytte ikke bare for pasienter med rusproblemer men også for grupper med andre sammensatte vansker.

Det er for tidlig å gjøre opp noen endelig status over behandlingens effekt samlet sett. Erfaringene er så langt at en oppnår en vesentlig redusert overdosemortalitet og pasientene får bedret evne til å samarbeide om behandling av andre sykdommer. De fleste får en klart bedret sosial funksjonsevne og livskvalitet. Kriminaliteten blir vesentlig redusert. Det er vedvarende problemer

knyttet til fortsatt rusbruk, spesielt av benzodiazepiner, delvis også av alkohol og cannabis. Disse problemene gjelder imidlertid i varierende grad. En andel mellom 20 og 40 prosent når en full rusmestring og en tilsvarende andel en klart bedret situasjon. Dette gjelder en målgruppe som har vist seg som behandlingsresistent med en tilsynelatende kronisk rusavhengighet. Nesten alle får sin heroinbruk redusert i svært stor grad.

Behandlingsformen utfordrer i noen grad legers egenoppfatning som selvstendige behandlere og forutsetter at legene skal inngå i team. Det er dessuten nødvendig å finne frem til modeller for godtgjørelse av legearbeidet. Forholdet til fastlegesystemet er ikke avklart, men legearbeidet i behandlingsformen er nylig definert som en del av nødvendig helsetjeneste i etterkommunehelsetjenesteloven (informasjon fra Sosial- og helsedepartementet).

Kunnskapsutviklingen på dette området er rask og behandlingstilnærmingen velges i et felt hvor sosiale problemer og normer har stor innflytelse. Det er viktig at utviklingen følges med forskning og evaluering.

8 Litteratur

1. St.meld. nr. 16 (1996-97). Narkotikapolitikken.
2. Waal H, Blix O, Krook A. Utredning om nasjonalt kompetansesenter for metadonassistert rehabilitering. avgitt til Sosial- og helsedepartementet Oslo 1997. <http://www.metadon.org>.
3. Veileder for leger og helsepersonell i metadonassistert rehabilitering. Oslo: MARIO, 2000.
4. Veileder for samarbeid om metadonassistert rehabilitering i Helseregion Øst. Oslo: MARIO, 1999.
5. Praktisk veileder for samarbeid om metadonassistert rehabilitering i kriminalomsorgen (KIA og KIF). Oslo: MARIO, 1999.
6. Samarbeid om metadonassistert rehabilitering i psykiatriske institusjoner. Oslo: MARIO, 1999.
7. Veileder for bruk av medikamentassistert rehabilitering for gravide. Oslo: MARIO, 2001.
8. Eklund C. Withdrawal from methadone maintenance treatment in Sweden. Doktoravhandling. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 1996.
9. Hole R, Espegren O, Bergstad Lazaridis K, Sandvold M, Blix O, Høiseth T, Waal H, Krook A. Metadon i Norge. Ett år med et nasjonalt system for metadonassistert rehabilitering. Rapport til Sosial- og helsedepartementet Oslo: Sosial- og helsedepartementet 1999. <http://www.metadon.org>.
10. Vindedal. B. Metadonassistert rehabilitering i Norge. Statusrapport juni 2000. Rapport til Sosial- og helsedepartementet. Oslo: Utviklingspartner, 2000.
11. Flaaterud S. Brukerundersøkelse.. Skien: Borgestadklinikken, 2000.
12. Blix O, Bruvik S, Waal H. Metadonprosjektet i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1999;119:242-6.
13. Ervik R. Evaluering av metadonprosjektet i Oslo. Sifa rapport nr 5/97. Oslo: Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, 1997.
14. Brandsberg-Dahl A. Fra konflikt til konsensus? Hovedoppgave. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, 2000.