

METADONBRUKERE I TYRILI

- integrering, resultater og erfaringer

av

Astrid Brandsberg-Dahl og Jan O. Lanesskog

Tyrili Skrifiserie nr 3

ISBN – 82-8026-000-6



Tyrili Forskning og Utvikling (FoU), Sverres gate 4, 0652 Oslo
Internett: <http://fou.tyrili.no> E-post: fou@tyrili.no

1. Medikamentell behandling av stoffmisbruk

Hva er egentlig metadon, og hvordan virker det?
Metadon i Norge; fra 1970 og 1990

2. Tyrilis engasjement i metadonproblematikken – bakgrunn, erfaringer, fakta og synspunkter

MARTY: Erfaringer fra september 1999 til i dag
Tall og statistikk
Målgruppe
Inntaksarbeid og opptrapping på metadon
Arbeidet med ruskontroll
Personlighetsforstyrrelser, depresjon, aggresjon og andre psykiske problemer; og eventuell utredning og behandling av disse

3. Rus og ruskultur – betydningen av rusmiddelbruk under metadonassistert rehabilitering

Fra regelorientering til individ- og sykdomsorientering
Formelle og uformelle lederskap i elevgruppa

4. Integring av MARTY-elever ved Tyrilissenteret og i andre ordinære elevfellesskap

Påvirkning av medelever
Tyrilishaugen
Organisering av Tyrilissenteret nå og i fremtiden

5. Metadon – nyttig verktøy i behandling eller rettighet i form av ubetinget helsehjelp?

Om å nekte syke mennesker retten til livreddende medisin...
Den norske metadonpolitikken
Metadon og skadereduksjon
Hvor står vi – og hvorfor?
Dagens misbrukssituasjon er ikke som gårdagens, ei heller som morgendagens

1. FORORD

Det er nå 10 år siden man la frem den første prosjektplanen som kom til å danne grunnlaget for at metadon skulle få en sentral plass i norsk rusbehandling og narkotikapolitikk. Dette førte til at 1990-tallet ble et tiår hvor aktørene i norsk rusbehandling og narkotikapolitikk opplevde store motsetninger og raske endringer. I første omgang var det medikamentet metadon som ble en del av virkeligheten, uansett om man likte det eller ikke, men i den senere tid har flere ulike medikamenter blitt aktuelle.

Spesielt første halvdel av 90-tallet var preget av en nærmest utrettelig debatt for eller imot metadonassistert rehabilitering (MAR). Dette arbeidet er ikke et innlegg i debatten for eller imot metadon eller andre medikamenter, det er faktisk lenge siden vi belant oss der, men like fullt ser vi behovet for at en kritisk del av debatten fortsetter. Denne debatten handler mer om veien videre, om hva slags behandling vi ønsker å tilby våre misbrukere og hvilke mål vi skal sette for hvem.

Det er mange aktører på rusbehandlingsfeltet som har fått endret sine betingelser både på det politiske og hverdagslige plan de senere årene. Tyrilli er ikke noe unntak, selv om Tyrilli var relativt tidlig ute med å akseptere bruk av medikamenter ved siden av en allerede veletablert og anerkjent ideologi og metode. I Tyrilli har vi i dag flere års erfaring med metadon, både i enkelte enheter og i Tyrillis eget metadonprosjekt MARTY. Vi ser imidlertid at kunnskapen om, og ikke minst holdningene til, metadon varierer mye – ikke bare i vår egen organisasjon, men også i andre deler av behandlingssapparatet. Dette påvirker i stor grad det tilbud som gis til metadonbrukerne, også hvordan de møtes av andre misbrukere

i behandling. Vi mener derfor å se et stort behov for å dele på den kunnskap og erfaring som Tyrilli sitter inne med i denne sammenhengen, spesielt med hensyn til det å integrere misbrukere med og uten medikamentstøtte i samme behandlingstiltak. Dette for best mulig å kunne videreutvikle og ivareta en strategi som gir gode sosiale rehabiliteringsvilkår også for metadonbrukere, og som ikke skaper uhensiktsmessige og kunstige skiller mellom elevene/klientene i form av et slags A- og B-lag.

Artikkelforfatterne kjenner metadonproblematikken fra flere vinkler og sammenhenger. Astrid Brandsberg-Dahl er sosiolog og har skrevet hovedoppgave om temaet – med utgangspunkt i sine erfaringer gjennom å ha arbeidet ved MiO/MAR Bygdøy Allé. Jan Lanesskog er spesialist i klinisk psykologi, og var som leder av Ullvin sist på åtti- og først på nittitallet en av samarbeidspartnere til metadonprosjektet Hiv-Met, og satt senere i innaksgruppa til MiO. Begge arbeider nå i Tyrillistiftelsen, Astrid i forsknings- og utviklingsavdelingen og Jan som leder av MARTY.

2. MEDIKAMENTELL BEHANDLING AV STOFFMISBRUK

Medikamentell behandling av stoffmisbruk går hovedsakelig ut på å erstatte illegale narkotiske stoffer med medisinsk foreskrevne og kontrollerte stoffer som erstatter de farmakologiske effektene av narkotikamisbruket. Det brukes vanligvis i forbindelse med opiatrelatert avhengighet (heroin, morfin). Erstatningsmedikamentene påvirker imidlertid ikke heroinmisbrukerens fysiske avhengighet, og de *forblir like avhengige* av erstatningsmedikamentet som de før var av heroin. Det er med andre ord ingen behandling for selve avhengighetstilstanden, og medikamentell behandling av stoffmisbruk står derfor i sterk kontrast til mer tradisjonell abstinensorientert behandling hvor total avholdenhet fra de misbrakte stoffer er den uttalte måsetningen. Metadon er det mest brukte medikamentet i denne forbindelse, og det som er tema her.

Metadon kan brukes på flere ulike måter i behandling av stoffmisbrukere. Enten som midlertidig og kortsiktig hjelp ved akutt avrusning for å dempe de verste abstinensene og stabilisere tilstanden, eller som langsiktig vedlikeholdsbehandling.

Vedlikeholdsbehandling vil si at metadon gis regelmessig over lengre tid for å holde heroinmisbrukeren fri for abstinensplager, samt redusere eller stoppe dennes bruk av heroin og andre narkotiske stoffer. På denne måten håper man at personens sosiale funksjon og generelle helsetilstand skal bedres. Det er vanlig at vedlikeholdsbehandling settes i forbindelse med andre sosiale rehabiliteringstiltak, da omfattende forskning og erfaring viser at metadon ikke har

særlig rehabiliterende effekt når behandlingen ikke følges opp av andre mer sosiale og/eller psykologiske hjelpetiltak.¹

Viktigheten av det sosiale rehabiliteringsaspektet ved metadonbehandling undersøkes også i en prosjekt-oppgave gjort av to elever ved Tyrili Utdanning våren 2001. Deres konklusjon er at samarbeidet om og tilretteleggingen av annen ikke-medisinsk behandling ved siden av metadonbehandling i dag ikke er bra nok.²

Det er altså ikke alltid så lett å avgjøre akkurat hvilken del av det totale behandlingstilbudet som er årsak til konkrete forbedringer hos pasienten³. Dette understreker de dynamiske og komplekse sidene ved de fleste former for misbruksproblematikk, og gir grunnlag for å hevde at vedlikeholdsbehandling med metadon *ikke* bør regnes primært som en medisinsk-farmakologisk intervensjon.

I tilfeller der man bruker metadon over lang tid, men kun i skadereuserende hensikt uten noen annen form for oppfølging ved siden av, vil det som regel dreie seg om såkalte *lavterskeltiltak*. Her stilles få eller ingen krav til deltakerne, da det primære målet ikke er å endre misbruksmønstre, men å redusere dødelighet og kriminalitet. I følge den offisielle måsetningen for bruk av metadon i Norge skal metadon ikke brukes på denne måten, noe som kommer

¹ Se bl.a. Ball&Ross 1991; Ward, Hall&Matuck 1998; Waal m.fl. 1999

² Andersen og Bakke 2001

³ Siden metadonbehandling i Norge er underlagt lov om sykhus og pregel av medisinsk terminologi og praksis, brukes betegnelsen "pasient" om misbrukere i denne type behandling. Denne betegnelsen brukes derfor også her når de medisinske aspektene av behandlingen og MARIO's praksis beskrives, selv om betegnelsen virker fremmed i Tyrilif-sammenheng. Tyrilifterminologi, som blant annet innebærer bruk av "elev" istedenfor "pasient" eller "klient" (som er mer vanlig innen rusomsorgen) vil bli brukt der vi finner det relevant og riktig

til uttrykk i den norske betegnelsen *metadonassister/* rehabilitering (MAR). Fra 2001 brukes offisielt betegnelsen *legemiddelasistert rehabilitering* (LAR), da også andre medikamenter enn metadon nå er aktuelle, men siden det er metadon som er tema i dette arbeidet vil vi her fortsette å bruke betegnelsen MAR. Begge disse betegnelsene er ment å reflektere at metadon eller annet medikament brukes som del av en større rehabiliteringsprosess. I MARTY holder man en overordnet fokus på den sosialpedagogiske rehabiliteringen og Tyrils vanlige arbeidsmetoder fremfor på metadon som den bærende faktor.

Hva er egentlig metadon, og hvordan virker det?

Metadon er et syntetisk opiat, og effekten er svært lik morfin og heroin, men det skiller seg også fra disse stoffene på en del viktige områder. Stoffet ble opprinnelig oppfunnet av tyske vitenskapsmenn mot slutten av andre verdenskrig på grunn av mangel på morfin som smertestillende middel. Når det gjelder bruk av metadon i behandling av morfin- og heroinmisbrukere, regnes legeekteparet Vincent Dole og Marie Nyswander som opphavsmann og -kvinne. De startet de første kontrollerte forsøkene med ulike medikamenter som erstatning for heroin og morfin i USA tidlig på 1960-tallet. Etter heller mislykkede forsøk med kontrollert utdeling av både heroin og morfin, viste forsøk med metadon gode resultater. Det teoretiske grunnlag for å bruke metadon er at langvarig opiatmisbruk mer eller mindre permanent skader hjernens evne til å regulere sin naturlige kjemiske balanse, slik at regelmessig opiattilførsel er nødvendig for at individet skal kunne fungere normalt.

En viktig grunn til at metadon er det mest brukte stoffet til behandling av heroinmisbrukere er at det er svært

langsomtvirkende i forhold til andre opiater. Metadon har en halverings- eller virkningstid på 24 - 36 timer, noe som er omtrent seks ganger så lang virkningstid som heroin og morfin. Metadon kan derfor tas en gang i døgnet, i motsetning til heroin som må tas fire til seks ganger i døgnet for å hindre abstinens. En annen fordel med metadon er at det i motsetning til heroin opptas pålitelig fra mage og tarm, slik at det kan blandes i saft og drikkes fremfor å settes med sprøyte.

Ved høye nok doser vil metadon forårsake en farmakologisk blokkering av *opioidreseptorene* i hjernen, det vil si de mottaksstrukturene som reagerer med opiater og fremkaller den fysiske tilstanden som betegnes som "rus." Når en tilstrekkelig andel av disse reseptorene er "opptatt" av langsomtvirkende metadon-molekyler, vil inntak av andre mer kortvirkende opiater som heroin eller morfin ikke gi særlig effekt, hverken om hensikten er smertelindring eller ønske om rus. Bruk av andre opiater ved siden av metadon forventes derfor å bli sterkt redusert. I prinsippet kan man bruke et hvilket som helst opiat, også heroin, til behandling eller stabilisering av opiatavhengige. Det viktigste er riktig dosering og regelmessig tilførsel av stoffet. Men ved stabilisering på metadon vil det normalt ikke oppstå behov for økning av dosen for å opprettholde ønsket effekt, selv etter lang tid i behandling, og det er en klar fordel som verken heroin eller morfin har. Stabiliserte metadonbrukere blir normalt *ikke* ruset av metadon, de kan både kjøre bil og fungere i de fleste yrker. Vi karakteriserer derfor metadonpasienter som *rusfrie* dersom de ikke har misbruk av andre rusmidler ved siden av.

Det er viktig å merke seg at metadon, som andre opiater, også kan misbrukes som rusmiddel, både alene og i kombinasjon

med andre rusmidler. Stoffet kan også, som morfin og heroin, forårsake dødelige overdoser ved ukontrollert bruk. Den farmakologiske blokkeringen virker bare i forhold til andre opiatet som heroin og morfin, og ikke i forhold til andre rusmidler som alkohol, cannabis, kokain, amfetamin eller andre. Disse rusmidlene har helt andre virkestoffer, og påvirker hjernen helt uavhengig av de hjernestrukturene som er blokkert av metadon. Det er derfor bare misbrukere hvis misbruk er dominert av opiatet, som vil kunne ha nytte av metadonbehandling. Misbruk av andre narkotiske stoffer og/eller medikamenter viser seg ofte å ha en negativ innvirkning på behandlingens effekt, men forskning og erfaring viser at god kontrollerte metadonprogrammer ofte også har god effekt på misbruk av andre rusmidler. Denne effekten kan imidlertid ikke direkte tilskrives metadonet i seg selv, men skyldes nok heller at individet mottar annen behandling i tillegg som har en positiv effekt på den helhetlige helse- og livssituasjon.

I behandling trappes pasienten gradvis opp til vanligvis 80 mg, og etter 14 dagers stabilitet på 80 mg tas en blodprøve for å måle serumkonsentrasjon. Ut fra svaret denne blodprøven justeres om nødvendig dosen opp eller ned, til pasienten er stabilisert på en individuelt tilpasset dose⁴. Når han eller hun er stabilisert på riktig dose oppnås ikke rus ved inntak av metadon. Å øke dosen ut over dette vil heller ikke føre til rus for pasienten, kun til døsighet, slapphet og søvn. Dette er viktig, fordi hensikten ved behandlingen er å stabilisere stoffmisbrukeren både fysisk og psykisk, slik at vedkommende blir mer tilgjengelig og i stand til å nyttegjengjøre seg andre psykologiske, sosiale og pedagogiske hjelpetilbud. Når dette er oppnådd har metadon en beskyttende virkning

mot overdoser av andre opiatet på grunn av pasientens opparbeidede toleranse for stoffet, og den tidligere beskrevne reseptorblokkeringen. Det som kanskje er viktigst med hensyn til dosering er at dosene ikke er for lave, fordi lav dosering av metadon ikke fører til optimal blokkering av opioidreseptorene. Dette fører til at mange reseptorer ennå er ledige til å reagere med for eksempel heroin, slik at heroin fremdeles har verdi som rusmiddel. Dessuten reduseres ikke kroppens fysiske "sug" etter opiatet i stor nok grad ved for lav dosering, og risikoen for fortsatt misbruk av heroin er dermed stor.

En altfor høy metadondose kan imidlertid være dødelig også for opptrappede og stabile metadonpasienter, men det er da snakk om meget høye doser. På den annen side vil en dose over 40 mg. (enda lavere for barn) i de fleste tilfeller være dødelig for mennesker uten toleranse for opiatet. Dødsfall som følge av ikke-forskriftsmessig bruk eller uhell har dessverre også skjedd i Norge den senere tid.⁵ Kontroll med utdelingsrutiner og ustabile pasienter er derfor etter vår mening et sentralt aspekt ved behandlingen, sett både fra samfunns- og individperspektiv. Det er likevel disse aspektene ved MAR som oftest kritiseres og kreves endret.⁶

Metadon inntas hovedsakelig i flytende form, og drikkes utblandet i saft. Ved å blande ut metadonet i sukkerholdig saft hindrer man også at blandingen kan (mis)brukes i sprøyte. Dette er nyttig både av praktiske og medisinske grunner, fordi mangeårige sprøytemisbrukere ofte har så ødelagte blodårer i de øvre hudlag at selv erfarent helsepersonell kan ha store problemer med å sette intravenøse injeksjoner eller ta

⁴ Gjennomsnittlig metadondose i Norge er ca 115 mg.

⁵ Waal m.fl. 2001

⁶ Se bl. a. Christie&Syse 2001, Frantzen 2001

blodprøver av dem. Ødelagte blodårer fører til at langtkommende misbrukere i større grad setter sine sprøyter intramuskulært (i muskel) fremfor intravenøst (i blodåre/vene), noe som lett skader muskelvevet slik at det oppstår komplikasjoner, såkalte "bomskudd". Ubehandlede bomskudd kan i verste fall føre til livstruende tilstander, som blodpropp og blodforgiftning, store betennelser og åpne sår som ikke gror. Svekket immunforsvar og generelt dårlig helsestilstand øker også risikoen for komplikasjoner ved alle former for injeksjoner. Det er derfor en stor fordel om man i minst mulig grad benytter sprøyter på denne pasientgruppen.

Metadon har, som de fleste andre medikamenter, også bivirkninger. Som ved de fleste andre medikamentelle behandlinger så varierer det fra person til person hvordan kroppen reagerer på medisinen, og noen metadonbrukere kan oppleves som sløve og trøtte, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Forstoppelse, overdreven svetting, hudproblemer, hodepine, menstruasjons- og potensproblemer ses også ofte i begynnelsen av behandlingen. Disse er imidlertid felles for de fleste opiat, og er stort sett forbigående. Den bivirkning som synes mest plagsom og som flest klager over, er unormal svetting.

Man har heller ikke belegg for å tro at metadon er skadelig, hverken kroppslig eller mentalt, selv ved livsvarig behandling. Mange opplever også til dels stor vektøkning, noe som i enkelte tilfeller kan tilskrives metadonets innvirkning på kroppens forbrenning. Men en generell vektøkning blant metadonpasienter kan nok vel så ofte tilskrives de endringer i livsstil som behandlingen gjerne fører til, fremfor egenskaper ved metadonet i seg selv. Vektøkning ses også ofte som følge av annen tradisjonell behandling uten medikamenter, og kan

ha flere ulike årsaker.⁷ Men det er nærliggende å anta at en viktig medvirkende faktor er at daglig stress etter stoff, stor kriminell aktivitet og/eller prostitusjon blir erstattet av et mer avslappet og rolig liv, som gjerne også innebærer mer regelmessige og næringsrike måltider enn hva som var tilfellet den tiden de var "på kjøret."

Metadon i Norge: fra 1970 til 1990

Metadon brukt til behandling av morfin og -heroinmisbrukere er ikke helt nytt i Norge, slik den til dels opphete debatten omkring stoffet kanskje har gitt inntrykk av. Metadon ble foreskrevet til stoffmisbrukere også her i landet på begynnelsen av 1970-tallet, både i tilknytning til institusjoner og av privatpraktiserende leger. I 1976 la imidlertid Helsedirektoratet ned forbud mot bruk av metadon utenfor sykehus, noe som i praksis innebar at all bruk av metadon til stoffmisbrukere etter hvert forsvant. Denne endringen kan knyttes til de rådende forklarings- og årsaksmodellene som preget feltet på denne tiden. Disse vektla stoffmisbrukernes sosiale og psykiske problemer, og man gikk av den grunn sterkt imot bruk av medikamenter både i nedtrapping og mer langsiktig behandling. De neste 10 årene var det mer eller mindre stille omkring metadon her i landet, og i Stortingsmelding nr. 13 "Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken" fra 1985 nevnes ikke engang metadon i gjennomgangen av narkotikasituasjonen og de fremtidige strategier på feltet. Det er derfor påfallende at man drøye 10 år senere allerede var i gang med å bygge ut et omfattende behandlingstilbud nettopp basert på metadon.

Den såkalte "HIV-epidemien" som oppstod på midten av 1980-tallet regnes som den utløsende faktor til at metadon

⁷ Se bl.a. Lorimer&Dalsaune 1993/2001:29

igjen kom på dagsorden i Norge, og Sentralrådet for Narkotikaproblemer satte i 1986 ned en arbeidsgruppe som ble bedt om å vurdere bruk av metadon til AIDS-syke heroinmisbrukere. Arbeidsgruppen kom i juni 1986 med en fylldig vurdering av metadonspørsmålet, men gruppens innstilling var delt. To av medlemmene gikk inn for å anbefale at en begrenset gruppe stoffmisbrukere burde kunne tilbyes metadonbehandling under streng kontroll, mens de resterende to gikk i mot dette. De mente at de forventede politiske konsekvenser og behandlingssmessige ulempene var for store sammenlignet med de fordelene et slikt tilbud ville gi for en svært liten og oversiktig gruppe misbrukere. Denne utredningen førte imidlertid hverken til ytterligere utredning om metadonbehandling eller videre diskusjon omkring emnet, da den aldri ble offentliggjort. Frem til omkring 1990 var det derfor fremdeles ganske stille omkring metadon og metadonbehandling her i Norge.

3. TYRILIS ENGASJEMENT I METADON- *PROBLEMATIKKEN - bakgrunn, erfaringer, fakta, synspunkter*

I tiltaksapparatet for stoffmisbrukere har skepsisen til en hver form for medikamentell behandling tradisjonelt sett vært meget stor. Metadonprosjektet "Hiv-met" som startet i 1989 - basert på inntakskriterier knyttet til hivsykdom - var likevel relativt lite kontroversielt i fagfeltet. Grunnen til dette var at bruken av metadon var nært relatert til smertelindring, og at det på den tiden var meget begrensete levetidsrikter for AIDS-pasienter. Da Metadonprosjektet i Oslo (MIO) startet i 1994 som et prøveprosjekt for stoffmisbrukere med en lang misbrukskarriere bak seg, uten forankring i hiv-status, var motstanden atskillig større og er fortsatt en aktuell problemstilling etter at dette tilbudet ble fast organisert i 1998 i form av det landsomfattende metadonsenteret MARIO.⁸

I likhet med et par andre institusjoner valgte Tyrili tidlig på 90-tallet å gå aktivt inn i diskusjoner om kriterier og tilbudsutforming. Grunnen til dette var at Tyrili ønsket å skaffe seg grunnlag for selvstendige meninger basert på egne erfaringer. Urviklingen mot økende alder og økte problemer i elevgruppa tilsier også at man er åpen for nye metoder i arbeidet. Ingen er tjent med at debatten om metadon, i god norsk tradisjon når nye metoder introduseres, blir for førdomspreget og lite dynamisk. Tidligere ervervede kunnskaper - som for eksempel Tyrilis erfaringer med å vektlegge rusfrihet og se den enkelte misbruker i et gruppeperspektiv - bør blant annet også i langt større grad bli en faglig del av metadondebatten. Tyrili har nå flere års erfaring med elever som er i metadonassistert rehabilitering -

⁸ Se bl. a. Brandtsberg-Dahl 2000, Hanssen&Jansen 2000

hovedsaklig ved Tyrilissenteret i Oslo, i et 3-årig prøveprosjekt med 10 plasser som startet i september 1999, og ved Tyrilhaugen i Mesnali som også har noe lengre erfaring enn senteret.

MARTY: Erfaringer fra september 1999 til i dag

Tyrili søkte i juni 1999 Rusmiddelstaten om å starte et prosjekt ved Tyrilissenteret for elever i metadonassistert rehabilitering, basert på MARIOs inntakskriterier og med rekruttering fra metadonpoli-klinikkene (MAR Bygdøy Allé, Ullevål og Tøyen), MARIOs venteliste og fra Tyrili. Bakgrunnen for prosjektet var et ønske om å gi et dagtilbud basert på arbeidstrening og oppfølging individuelt og i gruppe. Målgruppen var MAR-pasienter som ønsket å klare seg rusfritt og som vurderte at opplegget ved Tyrilissenteret kunne hjelpe dem med å nå denne målsettingen. Tyrilis metadonprosjekt "MARTY" - metadonassistert rehabilitering i Tyrili - startet så opp i september 1999, med 10 plasser betalt av Oslo kommune ved Rusmiddelstaten og i et nært samarbeid med MARIO.

Tall og statistikk

Siden oppstarten har 29 personer vært elever i MARTY i kortere eller lengre tidsrom, 2 av disse har hatt to opphold i prosjektet. 1 valgte seg ut en periode for å forsøke å klare seg uten metadon, og 1 ble skrevet ut mot sin vilje. Begge disse ble senere tatt inn igjen.

10 av disse er elever i dag (pr. 12.06.02), hvorav 1 har vært elev helt siden prosjektstart. Av de 29 ble 1 overført til bydel høsten 2001, 1 våren 2002 og ytterligere 1 skal overføres til bydel i nær fremtid. 3 er overført til en av Tyrilis heldøgnsinstitusjoner fordi de etter hospiteringsopphold ved

samme institusjon har kommet frem til at de ønsket mer varig skjemming. 3 nye søkere er under vurdering (pr. 12.06.02).

2 elever fra Buskerud er tatt inn i tillegg til de 10 plassene i MARTY - én kun for opptapping og en for lengre opphold, men sistnevnte avbrøt opptappingen etter få dager.

I alt 41 søknader er avslått på grunn av plassmangel.

16 er blitt skrevet ut, hvorav 1 som avbrøt opptappingen etter et par dager. 2 av disse er senere reinntratt. Av de øvrige 13 er 4 nedtrappet og skrevet ut uten videre opplegg hos oss. Disse 4 er elever som Tyrili har trappet opp utenom metadonkøen i Oslo, og som ikke har hatt noen alternativ plass i MARIO å falle tilbake til. Grunnlaget for disse 4 utskrivningene har vært forhold som jukning med urinprøver, trusler, omsetning av metadon og hyppig rusing. 1 av de resterende 9 er aktuell til reinntak. 7 er tilbakeført til MARIO, hvorav 5 nokså umiddelbart ble trappet ned på metadon og utskrevet også derfra. Dette har sammenheng med at de allerede ved overføringen til MARTY var på grensen til å bli ekskludert fra behandlingen, og at overføringen var et siste forsøk fra MARIOs side på å snu en negativ utvikling. De 2 resterende er overført til bydel.

En gjennomgang 13.12.2001 viste at det gikk meget bra med 8 av 26 som da var eller hadde vært med i prosjektet, og at 15 var ustabile i forhold til rus og hadde eller hadde hatt perioder med bruk av rusmidler. De øvrige 3 var tatt inn i prosjektet kort tid før gjennomgangen.

Målgruppe

Målggruppen for prosjektet var primært å avlaste køen inn til MARIO ved å ta inn søkere fra MARIOS venteliste som Tyrilli hadde en relasjon til, enten ved at de var innlagt i Tyrilli eller tidligere elever. Ut fra diskusjoner med ansatte i MARIO i forkant av prosjektet antok vi at også metadonbrukere som var i MARIO-systemet, og som trengte mer omfattende oppfølging og mer vektlegging av arbeidstrening og sosial trening enn MARIO kunne tilby, ville kunne profitere på det tilbudet MARTY kunne gi. I praksis har dette vært en viktig rekrutteringsvei.

For en del søkere har MARTY vært en siste sjanse når de har stått i fare for å bli kastet ut av MARIO eller når resten av Tyrillistiftelsen har holdt på å gi dem opp. Påvirkning fra innsøkere – og egen trang til å gjøre noe for ekstra utsatte – har ført til inntak av elever med til dels svært omfattende problematikk, både når det gjelder rus og psykiske tilleggsproblemer som blant annet personlighetsforstyrrelser og spiseforstyrrelser. Resultatet av dette er at det i elevgruppen i MARTY har vært mange som ikke har tatt et oppgjør med egen rusing, og heller ikke vært særlig innstilt på å nyttiggjøre seg opplegget i MARTY på en konstruktiv måte. En konsekvens av dette har vært at ruskultur i perioder har fått dominere i for stor grad. Sagt med et Tyrillibegrep - vi har i perioder, spesielt gjaldt dette sommeren 2000, vært nær ved å tape kulturkampen.

Når det gjelder flere av elevene fra MARIO har nok ikke et utvidet dagtilbud vært tilstrekkelig til å snu det rusmønster de har innarbeidet over lang tid, i hvert fall ikke uten et omfattende forarbeid. Oppfølgingen enkelte har fått har heller ikke blitt optimal fordi svært mye ressurser har gått til

krisejobbing i form av samtaler, turer, og ikke minst oppfølging utenfor Tyrillisenteret. Derved har strukturert arbeid med grupper og individuell oppfølging blitt skadelidende. Særlig det siste året er imidlertid dette bildet endel endret. Det har i større grad lyktes å implementere Tyrillikulturen i elevgruppa, og en større andel av dem som er i prosjektet er positive kulturberere med større tro på at det er mulig å strekke seg eller rusfrihet og andre rehabiliteringsmål. På samme måte som negative holdninger lett sprer seg og skaper økende mistro og destruktivitet, gir positive holdninger økende tro på seg selv og evne til å nå mål både til elever og ansatte.

Inntaksarbeid og opptrapping på metadon

I inntakssamtalen med søkere til prosjektet hevder søkere som ikke allerede er i metadonassistert rehabilitering, dvs. som ikke kommer via MARIO, at vedkommende er "helt klar" - at avgjørelsen om å begynne på metadon er meget godt overveid og at de er klar over hva de går til på Tyrilli. Erfaringen er at dette ofte ikke er helt riktig. Flere samtaler og besøk på Tyrilli før inntak har vist seg å øke sjansen for en god start.

Tyrilli valgte, fram til årsskiftet 2001/2002, å legge betydelige ressurser inn i opptrappingsfasen. For mange er dette, som tidligere nevnt, en sårbar tid der mange kommer nærmere rusen og opplever en del bivirkninger. Erfaringer viser også at det i denne "påvirkede" perioden lett etableres mer varige rusholdninger og bruk av rusmidler. Vi har derfor hatt opptrappingsstrurer på hytter utenfor Oslo, med minimum én ansatt til stede hele tiden. Dette har dels vært gjort i samarbeid med Tyrillihaugen i Mesnali. Erfaringene med å sikre rusfrihet på denne måten er gode, men den har også sine svakheter. Det er svært vanskelig å "rainne" avrusning og at elevene er

psykisk innstilt på å begynne akkurat når opptrappingsstur er planlagt, ikke minst når 2-3 elever skal trappes opp samtidig. Men det er også svært ressurskrevende, og tettheten denne formen gir har også skapt kjedsomhet og gnisinger. Et par tilfeller av psykosenærhet og psykotiske gjennombrudd har forekommet, og er selsagt en ekstra belastning når det skjer i en liten gruppe "langt inne i skauen." Fra årsskriftet 2001/2002 skjer opptrappingen i prinsippet ved Tyril-senteret, med eventuelle aktivitets- og turtilbud ut fra den aktuelle situasjon. Erfaringene med dette er hittil gode.

Arbeidet med ruskontroll

Å være prinsippfast er vanligvis lettere i gruppesammenheng og overfor kolleger enn ansikt til ansikt med den enkelte elev. "På kantinen" og i seminarsammenhenger mener blant annet mange fagfolk at stoffmisbrukere ikke er i stand til å ha omsorg for barn. I konkrete saker er det likevel ofte slik at "min klient" er i en god utvikling og må få en ny sjanse. Slik er det også i forhold til rusing. Når basis for samhandlingen er individuell relasjonsbygging og tillit, er det langt vanskeligere å stå på et standpunkt som eleven oppnærer mot og setter sin troverdighet inn på, enn om basis er regel- og gruppeorientering. Derved blir det for den ansatte både vanskeligere å stole helt på egne atferdsobservasjoner, og vanskeligere å gjennomføre upopulære tiltak som å frata privilegier eller stille nye krav.

I det faglige arbeidet med stoffmisbrukere, spesielt de som har mange år i rusmiddelmissbruk bak seg slik tilfellet er med elever i metadonassisert rehabilitering, er det av sentral betydning å ha en sannterlig dialog med eleven om situasjonen i forhold til rustrang og eventuelle rusepisoder. Mange elever investerer svært mye krefter i å bagatellisere og i å overbevise om endringsvilje ved å legge seg opp til

forventninger om endring og rusfrihet ved å gi "utstillingsversjoner" av egen atferd og holdninger. Ansattes situasjon er at det blir vanskelig å stå på sitt i tunge konfrontasjoner, og de blir gjerne mer usikre på egne vurderinger når det mobiliseres mye i at de tar feil. Tendensen blir derved at klinisk skjønn blir et mindre sentralt element i arbeidet med rusmistanke og rusepisoder.

Bruk av urimprøver i dette arbeidet bidrar atskillig mindre til klarhet og åpenhet om rusforekomst enn mange tror, blant annet på grunn av mer utstrakt juks enn mange er klar over. Et annet viktig moment er at spørsmålet om "sannheten" blir forskjøvet både i tid og fra selve samhandlings situasjonen, og til laboratoriet. Slik forstummer lett den viktige her-og-nå-diskusjonen om den oppståtte situasjonen. Derved er det en betydelig fare for at det mest sentrale tema i behandlings- og rehabiliteringsprosessen, nemlig hvordan det går med rustrang og mesuring av denne, blir et område preget av forstillelse og dobbeltholdninger.

Sett fra en slik behandlingstaktisk synsvinkel er denne tendensen kanskje tydeligst ved bruk av metadon under rehabiliteringsprosessen. Stoffmisbrukerne har fått et gode de kan strekke seg nok så langt i forståelse for å forsvare hvis de ruser seg, og for ansatte er det enda mer problematisk å "sette ned foten" på grunn av at eleven må trappes med og mulige dramatiske konsekvenser av behandlingsbrudd, som overdosefare. Mange ansatte har også enda større problemer enn vanlig med å stå på en rusmistanke fordi man, oftest teilkagt, relaterer rusmistanke til meladonbruken. Et resultat av den i utgangspunktet faglig riktige tilnærmingen basert på individuelle vurderinger er derved faktisk blitt at terskelen for aksept av rusatferd og gatenarkomanholdninger i praksis

gradvis er blitt betydelig senket. Dette er delvis rasjonelt begrunnet i endringene i elevgruppa, men også faglig ureflektert på grunn av de forhold som er belyst her. Faglige erfaringer tilsier at hvis synspunkter og handlinger styres for mye av redsel for hva en konfrontasjon eller et eventuelt behandlingsavbrudd vil medføre, blir avgjørelsene lett for kortsiktige og tjener egentlig ikke eleven.

Særlig i den vanskelige perioden sommeren 2000 var dette høyst levende problemstillinger i MARTY. Tydelig rusede elever ble "frikjent" av rene hurtigtester, og usikkerheten omkring hva som var den riktige veien fremover i forhold til rusepisoder, opplæring og reaksjoner på disse var stor. Det ble også foreslått å slutte å bruke urinprøver i arbeidet med rusoppklaring, for å tydeliggjøre at rusforekomst er et relasjons- og miljøproblem, og for å gjøre dette til et felles anliggende for alle i gruppa. Dette ble ikke iverksatt, men diskusjonene omkring dette førte til økt bevisstgjøring og til mer vektlegging av egne observasjoner.

Personlighetstørrelser, depresjon, aggresjon og andre psykiske problemer, og eventuell utredning og behandling av disse

Elever som godkjennes for metadonbehandling er per definisjon mer hjelpetrengende enn stoffmisbrukere flest. Som gruppe er de både eldre og har brukt narkotika lengre enn gjennomsnittet, og de har stort sett svært lang tid bak seg i ulike typer institusjoner som fengsel og behandlingsinstitusjoner, dels også barne- og fosterhjem, ulike barnevernsinstitusjoner og spesialskoler. De har også gjennomgående store psykiske problemer og mangelfulle erfaringer med å løse problemer og forholde seg til nærmiljø og samfunn i "nykler" tilstand.

Vi vet også mer spesifikt at såkalt langtkomme narkomane har betydelige og til dels svært sementerte tilleggsproblemer. Svært ofte finner man psykiske problemer som depresjon, aggresjon, ulike angst- og personlighetstørrelser, problemer knyttet til mestring, til å stole på andre, prostitusjon og så videre. Ikke sjelden har de også en bakgrunn med til dels omfattende fysiske og/eller seksuelle overgrep. Dette er forhold som man må ta i betraktning som medvirkende faktorer til at de ikke har klart å slutte å misbruke rusmidler. Erfaringene hitil i MARTY bekrefter til overmål dette.

Til tross for mye intern oppmerksomhet i Tyrili når det gjelder MARTY-elevenes rusatferd, har dette, sett i et tidsperspektiv over to til tre år, faktisk gått relativt bra. Elevene er i en mer åpen situasjon enn i et heldøgnsopplegg, og blir derved mer eksponert for negativ påvirkning og rusmuligheter, så noe rusing må derfor dessverre forventes. Erfaringene viser likevel at de ansattes arbeid med å gjøre noe med dette gjennom individuelt arbeid og tiltak på gruppeplan likevel gir en del frukter etter hvert. 5 MARTY-elever som høsten 2001 ble skrevet ut, eller vurdert utskrevet, til bydel hadde henholdsvis meget god (2), god (1), nokså god (1) og nokså dårlig (1) ruskontroll. Imidlertid har de fleste av disse også betydelige psykiske problemer og andre fungeringsproblemer der det dessverre ikke har vært noen tilsvarende fremgang.

Grunnen til at rusatferden har blitt vurdert som mer fremtredende enn den faktisk viser seg å være, er antakelig at rusatferden i MARTY har vært svært synlig i et ellers rusfritt miljø, og preget av at den spiller seg ut sammen med personlighetstørrelser og dårlig problem-løsningsevne. Dette bidrar til at rusepisoder ofte får en svært synlig og

turbulent form, og det har dessverre foreløpig ikke lyktes å etablere en god nok kultur i elevgruppa til at dette modereres. Derved har det blitt for mange utslag av upolerte negative holdninger, til dels åpenbar trass og opposisjon. Selvsagt er det slik at arbeidet med å redusere MARTY-elevers rusing må videreutvikles, men det ser ut til at det er fungeringsproblemene og de psykiatriske problemene, i vid forstand, som gjør at utviklingen stopper opp og som i stor grad forårsaker rusepisoder og tilbakefall.

Formelt sett har psykiske problemer vært et anliggende for PJT og spesialisthelsetjenesten for øvrig, og ikke for kollektiver og behandlingssituasjoner. I praksis har disse heldøgns tilbudene likevel arbeidet med en del psykiske problemer både i grupper og i det individuelle arbeidet, som for eksempel negativitet (depresjon), urolig tilstander (angst), overgrep og traumatiske oppvekstforhold, selv om dette ikke er satt ordentlig i system.

På bakgrunn av de erfaringene som er gjort, er konklusjonen i Tyrifi at når det gjelder elever som er i metadonassistert rehabilitering bør dette arbeidet systematiseres og tydeliggjøres som en del av tilbudet – når vi gang på gang ser at alvorlige fungeringsproblemer begrenser muligheten til en vellykket rehabilitering. Blant annet bør det som en del av inntaksarbeidet inngå at eleven får konkret beskjed om at den kartleggingen som skal munne ut i en handlingsplan for oppholdet *også* vil kunne inneholde en psykiatrisk/psykologisk kartlegging. Noe av grunnen til at dette bør gripes mer systematisk fatt i mens eleven fremdeles er i institusjonen, er at alle de dagliglivs-situasjonene som problemene spiller seg ut i gir gode innfallsvinkler til å diskutere og bearbeide ulike væremåter og løsningsstrategier.

Tyrifistiftelsen utreder nå, herunder den økonomiske siden av saken som det også må finnes en løsning på, hvordan en slik kartlegging skal gjøres og følges opp, også for andre elever i Tyrifi enn elever i MARTY. Den bør gjøres profesjonell av spesialist i psykiatri eller klinisk psykologi og gjerne også inkludere en symptom- eller personlighetstest. Resultatet bør munne ut i en rapport om situasjonen psykisk sett, med anbefalinger om hvordan eventuelle psykiske problemer bør kunne gripes fatt i det daglige miljøarbeidet, og hvilke problemer som eventuelt i tillegg krever fortsatt behandling hos spesialist eller annen spesiell oppfølging. Hvordan dette skal organiseres er pr. i dag, våren 2002, foreløpig ikke avklart.

4. *RUS OG RUSKULTUR* *– betydningen av rusmiddelbruk under metadonassistert* *rehabilitering*

Tyrillis utgangspunkt - som beskrevet i boken "Våge å leve"⁹ - for å engasjere seg i behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere er at dette blant annet dreier seg om å stille opp i en meget heftig kulturkamp. Denne kampen står mellom rus- og gateholdninger, og de krefter i personen som ønsker et mer verdig liv og utforskning av egne muligheter. I denne kulturkampen kan rusepisoder og rusmiddel-misbruk under behandlings- og rehabiliteringsprosessen være bevis på hvor vanskelig det er å unngå å ruse seg igjen, til tross for oppriktig strev med å opprettholde sin beslutning om å slutte å ruse seg og å endre miljø og livsform. Rusepisoder kan dessverre også være en manifestasjon av at man egentlig ikke har fattet en helhjertet beslutning om å slutte, og derved lurert seg selv eller andre til å tro at man arbeider mer med dette enn man egentlig gjør.

I 1970- og 80-årene ble det i institusjonsapparatet svært ofte stilt absolutte krav om rusfrihet mens man var i behandlings- eller rehabiliteringsprosessen. De som arbeidet med spesielt tunge stoffmisbrukere, modererte dette gjerne noe. For eksempel så man gjerne noe annerledes på rusepisoder under permisjoner, fordi vedkommende da lettere kunne bli fristet, ofte gjennom å møte gamle venner. Enkelt kunne også godta én rusepisode uten at det medførte utskrivning, eventuelt gi en viss spærretid ved gjentakelser:

⁹ Tjerstrand, Janssen og Engen 1998

Fra regelorientering til individ- og sykdomsorientering
Den holdningen man den gang hadde, beskrives gjerne som regelorientert. Man hadde et opplegg som stort sett var likt for alle og en hovedlinje for reaksjoner ved rusepisoder, med muligheter for noe variasjon ut fra den enkelte elevs grad av belastning, ressurser og den situasjonen eleven var i.

I 1990-årene og inn i det nye tusenåret er regelorientering "umoderne" og erstattet med mer individalisert tilnærming. Når regel-orienteringen er forlatt, er dette faglig sett godt begrunnet. Stoffmisbrukere er i ulike livssituasjoner, og har ut fra personlighet og erfaringer ulikt ressursnivå og ulik grad av innsikt i egen situasjon og i verden rundt seg. I dagens situasjon med større aldersspredning enn tidligere, økt andel misbrukere med betydelige psykiske problemer og økt antall fysiske syke og nedkjørte personer, er det i dag større behov for individuelle løsninger, tilnæringer og eventuelle sanksjoner. Regelorienteringen hadde likevel sine positive sider. Det var blant annet forholdsvis lett å være konsekvent og rettferdig, fordi man hadde en hovedlinje med relativt beskjedne variasjoner ut fra individuelle hensyn. Det var også lett å holde fanen om rusfrihet høyt, fordi man i de fleste tilfeller hadde regler som forutsatte lite eller ingen rusing.

Vi ser altså en stadig dreining mot en mer individ- og sykdomsrettet årsaks- og forståelsesmodell med hensyn til misbruk. Dette er ikke udelt negativt, og Tyrilli har helt fra det igjen ble aktuelt på 1990-tallet stilt seg positive til legemiddelassistert rehabilitering av misbrukere. Likevel ser vi sentrale momenter ved dette som i dagens debatt belyses og problematiseres i altfor liten grad. For dersom man definerer heroinmisbruk som en sykdom og et rent medisinsk problem,

så kan det i ytterste konsekvens brukes som en biologisk "aksept" for misbruk. Misbrukerens handlinger kan altså ses som styrt av indre, kroppslige betingelser utenfor individets kontroll. Dette kan igjen føre til at man bare forsterker stoffmisbrukernes allerede veteblerte tendens til å fraskrive seg alt ansvar for egen situasjon og egne handlinger.

Slik ser vi at en overdreven fokus på stoffmisbrukets medisinske aspekter kan føre til utilsiktede konsekvenser som kan tenkes å virke negativt inn på den øvrige sosiale rehabiliteringsprosessen. Dette kan igjen vanskeliggjøre andre behandlingsintervensjoner og tiltak som krever en viss egeninnsats fra pasientens side, slik at de helhelige behandlingresultatene påvirkes i negativ retning.¹⁰ Dette vil i størst grad sannsynligvis ramme de yngre misbrukergruppene, da lengde på misbruket i stor grad henger sammen med individets evne og mulighet til endring og rehabilitering. Et tankekors med hensyn til dette er at man de senere år har sett sterk vekst i misbruket blant de yngste brukergruppene,¹¹ noe som kanskje er det mest bekymringsfulle ved dagens narkotikasituasjon. Blant annet økte antall misbruksrelaterte dødsfall i aldersgruppen 15 – 20 år fra 1 i 1996 til hele 29 i 2000.¹²

En åpenbar fordel med den individualiserte tilnærmingen er imidlertid at en del problemstillinger som mer og mer viser seg å være av sentral betydning for en vellykket rehabilitering, er kommet mer i fokus, slik som individuelle styrker og ferdigheter, familieproblematikk, psykiske problemer, spiseforstyrrelser, aggresjons- og sjalusiproblematikk,

¹⁰ Se bl.a. Hansen&Jansen 2000

¹¹ SIRUS 2001, tab. 1.1.3 – 4

¹² SIRUS 2001, tab. 7.3

selvsikkerhet og svekket selvbylde. En individualisert tilnærming stiller også større krav til vurderinger og derved til faglighet. Har man ikke stor tillit hos elevene og et godt gruppemiljø, beveger man seg inn i et område der elever kan oppfatte det som skjær som urettferdigheter og "tynnetillegg" og derved bidra til oppgittethet og til å heve frustrasjonsnivået.

Å plassere misbrukere i en sykdomsmodell er altså ikke så uproblematisk som mange gir uttrykk for i dagens debatt, i hvert fall ikke dersom man samtidig ønsker og/jeller krever at misbrukeren gjennom mer utvidet sosial og psykologisk rehabilitering skal evne å ta mer ansvar for egen situasjon og handlinger. Begrepet "et normalt liv" er en gjenganger i debatten omkring legemiddelassistert rehabilitering, men vi vil på vår side hevde at nettopp det å evne å ta ansvar og kontroll over eget liv er en avgjørende forutsetning for hva som vanligvis legges i dette begrepet. Det største tankekorset med individualiseringen er altså at man lett kan komme farlig nær å bli uklare i forhold til kulturkampen – kampen om hvorvidt det er fortsatte rusholdninger eller rehabilitering som er målet med den jobben vi gjør.

Formelle og uformelle lederskap i elevgruppa

Bli frekvensen av rusepisoder og negative og destruktive holdninger og handlinger høy, blir det ikke bare et spørsmål om hvor grensen for rusing og rusholdninger skal settes, men et mer fundamentalt spørsmål om vi er i ferd med å tape kulturkampen og la de negative kreftene i elevgruppa overta arenaen. En behandler, miljøarbeider, arbeidsleder eller lærer er avhengig av å fremstå som en lederfigur i elevgruppa, og å klare å formidle sitt budskap på en måte som påkaller interesse og fremstår som noe spennende og positivt. Skal endring eller læring oppnås, må man "vinne slaget" om oppmerksomhet og

om at det man formidler er noe å høre på og ta til seg. Siden rusprat og rusatterf er det som i størst grad holder stoffmisbrukerne fast i narkoman- og gateholdninger, er dette formidlerens største fiende. Er gruppa preget av gateholdninger, vil uformelle ledere i elevgruppa være de som i praksis har lederskapet og påvirkningskraften overfor de andre elevene. Elvenes forhold til den ansattes budskap vil da gjerne preges av mangel på engasjement, forståelse, "utstillingsversjoner", eller mer eller mindre åpenlys konkurranse om oppmerksomhet og makt.

Bruk av rusmidler - som opiat, alkohol og benzodiazepiner, dels også manipulering med metadoninntaket mens man er metadon-assistert rehabilitering - har også i MARTY vist seg å være et betydelig problem. Forventningene fra Tyrillis side om intet eller minimalt bruk av andre rusmidler var nok for optimistisk. Likevel har praksis vist det faktisk, som også understrekes fra MARIO, at metadon kun hjelper på opiat- og forhindrer rusvirkning ved eventuelt inntak av opiat, og ikke virker på lyst og forbruk av andre rusmidler.

Selv om det korrigeres for den tidligere nevnte overfokuseringen som skyldes kombinasjonen av rus og karakteravvik, er oppsummeringen at elevene i prosjektet har ruset seg mer enn regnet med på forhånd. Det har likevel vært store individuelle forskjeller fra elev til elev. Noen har ruset seg svært mye og også stått for en ruskultur, ved at de har møtt ruset på Tyrillisenteret og benektet rusingen når de har blitt konfrontert med det. Andre har ruset seg svært lite, med sjeldne rusepisoder og moderat inntak. I noen tilfeller kan det se ut til at metadonet og kontrollregimet rundt inntak kan "trigge" rustrang og opprettholde eller gjenopprette en slags

kontakt med ruslivet og med pasientstatus, ikke minst i startperioden og de første månedene deretter.

Opptrappingsperioden, der de fleste er noe ruspregel, ser - som tidligere påpekt - ut til å opprettholde kontakten med ruslivet, og vi ser at det skal en del til for å bryte dette. Usikkerhet om hvorvidt ruspreg skyldes metadon, doseringsproblemer eller inntak av andre rusmidler - førte nok for MARTYs vedkommende til en altfor defensiv holdning i det første året av prosjektperioden. En følge av dette ble at flere av elevene utnyttet denne usikkerheten til å øke rusfrevnsen, med de negative følger dette fikk for miljøet generelt og mulighetene for uformelle lederskap med gatekulturholdninger i elevgruppa. Ikke minst førte dette en periode til betydelige negative allianser på fritiden, med rusing og kunnskaper om hverandres rusing som dannet en felles front mot forsøk fra ansatte i prosjektet på å komme til bunns i problemene.

For Tyrill er dette erfaringer som understreker et særdeles viktig poeng, nemlig at elever i metadonassistert rehabilitering må møtes som andre elever - og med de samme metoder. Bruk av rusmidler må tas mer på alvor og bekjempes med metoder behandlingsapparatet har utviklet gjennom 20-30 år. De er ikke alltid like effektive, men svært mye bedre enn å stå på sidelinjen og håpe på at metadon skal gjøre undre på andre områder enn der den faktisk virker - og i verste fall bli tilskuer til det som skjer og ikke aktivt påvirke.

5. INTEGRERING AV MARTY-ELEVER VED TYRILISENTERET OG I ANDRE ORDINÆRE ELEVFELLESKAP

En ting som har stått sentralt i debatten omkring metadon og andre legemidler til behandling av misbrukere, er i hvilken grad det er hensiktsmessig å "blande" misbrukere med og uten medikamenter i samme tiltak. Flere i det medikamentfrie behandlingsapparatet ga tidlig uttrykk for at dette ikke ville være heldig. Etter hvert kan det likevel virke som om selv de mest ihuga motstanderne har innsett at medikamentell behandling er kommet for å bli, og dermed begynt å tilrettelegge sine tiltak deretter. Tyrilli var her tidlig ute med å ta standpunkt for at dette ikke nødvendigvis trengte å være et problem. Enkelte av de som kom med da MiO startet i 1994 var tidligere Tyrilielever, og det falt derfor naturlig å opprettholde kontakten man fra før hadde med disse. I midlertid innså man etter hvert at både rehabiliteringsmulighetene og behovene til en del av de eldre gjengangerelvene (både med og uten metadon) skille noe seg fra den øvrige yngre elevmassens. De hadde ofte flere lange behandlings-sekvenser i Tyrilli bak seg, men med det fellestrekk at de likevel ikke mestret en ordnet og rusfri tilværelse på egenhånd etterpå.

Erfaringsmessig blir det blant pasienter i tradisjonelle metadoniltak mye fokus på metadonet som medikament, dets effekt og dosering. Misbrukerne har gjerne sky høye forventninger til medikamentets helbredende effekt og innvirkning på livssituasjonen, noe som nok også til en viss grad forsterkes av disse tiltakenes medisinske profil og fokus. Det oppstår gjerne en overfokusering på egen, ofte også medpasienters, dosering – og egne problemer blir i stor grad

relatert til forhold ved den medisinske behandlingen. Dette fører lett til at pasientene relaterer misbruk av andre rusmidler til mangelfull dosering fremfor å ta tak i egne holdninger, motivasjon og ansvar.

I Tyrilli har vi sett på metadon som et redskap i rehabiliteringen, på linje med for eksempel bruk av tvang. Dette medfører at vi ønsker å behandle elever i metadonassistert rehabilitering på samme måte som vi behandler andre elever. Likevel valgte vi i starten av prosjektet å ha egne grupper og fritidsopplegg for metadonelever - ut fra en tankegang om at gruppen utførte et eget prosjekt, men også ut fra at vi antok at denne gruppen hadde noen helt spesielle behov som gjorde det nødvendig å ha egne grupper for dem. I ettertid er vurderingen at dette nok førte til at gruppen ble ansett som mer spesiell enn den behøvde å bli. Temaer som bivirkninger, doseringer, generell atferd, om man var ruset eller om man bare var "sliten," fikk stor plass i grupper og samlinger.

Et skritt vi har erfart er nødvendig for å minimere problemene ved å integrere metadonelever i medikamentfrie fellesskap er å aktivt styrke de ansattes kunnskap og kompetanse omkring metadon- og legemiddelassistert rehabilitering, slik at det ikke også for dem blir noe mystisk og fremmed. Dersom de ansatte anser metadon som et mer eller mindre uønsket fremmedelement i fellesskapet, vil det naturlig nok ikke lykkes særlig godt å skape et positivt og konstruktivt miljø for alle. Elevene bør også i størst mulig grad informeres, da spesielt om at alle elevene har de samme forpliktelser og muligheter i fellesskapet. Det bør understrekes at metadonelever stiller på lik linje med alle andre, og ikke skal

ha noen form for særbehandling eller særrettigheter for eksempel i forhold til rusing eller annen "userios" atferd.

For noen kan det se ut til at selve rutinene knyttet til metadonbruken utgjør et problem i rehabiliteringen. Noe av elevenes opposisjon mot utdelings- og kontrollrutiner er utvilsomt grunnnet i at de vil unndra seg kontroll for å kunne ruse seg mer. Likevel ser det ut til at disse rutinene i seg selv kan bidra til å holde enkelte nede i forhold til å se på seg selv som "normalt" nok fungerende til å klare seg i samfunnet. Når de ruser seg ved siden av metadonbruken, er bi- og sidevirkningene av metadon for mange "en pølse i slaktetiden". Når de har vært rusfrie i en lengre periode, blir mange imidlertid mer opptatt av de ulike bi- og sidevirkningene som reelle problemer. Dette er gjerne ting som svettingen når de deltar i sosiale aktiviteter, turer eller fysisk trening, noen får følelsen av ikke å være helt engasjert i omgivelsene, noen opplever sviktende seksuell lyst og noen føler seg "daue" og litt på siden av seg selv. Noen opplever et så stort ubehag av de fysiske og psykiske bivirkningene at de etter hvert tenker på å slutte med metadon.

For behandlere blir det viktig å ta slike vurderinger på alvor og å støtte opp om det endelige valg eleven tar, og om mulig følge opp videre med mer "gammeldagse" og tradisjonelle metoder. Velger eleven å stå i metadonprogrammet i år etter år, er det vanskelig å se at dette er noe stort problem. I den norske tradisjonen med svart-hvitt tenkning, er det vel heller slik at metadon er bra for mange, men ikke for alle.

Som en følge av de erfaringene vi har med elever som har ruset seg mye, spesielt i starten av oppholdet i MARTY, er det inngått en avtale med Tyrillis øvrige enheter som innebærer at

alle nye elever - etter opptrappingsperioden - kan hospitere en periode på inntil 2-3 måneder i et av Tyrillis ordinære levesteier. Dette for at elevene skal få en lengre skjermet periode i et tettere fellesskap før de starter på senteret, og for at elevene skal få en bedre tilhørighet og innføring i hva Tyrilli står for. For mange elever har dette vært en god og viktig periode når et gjelder motivasjon for rusfrihet, tro på endring og på å nå mål.

Påvirkning av medelever

Det som ofte skjer når elever i metadonassistert rehabilitering tas inn i en institusjon der det hovedsakelig drives medikamentfri behandling, kan belyses ved å beskrive det i faser:

Før elever i metadonassistert rehabilitering tas inn, er andre elever gjerne skeptiske. Vanligvis er dette grunnnet i usikkerhet knyttet til mangel på kunnskap, rykter om useriøsitet og mye rusing, men også misunnelse - ikke minst fra dem som eventuelt selv ønsker metadonbehandling. Misunnelse pasienter i mellom er som tidligere nevnt heller ikke fremmed innad i rene metadonitak, muligens fordi den enkelte dosering bestemmes individuelt - og fordi det er enkelt å henge seg opp i noe så konkret som at noen "får mer enn meg". Også i misbrukerkulturen ser man stor fokus på måling, veing og mengde - for mange misbrukere overskygger redselen for "ikke å få nok" alt annet, til og med redselen for overdose og død.¹³

Det er derfor mulig å se på denne misunnelsesproblematikken i lys av kulturkampen; kampen mot misbrukerkulturen og misbrukerkulturens symbolspråk. Den elev som har hatt et

¹³ Tjerstrand, Janson og Engen 1998

ærlig oppgjør med misbruker-kulturen og i større grad tatt inn over seg normalsamfunnets norm- og verdsett, vil ha liten grunn til å misunne en person som har metadon. Vedkommende vil da sannsynligvis tydeligere se at det å være avhengig av metadon er en mindre ideell løsning enn det å kunne klare seg uten – og heller være glad for at han/hun kan klare seg uten. Men det er viktig at man er oppmerksomme på at for elever som *ikke* har kommet så langt i sin selvutvikling og rehabilitering, vil metadonet kunne symbolisere det mest sentrale i misbrukerkulturen - nemlig rusen. Metadoneleven får en substitutt for rusen, mens de mindre privilegerte ikke får noe. Med misbrukerens øyne er det ikke så varskelig å se urettferdigheten i dette.

Vi kan derfor si at med metadonelevens inntreden på arenaen, så har faktisk misbrukerkulturen kommet nærmere inn på hverdagen i alle våre fellesskap. Ikke så mye i form av reell rus, men mest i kraft av metadonets symbolikk og elevens reaksjoner og holdninger til den. Kulturkampens arena er derfor forflyttet noe, fra å være mellom Tyrili og elevene til også å utspille seg i relasjoner mellom ulike "typer" elever. Det er derfor viktig å være bevisst på de spenningsfelt som kan oppstå, og aktivt motarbeide disse i fellesskapet.

Etter at elever som er i metadonassistert rehabilitering har vært ved institusjonen/tiltaket en tid, normaliseres forholdene noe, og de blir sett på mer individuelt slik tilfellet er med andre. Regimene rundt metadon opprettholder likevel ett visst skille. For Tyrilis vedkom-mende er det nok også slik at elever på metadon reelt sett er en slags "verstingsgruppe", fordi de gjennomgående er noe eldre og har flere års fartstid i ruslivet enn gjennomsnittet. Dette bidrar til å opprettholde ett visst spesielt fokus på metadongruppa.

Etter hvert vil vel en tredje fase bli at alle elever sees på på lik linje. Det vil sannsynligvis bli mer naturlig å tenke at noen trenger metadon som en hjelper i rehabiliteringen, og noen trenger andre typer profesjonell bistand for å gjøre noe med for eksempel spise- eller aggresjonsproblemer, personlighetsforstyrrelser, angst, depresjon eller selvblide.

Tyrilhaugen

I dag er Tyrilhaugen ved Lillehammer den enheten som er blitt tilpasset den noe eldre brukergruppens behov og muligheter. Ved siden av en kortidsenhet finnes også en langtidsenhet med mer selvstendige boenheter, såkalte velleiligheter, og mer produksjons-rettede arbeidsplasser både på stedet og i nærmiljøet. De driver hugst og salg av ved, salg av hundefor til kenneler, hundekjøpere og andre storforbrukere, produksjon av hundesokker til hundekjøring, snekker- og møbelverksted, produksjon av klatrevegger og klatreutstyr for Tyrili Klatresystemer (TKS), samt ekstern catering og kantine drift i et industri- og næringsområde i Lillehammer. Dette for å gi folk mulighet til å leve mest mulig selvstendige og normale liv, men likevel til en viss grad befinne seg innenfor Tyrili's trygge rammer av fellesskap og rusfrihet. De såkalte velplassene er gjerne ikke tidavgrenset og mindre økonomisk belastende både for Tyrili og det offentlige. Flere av vel-elevene har egne inntekter, enten fra arbeidsinntekt, attførings- eller rehabiliterings-penger. På Tyrilhaugen bor og arbeider det til enhver tid en "blandet" elevmasse, altså både med og uten medikamenter.

Organisering av Tyrilssenteret nå og i fremtiden

Det faktisk at Tyrilssenteret på Tøyen i Oslo skal fylle mange og til dels svært forskjellige behov, fra kommersiell drift av konferanse- og klatsenter til ansvar for elever med omfattende oppfølgingsbehov, har tvunget fram en diskusjon om hvordan senteret skal organiseres i fremtiden. Mens MARTY først ble organisert som et helt særegent prosjekt, førte erfaringer til at dette ble tonet ned og disse elevene integrert i helheten ved Tyrilssenteret. Vanskeligheter med dette, som for eksempel eksponering av rusede elever for kunder i konferansesenteret, har ført at Tyrili nå i fremtidsplanleggingen av senteret tilrettelegger for en atskilt dagenhelhet for 20 elever i metadonasstert rehabilitering, eller andre elever med et tilsvarende oppfølgingsbehov. Rehabiliteringsperspektivet og arbeidsstillingen får her en mindre sentral plass i hverdagen, selv om den fortsatt blir et viktig element. Det vil bli lagt opp til mer vektlegging av grupper, mer fellesskap, mer strukturert individuell oppfølging og vekt på å styrke basale ferdigheter som matlaging og botrening. Etter et halvt til ett år kan disse elevene så søke seg inn i ordinær arbeidstrening ved senteret – som ved kafé, konferanse, klatsenter, intern Tyrili-utdanning eller annen ordinær skolegang utenfor Tyrili.

I løpet av 2002/03 starter en ombygging og utvidelse av Tyrilssenteret med bygging av tilknyttede boenheter, samt større klatsenter og modernisert konferansesenter. Bruken av boligene er ikke helt avklart, men boenhetene gjør at tilbudet blir mer komplett ved at senteret kan tilby bormuligheter for blant annet "stifinnere"¹⁴ fra Oslo Fengsel og andre elever

¹⁴ Tyrili har siden 1992 i samarbeid med Oslo Fengsel drevet en egen avdeling i fengselet, "Stifinner'n", for innsette som er motivert til å jobbe med sine rusproblemer. De starter da opp en behandlingsprosess på 6 - 8 mnd. i fengselet, for så å overføres til soning i behandlingssituasjon etter Fengselslovens §12.

med behov for skjermet botrening for en periode. Vi håper på denne måten å gjøre Tyrilssenteret til en konstruktiv og utviklende arena for alle elever tilknyttet Tyrili, uavhengig av om deres rehabilitering er basert på bruk av medikamenter eller ikke.

6. METADON - nytting verktøy i behandling eller rettighet i form av ubetinget helseshjelp?

Hva er metadon? Dette spørsmålet har vi stilt tidligere for å beskrive hva slags legemiddel metadon er, og hvilke egenskaper det har som gjør det nyttig i bruk til heroinavhengige. Siden vi per i dag også har tatt i bruk andre legemidler til denne målgruppen, er det kanskje mer nærliggende å spørre *hva er legemiddelassistert rehabilitering?* Som tidligere nevnt har motstanden mot bruk av medikamenter som direkte ledd i behandling av rusmiddelavhengighet vært stor i Norge, spesielt gikk debatten ganske så hett for seg både innad i fagmiljøene og i media på begynnelsen av 1990-tallet. Helt i begynnelsen handlet det til en viss grad om bruk av medikamenter i det hele tatt skulle aksepteres, men det heteste tema ble etter hvert, og er fremdeles, hvordan metadon og andre medikamenter skal defineres og brukes.¹⁵

Om å nekte syke mennesker retten til livreddende medisin...

Enkelte hevder, spesielt det vitenskapelige miljøet omkring Institutt for Kriminologi ved Universitetet i Oslo, at metadon må ses på som livsnødvendig helseshjelp på linje med for eksempel insulin.

"Samnelig heldig at sultesyke-pasienter ikke må gjennom samme prosedyre for å få sin insulin (...)"

hevder Nils Christie og Aslak Syse, og sikter med dette til at metadon bør kunne foreskrives uten betingelser av allmennleger i tråd med helselovgivningens regler om rett til

nødvendig helseshjelp – fremfor gjennom spesialiserte statlige sentre. De argumenterer for at det er absurd å kriminalisere det de betrakter som syke og lidende mennesker, og at ubetinget tilgang på metadon eller subutex vil gjøre mange av dem i stand til å

*"(...) få et ordnet dagtilv, og en mulighet til å skaffe seg og holde på et arbeid, etablere vennskap og ha et mer alminnelig familieliv, og med færre helseskader."*¹⁶

Det argumenteres altså for å gi stoffmisbrukere en statusendring fra det å være kriminelle og "syndige" til å være ordinært syke på linje med for eksempel diabetespasienter. Dette er også et viktig poeng i Evy Frantzens bok "Metadonmakt" – hvor misbrukerne i stor grad gjøres til offer for en umenneskelig politikk, og hvor spesielt betingelsene omkring inntak i metadonbehandling (og ikke minst betingelsene for å *forbli* i behandling) brukes som et kynisk maktmiddel overfor en fra før makesløs og utslått gruppe. Frantzen underbygger blant annet sine argumenter ved å vise til flere eksempler på misbrukere som hadde metadonkvoter tidlig på 70-tallet, og som da levde tilnærmet normalt med barn og jobb, helt til kvotene ble inndratt og de falt tilbake til illegalt stoffmisbruk, kriminalitet og elendighet.¹⁷

Også fra Tyrillis/MARTYs ståsted ser vi at helsetilstanden blant spesielt eldre misbrukere er alarmerende dårlig, og at de ofte utsettes for dårlig service og oppfølging av helsevesenet – noe som også poengteres av helseminister Dagfinn Høybråten¹⁸. Rusmiddel-misbrukere kan ofte oppleves som plagsomme, skremmende og truende, og de anses gjerne av

¹⁶ Christie&Syse 2001

¹⁷ Frantzen 2001

¹⁸ Høybråten 2002

¹⁵ Se bl.a. Brandsberg-Dahl 2000, Hansen&Jansen 2000

helsepersonell som en vanskelig gruppe å jobbe med. Dette fører ofte til at de føler seg respektløst behandlet, blir avvist eller selv ikke orker å oppsøke legehjelp. Mange velger heller å døyve plagene med økte doser smertestillende og beroligende midler, med den risiko det fører med seg både med hensyn til overdosefare og forverring av de opprinnelige problemene.

Et beslektet problem er at medisinsk behandling ofte krever aktiv oppfølging fra pasientens side, som riktig bruk av medisiner, midlertidig eller permanent endring i livsførsel eller regelmessige oppmøter for kontroll. Dette klarer ofte ikke misbrukere å følge opp på grunn av sin spesielle og til dels kaotiske livssituasjon. Mange frykter spesielt innleggelse i sykehus av redsel for abstinenser, og det er ikke uvanlig at misbrukere skriver seg ut på eget ansvar etter kort tid dersom de skulle være så "uheldige" å bli lagt inn. Det er likevel grunn til å tro at den økte fokus på medikamentell behandling har hatt en positiv effekt også når det gjelder bruk av medikamenter til akutt abstinensbehandling under sykehusopphold, noe som kan anses som et viktig skritt mot et bedre helseilbud til misbrukere.

Spesielt det siste tiårets store økning i overdosedødsfall¹⁹ her i landet er et viktig argument når det gjelder viljen til å tenke nytt om bruk av virkemidler i behandlingen av rusmiddelmisbrukere, og åpne for mer skadereduserende tiltak overfor de mest utsatte misbrukerne. At helsevesenet også har et stort ansvar her er åpenbart, og det er grunn til å håpe at noe av dette vil bli bedre som følge av den planlagte reformen hvor rusmiddelmisbrukere i større grad vil komme inn under

helseovgivning og med det få styrket sine pasientrettigheter.²⁰

Det er likevel et spørsmål om fri tilgang på metadon, subutex eller andre erstattingsmedikamenter er løsningen på disse problemene.

Den norske metadonpolitikken

Den norske metadonpolitikken var i begynnelsen svært restriktiv, med mål om metadonnedtrapping etter få år og full sosial og yrkesmessig rehabilitering for alle. Disse målene viste seg raskt å være urealistiske i praksis, spesiell med tanke på hvilken målgruppe som var målet for behandlingen. Etter hvert så man også en klar utglidning med tanke på blant annet rusmiddelmisbruk og forventninger til rehabilitering. Lenge var praksis ved MIO/MARIO ikke helt i samsvar med de offisielle retningstiltakene, noe som tilsynelatende ble akseptert både fra behandlingstødig og politisk hold. Mye av dette kan tilskrives det politiske klima som rådet under introduksjonen av metadonbehandling i Norge. Prosjektplanen for MIO fra 1992 ble vedtatt med en meget klar rehabiliteringsprofil, noe som stilltende ble akseptert av enkelte sterke motstandere av dette fordi det var det eneste det ville være mulig å få vedtatt. Presset på MARIO tiltok sterkt utover på 1990-tallet, ikke minst fra politisk hold, med hensyn til å øke antall pasienter og redusere de lange ventelistene for behandling – samtidig som metadon fremdeles var en het sak for massemedia. Det faktum at de opprinnelige målssettingene og kriteriene for utskrivelse gradvis ble endret, må også ses i sammenheng med dette.²¹

¹⁹ Se bl. a. Høybråten 2002

²¹ Se bl. a. Brandsberg-Dahl 2000

I dag står fremdeles et helhetlig rehabiliteringssaspekt sentralt i MARIOs program, selv om ansvaret for denne delen av behandlingen ikke hviler på MARIO, men på den enkelte pasients sosialkontor. Vårt inntrykk er at kvaliteten og omfanget av det ikke-medisinske tilbudet til metadonpasientene varierer sterkt, fra å være godt og helhetlig til å være nærmest fraværende.

"Gamlingprosjektet": metadon og skadereduksjon

MARIO satte imidlertid høsten 2001 i gang et såkalt "gamlingprosjekt" – hvor middels og dårlig fungerende pasienter, samt pasienter som har vært i behandling i mer enn 2 år, kan kvalifisere seg til enten å fortsette med en rehabiliteringsprosess i regi av instanser utenfor MAR (gruppe A), eller til å bli overført til daglig og overvåket inntak av metadon, uten annen oppfølging, fleksibilitet i henteordning eller kontroll i form av urinprøver (gruppe B). Begge gruppene overføres til bydel/apotek, men gruppe A har mulighet for fleksibilitet i henteordning og underlegges en viss kontroll gjennom urinprøver. Plassering til de ulike gruppene skjer gjennom kontroll av urinprøver, og for gruppe A kreves overveiende stabilitet og rene urinprøver i kvalifiseringsperioden.

MARIOs mål for dette prosjektet er blant annet å klargjøre at tilbudet ved MAR-poliklinikkene ikke er tidsbegrenset, og prøve ut alternativer til utskrivelse av de dårligst fungerende pasientene. Man håper også på å få frigjort mer ressurser til rehabiliterende tiltak rundt de pasientene som er motiverte for å jobbe med å bedre sin situasjon, fremfor å bruke mye ressurser på "krisejobbing" med dårlig fungerende og lite motiverte pasienter som gjennom lang tid har vist seg ikke å profitere på tilbudene som gis fra poliklinikkene. Den

sistnevnte gruppen består både av pasienter som er så dårlig fungerende at det er urealistisk å tro at de kan nyttegjøre seg annen behandling, og pasienter som rett og slett vil ha i pose og sekk – både metadon og frihet til å ruse seg. Det er denne gruppen som er mest interessant og kontroversiell, da målet overfor disse pasientene er definert som ren skadereduksjon.²²

I praksis vil dette si at man i dag faktisk har mulighet for å gå på metadon mer eller mindre beingelsesløst, bortsett fra at det kreves daglig oppmøte og overvåket inntak på apotek. Dette står i skarp kontrast til at man bare for 10 år siden hevdet at det var helt uaktuelt å bruke metadon i skadereduserende hensikt her til lands.

Hvor står vi – og hvorfor?

Christie, Syse og Frantzen representerer et ytterpunkt i debatten om hvordan man best tilrettelegger MAR/LAR for best mulig å ivareta misbrukernes helse og interesser. Det andre ytterpunktet består av de aktørene på feltet som i større grad ser på medikamenter som et nyttig verktøy i en større rehabiliteringsprosess, og som gjerne hevder at en helt frifitt medikamentfreskriving etter overnevnte modell i stor grad vil kunne forverre misbrukernes situasjon og mulighet til rehabilitering. Tyrilli og MARTY befinner seg i den sistnevnte enden av skalaen. Vi mener det er helt vesentlig at metadonpolitikken, som øvrige behandlings- og rehabiliteringstiltak, er utformet slik at de som tas inn i MAR må strekke seg så langt de har ressurser og muligheter til i retning av et menneskeverdig og rusfritt liv.

²² Welle-Strand m.fl. 2002 / skriftlig info fra Brittelise Bakstad, MAR Bygdøy Allé

I dagens situasjon, der mange misbrukere ikke er "unge studenter" som i 70-årene, men preget av forkommenhet, sykkelighet og liten tro på egne muligheter etter et langt liv i rus, betyr dette i praksis at metadontiltak må representere et bredt spekter av tilbud, fra "rene" skadereduksjonstiltak til tiltak med meget høy rehabiliteringsprofil. Man gjør misbruker-populasjonen en bjørnetjeneste ved å "senke lista" for alle, slik utviklingen i praksis etter vårt syn i for stor grad har gått de siste årene. Dette har skjedd til tross for den offisielle narkotikapolitikens uttalte mål, samt forskning som viser at dersom metadon skal ha noen rehabiliterende effekt må den medisinske behandlingen følges opp med andre sosiale og terapeutiske tiltak, noe også professor Helge Waal i MARIO stadig understreker.²³

Vi mener at Christie, Syse og Frantzens kritikk, som riktignok høres rasjonell ut så lenge fokus holdes på misbrukeres rett til nødvendig helsehjelp, ikke passer til den hverdag vi synes å se i dagens Norge. Den bygger også opp under den dessverre nokså utbredte oppfatning om at metadon er alt som skal til for at slitne og syke misbrukere skal få orden på livet sitt. Dette er også noe mange misbrukere i MAR smertelig har erfart ikke er riktig, og som bidrar til å forsterke nederlagsfølelsen når angst og depresjon ikke forsvinner eller når rustrangen melder seg.

Mange misbrukere kan også virke som å ha problemer med å fatte endelige valg om å endre sin situasjon. De blir derfor lett gående å "suse" i en tilværelse som kanskje er *litt* bedre enn tidligere, men som like fullt er en misbrukertilværelse med alle de byrder dette innebærer både for samfunnet og individet selv. Dette øker også sjansen for manipulering med dosering

²³ Se bl.a. Ball&Ross 1991, Ward m.fl. 1998, St. meld. nr. 16/1996-97, Waal m.fl. 2001

og salg av metadon, slik at den ønskede effekten i form av redusert overdosehyppighet kan forsvinne helt eller delvis.

Dagens misbruksituasjon er ikke som gårdagens, ei heller som morgendagens...

Men hva med Frantzens eksempler på misbrukere som levde normale liv med jobb og barn på 1970-tallet, og som mistet alt når metadonet ble tatt fra dem? Heroinet kom først til Norge midt på 1970-tallet, og før den tid var morfin det opiatet som i størst grad ble misbrukt. I denne perioden hvor det ble skrevet ut metadon var en langt større del av misbrukerne *rene* opiatmisbrukere, det vil si at de hadde lite eller ikke misbruk av andre rusmidler ved siden av. Det "lunge" misbruket var fremdeles et relativt nytt fenomen her i landet, og både misbrukerne og misbrukermiljøene var helhellig sett mindre belastet enn det som er tilfellet i dag.

Det er av den grunn rimelig å anta at opiatmisbrukerne på 1970-tallet derfor hadde en kortere vei tilbake til normalsamfunnet enn dagens metadonsøkere. En grunn til at mange likevel forble i misbruk og mislyktes i ulike rehabiliteringsforsøk kan være at misbruk og misbrukerkulturen tidlig på 70-tallet var sterkere forankret i en konkret politisk og kulturell bevegelse, nemlig hippie-kulturen med slagord som peace&love og flower power.

Misbrukerne som var med i Dole og Nyswanders metadonforsøk tidlig på 1960-tallet var også hovedsakelig *rene* opiatmisbrukere uten alvorlig psykisk eller fysisk tilleggsproblematikk.²⁴ Resultatene fra den gang kan derfor vanskelig brukes som mal for dagens situasjon. For en person hvis misbruksproblemet kun er knyttet til morfin eller heroin, og

²⁴ Ball&Ross 1991:1

som fremdeles lever et relativt normalisert liv uten større problemer av sosial eller psykologisk art, vil metadon ofte være et effektivt virkemiddel i seg selv. Medikamentell behandling kan i slike tilfeller være det eneste riktige virkemiddel, fordi vedkommende ofte ikke trenger den type behandling som det medikamentfrie behandlingssapparatet tradisjonelt tilbyr. De vil erfaringsmessig ofte klare seg bra uten behov for annen tilleggsbehandling. Snarere tvert i mot kan økt behandlingssinnsats overfor denne type misbrukere føre til at de føler at de får en uønsket misbrukeridentitet "tredd nedover hodet". Denne misbrukertypen finnes selvfølgelig også i dag, men de er såpass fåtallige at de ikke har noen plass i de mer helhetlige narkotikadiskusjonene.

Fra midten av 1980-tallet og frem til i dag har misbrukermønsteret her i landet bare blitt mer og mer preget av såkalt blandingsmisbruk, med spesielt økning i misbruk av vanedannende medikamenter og sentral-stimulerende midler. De rusmiddelmisbrukerne som i dag kvalifiserer til metadonbehandling er i svært liten grad rene opiatmisbrukere, men har en sammensatt og svært tung misbruksproblematikk. De er også i stor grad preget av et marginalisert liv på samfunnets skyggeside, og mange har levd som kriminelle og prostituerte på "utsiden" av det konvensjonelle samfunnet i mange år. Svært mange av disse er blant annet avhengige av noe så basalt som elementær botrening før de i det hele tatt blir i stand til å ta vare på seg selv og en liten leilighet eller hybel, samtidig som generell oppførsel og fremferd tilpasset et tøft misbrukermiljø langt fra er forenlig med hva som forventes i en "normal" livsførsel. Vi vil derfor hevde at når denne gruppens hjelpebehov beviselig er så omfattende utover den rent biologiske og medisinske avhengigheten, så vil det å overfokusere på metadon eller andre medikamenters effekt

bare ytterligere svekke denne gruppens hjelpetilbud og muligheter for å skape seg en mer ordnet tilværelse.

Stadig yngre grupper av unge begynner å eksperimentere med narkotika, også grupper som er svært ulike de tradisjonelt mest utsatte ungdommene med vanskelig sosial bakgrunn. Det har de senere årene også dukket opp flere nye kjemiske og syntetiske rusmidler, og det er liten grunn til å tro at misbrukssituasjonen og misbruksmønsteret ikke vil endre seg ytterligere i fremtiden. Også blant ungdom ser man nå raskt tendenser til blandingsmisbruk. Spesielt for brukere av ecstasy og annen såkalt "partydop" registreres en urovekkende rask overgang fra "uskyldig" helgerusing til tyngre stoffer, medikamenter og sprøytebruk for å "lande" etter helgens utskjelser. Denne misbruker-gruppen har de senere årene blitt synlig spesielt innenfor det psykiatriske hjelpeapparatet, da de misbrukte stoffene relativt raskt kan gi alvorlige bivirkninger av psykisk karakter. Og siden medikamentene som finnes i dag hovedsakelig er rettet inn mot opiatavhengige,²⁵ vil en for stor fokus på sykdomstenkning og medikamenter også kunne føre til at behandlingstilbudet for misbrukere uten opiatproblematikk blir svekket.

Disse nye brukergruppene, deres holdninger og rusmønster er der rustaglige feltets hovedutfordring – en utfordring som vanskelig kan møtes dersom man ikke også bygger videre på og styrker den kompetanse som allerede er bygget opp gjennom de siste 30 årene i behandlingssektoren. Det er derfor å frykte at dagens unge blir fremtidens store tapere i et behandlingssapparat hvor medikamenter er det første, og kanskje eneste, tilbudet som gis.

²⁵ Hasselgren 2001

Kildehenvisninger:

- Andersen, Britt og Jan Inge Bakke: *Medikamentassistert rehabilitering – er tilbudet i dag bra nok?* Prosjektoppgave, Tyrili Utdanning 2001.
- Ball, John C. og Alan Ross: *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. Springer Verlag. New York 1991.
- Brandtsberg-Dahl, Astrid: *Fra konflikt til konsensus? Fremvekst og utforming av metadonassistert rehabilitering av heroinmisbrukere i Norge på 1990-tallet. i bvs av massemedia, sosiale mekanismer og sosial handlings teori*. Hovedoppgave i sosiologi, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo 2000.
- Christie, Nils og Aslak Syse: "Rusmiddelbruk og nødvendig helsehjelp." *Kronikk, i: Aftenposten* 13.11.2001.
- Frantzen, Evy: *Metadonmakt. Møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk*. Universitetsforlaget, Oslo 2001.
- Hansen, Frid og Ulf Jansen: "Metadonbehandling i Norge: Runaway Train?" *I: Rus & Avhengighet* nr. 2/2000.
- Hasselgren, Staffan: "Läkemedel endast mot heroinberoende." *I: Alkohol & Narkotika* nr. 5/2001.
- Høybråten, Dagfinn: "Rusmisbrukernes helse bør bli statens ansvar." *Kronikk, i: Aftenposten* 04.02.02.
- Lorimer, Debby og Randi Dalsaune: *Ta det som en kvinne. Erfaringer fra arbeidet med jentene og kvinnene på*
- Tyriltunet*. Tyrili skriftserie nr. 2, Tyrili Forskning og Utvikling 2000.
- Rusmidler i Norge 2001*. Staten institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) 2001
- Stortingensmelding nr. 16/1996-97. *Narkotikapolitikken. Sosial- og helsedepartementet*.
- Tjersland, Odd Arne, Ulf Jansen og Gunnar Engen: *Våge å leve*. Universitetsforlaget, Oslo 1998.
- Waal, Helge, Olof Blix, Aud Krook og Harald Olsen: "Bruk av metadon i behandlingen av opioidavhengighet." *I: Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 2/1999.
- Waal, Helge, A. Krook, G. Welle-Strand, O. Espegren, R. Hole, K.B. Lazaridis, M. Sandvold, S. Moen og T. Høiseth: "En nasjonal modell for medikamentassistert rehabilitering av opiummisbrukere". *I: Tidsskrift for den Norske Lægeforening* nr. 19/2001.
- Waal, Helge: "Hva slags narkotikadebat trenger vi?" *I: Aftenposten* 06.03.02
- Ward, Jeff, Richard P. Mattick og Wayne Hall (red.): *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Press, Amsterdam 1998.
- Welle-Strand, Gabrielle, Hege Kornør og Dag Sørum: Presentasjon av "ganlingprosjektet" i MAR Bygdøy Allé. *Leangkollensseminaret*, 2002.