



International Research Institute of Stavanger

www.irisresearch.no

Terje Lie og Sverre Nesvåg

**Betydningen av ulike psykososiale
tiltak i rehabiliteringen av
opiodavhengige i
substitusjonsbehandling – en
kunnskapsoppsummering**

Rapport IRIS - 2006/161

Prosjektnummer: 7202015
Prosjektets tittel: Betydningen av ulike psykososiale tiltak i rehabiliteringen av
opiodavhengige i substitusjonsbehandling – en
kunnskapsoppsummering
Oppdragsgiver: Sosial- og helsedirektoratet
Forskningsprogram:
ISBN: 82-490-0459-0
Gradering: Åpen

Stavanger 04.09.2006

Terje Lie 04.09.06
Prosjektleder

Amund Aakerholt 04.09.06
Kvalitetssikrer

Gottfried Heinzerling 04.09.06
Senterleder
(Samfunns- og næringsutvikling)

Forord

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har IRIS gjennomført en kunnskapsoppsummering av effekter av psykososiale tiltak for opioidavhengige i substitusjonsbehandling. Kunnskapsoppsummeringen bygger på norsk og internasjonal forskningslitteratur, publisert i rapporter, bøker og vitenskaplige tidsskrift.

Vi vil takke Sosial- og helsedirektoratet for et interessant oppdrag og samtidig takke de ansatte ved biblioteket ved SIRUS, som har gitt oss meget god service i arbeidet med å skaffe fram den aktuelle litteraturen på kort varsel.

Stavanger,

Terje Lie, prosjektleder

Innhold

1 INNLEDNING.....	4
1.1 Hva er substitusjonsbehandling.....	4
1.2 Målsettingene med behandlingen.....	5
1.3 Pasientkarakteristika og faser i behandlingen.....	6
1.4 Psykososiale tiltak: innhold og intensitet	6
1.5 Metode.....	8
2 PSYKOSOSIALE TILTAK I NORSK LAR.....	10
2.1 LAR i Norge.....	11
2.2 LAR i kost/nytte-undersøkelsen, SIRUS.....	12
2.3 LAR i Sandnes kommune.....	13
3 EFFEKTER I FORHOLD TIL RUS OG KRIMINALITET	14
3.1 Tiltak for å rekruttere til vedlikeholdsbehandling.....	14
3.2 Stoff-Kriminalitetsdimensjonen (SK-dimensjonen).....	15
3.3 Studier med vilkår knyttet til behandlingen.....	17
4 EFFEKTER I FORHOLD TIL FYSISK OG PSYKISKE HELSE OG SOSIAL FUNGERING (BPS-DIMENSJONEN).....	18
4.1 Gradering av kunnskapsgrunnlaget.....	18
4.2 Studier basert på erfaringer spesielt fra USA	18
4.3 Danske studier.....	22
5 EFFEKTER I FORHOLD TIL ARBEIDSREHABILITERING.....	26
5.1 Omfang og generell effekt av tiltak for arbeidsrehabilitering	26
5.2 Effekter av spesifikke program.....	29
5.3 Prediktorer for arbeidsdeltakelse.....	30
5.4 Behov for differensiering.....	31
6 KONKLUSJONER.....	32
7 REFERANSER.....	34
APPENDIX 1 DANSKE ANBEFALINGER.....	38

1Innledning

Substitusjonsbehandling med metadon har sin historie tilbake til 60-tallet, selv om metadon som smertestillende middel ble oppfunnet under 2.verdenskrig. Allerede i den første klassiske studien om bruk av metadon i behandling av opioidavhengige (Dole V. and Nyswander M. 1965) ble det slått fast at den viktigste effekten av metadon er at det gir pasient og hjelpeapparat en ny mulighet til å skape større endringer i pasientens liv. Og det er disse endringene de psykososiale tiltakene retter seg mot.

Diskusjonen om hvilken rolle substitusjonsbehandling skal ha i det totale hjelpeapparatet for opioidavhengige, synes å ha omhandlet tre tema: 1. det etiske spørsmål om samfunnet skal tilby et erstatningsstoff for heroin som ikke rokker ved selve avhengigheten, 2. hvilken praksis for forskrivning en i tilfelle skal tillate, og 3. hvilke psykososiale tiltak og mål for rehabilitering som skal kreves, for at slik behandling skal kunne aksepteres.

Både i Norge og Sverige har det vært en meget opphisset debatt om disse temaene (Frantzen E. 2001; Johnson B. 2005). Etter hvert har likevel selve behandlingsmodellen blitt mer akseptert i begge landene, og nå er det først og fremst tema 2 og 3 som står på dagsorden.

Samtidig er det flere studier som gir mer inngående beskrivelser av hvordan substitusjonsbehandling endrer mange rusmiddelmissbrukeres liv på avgjørende måter (Christiansen P. 2001; Gourlay J., Ricciardelli L. and Ridge D. 2005; Gryt M. 2005; Aaslid F.S. 2003).

På mange plan drøftes nå også hvilke krav og retningslinjer som bør stilles til god substitusjonsbehandling (Brandsberg-Dahl A. and Laneskog J.O. 2002; Kristiansen H. et al. 2006). Denne kunnskapsoppsummeringen er et ledd i arbeidet for å utvikle nasjonale faglige retningslinjer for slik behandling. Substitusjonsbehandlingen i Norge synes altså å være inne i en fase der "alle" er interessert i å utvikle det faglig best mulige tilbudet på grunnlag av det vi i dag har av kunnskap om ulike behandlingsmodeller og tiltak.

1.1Hva er substitusjonsbehandling

Substitusjonsbehandling av opioidavhengige består i å tilby pasienten et medikament som både blokkerer for og erstatter de farmakologiske effektene av opioider pasienten ellers er avhengig av. Medikamentene, her: metadon eller buprenorfin (Subutex) tilbys som substitutt (agonist) for rusmiddelet (heroin og eller andre opioider).

Målet med substitusjonsbehandling er å tilby et erstatningsmedikament som har færre skadelige konsekvenser for den rusmiddelavhengige, enn det bruken av rusmiddelet har. På hvilken måte erstatningsmedikamentet har mindre skadelige virkninger, er imidlertid ikke selvsagt.

Medikamentet endrer ikke selve den nevrobiologiske og psykologiske avhengigheten. Det er heller ikke noe som tyder på at disse medikamentene er mindre direkte fysisk eller nevropsykologisk skadelige. Skadene av langvarig bruk (som substitusjonsbehandling forutsetter) vet vi lite om. I en kunnskapsoppsummering om effekter av rustiltak (NOU 2003:4) sies det for eksempel at ”langvarig bruk av metadon vil (også) kunne ledsages av kognitiv svikt hos pasientene”, uten at det er noen spesifikk referanse til kunnskapskilden for dette.

Den ønskede langtidsvirkningen av å gå over på et medikament som blokkerer og erstatter den farmakologiske virkningen av et rusmiddel, er at pasienten da kan komme over i en ny livssituasjon. Den umiddelbare virkningen av denne overgangen skyldes at

1) medikamentet er lovlig mens rusmiddelet er ulovlig,

2) at medikamentet tilbys på en forutsigbar måte mens tilgangen på rusmiddelet er uforutsigbar og

3) at medikamentet har en lang halveringstid som reduserer antallet inntak mens rusmiddelet har kort halveringstid og må inntas flere ganger i døgnet for å ha den ønskede virkning.

Det vil si at medikamentet har et potensial for å skape en mer stabil livssituasjon uten den kriminalitet som er nødvendig for å kunne bruke et ulovlig rusmiddel. Hva en slik endring i livssituasjon gir for muligheter av bedring av livssituasjon i neste omgang, er et mer åpent spørsmål.

Skal en foreta en kunnskapsoppsummering om hvilke effekter psykososiale tiltak synes å ha for opioidavhengige i substitusjonsbehandling, må en derfor være konkret i forhold til flere dimensjoner ved behandlingen.

1.2 Målsettingene med behandlingen

Internasjonalt er den mest vanlige målsettingen som formuleres for substitusjonsbehandling avgrenset til endring i illegal rusing og kriminalitet. I forhold til måleinstrumentet EuropASI¹ (Blacken P. et al. 1994) vil dette si en endring på stoff og kriminalitetsdimensjonene. Vi vil omtale dette som stoff-kriminalitetsdimensjonen (SK-dimensjonen), nærmere omtalt i kapittel 3. Det er mer uklart hvilke målsettinger som formuleres i forhold til bruk av alkohol (egen dimensjon i EuropASI), og det har også vært stor diskusjon om hvilke målsettinger (eller krav) som skal formuleres i forhold til bruk av andre medikamenter med ”rusvirkning”, som benzodiazepiner. Ofte omtales bruk av rusmidler under substitusjonsbehandling (inkluderte bruk av andre medikamenter med rusvirkning enn metadonen/buprenorfinen) som ”sidemisbruk”. Dette er imidlertid ikke noe godt begrep, og i denne rapporten vil vi bruke begrepet rusmiddelbruk, uten å definere det som bruk eller misbruk i utgangspunktet.

Mange av de internasjonale studiene har som det viktigste effektmålet at pasienten holder seg i substitusjonsbehandlingsprogrammet (retensjon). Det er ulike og ofte uklart

¹ EuropASI er forkortelse for European Addiction Severity Index (EuropASI), et klinisk måleinstrument for belastninger på flere dimensjoner beregnet på personlig intervju med klienter.

hvilke krav til endring eller fravær av rusmiddelbruk, det stilles til pasientene, for at de skal kunne fortsette i programmet. Men mange studier har nettopp endring i forekomst av rusmiddelbruk som et effektmål. Flere studier har også endring i kriminalitet som et tilleggseffektmål. Dette omtales nærmere i kapittel 3.

Et neste ambisjonsnivå for substitusjonsbehandlingen vil være endringer i pasientenes fysiske, psykiske og sosiale fungering (tilsvarende tre dimensjoner i EuropASI). Vi omtaler dette som BPS-dimensjonen (Bio-Psyko-Sosial belastning), se kapittel 4. Selvsagt vil de fleste program for substitusjonsbehandling ønske endringer i pasientenes livssituasjon også på denne dimensjonen. Mange program tilbyr da også hjelp for pasienten til å utnytte det potensial som en mer stabil livssituasjon på SK-dimensjonen (stoff-kriminalitetsdimensjonen) gir for endringer på BPS-dimensjonene. I forhold til den norske konteksten, er de studiene som omhandler program med målsettinger om endring langs disse dimensjonene og som måler effekter av tilbudene også på disse dimensjonene, av særlig stor interesse. Effekter på disse dimensjonene omtales i kapittel 4.

Den mest ambisiøse målsettingen for et substitusjonsbehandlingsprogram vil være målsettingen om at pasienten skal kunne være i stand til å fungere på det vanlige bolig og arbeidsmarkedet. Det er vel dette ambisjonsnivået som oppfattes som en målsetting om rehabilitering. Det er flere studier som omhandler innsatser rettet mot arbeidsrehabilitering av pasienter i substitusjonsbehandling, men ingen om tiltak for å sikre pasientenes ”bo-evne” eller tilgang til det ordinære boligmarkedet. Så lenge vi i Norge har så ambisiøse offisielle målsettinger for LAR², vil spørsmålet om arbeidsrehabilitering være et helt sentralt element i denne kunnskapsoppsummeringen. Effekter på dette nivået omtales i kapittel 5

1.3 Pasientkarakteristika og faser i behandlingen

Ut over opioidavhengigheten, er pasienter i substitusjonsbehandling en svært sammensatt gruppe, både når det gjelder fysisk og psykisk sykkelighet, sosial situasjon og tidligere erfaringer og ferdigheter i forhold til bolig- og arbeidsmarkedet. Pasientenes livssituasjon vil også være forskjellig ut fra hvilken fase av et substitusjonsbehandlingsprogram pasienten er i.

Effekter av tiltak vil da måtte vurderes enten kontrollert for denne variasjonen eller ut fra tiltakenes evne til å tilpasse seg til variasjonen. Vurdering av effekt av tiltak i de standardiserte programmene vil først og fremst kreve kontroll for variasjonen i populasjonen, mens individuelt tilpassede tiltak og program må vurderes ut fra evnen til tilpasning.

1.4 Psykososiale tiltak: innhold og intensitet

Hva som skal regnes som psykososiale tiltak, kan det være mange definisjoner på. I denne sammenheng vil vi bruke en pragmatisk definisjon og inkludere alle tiltak som

2 Legemiddelassistert rehabilitering.

rettes mot opioidavhengige i substitusjonsbehandling, ut over selve den farmakologiske behandlingen. Vi ønsker altså ikke å starte med en bestemt situasjon og så inkludere/ekskludere tiltak og studier ut fra denne definisjonen. I stedet tar vi utgangspunkt i hvilke tiltak, ut over den farmakologiske behandlingen, som faktisk tilbys pasientene/klientene, og så oppsummere hvilke effekter tilgjengelige studier viser at slike tiltak har. Effektene vurderes på bakgrunn av de målsettinger som er formulert, de aktuelle tiltakene og hvilke behandlingsfase pasienten er i.

En kunnskapsoppsummering vil være mest relevant når vi tar utgangspunkt i hvilke psykososiale tiltak som tilbys opioidavhengige i substitusjonsbehandling i Norge. I gjennomgangen av studier fra andre land, vil vi være nøye med å beskrive hvilke tiltak som blir studert (så langt dette er gjort rede for), for at leseren skal kunne vurdere hvor relevant studien er for norske forhold.

Vi har valgt å definere psykososiale tiltak svært vidt:

- tiltak som setter vilkår for fortsatt å kunne være i programmet (negativ forsterkning) – vanligst: ingen (illegal?) rusmiddelbruk
- tiltak som skal stimulere til fortsatt å ville være i programmet med de krav som stilles (positiv forsterkning) – vanligst: kvoter (ta hjem) og økonomiske gevinster
- rådgivning ("counseling")
- gruppetilbud
- psykoterapi
- væresteder
- utdanningstilbud/opplæring
- arbeidstrening og
- oppfølging i bolig/botrening,

I litteraturen varierer intervensjonene/innsatsene en god del, og det er forskjeller innen amerikanske programinnsatser og mellom amerikanske og norsk/ danske innsatser. Intensitet i kontakt har vist seg å være et mulig felles sammenligningsgrunnlag for innsatsene i metadonbehandlingen. En helt presis sammenligning er imidlertid vanskelig å foreta, fordi innsatsene kan variere på ulike måter.

Tabellen under viser innsatsene basert på intensitet, målt ved antall kontakter mellom behandler og klient. Innsatsene vil også kunne beskrives ved andre kjennetegn som antall klienter per behandler, individ- eller gruppetilbud, værested og en rekke andre forhold. Dette skaper selvfølgelig en stor variasjon i typer av innsatser/intervensjoner, noe som også bekreftes i litteraturen. Variasjon mellom ulike programmer skyldes også ulike nasjonale tradisjoner i helse- og sosialtjenesten, trykkesystemer, voksenopplæring, vektlegging på yrkesattføring osv. Denne variasjonsbredden i innsatser og ytre rammebetingelser kan gjøre generalisering av resultater på tvers av ulike forsøk og over en lang tidsperiode vanskelig.

Vi gir her en oversikt med en grovkornet sammenligning av innsatsene i USA, Danmark og Norge.

	Psykososial innsats basert på kontakthypighet per måned			
	Inntil 1 kontakt	2-3 kontakter	Mellom 3 og 8 kontakter	9 kontakter eller flere
USA	M-0	M-Minimum	M-standard	M-enhanced (nye tiltak)
	M-minimum			
Norge	Ikke tillatt	Innstats på laveste nivå, minimum	Standard innsats	Kan være innsats intensitet i innledende fase
Danmark	Finnes	Standard innsats (>1<3)	Utvidet innsats	Ekstra utvidet innsats (mer av samme type tiltak)

Det norske og amerikanske systemet ser ut til å ha like definisjoner når det gjelder standard psykososial innsats, mens dette kalles utvidet innsats i Danmark. Amerikansk utvidet innsats ("enhanced") tilsvarer dansk ekstra utvidet innsats. I Norge kan denne innsatsen forekomme i en innledende fase av behandlingen.

1.5 Metode

Kunnskapsoppsummeringen skulle bygge på forskning på effekter av psykososiale tiltak rettet mot opioidavhengige i substitusjonsbehandling. Det vil si at vi ikke skulle foreta en kunnskapsoppsummering av psykososial behandling isolert sett, men vurdere den kunnskap som foreligger om **de tilleggseffektene som psykososiale tiltak gir, ut over effektene av de farmakologiske tiltakene ved bruk opioidagonistene metadon eller buprenorfin**. Verken den norske (NOU 2003:4) eller den svenske kunnskapsoppsummeringen (Berglund M., Thelander S. and Jonsson E. 2003), som nylig er gjennomført, var dermed til nytte. I disse oppsummeringene er nemlig psykososial behandling og farmakologisk behandling, omtalt hver for seg. Dermed inneholder oppsummeringene ingen vurdering av hvilke tilleggseffekter som psykososiale tiltak gir i vedlikeholdsbehandling med metadon eller buprenorfin. Tilsvarende har vi ekskludert studier som ikke er foretatt i settinger der de psykososiale tiltak tilbydt i kombinasjon med forskrivning av opioidagonistene metadon eller buprenorfin.

Litteratur og kvalitetskriterier

Litteraturen som ligger til grunn for denne kunnskapsoppsummeringen, er av ulike slag: Vi har søkt etter både artikler og bøker som presenterer funn fra forskning om psykososiale tiltak i program for vedlikeholdsbehandling, eller som oppsummerer andres funn (reviews). Når det gjelder artikler, har vi tatt med alle studier som er akseptert i internasjonale tidsskrift med refereedordning. Dette representerer i seg selv en

kvalitetssikring, men vi har så langt det har vært mulig innenfor den korte tidsfristen, også foretatt løpende vurderinger av de metoder som studiene bygger på, når vi har vurdert hvilke funn studiene har kommet fram til. Her har vi lagt til grunn direktoratets kriterier for vurdering av kunnskapsgrunnlag:

- Nivå 1a) Metaanalyser og/eller systematiske oversikter
- Nivå 1b) Minst ett randomisert kontrollert forsøk
- Nivå 2a) Minst en godt utformet kontrollert studie uten randomisering
- Nivå 2b) Minst en annen type godt utformet kvasiekperimentell studie
- Nivå 3 Godt utformede ikke eksperimentelle beskrivende studier, som sammenlignende studier, korrelasjonsstudier og case studier
- Nivå 4 Rapporter eller oppfatninger fra ekspertkomiteer, og/eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter

Litteraturen som ligger til grunn for beskrivelsen i kapittel 2 er, ut fra disse kriteriene, i hovedsak på nivå 3. Litteraturen som ligger til grunn for beskrivelsene i kapittel 3, 4 og 5 er på nivå 1 eller 2. En nærmere vurdering av litteraturen gis i hvert av disse kapitlene.

Prosedyren for litteratursøket

Vi tok først utgangspunkt i en Cochrane review som bygger på publisert forskning om samme tema fram til 2003 (Amato L. et al. 2006). Gitt de metodekravene som Cochrane reviews stiller (randomiserte, kontrollerte studier), var det sterkt begrenset hva som ble tatt med i reviewen (kun litteratur på nivå 1).

Oversikten fra Amato (ibid.) bygger på dokumenterte seleksjonskriterier og er metodisk vurdert etter Cochrane prosedyrer. Tolv studier i 18 rapporter er inkludert og omfatter åtte forskjellige intervensjoner og 981 personer.

I oversikten er det imidlertid gitt referanser til et langt større antall publikasjoner som ikke fyller disse strenge metodekravene. Vårt neste trinn var å gå igjennom alle de publikasjonene vi vurderte som relevante fra denne listen.

Det siste trinnet i litteratursøket var å gjøre et eget søk i to databaser; Medline og PsycINFO. For en periode fra 1980 og fram til dags dato, gjorde vi ett søk med varianter av søkeord for metadon/vedlikeholdsbehandling/med mer, kombinert med en rekke søkeord knyttet til psykoterapi, case management, arbeid (varianter med work, emlpoyment og vocational), utdanning og bolig. Dette ga en rekke nye treff i forhold til arbeid og psykoterapi, men ingenting i forhold til bolig og utdanning, og bare noen ganske få som har varianter av case management som del av studien. I tillegg gjorde vi ett søk på de søkeordene som var benyttet i Cochrane-reviewen, for perioden etter 2003. Dette ga også noen viktige nyere publikasjoner.

I tillegg til dette har vi søkt fram norsk litteratur om vedlikeholdsbehandling som ikke er effektstudier av psykososiale tiltak. Dette er for det første debattbøker om MAR (metadonassistert rehabilitering) og LAR (legemiddelsassistert rehabilitering) i Norge

(og Sverige) som vi referer til i innledningen til denne rapporten. For det andre er det evalueringer og rapporter om LAR-tiltak i Norge, som vi har brukt for å beskrive norsk LAR som et bakteppe for den videre kunnskapsoppsummeringen.

Til sammen mener vi disse søkene har gitt oss et ganske solid grunnlag for å foreta en kunnskapsoppsummering om psykososiale tiltak i vedlikeholdsbehandling av opioid-avhengige. Men gitt den svært store plassen denne behandlingsformen har fått i både norsk og internasjonal rusbehandling, er forskningsinnsatsen likevel ganske begrenset. Ikke minst er det påfallende at vi ikke har funnet en eneste norsk publikasjon om emnet som tilfredsstillende metodekravene på nivå 1 eller 2. Det burde inspirere til mer forskning på temaet.

2 Psykososiale tiltak i norsk LAR

For å relatere den internasjonale forskningen til norske forhold, er det viktig å foreta en gjennomgang av hva som faktisk ser ut til å ytes av psykososiale tiltak til opioid-avhengige i substitusjonsbehandling i Norge. Vi konsentrerer oss om pasienter/klienter som er i behandling innenfor det vi i Norge kaller for LAR (Legemiddel-Assistert Rehabilitering). I tillegg foregår det en mer eller mindre forsvarlig substitusjonsbehandling utenom LAR, men som vi vet svært lite om.

Grunnlaget for å kunne si noe om hvilke psykososiale tiltak som tilbys LAR-pasienter i Norge, har vi fra fem kilder:

1. Rapportene fra de regionale LAR-sentrene, samlet i den interne evalueringen av LAR fra Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo (Hansen M.B., Kornør H. and Waal H. 2004).
2. Den ekstern evalueringen av LAR utført av AIM (Vindedal B. et al. 2004). (Den interne og den eksterne evalueringen av LAR gir et bilde av situasjonen for hele landet).
3. SIRUS sin kost-nytte studie som fulgte et utvalg rusmiddelmisbrukere fra Oslo-regionen over en to års periode (Melberg H.O., Lauritzen G. and Ravndal E. 2003; Ravndal E. and Lauritzen G. 2004). I denne undersøkelsen var det inkludert et underutvalg av LAR-klienter (N=75).
4. Et materiale fra en kartlegging som sosialtjenesten i Sandnes kommune har utført i forhold til alle kjente rusmiddelmisbrukere i kommunen, inkludert et underutvalg av LAR-klienter (N=66) (ikke publisert).
5. I kapittel 1, side fire, har vi alt nevnt noen kvalitative studier av hvordan substitusjons-behandling endrer opioid-avhengiges livssituasjon (Gryt M. 2005; Aaslid F.S. 2003). AFI har gjennomført en evaluering av et femårig forsøksprosjekt i Oslo, med tilbud om arbeidsmarkedstiltak for LAR-klienter (Schafft A. and Frøyland K. 2006). Denne evalueringen er omtalt i kapittel 5.

Alle disse kildene gir informasjon om hvilke psykososiale tiltak som tilbys LAR-klienter i Norge. Alle kildene gir også informasjon om livssituasjonen til klientene. Med unntak av AFIs evaluering, er det innen rammen av disse undersøkelsene ikke gjennomført studier som kan gi kunnskap om spesifikke effekter av spesifikke tiltak. De inngår derfor ikke i den kunnskapsoppsummeringen som følger i de neste kapitlene.

2.1 LAR i Norge

Universitetsseksjonens evaluering bygger på rapporter fra de regionale LAR-sentrene og omhandler i hovedsak perioden 1999 – 2003.

Rapportene viser at den samlede retensjonen (fremdeles i behandling i 2003) var 77 prosent for hele landet, med en variasjon mellom fylkene på 35 prosentpoeng. I forhold til andre typer behandling for rusmiddelmisbrukere er retensjonen svært høy.

Rapportene viser at det oppnås gode resultater i forhold til flere sentrale livssituasjonsdimensjoner.

Det høye antallet dødsfall blant opioidavhengige var en viktig begrunnelse for etablering av LAR i Norge. Det vurderes at dødeligheten ved inntak i LAR reduseres med minimum 50 prosent.

Også i forhold til illegal opioidbruk oppnås det store endringer. Ni av ti LAR-pasienter bruker ikke lenger illegale opioider. Det er imidlertid noe under en tredjedel som bruker benzodiazepiner, uten at det oppgis om dette er medikamenter forskrevet av lege. I forhold til kriminalitet er rapportene mer usikre, men det henvises til mer avgrensede regionale undersøkelser som viser en betydelig reduksjon i kriminaliteten.

I forhold til psykisk helsetilstand gir rapportene fra LAR-sentraene ikke tilstrekkelig pålitelige tall til at disse presenteres i universitetsseksjonens rapport. I den eksterne evalueringen fra AIM rapporteres det om et inntrykk av dårlig psykisk helsetilstand blant mange LAR-klienter, men heller ikke her har en fått fram konkret dokumentasjon.

Når det gjelder bolig og arbeid gir rapportene fra de regionale sentraene viktig informasjon. Tre fjerdedeler av LAR-klientene har sin egen bolig, mens bare en av fem er i lønnet arbeid eller under utdanning. Alternativ inntekt er da trygdeytelser og andre økonomiske ytelser fra det offentlige. I den eksterne evalueringsrapporten fra AIM gis det informasjon om hva som er viktigste inntektskilde for landets LAR-klienter. Arbeidsinntekt er viktigst for bare 6 prosent av klientene, mens tallene for de offentlige ytelsene er: attføring – 34 prosent, uføre/alderspensjon – 36 prosent og sosialhjelp – 19 prosent.

Om dette sier en i universitetsseksjonens rapport: ”Samlet peker resultatene mot at andelen som kommer i lønnsarbeid er beskjeden. Sett i relasjon til at målgruppen oftest har hatt et langvarig livsløp utenfor arbeidsmarkedet, er det likevel et akseptabelt nivå. Mange har aldri hatt fast jobb, enn si noen jobb over hodet. Det betyr imidlertid også at vi trenger andre mål for å kunne vurdere hvor vellykket rehabiliteringen er.” (Hansen M.B., Kornør H. and Waal H. 2004). Dette er et tema vi kommer tilbake til i kapittel 5.

Rapportene fra de regionale LAR-sentraene inneholder også informasjon om hvilke psykososiale tiltak som tilbys LAR-klientene i Norge. Her er forskjellene mellom fylkene og landsdelene svært store. For eksempel er det i Sør-Norge under halvparten som har hatt minst en kontakt med sosialkonsulent siste måned, mens tilsvarende for midt- og nord-Norge er 87 prosent. Tilsvarende forskjeller finnes for kontakt med LAR-konsulent, LAR-lege (den som forskriver medikamentet) og fastlege, og møte i ansvarsgruppe. Det gis ikke informasjon om intensiteten i kontakten ut over dette.

I den eksterne evalueringen fra AIM har en også sett på hvilke psykososiale tiltak som blir satt inn overfor LAR-klientene. Ut over å gjengi mye av den samme informasjonen fra LAR-sentraene som presenteres i den interne evalueringen, inneholder den eksterne evalueringen i tillegg en kvalitativ vurdering av denne innsatsen. Konklusjonen er at innholdet i den psykososiale virkemiddelbruken er dårlig beskrevet og at forskjellene fra annet psykososialt arbeid rettet mot rusmiddelmissbrukere først og fremst ser ut til å dreie seg om intensiteten i kontakten og graden av koordinering. Som vi senere skal se, synes dette imidlertid også å være en av de mest interessante faktorene i vurderingen av effektene av psykososiale tiltak.

Selve utdelingen av medikamentet anses i litteraturen som en anledning for kontakt (samtaler, rådgivning osv.) med pasienten. I Norge er det over halvparten som nå får utdelt medikamentet direkte på apotek (men bare 15 prosent i Vest-Norge). Det er også et stort antall som får utlevert medikamenter for flere dager om gangen. Gjennomsnittet for landet er at en får utlevert medikamentet 4 ganger pr. uke. Det er imidlertid viktig å være klar over den store variasjonen i klientpopulasjonen, i forhold til behovet for psykososial oppfølging, når en vurderer betydningen av gjennomsnittlig intensitet i kontakten.

2.2 LAR i kost/nytte-undersøkelsen, SIRUS

LAR-klientene utgjorde et underutvalg i denne undersøkelsen og besto av 75 klienter rekruttert fra fire sentra i Oslo. Heller ikke denne undersøkelsen var lagt opp som en effektstudie i forhold til spesifikke tiltak, men hadde som mål å vurdere kost-nytte i forhold til det samlede tilbudet klientene mottok over en to års periode. En egen analyse av materialet om metadonklientene (Ravndal E. and Lauritzen G. 2004), gir imidlertid en noe mer detaljert beskrivelse av utviklingen til denne gruppen i de to årene prosjektet fulgte dem.

I undersøkelsen har en beregnet gjennomsnittlig antall timer tjenester av alle slag som LAR-klientene mottok i løpet av undersøkelsesperioden. Som for de øvrige gruppene, mottok LAR-klientene svært mange typer tjenester. Til sammen er det registrert et gjennomsnitt pr. klient på 212 timer i løpet av to år, dvs. i gjennomsnitt 2 timer pr. uke. Intensiteten for LAR-klientene synes å være relativt høy (vurdert mot alternative tiltak for samme målgruppe) i form av legetjenester, systematisk individualbehandling og attføring (uten å angi hva det besto i). Alle grupper ble tilbudt relativt mye arbeidstrening, men LAR-klientene relativt minst. I gjennomsnitt var en av de to timene i uka tilbud om arbeidstrening.

Konklusjonen i forhold til heroinbruk er at LAR er ”meget effektivt”. Det dokumenteres også en betydelig reduksjon i kriminalitet og prostitusjon. På den annen side viser LAR-klientene den dårligste somatiske og psykiatriske helsetilstanden i forhold til resten av utvalget, og for den psykiske helsetilstanden (spesielt depresjon) er det mye som tyder på en forverring av tilstanden etter at klientene kom inn i LAR. På samme måte som i de landsdekkende undersøkelsene viser også denne undersøkelsen at det er svært få av LAR-klientene som kommer i lønnet arbeid.

2.3 LAR i Sandnes kommune

I Sandnes kommune har ansatte i sosialtjenesten vurdert livssituasjonen til alle rusmiddelmissbrukere i kommunen som sosialtjenesten har kunnskap om. De har også registrert alle tjenester som disse mottar fra kommunale tjenester, tjenester i spesialisthelsetjenesten og fra andre offentlige og frivillige tjenesteytere. Dette har gitt en anledning til å vurdere tilbudet til LAR-klienter i en norsk kommune, mer i detalj.

Totalt ble det i mai 2006 registrert informasjon om 250 rusmiddelmissbrukere. Av disse var 66 tatt inn i LAR. I tillegg vurderte sosialtjenesten at det var en gruppe på 47 personer som har et omfattende misbruk av opioider, uten å være i LAR. 24 av disse ble for vurdert å være aktuelle søkere til LAR i løpet av det neste året.

Tverrsnittsundersøkelsen fra Sandnes kommune bekrefter langt på vei resultatene fra de landsdekkende evalueringene og undersøkelsene. Det skjer en stor nedgang i rusmiddelbruken for de aller fleste som kommer inn i LAR, og de fleste får en klar bedring i sin helse- og livssituasjon. Samtidig er det to områder der ca. halvparten av klientene fremdeles har store problemer; psykisk helse og sosialt nettverk. Men det er også mange som fortsatt sliter i forhold til arbeid, aktivitet og sosial fungering.

Det er altså et stort spekter av tjenester som ytes til opioidavhengige både utenom og innenfor LAR. Ved inntak i LAR skjer det imidlertid tre markerte endringer:

1. Det etableres ansvarsgruppe og lages tiltaksplaner, men fremdeles er det få som får en individuell plan. Koordineringen av tilbudet øker altså betydelig.
2. Klart flere tilbys tjenester som tiltakskonsulent, miljøarbeidertjeneste med oppfølging av klientene i deres eget hjem, og tjenester fra barnevernet. I spesialisthelsetjenesten er flere inntatt et rus-døgntilbud (i en første fase). Tre fjerdedeler får ytelser fra trygdeetaten og flere får tilbud om tannlege. Samtidig ser vi at det er få som får tilbud om arbeidstrening, undervisning eller andre tilbud fra A-etat. Det etablerte værestedet i kommunen er primært rettet inn mot rusmiddelmissbrukere med et aktivt misbruk og mange av LAR-klientene slutter å benytte dette.
3. På spørsmål til sosialtjenesten får vi opplyst at intensiteten i det psykososiale tilbudet øker ved inntak i LAR. Intensiteten varierer over tid og ut fra en vurdering av klientens behov. I den første fasen vil tjenester fra lege, ulike deler av sosialtjenesten, poliklinisk behandlingstilbud fra rus- eller psykiatriske institusjoner og andre tjenesteytere, til sammen bety tre-fire kontakter pr. uke. Dette tilsvarer det

en i litteraturen omtaler som et ekstra utvidet psykososialt tilbud. I en første vedlikeholdsfase vil antallet kontakter som regel synke til ca. to pr. uke, med sosialtjenesten og poliklinisk tilbud fra rus/psykiatri som den hyppigste kontakten. Dette er noe i overkant av det en i litteraturen omtaler som et utvidet psykososialt tilbud (standard MMT i den amerikanske settingen).

For noen, med vedvarende problemer i forhold til helse og livssituasjon ellers, vil denne kontakthyppegheten vedvare over lang tid. For den gruppen som opplever en markant bedring i helsetilstand og øvrige livssituasjon, vil kontakten avta til i gjennomsnitt en kontakt pr. uke. Dette er noe i overkant av det en i litteraturen omtaler som et minimums psykososialt tilbud. Klienter i en slik klart bedret livssituasjon omtales i Sandnes kommune som ”ex-LAR”. Dette er personer som i hovedsak klarer seg på egen hånd i det ordinære bolig- og arbeidsmarkedet.

Kontakten med hjelpeapparatet består i hovedsak av mulighet for samtaler ved kvoteutdelingen av legemiddelet, og mer spredte kontakter med helse- og sosialtjenesten. I Sandnes kommune er det fram for alt miljøarbeidere som representerer kontinuiteten i kontakten, både i anledning utdelingen av legemiddelet (som er lagt til et eget senter) og ved hjemmebesøk. Hver miljøarbeider har ca. 15 klienter i sin ”case-load”.

I de nasjonale evalueringene er det gitt en altfor generell beskrivelse av både typer tilbud og intensiteten i tilbudene til at dette kan sammenlignes med materialet fra Sandnes. De nasjonale evalueringene viser også en stor variasjon i de psykososiale tilbud som gis. Vårt inntrykk er at tilbudet til LAR-klienter i Sandnes er noe mer omfattende enn det som vanligvis gis til LAR-klienter i landet ellers.

Beskrivelsen av innholdet og intensiteten i det psykososiale tilbudet til LAR-klienter i Norge, vil videre danne et bakteppe for den litteraturgjennomgangen som følger i de neste kapitlene. Det er på bakgrunn av dette bakteppet vi kan vurdere i hvilken grad og på hvilken måte studier av psykososiale tiltak i andre land, framfor alt USA, er relevante i forhold til den norske situasjonen.

3 Effekter i forhold til rus og kriminalitet

3.1 Tiltak for å rekruttere til vedlikeholdsbehandling

I en norsk kontekst med ventelister for å komme inn i vedlikeholdsbehandling med metadon eller buprenorfin, er tiltak for å rekruttere til slik behandling av mindre interesse. Vi starter allikevel denne gjennomgangen av effektstudier med to publikasjoner, som omhandler dette temaet.

I den ene studien undersøkes hvilke sosiale kontekstuelle forhold som synes å predikere villighet til å gå inn i et metadon vedlikeholdsprogram (MMT). Baseline var 245 injiserende rusmiddelmissbrukere i et sprøyteutdelingsprogram. Av disse hadde 39

prosent startet i MMT etter å ha fått tilbud om det innen 30 dager etter baseline-intervjuet. Studien fant at de som bodde sammen med en partner, egen oppvekstfamilie eller venner, hadde en tre ganger høyere sannsynlighet for å ta i mot tilbudet om MMT, sammenlignet med de som bodde alene. Det å ha omsorgsansvar for barn var også en svak prediktor for om en tok i mot tilbudet (signifikant i den bivariate, men ikke i den multivariate analysen).

I en annen studie er det egenskaper ved tilbudet som studeres (Sorensen J. 2005). Utgangspunktet i denne studien var 126 opioidavhengige i behandling ved et somatisk sykehus. Disse ble tilfeldig fordelt til tre varianter av tilbud om case management og/eller tilbud om 6 måneders gratis MMT (vouchers), og en gruppe som ble tilbudt ”vanlig MMT”, uten at dette beskrives nærmere (metodevurderingsnivå 1b men med dårlig beskrivelse av kontroll). Alle tre variantene av ekstratilbud ga signifikant bedre rekruttering til MMT-programmet enn ”vanlig tilbud”, med størst utslag for vouchers (alene eller sammen med case management). Effekten av ekstratiltakene var store; 82 prosentpoeng forskjell mellom det mest effektive og vanlig MMT, tre måneder etter at tilbudet var gitt.

Men det er også en nyere amerikansk studie om rekruttering til vedlikeholdsbehandling, som kan være mer relevant for norske forhold (Schwartz R. 2006). På grunn av reduserte tilbud, har det også oppstått ventelister i USA. I denne studien foretas det en randomisert, kontrollert studie (metodenivå 1b) av et tilbud om såkalt interim vedlikeholdsbehandling. Det vil si at eksperimentgruppen fikk tilbud om metadon pluss et minimumstilbud akuttrådgivning i inntil 120 dager, mens kontrollgruppen besto av pasienter på venteliste til MMT. Studien viser at interim vedlikeholdsbehandling både ga store, signifikante effekter i forhold til rus og kriminalitet og en signifikant høyere sannsynlighet for å ta i mot tilbudet om MMT, når dette ble tilbudt. Et annet spørsmål er om det er aktuelt å tilby slikt ”interim”-tilbud for personer på venteliste til vedlikeholdsbehandling i norske LAR.

3.2 Stoff-Kriminalitetsdimensjonen (SK-dimensjonen)

3.2.1 Kunnskapsgrunnlaget

I dette avsnittet er følgende litteratur lagt til grunn for oppsummeringen:

Nivå 2a Minst en godt kontrollert studie uten randomisering

(Gossop M., Stewart D. and Marsden J. 2003; Pedersen M.U. 2005)

Studier med informasjon om Stoff-Kriminalitet belastning (SK-dimensjonen³) og som i tillegg har informasjon om Bio-Psyko-Sosial belastning (BPS-dimensjonen⁴), refereres i kapittel 4.

3 Statistisk analyse (faktoranalyse) av data fra EuropASI resulterer i tre dimensjoner, hvorav stoff- og kriminalitetsbelastning er en dimensjon.

4 Fysiske, psykiske og sosiale belastninger utgjør en annen dimensjon i EuropASI.

3.2.2 Erfaringer

En dansk undersøkelse redegjør for effekter av metadonbehandling på omfanget av bruk av stoff og kriminalitet, SK-dimensjonen (Pedersen M.U. 2005)⁵. I dette avsnittet refereres primært resultater av den medisinske delen av metadonbehandlingen, men resultatene er ikke helt uavhengige av den psykososiale innsatsen, i følge forfatteren.

Med ”stoffer” refereres her til bruk av opioider, sentralstimulerende stoffer, nerve- og sovemedisiner. Andre mål på virkning av behandling er penger brukt på å skaffe narkotika og illegale aktiviteter i den forbindelse (kriminalitet). I undersøkelsen inngår også alkoholmisbruk, kalt A-dimensjon. EuropASI skåre er også brukt som mål på effekter.

Belastning ble målt på ulike grupper metadonpasienter ved inntak til vedlikeholdsbehandling og etter 1 ½ år i behandling.

Forfatteren konkluderer med at stoff-kriminalitetsdimensjonen i særlig grad er påvirket av metadonbehandlingen. Studien (n=75) viser statistisk signifikante resultater for nyinnskrevne pasienter og av dette en delpopulasjon (n=44) av nyinnskrevne pasienter som har deltatt i metadonprogram i 1 ½ år. Den siste gruppen regnes som den mest representative for metadonpasienter fordi de har deltatt i programmet i halvannet år (høy retensjon).

Deltaking i metadon vedlikeholdsbehandling reduserer i størst grad forbruket av illegale opiater, illegale aktiviteter og risikoatferd (injeksjonsfrekvens). Metadon har også en modererende effekt på forbruk av hasj, nerve- og sovemedisin. Dette er i samsvar med internasjonale funn (Pedersen, M. U., ibid.).

Belastninger målt ved EuropASI reduseres for populasjonene (statistisk signifikant reduksjon).

Optimal metadondose er over 60 mg, hvilket er i overensstemmelse med internasjonale undersøkelser. Med fokus bare på reduksjon av heroinforbruk er en metadondosis på 100-120 mg mest effektiv, etter de danske erfaringene.

Reduksjon i forbruk av heroin og illegale aktiviteter ved metadonbehandling er ingen garanti for bedring av psykososiale forhold.

Det ble ikke konstatert reduksjon i alkoholmisbruk for de to nevnte pasientgruppene.

Nytten av rådgivning under metadonbehandling på misbruk av heroin dokumenteres av Gossop et al. (Gossop M., Stewart D. and Marsden J. 2006). Kontrollerte forsøk viser at rådgivning som fokuserer på problemer med stoff reduserer inntak av heroin og kokain i sterkere grad enn metadon uten rådgivning. Forskjellene er statistisk signifikante. Se ellers avsnitt 4.2.

5 Det redegjøres nærmere for denne undersøkelsen i avsnitt 4.2.

3.3 Studier med vilkår knyttet til behandlingen

3.3.1 Gradering av kunnskapsgrunnlaget

Litteraturen i dette avsnittet er vurdert på følgende måte:

Nivå 1a Metaanalyser, systematiske kunnskapsoversikter

Ward, Mattic & Hall 1998, Griffith et al., 2000

Nivå 1b Minst ett randomisert, kontrollert forsøk

(Calsyn D. 1994; Havassy B., Hargreaves W. and Barros L. 1979; Higgings S. et al. 1986; Iguchi M. 1996; Milby J.B. 1978; Preston K., Umbricht A. and Epstein D. 2000; Preston K., Umbricht A. and Epstein D. 2002; Stitzer M., Bigelow G. and Liebson I. 1980; Stitzer M., Iguchi M. and Felch L. 1992; Stitzer M., Petry N. and Silverman K. 2006; Ward J., Mattick R. and Hall W. 1998)

(Peirce J. 2006); Robles, E., Stitzer, M., L., m. fl., 2002; Carrol, K., M., 2001.

Nivå 2a En godt kontrollert studie uten randomisering

(Sigmon S. and Stitzer M. 2005).

3.3.2 Erfaringer

Flere studier handler om tiltak for å beholde pasientene i behandling. I kunnskapsoppsummeringen har vi gjennomgått 14 artikler knyttet til behandling med vilkår "contingency/contingent management" (CM). Behandling på vilkår er et insentivsystem for å gjøre fortsatt misbruk mindre attraktivt og å fremme positiv atferd, uten misbruk, på ulike måter.

Pasientene stimuleres til å redusere illegalt forbruk av stoffer, med bruk av ulike former for straff og belønning. Flere strategier er prøvd for å unngå tilbakefall, bl. a. anledning til å ta med seg metadondoser hjem, øking/reduksjon av doser, varighet av behandling på vilkår, rene urinprøver og prøver med ulik hyppighet, økonomiske belønninger, variasjoner i tid til belønning gis, trussel om utkastelse av behandling, med mer.

En meta-analyse basert på 30 studier skal gjøres rede for her (Griffith J. et al. 2000). Konklusjon fra denne analysen er at CM har vist seg effektiv for reduksjon i positive urinprøver (statistisk signifikante resultater).

Analysen identifiserer fem faktorer som spesielt nyttige i reduksjon av illegale stoffer: 1) Økte metadondoser var den faktor som ga best resultat i reduksjon av illegal bruk. 2) Tidsaspekt til belønning var viktig; umiddelbar belønning framfor forsinket belønning var viktig. 3) Intervensjoner var mest effektive når man kun hadde som mål å redusere illegal bruk av ett stoff framfor flere stoffer samtidig. 4) Antall urinprøver per uke var viktig. Tre urinprøver per uke viste seg å være mer effektiv for atferdsendring enn færre prøver per uke. Med få prøver per uke bryr deltakerne seg mindre om risiko for å finne positive prøver. 5) Det ble også funnet en effekt av inkluderingskriteriene til forsøkene. Ikke-randomisert metode for inkludering var mer effektiv en randomisering. Forklaringen på dette er at en ved ikke-randomiserte metoder har valgt ut pasienter med

gjennomgående større misbruk enn ved randomiserte metoder. En bygger her på eksempler hvor ikke-randomiserte studier har rekruttert flest pasienter med tidligere mislykkede behandlingserfaringer. Høyrisiko pasienter kan ha sett på deltakelsen i "Contingency Management" programmer som en siste sjanse for endring.

13 andre artikler bekrefter positive resultater i forsøk med behandling på vilkår (Calsyn D. 1994; Havassy B., Hargreaves W. and Barros L. 1979; Higgings S. et al. 1986; Iguchi M. 1996; Milby J.B. 1978; Preston K., Umbricht A. and Epstein D. 2000; Preston K., Umbricht A. and Epstein D. 2002; Stitzer M., Bigelow G. and Liebson I. 1980; Stitzer M., Iguchi M. and Felch L. 1992; Stitzer M., Petry N. and Silverman K. 2006; Ward J., Mattick R. and Hall W. 1998).

I enkelte av studiene er det registret reduksjon i illegalt forbruk, men ingen forbedring i retensjon eller oppmøte til behandling (Peirce J. 2006). Andre studier har dokumentert økt oppmøte til behandling/rådgivning (Sigmon S. and Stitzer M. 2005).

4 Effekter i forhold til fysisk og psykiske helse og sosial fungering (BPS-dimensjonen)

4.1 Gradering av kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget i dette avsnittet er vurdert som følger:

Nivå 1a Metaanalyse/systematisk oversikt

Bell, J., 1998; Ball, J. C. and Ross, 1991 sitert i: Hall, Ward & Mattick, 1998; Mattick et al., 1998; Mattick, Ward & Hall, 1998; Kidorf, M., King, V. & Brooner R., 2006.

Nivå 1b Minst ett randomisert kontrollert forsøk

McLelland, 1993; Bale, 1980; Goldstein M., et al., 2002; Kekko et al., 2003; Saunders et al., 1995; Avants et al., 1998; Avants et al., 2005.

Nivå 2a Kontrollert studie uten randomisering

Belding, M., et al., 1997; Pedersen, 2005; Hoollonds et al., 1980; Nurco et al., 1995; Stein et al., 2005; Gossop et al., 2005.

Nivå 4 Kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra ekspertkomiteer, og/eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter

(O'Brian C. 1997).

4.2 Studier basert på erfaringer spesielt fra USA

I dette avsnittet refereres til artikler i bøker og frittstående artikler.

I en oversiktsartikkel fra 1998 avklarer Bell innholdet i metadon vedlikeholdsbehandling (Bell J. 1998). Artikkelen identifiserer sentrale elementer i metadonbehandlingen og hvilke forhold som skaper endring for brukerne.

Bell peker på fire kjerneelementer i behandlingen: symptombedring, struktur, informasjon og validering.

Symptombedring

Fordelen metadonbehandling er at den har konsekvenser lang ut over ren symptombedring fra en tilværelse med heroinavhengighet. Behandling sikrer en stabil og forutsigbar tilførsel av stoff, og fritar brukerne for et risikofylt liv med kriminalitet og heroinavhengighet. Men, på samme måte som brukere forblir avhengige heroin, tross en degradert livsstil og sterke negative sanksjoner fra omgivelsene, blir brukere avhengige av metadon i årevis, når de er stabilisert på en slik behandling.

Struktur

Begrepet struktur referer til måten metadonbehandlingen er organisert på.

Daglige rutiner og omsorg for pasienten er et viktig aspekt ved behandlingen. Det gir pasienten et alternativ til kriminalitet og den daglige jakt på penger til stoff. Selv om den daglige kontakten med hjelpeapparatet kan oppleves som kjedelig, erkjenner mange brukere at kontakten gir en trygghet fra fristelser til å selge eller injisere heroin.

Strukturen i daglige rutiner med metadondoser kan være viktig i en tidlig fase av behandlingen, og for pasienter med en kaotisk tilværelse. For pasienter med stabil fungering kan dette bli for kjedelig. For denne gruppen kan daglige rutiner bli et hinder for sosial reintegrering (Bell, ibid.).

Informasjon

Informasjon til pasienter under metadonbehandling er en kognitiv komponent i behandlingen. En mengde informasjon er relevant for opioidavhengige i ulike faser av behandlingen.

I en tidlig fase av behandlingen er det mest nytte i å gi informasjon om sidevirkninger av behandlingen og tilgang til ulike sosiale tjenester. Informasjon om høyrisikoatferd og helseinformasjon om f. eks. tannlegetjenester og hepatitt C er det vanligvis best å gi når pasienten er stabilisert på metadon (Bell, ibid.).

Tidlig i behandlingen er det også til hjelp å etablere realistiske mål for pasienten.

Å gi informasjon krever klinisk kompetanse. Informasjon bør innrettes i forhold til den enkelte pasients situasjon. Ved å ta opp en psykososial historie og historie om stoffmisbruk, kan man formidle tilbake til pasientene informasjon om deres utvikling over tid. Informasjonen bør ikke bare dreie seg om fakta, men gi pasienten forståelse og nye perspektiver på sin situasjon.

Engasjement og støtte

Den terapeutiske relasjonen mellom pasient og behandler er en kritisk del av behandlingen, og den nest viktigste etter dosering av metadon (Ball J.C. and Ross A.

1991), i Hall, Ward & Mattick, 1998). Belding (Belding M. et al. 1997) hevder at relasjonen ikke nødvendigvis er en forutsetning for et godt resultat, men heller en indikator på terapeutisk framgang. De fleste heroinbrukere har opplevd mangel på personlig støtte, sosial utstøting og straffende reaksjoner. Slike reaksjoner forsterker fremmedgjøring og opplevelse av konflikt og motsetninger overfor omgivelsene. Behandlingen er en anledning til å gi pasienten alternative erfaringer som støtte og trygghet, istedenfor konfrontasjoner og fordømmelse. Utdeling av metadon er for eksempel i seg selv en handling som bekrefter gyldigheten av stoffavhengighet og legitimering av å bruke narkotiske stoffer.

Betydningen av rådgivning og psykoterapi og psykososiale tiltak blir konkretisert i en annen oversiktsartikkel (Mattick R., Ward J. and Hall W. 1998). På grunnlag av en rekke studier fra perioden 1974 til 1992 konkluderes det at innholdet i rådgivning ("counseling") består av forhold så som omsorgsledelse ("case management"), en-til-en rådgivning, kortere og mer ad hoc preget personlig kontakt mellom rådgiver og pasient, gruppeterapi, familie- og parterapi, vurdering av psykiske problemer, yrkes- og utdanningsrettledning. De hyppigst utførte tjenestene, viser artikkelen, var korte kontakter, en-til-en rådgivning og gruppearbeid. Om betydningen av rådgivningen refererer artikkelen til randomiserte studier som viser at metadondoser og varigheten av metadonbehandling reduserer stoffbruk. Metadonbehandling med eller uten rådgivning fører til atferdsendringer hos pasienten. Rådgivning uten substitusjonsbehandling har imidlertid ikke vist seg å være effektiv for atferdsendring (Mattick et al., 1998).

Nytten av rådgivning og andre tilleggsytelser er dokumentert i flere andre randomiserte studier (Childress et al., 1991 i (Mattick R., Ward J. and Hall W. 1998; McLellan A.T. et al. 1993). Her ble ulike intervensjoner sammenlignet: "Minimum vedlikeholdsbehandling" (M-0), "Standard vedlikeholdsbehandling" (M-standard)" og "Utvidet behandling" ("M-enhanced). Konkret var innsatsene slik:

1. **Minimum behandling:** 60 – 90 mg metadon daglig pluss akutt rådgivning og aktuelle henvisninger ("referral services"), men ingen rådgivning eller tjenester ut over dette. (En kontakt per måned i noen studier).
2. **Standard behandling:** 60 – 90 mg metadon daglig pluss regelmessig rådgivning under veiledning, henvisninger med urinprøver som grunnlag for videre behandling, ta-med-hjem-doser, men ingen familie eller yrkesrådgivning. Kontakthypighet varierende, mellom to og fire per måned.
3. **Utvidet behandling:** Samme som standard behandling, medisinsk og psykiatrisk tilsyn, støtte fra sosialarbeider, familieterapi og yrkesrettledning. Kontakthypigheten var stor, over ni kontakter per måned er oppgitt.

En konklusjon var at minimumsinnsatsen er effektiv for kun en liten del av klientene. I McLellands undersøkelse ga denne innsatsen kun bedring på antall dager med illegal opiatbruk. Utvidete tjenester med rådgivning, medisinske og psykososiale tjenester ("M-standard" og "M-enhanced") forsterket effekten sammenlignet med minimumsinnsatsen. Resultatene med standard innsats sammenlignet med minimum innsats ble bedret når det gjaldt illegalt forbruk av opiater og kokain, ulovlige aktiviteter, men usikker forbedring på faktor for psykisk helse og familiefaktor. Først

ved den utvidete innsatsen i undersøkelsen ble det dokumentert forbedring på yrkesdeltaking, familierelasjoner og signifikant bedring av psykisk helse (McLelland 1993, *ibid*).

Standard innsats viste bedre resultat enn minimums innsats og utvidet innsats bedre resultater en standard innsats.

Andre studier har vist at utvidet ("enhanced") behandling ikke er mer effektiv enn standard behandling (Grella et al., 1994 i (Mattick R., Ward J. and Hall W. 1998), bortsett fra en mulig bedre effekt for å holde pasienten i behandling.

En randomisert studie av 300 metadonpasienter viste at standard behandling ga bedre resultater enn minimum behandling når det gjaldt bruk av opiater, men at utvidet behandling ikke ga ytterligere forbedringer (Saxon 1966 i (Mattick R., Ward J. and Hall W. 1998). En randomisert studie med 20 gravide kvinner, viste ingen forskjell i ulovlig opiatmisbruk, men bedre fødselsvekt hos nyfødte av kvinner med utvidet behandling og lenger graviditet (Carrol et al., 1995 i (Mattick R., Ward J. and Hall W. 1998).

Basert på gjennomgang av forsøk og artikler nevnt ovenfor, konkluderer Mattick og medforfattere med at en behandlingsmodell som inkluderer psykososiale tiltak er viktig for pasienter som ønsker, og har behov for, slike tjenester. Obligatorisk rådgivning anbefales ikke. Noen pasienter trenger mer støtte enn andre for å få orden på sine liv. Rådgivning bør derfor være tilgjengelig for pasienter med større behov for støtte. For stabiliserte pasienter uten større livsproblemer er det vanskelig å se et behov for rådgivning i tillegg til metadon, hevder forfatterne (Mattick et al., 1998, *ibid*).

En kunnskapsoppsummering av ulike psykoterapeutiske metoder i forbindelse med metadon-vedlikeholdsbehandling viser at psykoterapi (kognitiv-atferdsterapi eller psykodynamisk terapi) kan være nyttig i forbindelse med metadonbehandling for pasienter med psykiske lidelser som er villig til å gå inn på slik behandling. Psykoterapi er ikke rett behandling for opioid avhengighet og anbefales ikke for pasienter uten psykiske lidelser (Mattick et al., 1998, *ibid*).

En artikkel fra 2006 bekrefter funn fra Mattick og medarbeidere, dels på grunnlag av de ovenfor nevnte forskningsprosjektene fra 1990-tallet, men også fra egne forsøksprosjekter (Kidorf M., King V. and Brooner R. 2006)

Konklusjonen er at psykososiale intervensjoner viser lovende resultater i behandlingen av pasienter i tillegg til metadonbehandlingen. Spesielt gjelder dette individorientert behandling. Gruppeterapi har vist seg nyttig når det gjelder bruk av utdanningstilbud og yrkesrettede tilbud.

En artikkel om tilbud i terapeutisk samfunn under metadonbehandling viser forskjell i bruk av stoffer, kriminalitet, arbeid og utdanning, når en sammenligner antall dager med deltaking i terapi. Pasienter med deltaking over lang tid (over 50 dager) skåret bedre på resultatmålene enn pasienter med kortere tid i behandling (Bale R. 1980).

Søk i Cochrane på effekter av metadon og psykososiale tiltak ga som resultat 77 studier, hvorav 65 studier som ikke tilfredsstilte inklusjonskriteriene (Amato et al., 2006). På grunnlag av tolv studier i 18 rapporter konkluderes det med at hvilken som helst av de

vurderte psykososiale intervensjonene gir enn positiv effekt i behandlingen av opioidavhengige **i tillegg til** metadonbehandling alene.

4.3 Danske studier

Erfaringer fra danske forsøk er dokumentert i en rapport av Mads Uffe Pedersen (Pedersen, 2005, op. cit.). Målet med forsøkene var å skaffe mer kunnskap om hvilken effekt psykososial støtte har på resultater av metadonbehandlingen. Det refereres her ganske utførlig fra den danske undersøkelsen av flere grunner. Det er den eneste større nordiske undersøkelsen og har spesiell relevans for norske forhold. Undersøkelsen er godt dokumentert med grundige analyser og kunnskapsoppsummeringer.

Den danske undersøkelsen omfatter et representativt utvalg på 411 metadonmottakere fordelt på forsøksvirksomhet i 11 danske fylker (amt) og kommuner. Ulike kjennetegn ved utvalget er sammenlignet med samtlige brukere registrert i Sunnhedstyrelsens database for 2003. Utvalget vurderes som representativt for den nasjonale databasen. Undersøkelsen er prospektiv med intervju på tidspunkt for inntak i programmet og et oppfølgingsintervju. Oppfølgingsundersøkelsen ble gjennomført halvannet år etter det første intervjuet. I oppfølgingsundersøkelsen deltok 296 brukere, tilsvarende en svarprosent på 72.

Deltakerne fordeler seg på denne måten mht metadon i behandlingen:

295 mottar metadon minst 30 dager,

109 mottar metadon i høyst 14 dager og

32 mottar metadon over 14 dager, men under 30 dager.

Undersøkelsen måler effekten av ulike psykososiale tiltak; i hovedsak standardbehandling og utvidet behandling.

Gjennomsnittsalderen for deltakerne var 37,3 år, og 29 prosent var kvinner.

Undersøkelsen bygger på en grunnmodell for belastning for brukerne basert på EuropASI composit score. I denne modellen skilles ut fire dimensjoner som beskriver brukernes belastninger: 1. Stoff- og kriminalitetsbelastninger (SK-dimensjonen) 2. Fysiske-, psykiske- og sosiale belastninger (BPS-dimensjonen), 3. Sysselsettings- ("Beskeæftigelse") og økonomiske belastninger (BØ-dimensjonen) og 4. Alkohol belastninger (A-dimensjonen).

Dimensjonene avspeiler ulike og relativt uavhengige typer belastninger blant brukerne.

Deltakerne grupperes i fire ulike grupper etter den psykososiale dimensjonen (BPS-dimensjonen). Inklusjonskriteriene baseres på "EuropASI composit score" på faktorene fysisk-, psykisk- eller sosial belastning. Det skåres langs en skala med verdien 50 som gjennomsnitt og hvor + eller -10 poeng tilsvarer ett standardavvik fra gjennomsnittet. De fire gruppene er:

BPS-Lav. Det skåres under 45 poeng på all tre faktorene fysisk, psykisk og sosialt (under gjennomsnittet på alle faktorene).

BPS-Moderat. Det skåres ≥ 45 poeng på minst en av faktorene, men ingen av skårene er på 60 poeng eller over.

BPS-Spesifikk. Det skåres minst 60 poeng på minst en av faktorene.

BPS-Multi. Det skåres minst 60 poeng på minst to av faktorene.

4.3.1 Resultater av de danske forsøkene

Virkninger av psykososiale tiltak

De psykososiale tiltakene defineres i de danske forsøkene etter omfang av behandlerkontakter per måned og på grunnlag av behandler-klient ratio. Standard innsats (M-standard) omfatter to kontakter per måned med én behandler på 24 – 40 klienter. Utvidet innsats (M-utvidet) tilsvarer tre til åtte kontakter per måned med én behandler på seks til 10 klienter. Med kontakt i form av samtaler menes kontakt med sosialt faglig utdannet behandler, med eksmisbruker eller psykoterapeut.

I tillegg skiller utvidet innsats seg fra standard innsats på følgende måter: a) det skal være en støttekontakt eller "case management" i utvidet innsats, b) i utvidet innsats har brukerne tilgang til et felles værested (dette var også tilfelle for en av gruppene med standard innsats) og c) tilgjengelighet til behandlere og støttekontakter er lettere for deltakere med utvidet innsats enn de med standard innsats.

På grunnlag av de ulike de psykososiale tiltakene rapporteres resultater for tre grupper:

- 1) STD-G: standard innsats **med** tilgang til felles værested for brukerne,
- 2) STD-V: standard innsats **uten** tilgang til felles værested og
- 3) UDV: utvidet innsats, med tilgang til felles værested.

Det er ingen avgjørende forskjeller i sammensetningen av deltakerne mellom de tre gruppene målt ved kjennetegn som medisinsk/fysisk tilstand, kriminalitet, stoffbruk, alkohol, sosiale forhold, psykisk status, økonomi, kjønn og alder.

En sammenligning av STD-G gruppen (n=185) og UDV (n=93) mellom første intervju og oppfølgingsintervju halvannet år senere viser følgende resultat:

1. På faktoren *sosial belastning* oppgis en forbedring for begge gruppene (statistisk signifikant på en prosent nivå), men effekten er marginalt bedre for gruppen med utvidet innsats (UDV).
2. På faktoren *psykisk belastning* er det ingen forbedring for standardtiltaket (STD-G), men signifikant forbedring på fem prosent nivå for deltakere med utvidet psykososial innsats (UDV).

Det oppgis også effekter på andre faktorer i EuropASI som medisin/fysisk belastning, kriminalitetsbelastning, stoffbruk og alkohol. Det er ingen effekt for noen av gruppene på faktoren medisinsk/fysisk belastning eller kriminalitet. Det er en reduksjon i bruk av stoffer for begge gruppene, men ingen reduksjon i bruk av alkohol.

I prosjektet foretas en vurdering av utvidet innsats i forhold til standard innsats med tilgang til felles møterom for deltakerne. Deltakere med utvidet psykososial innsats og standard innsats med værested har en statistisk signifikant forbedring både på sosial og psykisk belastning enn deltakere med standard tiltak uten felles oppholdssted (STD-V).

En konklusjon i den danske undersøkelsen er at utvidet psykososial innsats (UDV) gir bedre resultater på sosial og psykisk belastning enn standard tiltak med eller uten felles værested for deltakerne. STD-G gruppen viser bedre effekt på sosial belastning enn STD-V gruppen.

En generell kommentar fra vår side er at selv om forskjellene er statistisk signifikante er ikke den oppnådde effekt nødvendigvis så stor. Vi må altså skille mellom en signifikant forskjell mellom intervensjoner og styrken av intervensjonene. For eksempel: ASI belastningsskåre har en verdi på 0,21 på sosial faktor og 0,15 ved oppfølging. Tilsvarende skåres 0,27 på psykisk faktor ved inntak og 0,19 ved oppfølging. Forskjellen er i begge tilfeller statistisk signifikant ($p < 0.05$). Dette sier imidlertid ikke så mye om styrken i forbedringen og hvilke atferdskonsekvenser som følger. Denne innvendingen kan reises mot mye av den litteraturen vi har gjennomgått.

Rapporten analyserer endringer i BPS gruppene for de psykososiale tiltakene STD-V og UDV. Det registreres ingen endring for gruppene BPS-Lav, -Moderat eller -Spesifikk. For metadonmottakere i BPS-Multi gruppen rapporteres en nedgang fra 23 til 10 prosent for mottakere med utvidet psykososialt tilbud. Det er ingen signifikant nedgang (fra 16 til 14 prosent) for gruppen med standard tilbud. Analyser viser at det er lite forskjell i avgang fra de to gruppene, men rekruttering til multigruppen blant mottakere med utvidet tilbud er mindre.

Et tredje effektmål er inspirert av hollandske heroinforsøk. Kriterium for reel forbedring er at 40 prosent av personene skulle ha en forbedring på områdene fysisk, psykisk og sosial belastning og mindre enn 40 prosent tilbakefall på noe annet område.

En tilnærmet beregning i de danske materialet viser at forbedringen i UDV gruppen er åtte prosent større enn i STD-V gruppen for psykisk belastning. Forverringen er større for standardgruppen enn for gruppen med utvidet tilbud. UDV gruppen viser også sterkere effekt for faktoren sosial belastning. Konklusjonen er at forbedringen for UDV gruppen er signifikant bedre enn for standard gruppen.

Boligforhold og forsørgelse

Sammenligning av standard versus utvidet psykososialt tiltak er gjennomført når det gjelder virkninger for boligforhold, forsørgelse og andre sosiale forhold. Konklusjonen her er at det ikke er noe forskjell mellom gruppene på disse områdene, men generelt er forholdene på boligområdet litt forbedret for begge gruppene. Når det gjelder øvrige effekter i forhold til arbeidsrehabilitering, se kapittel 5.

Når det gjelder forsørgelse konkluderes det med at det ikke er noen forskjell mellom de to gruppene ved oppfølgingsintervjuet.

Effekter av SK-dimensjonen, se kapittel 3.

4.3.2 Andre typer tiltak med relevans for psykososial innsats

Andre typer tiltak kan være oppsøkende tilbud og rådgivning, placebo studier, selvhjelpsgrupper og motivasjonsintervensjon.

En gjennomgang av syv artikler viser:

Gruppetilbud, oppsøkende tilbud og rådgivning er effektivt for å få drop-outs fra metadonbehandling tilbake i behandling (Goldstein, M. 2002).

Psykoterapiprogram basert på atferdsterapi viser statistisk signifikant bedring i forhold til dropout enn resultater uten terapi (Hollonds, G.B. and Turecek, L.R. 1980).

Forsøk med eksperiment- og placebo kontrollgruppe viser at kombinasjon av buprenorphine og psykososial behandling har positiv effekt på retensjon og gir redusert belastning på ASI skåre (Kakko, J. et al. 2003).

Et forsøk med eksperiment- og kontrollgruppe viser at metadon og deltaking i selvhjelpsgruppe med rådgivning viste bedring i opplevelse av personlig kontroll over påvirkninger og større ansvar for å unngå stoffmisbruk i eksperimentgruppen (Nurco D. 1995).

Intervensjon med metadon og ekstra motivasjonsarbeid sammenlignet med metadon med standard informasjon viste positiv effekt på retensjon og sidemisbruk i gruppen med ekstra motivasjon (Saunders B., Wilkinson C. and Phillips M. 1995).

Pasienter som mottok tilbud om trening på mestringsferdigheter viste en signifikant bedring av symptomer i forhold til depresjon og sosial mestring (Avants S.K., Warburton L.A. and Margolin A. 2000).

Bedring i retensjon ble dokumentert i et forsøk med bruk av buprenofin for pasienter i primærhelsetjenesten. Grad av yrkesdeltaking og rådgivning hadde positiv effekt på retensjon (Stein M., Cioe P. and Friedman P. 2005).

Dersom vi bringer inn et gjennomgående kost-nytte perspektiv i vurderingen av den foreliggende litteraturen, vil problemet med å bygge på statistisk signifikante, men små effekter av ulike tiltak, bli mye tydeligere. Flere studier har sett spesielt på hvordan ulike program gir ulike nytte for ulike klientgrupper.

I en randomisert, kontrollert studie ble 307 metadonklienter fordelt på to typer av program med ulik intensitet i kontakten (Avants S.K. et al. 1998). Kostnadsforskjellen mellom de to programmene var 1:3. I forhold til klienter med sosial angst viste det billigste programmet seg å gi signifikant bedre resultater enn det dyrere programmet, i forhold til flere effektmål (retensjon, rusmiddelbruk, risikoatferd).

Resultatene fra en annen randomisert, kontrollert studie (n=100) av metadonklienter fordelt på tre grupper:

- 1) med metadon pluss minimum rådgivning,
- 2) med metadon pluss mer intensiv rådgivning og
- 3) metadon pluss utvidet ("enhanced") rådgivning

viste at alternativ 2) metadon med mer intensiv rådgivning, var den mest kostnadseffektive behandlingsformen. Alternativ 3) utvidet rådgivning, var ikke kostnadseffektiv (Kraft et al., 1997). I en redaksjonell kommentar til dette og tilsvarende funn skriver C. P. O'Brien at hvis man ikke randomiserer, men selektivt gir de alvorlig sykeste klientene utvidet behandling, kan dette være kostnadseffektivt. Mange pasienter klarer seg med metadon pluss rådgivning på et mellomnivå i omfang, mens andre trenger mer omfattende omsorg og rådgivning og atter andre fungerer bra med bare metadonbehandling uten rådgivning (O'Brien C. 1997).

5Effekter i forhold til arbeidsrehabilitering

Vedlikeholdsbehandlingen / substitusjonsbehandlingen med metadon eller buprenorfin har som mål å redusere skade og føre pasienten inn i en livssituasjon med større muligheter for bedring av helse og sosial fungering. I de foregående kapitlene har vi presentert hvilken forskningsbasert kunnskap som finnes om mulighetene for bedring på dimensjoner som rusmiddelbruk, kriminalitet, fysisk og psykisk helse, og generell sosial fungering. I dette kapitlet skal vi gå igjennom forskningslitteraturen om hvilke muligheter det synes å være for også å oppnå målsettinger om rehabilitering i forhold til lønnet arbeid.

I den aktuelle norske velferdspolitikken er det å få flest mulig i lønnet arbeid, et uttalt mål. Det å få klientene ut i lønnet arbeid, både for å gjøre dem uavhengige av offentlige økonomiske ytelser og for å sikre den sosiale integrasjonen, har derfor vært et uttalt mål innen norsk LAR. Samtidig har vi i kapittel 2 vist i hvor liten grad en synes å lykkes med en slik målsetting. Det er derfor ekstra viktig å få fram hvilken kunnskap som finnes om muligheter og vilkår for arbeidsrehabilitering, om denne målsettingen skal kunne opprettholdes.

Begrepet rehabilitering forutsetter at klienten har tidligere erfaringer og ferdigheter som kan hentes fram og bygges opp igjen. Mange LAR-klienter har ofte lite eller ingen arbeidserfaring å bygge på og begrepet habilitering ville derfor være mer dekkende (Berg J. 2003). Svært mange av klientene vil også mangle andre ferdigheter eller ha andre plager eller karakteristika som kan være en barriere i forhold til mulighetene for å kunne komme inn i lønnet arbeid. Dette er viktige kontrollbetingelser i vurderingene av funnene i litteraturen.

5.1Omfang og generell effekt av tiltak for arbeidsrehabilitering

I kapittel 2 har vi vist at arbeidstrening eller andre tiltak med sikte på arbeidsrehabilitering, har en relativt liten plass i norsk LAR. Det mest omfattende programmet for arbeidsrehabilitering av personer i norsk LAR, har vært det femårige MARY-prosjektet (Medikament-Assistert Rehabilitering i Yrkeslivet). Dette var et forsøksprosjekt igangsatt av Rusmiddelstaten i Oslo kommune og Aetat, og foregikk i perioden 2001-2005. De viktigste virkemidlene i prosjektet var de to tiltaksformene

Arbeidspraksis i skjermet virksomhet (APS) og Arbeid med bistand (AB). Prosjektet er evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) (Schafft A. and Frøyland K. 2006).

Av de 154 personene som ble henvist til prosjektet, var det 104 som ble skrevet ut i løpet av prosjektperioden. De fleste av disse ble skrevet ut kort tid etter henvisning. Begrunnelsen var at de enten ble vurdert ute av stand til å nyttiggjøre seg tiltakene eller ikke klart å stå i tiltakene. I løpet av prosjektperioden var det 8 personer som kom inn i vanlig lønnet arbeid. På evalueringstidspunktet var det dermed 42 fremdeles aktive i prosjektet, gjennom ett av de to tiltakene.

I evalueringen konkluderes det slik: ”Da prosjektet ble igangsatt visste man ikke hvordan denne målgruppen kunne nyttiggjøre seg Aetats tilbud eller andre arbeidsrettede aktiviteter og man hadde ingen kunnskap om denne målgruppens forutsetninger. Det er særlig dette siste som MARY-prosjektet har gitt ny kunnskap om.”

Det synes altså som at det er et klart mindretall av LAR-klientene som er aktuelle for denne typen arbeidsrehabilitering. Skal en lykkes synes følgende vilkår å måtte være til stede:

- 1) brukerne må ha god kontroll over sin rusmiddelbruk,
- 2) de må være motiverte for å komme inn i arbeid,
- 3) de må ha et godt sosialt nettverk og gode boforhold,
- 4) de må medvirke aktivt og ta ansvar i tiltakene,
- 5) det må være en velfungerende ansvarsgruppe,
- 6) tiltakene må være forutsigbare for klientene og
- 7) det må være god tilgang på psykisk helsetjeneste, siden så mange sliter med en psykiatrisk problematikk.

Dette er krevende vilkår å oppfylle, og det stiller alvorlige spørsmål ved hvor høye ambisjoner en kan ha for arbeidsrehabilitering av personer i LAR.

Ut fra litteraturen får vi et inntrykk av at innsatsen for økt yrkesdeltakelse blant rusmiddelmissbrukere generelt er liten i de fleste andre europeiske land. Med henvisning til en rapport fra Pompidou-gruppen konkluderer for eksempel Springer med følgende: ”--- vocational rehabilitation remains a weak point of treatment systems in many European countries” (Springer A. 2003).

Fra Danmark ser vi den svake arbeidsrehabiliteringsinnsatsen først dokumentert i en eldre studie av rusmiddelmissbrukere som ble forskrevet metadon (Segest E., Mygind O. and Bay H. 1990). Denne første perioden med metadonforskrivning i Danmark var preget av tilfeldig og lite kontrollert forskrivningspraksis og få eller ingen psykososiale tjenester i tillegg. Studien viser ingen sammenheng mellom metadonbehandling og endring i arbeidsdeltakelse. Men heller ikke i de langt mer omfattende og systematiske danske programmene som undersøkes av Pedersen i 2005, ytes det noen særlig innsats i forhold til arbeidsrehabilitering, og i oppfølgingsstudiene finner han da heller ikke noen signifikant bedring i arbeidsdeltakelsen.

En eldre svensk undersøkelse (Grönbladh L. and Gunne L. 1989) viser på mange måter motstykket til den tidlige danske situasjonen. I løpet av de første 20 årene med metadon vedlikeholdsbehandling i Sverige, ble det tatt inn 174 klienter i programmet. Programmet inneholdt en massiv satsing på arbeidsrehabilitering og en meget tett oppfølging og kontroll. Studien viser et oppsiktsvekkende enten-eller resultat i forhold til arbeid; 75 prosent kom i arbeid – 25 prosent ble ekskludert fra programmet for vilkårbrudd. Tilsvarende innsats og resultat i forhold til arbeidsrehabilitering finnes ikke i noen andre studier og er kanskje heller ikke relevant dersom vi tenker overføring av kunnskap og ressurser til norske (eller noen andre lands) forhold.

I USA er innsatsen når det gjelder arbeidsrehabilitering mer relevant for en norsk LAR-setting. Rådgivning i forhold til arbeid er vanlig i vedlikeholdsprogrammene og det er prøvd ut en rekke enkelttiltak og program for å øke muligheten for framtidig arbeidsdeltakelse. En kostnadsanalyse av egne ”training and employment programs”, implementert ved fire metadonklinikker (French M. 1994), viser at tilleggskostnaden for slike program er mellom 3,5 og 7,2 prosent på toppen av standard vedlikeholdsprogrammene som ellers tilbys (inkludert medisnutgiftene). Altså ingen stor kostnad, om en lykkes bedre med arbeidsrehabiliteringen gjennom disse innsatsene.

Også den sentrale studien til McLelland m.fl., (1993 op.cit) som omhandler hele spekteret av psykososiale innsatser, viser at spesifikke tiltak med sikte på arbeidsrehabilitering, har effekt. McLelland finner ingen signifikant forskjell i arbeidsdeltakelse mellom det som kalles minimum og det som kalles standard psykososiale tjenester. De spesifikke tiltakene rettet mot arbeidsrehabilitering, som er en del av de utvidete programmene, følger også en signifikant økt arbeidsdeltakelse. Tilsvarende finner vi i en helt fersk gjennomgang av kunnskapsstatus for rådgivning og andre psykososiale innsatser for opioidavhengige. Også her omtales ulike tiltak for arbeidsrehabilitering (Kidorf M., King V. and Brooner R. 2006) som generelt effektive. Særlig framheves gruppetilbud rettet mot trening av ferdigheter. Vi skal imidlertid senere se at dette er funn som trengs å nyanseres og differensieres.

Overføringsverdien fra amerikansk til norsk kontekst er imidlertid begrenset, fordi det amerikanske og norske arbeidsmarkedet og trygdesystemet er svært forskjellig. I det amerikanske arbeidsmarkedet er det et stort antall jobber med lav inntekt og lav ansettelsestrygghet som gjør adgangen til arbeidsmarkedet langt lettere enn det norske (selvsagt med de store problemer som følger av den lave lønnen og den høye ansettelsesusikkerheten). Det norske arbeidsmarkedet har en langt høyere terskel for ansettelse og for eksempel viser evalueringen av de omfattende tiltaksforsøkene som ble gjennomført i forkant av NAV-reformen (Lødemel I. and Johannessen A. 2005) at det generelt er vanskelig å lykkes med arbeidsrehabilitering i Norge.

Forskjellene i trygdesystemet må antas å virke i samme retning; de gode trygdeytelsene i Norge gir sikkerhet for inntekt selv om en blir værende permanent utenfor arbeidsmarkedet. De dårlige ytelsene i USA gir et press til å søke arbeid, selv om det både er dårlig betalt og usikkert. Det stilles også ofte sterke krav om å ta slikt arbeid, som vilkår for andre typer økonomiske velferdsytelser. Det kan derfor være mindre som skal til for å få klientene ut i en eller annen form for lønnet arbeid i USA enn i Norge.

5.2 Effekter av spesifikke program

Vi har søkt oss fram til seks amerikanske studier av hvilke effekter som oppnås ved bruk av spesifikke tiltak for arbeidsrehabilitering av klienter i metadon vedlikeholdsprogram. Den første studien er helt tilbake fra 1981, mens de øvrige er fra 1993, 2000, 2001 (to studier) og 2004. Metodisk lider studiene av to svakheter:

1. Klientene som blir tilbudt de spesielle tiltakene, er i stor grad valgt ut som best egnet eller motivert for arbeidsdeltakelse. Gruppene av deltakere er allikevel varierte nok til å kontrollere for andre faktorer enn tiltaket, som kan ha betydning for effekten (metodevurdering - nivå 2).
2. Oppfølgingstiden er kort og i studien med den lengste oppfølgingstiden (12 måneder) ser vi at effekten alt er tapt.

I studien publisert i 1981 var det 60 arbeidssøkende metadonpasienter, fordelt på en gruppe som fikk tilbud om et arbeidssøkingskurs og en gruppe (kontroll), som fikk enkel informasjon om ulike arbeidsmuligheter (Hall S. et al. 1981). Ved oppfølging tre måneder etter, var 52 prosent av den første gruppen i lønnet arbeid mot 30 prosent for kontrollgruppen. Forskjellen var ikke statistisk signifikant. Alt i denne studien får vi en svært viktig opplysning; programmet ga ingen effekt i forhold til økt arbeidsdeltakelse for de pasientene som hadde vært uten arbeid siste fem år.

I studien fra 1993 (Platt et al. 1993) ble 277 arbeidsløse metadonklienter fra fem klinikker vurdert for et tilbud om ti sesjoner med læring av "vocational problem-solving". Flertallet ble vurdert som uaktuelle for tilbudet på grunn av psykisk problematikk / kognitiv fungering og flere ønsket selv ikke å delta. Eksperimentgruppen besto til slutt av 67 klienter som så ble sammenlignet med en kontrollgruppe på 63 klienter som mottok standard MMT. Ved 6 måneders oppfølging var arbeidsdeltakelsen i eksperimentgruppen signifikant høyere enn i kontrollgruppen (økt fra 13 til 27 prosent). Etter 12 måneders oppfølging var arbeidsdeltakelsen igjen sunket til nivået før intervensjonen. Denne studien kan altså tyde på at muligheten for å få klienter inn i det amerikanske arbeidsmarkedet kan være god, mens mangel på ansettelsestrygghet og ingen oppfølging fra hjelpeapparatet, tyder på at klientene faller raskt ut av arbeid igjen.

I studien fra 2000 (Appel P. et al. 2000) besto den særskilte intervensjonen av tilbud om arbeidsrådgivning fra en egen rådgiver i en metadonklinikk (n=333) med pasienter fra en annen klinikk (n=358) uten slikt tilbud, som kontrollgruppe. Ved oppfølging etter 16 måneder var det en signifikant forskjell mellom de to gruppene; 45 prosent i første gruppen var da i lønnet arbeid mot 20 prosent i kontrollgruppen. Igjen viste imidlertid tidligere arbeidserfaring å spille en stor rolle og kontrollert for den relativt bedre arbeidserfaringen til pasientene rekruttert til den første gruppen, var det en mindre men fremdeles signifikant effekt av rådgivningen.

Fra 2001 har vi to publikasjoner av Zanis m. fl. som viser to ytterpunkter i mulig innsats for arbeidsrehabilitering. I den ene studien (Zanis D. et al. 2001) ble en gruppe på 109 pasienter fordelt på enten 10 sesjoner med "vocational problem-solving skills" eller tilsvarende med generell "interpersonal problem-solving skills". Selv om 59 prosent i den første gruppen var i arbeid 6 måneder etter, mot 37 prosent i den andre gruppen, viste allikevel en multivariat regresjonsanalyse at arbeidsrehabiliterings-intervensjonene

ikke var noen signifikant prediktor for om pasienten kom i arbeid. Andre faktorer som tidligere arbeidserfaring, alder og motivasjon var derimot signifikante prediktorer. Intervensjonene var altså først og fremst med på å forsterke effekten av disse faktorene.

Den andre studien (Zanis D. and Coviello D. 2001) er en case-studie av en omfattende arbeidstreningsinnsats ("employment case management") som var satt inn overfor 10 metadonpasienter med en svært dårlig arbeidserfaring, over en periode på 26 uker. Ved to måneders oppfølging var ni av dem i arbeid og ved åtte måneders oppfølging var fremdeles seks av dem i arbeid. Studien viser altså at med en tilstrekkelig omfattende og systematisk innsats er det mulig å få metadonpasienter med lite eller ingen arbeidserfaring inn i lønnet arbeid (i det minste i en amerikansk kontekst).

Den nyeste programstudien vi har søkt fram, er publisert i 2004. Selve programmet omtales som "the Customized Employment Supports model – CES" og beskrives som en modell som gjennom tilpassede tiltak (psykoterapi, rådgivning, støtte, trening med mer) er ment å skulle overkomme de mange og varierte individuelle barrierene mot yrkesdeltakelse (Blankertz L. 2004). I en studie presenteres de første 6 måneders oppfølgingsresultater fra implementeringen av programmet ved to metadonklinikker (Staines G. et al. 2004), der 121 pasienter ble tilfeldig fordelt på en gruppe som fikk klinikkenes standardprogram (inneholder også arbeidsrådgivning) pluss CES, og en gruppe som bare fikk standard klinikkprogram (kontroll). Studien viser at CES ga signifikant høyere arbeidsdeltakelse (66 prosent) enn det standardprogrammet ga (41 prosent) etter seks måneders oppfølging.

5.3 Prediktorer for arbeidsdeltakelse

Studiene av de konkrete programmene for økt arbeidsdeltakelse peker alle på hvor stor betydning ulike individuelle karakteristika ved pasientene, har for arbeidsdeltakelsen. Fire studier har hatt som primært mål å undersøke betydning av slike faktorer, og har holdt disse opp mot karakteristika ved de tilbud som er gitt i metadonklinikker uten mer omfattende program for arbeidsrehabilitering.

I en studie fra 1990 undersøkte en 380 pasienter fra fem metadonklinikker (Hermalin J. et al. 1990). Ni variabler ble funnet å ha signifikant betydning for om pasientene var kommet i arbeid. Disse variablene var først og fremst knyttet til tidligere arbeidserfaring og til om det var gitt tilbud om praktisk arbeidstrening som en del av programmene. På den annen side var psykisk helse overraskende nok ikke en signifikant prediktor.

En studie fra 1994 (Zanis D., Metzger D. and McLellan A. 1994) av 340 pasienter ga et noe annet bilde. Her var det lav skåre på depresjon og rusmiddelbruk, utdanning og sivilstatus som hadde størst betydning. Men i denne studien forklares ikke mer en 14 prosent av den totale variasjonen i pasientenes arbeidsdeltakelse: En grunn til dette kan være at nettopp tidligere arbeidserfaring ikke var med som en mulig forklaringsvariabel.

I en studie fra 2000 (Widman M. 2000) undersøkes bare betydningen av fysisk helsetilstand for metadonpasientenes arbeidsdeltakelse. Undersøkelsen finner at den fysiske helsetilstanden ikke er en slik prediktor.

I en siste studie fra 1991 undersøkes det om tid i behandling har noen betydning for om pasientene kommer i arbeid (French M. et al. 1991). Studien viser at tid i behandling har en liten men signifikant effekt. Dette er igjen med på å understreke betydningen av de individuelle karakteristikaene som de andre studiene viser til.

5.4 Behov for differensiering

I en studie publisert i 2004 ble 417 pasienter fordelt på tre grupper med ulike typer og omfang av tiltak for arbeidsrehabilitering (Lidz V. et al. 2004). Resultatene var skuffende. En kunne ikke påvise noen signifikante effekter av tiltakene, og forfatterne benytter derfor anledningen til å peke på hva som bør læres av de manglende resultatene. Det pekes på to forhold. For det første pekes det på at tiltakene og programmene kan bli kvalitativt bedre og mer omfattende. Noen av studiene vi alt har gjennomgått, viser at dette selvsagt er viktig. Men enda viktigere er påpekningen av at programmene og tiltakene må tilpasses behovene til den enkelte pasient. Med et viktig unntak ("Customized Employment Support") er de programmene og tiltakene som de gjennomgåtte studiene tar utgangspunkt i, langt på vei standardiserte og manualiserte.

Lidz et.al. har denne erfaringen: "The trainers were frequently caught between adhering to the material presented in the manuals and engaging actual combinations of barriers as experienced by the subjects. The choice was often one of not seeming to know the "real world" to have credibility with subjects or failing to deliver the program as designed."

Zanis holder fram det å utvikle program som både er tilpasset personlige barrierer og arbeidsmarkedets begrensninger og muligheter som det mest kritiske uløste problemet med dagens program for arbeidsrehabilitering (Zanis D. 2004).

Men tiltak og program som fullt ut skal tilpasses den enkelte pasient, er ikke lenger et program som kan utvikles og kvalitetssikres. Det er snarere en åpen meny av mulige tiltak som kan settes sammen på en stort antall måter. En mellomløsning er å bruke kunnskap om sentrale prediktorer for framtidig arbeidsdeltakelse, til å utvikle diagnostiske verktøy for å kategorisere pasienter i forhold til et begrenset antall program og tiltaksvarianter. Ut fra en slik tankegang foreslår Springer en tredeling av den aktuelle pasientpopulasjonen i forhold til framtidig arbeidsdeltakelse (Springer A. 2003). Om vi i tillegg holder dette forslaget opp mot de funnene vi har gjort rede for i dette kapitlet, kan vi tenke oss følgende inndeling:

Type 1: Personer som etter å ha kommet inn i vedlikeholdsbehandling har en direkte mulighet for å komme i arbeid, karakterisert ved å ha tidligere arbeidserfaring og god psykisk helse. Disse vil sannsynligvis kunne komme seg i arbeid med et minimum av arbeidsrettede tiltak.

Type 2: Personer som selv etter noen tid i vedlikeholdsbehandling viser seg å ha begrensede muligheter til å komme seg i arbeid, preget av svak, men relevant arbeidserfaring og noen psykiske helseproblem. Dette er den gruppen som sannsynligvis vil skåre best på noe mer omfattende tiltak som rådgivning, opplæring, arbeidstrening, og oppfølging, når de er kommet i arbeid.

Type 3: Personer som viser seg å ha store problemer i forhold til muligheter for å komme seg i arbeid, preget av ingen relevant arbeidserfaring, svake sosiale og arbeidsrelevante ferdigheter og mer omfattende psykiske og atferdsmessige problemer. For disse vil spesifikke tiltak med sikte på arbeidsrehabilitering først og fremst kunne bringe nye nederlag. For disse blir det viktigere med et annet inntektsgrunnlag og aktivitets/væresteder som styrker den sosiale integrasjonen uten deltakelse i det ordinære arbeidsmarkedet.

6Konklusjoner

I gjennomgangen av litteraturen har vi valgt å ta utgangspunkt i ambisjonsnivået/målsettingen for tiltaket (og dermed hva effekten måles i forhold til), som grunnlag for disponeringen av rapporten. Dette er en inndeling som også er relevant i forhold til den aktuelle diskusjonen om hva som kan og bør være målsettingen for LAR i Norge.

Ut fra en slik differensiering av målsetninger i forhold til ulike dimensjoner ved pasientenes livssituasjon, kan vi trekke følgende konklusjoner fra denne litteraturstudien:

1. Den danske rapporten gjennomgår internasjonal (i praksis amerikansk) litteratur om psykososiale tiltak. Erfaringer fra flere internasjonale forsøk viser at utvidet psykososial innsats gir bedre effekt enn standard innsats. Dette samsvarer godt med den danske undersøkelsen.
2. Utvidete psykososiale tiltak er bedre egnet til å redusere sosial og psykisk belastning hos metadonbrukere enn standard tiltak (M. U. Pedersen 2005).
3. I amerikanske forsøk rapporteres effekter av utvidete psykososial innsatser. Ekstra utvidet innsats med mer av **samme** type tiltak gir ikke bedre effekter enn utvidet innsats, og er ikke kostnadseffektiv. Ekstra utvidet innsats med **nye** tiltak gir derimot signifikant bedre resultater (McLelland, 1993). Studier viser at en differensiering av behov er av betydning for iverksetting av tiltak. Psykososiale tiltak er av størst betydning for pasienter med store behov.
4. Utvidete psykososiale tiltak (i den danske undersøkelsen) gir ikke bedre effekt enn standard innsats på SK-dimensjonen, dvs. forbruk av illegale stoffer og kriminalitetsbelastning. Det vil si at om målet med behandlingen er avgrenset til reduksjon i bruken av opioider og kriminalitet, er det den farmakologiske substitusjonsbehandlingen som er den vesentligste.
5. På den annen side; den medisinske siden av metadon vedlikeholdsbehandling, uten spesielle psykososiale tiltak, gir altså reduksjon i forbruk av illegale stoffer og reduksjon i kriminalitet, men har liten eller ingen effekt på sosiale og psykiske forhold.
6. Endringer på de ulike BPS-dimensjonen (fysisk/psykisk helse og sosial fungering) viser at de psykososiale innsatsene kun er signifikant effektive for pasientene med de største problemene (BPS-multigruppe, i dansk undersøkelse).

7. Psykoterapi som en del av den psykososiale innsatsen, er av størst betydning for pasienter med omfattende psykiske plager og lidelser. For pasienter med mindre psykiske plager har psykoterapi liten betydning for reduksjon i illegalt forbruk og kriminalitet. Studier om rehabilitering til yrkesdeltaking viser følgende resultater:
- a. Desto kortere tid pasienten har vært arbeidsløs, desto større sjanse for framtidig arbeidsdeltakelse.
 - b. Desto mer tidligere arbeidserfaring, desto bedre mulighet for arbeidsrehabilitering.
 - c. Desto høyere motivasjon for å komme seg ut i arbeid, desto bedre rehabilitering.
 - d. Desto større omfang av den rehabiliterende innsatsen, desto bedre rehabilitering.
 - e. Dess lenger tid med aktiv oppfølging, også etter at klienten er kommet i arbeid, desto bedre rehabilitering.
 - f. Ut fra en kost-nytte vurdering, synes det ikke å være effektivt å tilby omfattende rehabiliteringstiltak for klienter uten relevant arbeidserfaring og omfattende problemer i forhold til psykisk helse og sosial fungering.

Og som en overordnet konklusjon til slutt, kan vi si at psykososiale tiltak rettet mot opioidavhengige i substitusjonsbehandling, er kostnadseffektive dersom tiltakene er tilpasset til følgende tre faktorer:

1. Den problematikk og de behov som pasientene har.
2. Det ambisjonsnivå som defineres for behandlingen og rehabiliteringen.
3. Hvilken fase av behandlingen/rehabiliteringen en er i.

Av disse punktene vil 1. og 3. måtte vurderes som normale faglige krav som må stilles til all behandling, mens punkt 2. like mye er et politisk tema i det norske LAR-systemet.

7Referanser

- Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M., and Mayet S. 2006. "Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatment alone for treatment of opioid dependence (Review)." *The Cochrane Collaboration Library*.
- Appel P., Smith R., Schmeidler J., and Randell J. 2000. "Impact of a vocational counselor on employment-related outcomes among methadone patients." *Evaluation and Program Planning* 23:437-448.
- Avants S.K., Margolin A., Kosten T., Rounsaville B., and Schottenfeld R. 1998. "When is less treatment better? The role of social anxiety in matching methadone patients to psychosocial treatments." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66:924-931.
- Avants S.K., Warburton L.A., and Margolin A. 2000. "The influence of coping and depression on abstinence from illicit drug use in methadone-maintained patients." *American Journal of Psychiatry* 157:399-416.
- Bale R. 1980. "Therapeutic Communities vs Methadone Maintenance." *Archives of General Psychiatry* 37:179-194.
- Ball J.C., and Ross A. 1991. *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer Verlag.
- Belding M., Iguchi M.Y., Morral A., and McLellan A.T. 1997. "Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence." *Drug and Alcohol Dependence* 48:51-59.
- Bell J. 1998. "Delivering effective methadone treatment." in *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, edited by Ward J., Mattick R., and Hall W. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Berg J. 2003. "Vocational training and rehabilitation in maintenance treatment." in *Maintenance treatment of heroin addiction. Evidence at the crossroads*, edited by Waal H. and Haga E. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Berglund M., Thelander S., and Jonsson E. (Eds.). 2003. *Treating alcohol and drug abuse*. Weinheim: Wiley-VCH Verlag.
- Blacken P., Hendriks V., Pozzi G., Tempesta E., Hartgers C., Koeter M., Fahrner E.M., Gsellhofer B., Küfner H., Kokkevi A., and Uchtenhagen A. 1994. "European Addiction Severity Index (EuropASI)-Manual."
- Blankertz L. 2004. "A new work placement model for unemployed methadone maintenance patients." *Substance Use & Misuse* 39:2239-2260.
- Brandsberg-Dahl A., and Laneskog J.O. 2002. "Metadonbrukere i Tyrili." Oslo: Tyrili FoU.
- Calsyn D. 1994. "Contingent Management of urinalysis results and intensity of counseling services have an interactive impact on methadone maintenance treatment outcome." *Journal of Addictive Diseases* 13:47-63.
- Christiansen P. 2001. "Nåleøjet." København: København kommune.
- Dole V., and Nyswander M. 1965. "A medical treatment for heroin addiction." *Journal of the American Medical Association* 193:645-650.
- Frantzen E. 2001. *Metadonpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- French M. 1994. "Cost analysis of training and employment services in methadone treatment." *Evaluation and Program Planning* 17:107-120.

- French M., Zarkin G., Hubbard R., and Rachal J. 1991. "The impact of time in treatment on the employment and earnings of drug abusers." *American Journal of Public Health* 81:904-907.
- Goldstein M. 2002. "Evaluation of an alternative program for MMTP drop-outs: impact on treatment re-entry." *Drug and Alcohol Dependence* 66:181-187.
- Gossop M., Stewart D., and Marsden J. 2003. "Treatment process components and heroin use outcome among methadone patients." *Drug and Alcohol Dependence* 71:93-102.
- . 2006. "Effectiveness of drug and alcohol counseling during methadone treatment: content, frequency, and duration of counseling and association with substance use outcomes." *Addiction* 100:404-412.
- Gourlay J., Ricciardelli L., and Ridge D. 2005. "Users' experience of heroin and methadone treatment." *Substance Use & Misuse* 40:1875-1882.
- Griffith J., Rowan-Szal G., Roark R., and Simpson D. 2000. "Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis." *Drug and Alcohol Dependence* 58:55-66.
- Gryt M. 2005. "Et bedre liv med metadon." in *Insitittutt for sosiologi og samfunnsgeografi*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Grönbladh L., and Gunne L. 1989. "Methadone-assisted rehabilitation of Swedish heroin addicts." *Drug and Alcohol Dependence* 24:31-37.
- Hall S., Loeb P., LeVois M., and Cooper J. 1981. "Increasing employment in ex-herion addicts II: Methadone maintenance sample." *Behavior Therapy* 12:453-460.
- Hansen M.B., Kornør H., and Waal H. 2004. "Bidrag til evaluering av legemiddelassistert rehabilitering i Norge." Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, Universitet i Oslo.
- Havassy B., Hargreaves W., and Barros L. 1979. "Self-regulation of dose in methadone maintenance with contingent privileges." *Addictive Behaviors* 4:31-38.
- Hermalin J., R. Steer, J. Platt, and Metzger D.S. 1990. "Risk characteristics associated with chronic unemployment in methadone clients." *Drug and Alcohol Dependence* 26:117-125.
- Higgins S., Stitzer M., Bigelow G., and Liebson I. 1986. "Contingent methadone delivery: effects on illicit opiate use." *Drug and Alcohol Dependence* 17:311-322.
- Hollonds G.B., and Turecek L.R. 1980. "An evaluation of a behaviour therapy programme as an intervention treatment for the fear of withdrawal with heroin-dependent persons." *Drug and Alcohol Dependence* 5:153-160.
- Iguchi M. 1996. "Contingent reinforcement of group participation versus abstinence in a methadone maintenance program." *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 4:315-321.
- Johnson B. 2005. *Metadon på liv och död*. Lund: Studentlitteratur.
- Kakko J., Svanbor K.D., Kreek M.J., and Heilig M. 2003. "1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial." *The Lancet* 361:662-668.
- Kidorf M., King V., and Brooner R. 2006. "Counseling and psychosocial services." in *The treatment of opioid dependence*, edited by Strain E. and Stitzer M. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Kristiansen H., Bjørke T., Prestvik Å., and Dahlen I. 2006. "Kvalitetsstrategi for videreutvikling av bydelenes tjenester til LAR klientene." Oslo: Rusmiddelstaten, MAR Oslo, Bydel St.Hanshaugen.

- Lidz V., Sorrentino D., Robinson L., and Bunce S. 2004. "Learning from disappointing outcomes: An evaluation of prevocational interventions for methadone maintenance patients." *Substance Use & Misuse* 39:2287-2308.
- Lødemel I., and Johannessen A. (Eds.). 2005. *Tiltaksforsøket: mot en inkluderende arbeidslinje?* Oslo: Gruppe for inkluderende velferd, Høgskolen i Oslo.
- Mattick R., Ward J., and Hall W. 1998. "The role of counselling and psychological therapy." in *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, edited by Ward J., Mattick R., and Hall W. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- McLellan A.T., Arndt I.O., Metzger D.S., Woody G., and O'Brien P. 1993. "The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment
" *JAMA* Vol 269:1953:1959.
- Melberg H.O., Lauritzen G., and Ravndal E. 2003. "Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?" SIRUS.
- Milby J.B. 1978. "Take-home methadone; contingency effects on drug-seeking and productivity of narcotic addicts." *Addictive Behaviors* 3:215-220.
- NOU. 2003:4. "Forskning på rusfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak."
- Nurco D. 1995. "Changes in locus-of-control attitudes about drug misuse in a self-help group in a methadone maintenance clinic." *The International Journal of the Addictions* 30:765-778.
- O'Brian C. 1997. "Progress in the Science of Addiction." *American Journal of Psychiatry* 154:9:1195-1197.
- Pedersen M.U. 2005. *Herion-afhængige i metadonbehandling. Den medisinske og psykosociale indsats*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning. Aarhus Universitet.
- Peirce J. 2006. "Effects of lower-cost incentives on stimulant abstinence in methadone maintenance treatment." *Archives of General Psychiatry* 63:201-208.
- Platt, J., Husband S., Hermalin J., Cater J., and Metzger D. 1993. "A cognitive problem-solving employment readiness intervention for methadone clients." *Journal of Cognitive Psychotherapy* 7:21-33.
- Preston K., Umbricht A., and Epstein D. 2000. "Methadone dose increase and abstinence reinforcement for treatment of continued heroin use during methadone maintenance." *Archives of General Psychiatry* 57:395-404.
- . 2002. "Abstinence reinforcement maintenance contingency and one-year follow up." *Drug and Alcohol Dependence* 67:125-137.
- Ravndal E., and Lauritzen G. 2004. "Opiatmisbrukere i metadonassistert rehabilitering ett og to år etter inntak." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 124:329-331.
- Saunders B., Wilkinson C., and Phillips M. 1995. "The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme." *Addiction* 90:415-424.
- Schafft A., and Frøyland K. 2006. "Veien til yrkeslivet for personer under legemiddelassistert rehabilitering." AFI.
- Schwartz R. 2006. "A randomized controlled trial of interim methadone maintenance." *Archives of General Psychiatry* 63:102-109.
- Segest E., Mygind O., and Bay H. 1990. "The influence of prolonged stable methadone maintenance treatment on mortality and employment: An 8-year follow-up." *The International Journal of the Addictions* 25:53-63.
- Sigmon S., and Stitzer M. 2005. "Use of a low-cost incentive intervention to improve counseling attendance among methadone-maintained patients." *Journal of Substance Abuse Treatment* 29:253-258.
- Sorensen J. 2005. "Randomized trial of drug abuse treatment-linkage strategies." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73:1026-1035.

- Springer A. 2003. "Maintenance treatment in vocational settings." in *Maintenance treatment of heroin addiction. Evidence at the crossroads*, edited by Waal H. and Haga E. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Staines G., Blankertz L., Magura S., and Bali P. 2004. "Efficacy of the customized employment supports model of vocational rehabilitation for unemployed methadone patients: Preliminary results." *Substance Use & Misuse* 39:2261-2285.
- Stein M., Cioe P., and Friedman P. 2005. "Buprenorfin retention in primary care." *Journal of General Internal Medicine* 20:1038-1041.
- Stitzer M., Bigelow G., and Liebson I. 1980. "Reducing drug use among methadone maintenance clients: contingent reinforcment for morphine-free urines." *Addictive Behaviors* 5:333-340.
- Stitzer M., Iguchi M., and Felch L. 1992. "Contingent take-home incentive: Effects on drug use of methadone maintenance patients." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60:927-934.
- Stitzer M., Petry N., and Silverman K. 2006. "Contingency management therapies." in *The treatment of opioid dependence*, edited by Strain E. and Stitzer M. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Vindedal B., Steen L.E., Larsen B., and Knoff R.H. 2004. "Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering." AIM
- Ward J., Mattick R., and Hall W. 1998. "The use of urinalysis during opioid replacement therapy." in *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, edited by Ward J., Mattick R., and Hall W. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Widman M. 2000. "Health status of employed and unemployed methadone patients." *Journal of Substance Abuse Treatment* 18:287-289.
- Zanis D. 2004. "The most critical unresolved issue associated with contemporary vocational rehabilitation for substance users." *Substance Use & Misuse* 39:2619-2620.
- Zanis D., and Coviello D. 2001. "A case study of employment case management with chronically unemployed methadone maintained clients." *Journal of Psychoactive Drugs* 33:67-73.
- Zanis D., Coviello D., Alterman A., and Appling S. 2001. "A community-based trial of vocational problem-solving to increase employment among methadone patients." *Journal of Substance Abuse Treatment* 21:19-26.
- Zanis D., Metzger D., and McLellan A. 1994. "Factors associated with employment among methadone patients." *Journal of Substance Abuse Treatment* 11:443-447.
- Aaslid F.S. 2003. "Dirty Needles and Magic Medicin." in *Trondheim Occasional Papers in Social Anthropology*. Trondheim: NTNU

Appendix 1 Danske anbefalinger

Anbefalinger i den danske undersøkelsen (Pedersen M.U. 2005)

Den danske undersøkelsen avsluttes med en rekke anbefalinger, og noen gjengis her:

- 1) Det bør være minst en samtale ukentlig med metadonmottakeren (eksklusive metadomutleveringen). Denne intensiteten er behandlingseffektiv og kostnadseffektiv.
- 2) Det bør være så høy grad av tilgjengelighet til behandlere av mottakerne på ad hoc basis kan gjøre en avtale på dagtid av mindre varighet.
- 3) Behandler-klient ratio bør ikke overstige 1:20, hvis 1) og 2) skal realiseres.
- 4) Bruk av case management strategi eller støtte-/kontaktperson anbefales for å koordinere en sammenhengende behandlingsstrategi (tilsvarer koordinator for individuell plan i Norge?).
- 5) Behandlingssteder for de mest belastede mottakere bør ha et oppholdssted hvor også senterets behandlere er til stede.
- 6) Utdeling av metadon og den psykososiale innsatsen kan med fordel skje under samme tak. Dette skaper grunnlag for en mer konstruktiv diskusjon om medisiner og mulighet for etablering av kontakt ved behov.
- 7) Bruk av urinkontroll står ikke i forhold til innsatsen verken behandlingsmessig eller økonomisk.
- 8) Behandlingspolitikken overfor de mest belastede bør være orientert mot langsiktig vedlikeholdsbehandling og rehabilitering.
- 9) Man bør ikke utelukke metadonmottakere fra behandling på grunn av forbruk av illegale stoffer.
- 10) Det anbefales yrkesveiledning, undervisning, informasjon om hvordan skade unngås mv. i behandlingen.
- 11) Det bør rettes oppmerksomhet mot:
 - a) alkoholforbruk
 - b) forbruk av b-preparater (sovemedisin, benzodiazepiner, smertestillende medikamentet etc)
 - c) Kokain
 - d) Selvmordstanker
 - e) Overgrepsopplevelser
 - f) Samliv med stoff- og/eller alkoholmisbruker
 - g) Etablering av stabile boligforhold

