

## BEHOV FOR FORNYELSE?

Avrusingsstradisjonene i Norge belyst gjennom en  
forundersøkelse av ultra-rask opioidavrusning  
(UROD)

Reidulf G. Watten

Helge Waal

## FORORD

Avrusning i narkose dukket opp i den norske debatten tidlig på 1990-tallet som en omstridt metode. Den ble først lansert i Dagsnytt NRK i en reportasje om en ny behandlingsmetode. Bildene viste en lege i hvit frakk som behandlet en pasient liggende i sin seng med intravenøs tilførsel. Journalisten fortalte om svært gode resultater og fornøyde pasienter. Fagmiljøet reagerte med skepsis. Senere kom det meldinger fra England, Spania og andre land.

Dette vakte interesse i enkelte fagmiljøer. Det ble derfor gjort noen forberedende forsøk knyttet til en privat klinikk i Oslo. Disse erfaringene pekte mot at metoden kan kreve omhyggelig medisinsk overvåking. Rusmiddelstaten i Oslo søkte om midler til forsøksvirksomhet i samarbeid med leger ved Aker sykehus. Sykehusledelsen var imidlertid negativ og mente at forsøket ville tappe sykehuset for nødvendig arbeidskraft i form av anestesisykepleiere. Byrådsavdelingen for helse og eldre satte foten ned.

Metoden var imidlertid også blitt kjent blant pårørende til stoffmisbrukere i Oslo. Enkelte av disse skaffet selv informasjon om tilgjengelige tilbud og bekostet behandling i aktuelle land. Etter hvert begynte det derfor å komme meldinger om norske stoffmisbrukere som var behandlet i Spania, og som var fornøyd med behandlingen. Pårørende til en av disse tok kontakt med en av forfatterne med sikte på støtte til å etablere avrusning i narkose i Norge. Det ble i drøftingen foreslått at Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) skulle gjøre en evaluering av de norske pasientenes erfaringer.

SIFA besluttet derfor å gjøre en enkel etterundersøkelse av pasienter som hadde fått avrusning i narkose. Den ene av forfatterne (Reidulf Watten) fikk i oppdrag å gjennomføre undersøkelsen i samarbeid med den andre (Helge Waal). Under prosjektforberedelsene ble det besluttet å gjennomføre sammenlignende studier med grupper som fikk annen type avrusning og å sette arbeidsformen i perspektiv i forhold til eksisterende norske tilbud. Prosjektet er i hovedsak gjennomført av førsteforfatteren mens annenforfatteren i særlig grad har bidratt til utformingen av rapporten.

Rapporten redegjør for UROD-metoden, og sier litt om forløpet etter hjemkomsten til Norge hos de som har fått avrusning i narkose i Spania. Det foretas en enkel sammenlikning med en gruppe pasienter fra en rusavdeling i Oppland. Denne gruppen er ikke valgt ut tilfeldig. Den er heller ikke en matched sammenligningsgruppe. Seleksjonen til de to gruppene er ulik.

Sammenlikningen kan derfor først og fremst brukes til å sette utviklingen og erfaringene i forsøksgruppen i perspektiv og til å høste metodiske erfaringer. Det gjøres også noen sammenlikninger med driften og kostnadene ved vanlig institusjonsdrift. Denne sammenlikningen må leses i lys av svært store forskjeller i roller og situasjon. Funnene drøftes i lys av neurobiologisk forståelse av avhengighet og av tradisjonene i norsk behandlingsapparat.

1	INNLEDNING .....	5
2	AVHENGIGHET OG AVRUSING.....	6
2.1	Modeller og tilnærminger.....	6
2.2	Avrusing i Norge.....	8
2.3	Evaluering av avrusingstilnærminger.....	9
3	NOEN SENTRALE NEUROBIOLOGISKE FORHOLD.....	11
3.1	Litt om opioidabstinenser.....	11
3.2	Litt om neuroadaptasjon og abstinens.....	12
3.3	Medikamenter og opioidavrusing.....	14
3.4	Bruk av antagonist i avrusing.....	15
3.5	Ikke-farmakologiske metoder .....	16
3.6	Kombinasjonsbehandlinger og forsøk på å forkorte avrusningstiden.....	17
3.7	UROD- (ultrarapid opiate detoxification) og ROD (rapid opiat detoxification) .....	18
4	CITA - BESKRIVELSE OG PROSEDYRER.....	19
4.1	CITA.....	19
4.2	Avrusingsprosedyre.....	20
4.3	Kontraindikasjoner .....	22
5	UROD-STUDIEN .....	22
5.1	Utvalg.....	23
5.2	Parametre og valg av instrumenter.....	23
5.3	Avtalt videre behandling .....	24
5.4	Intervjuene.....	25
5.5	Oppfølging etter 6 måneder.....	25
5.6	Erfaringer .....	26
6	UROD-GRUPPEN OG SAMMENLIKNINGSGRUPPEN.....	26
6.1	Utdannelse, inntekt og boligforhold.....	26
6.2	Bruk av rusmidler før avvenningen.....	28
6.3	Selvrapporterte vansker før behandlingen.....	30
6.4	Tidligere kontakt med hjelpeapparatet.....	31
7	FUNN VED ETTERUNDERSØKELSEN .....	31
7.1	Subjektive opplevelse av UROD-avrusing .....	31
7.2	Gjenopptatt rusbruk.....	34
7.3	"Grunner" til tilbakefall .....	35
8	DISKUSJON .....	36
8.1	Klientenes opplevelse.....	37
8.2	Ingen forskjeller i tilbakefall .....	38
8.3	Noen økonomiske faktorer .....	38
8.4	Blandingsmisbruk.....	39
8.5	Noen utviklingstrekk .....	39
9	HVA BØR GJØRES VIDERE?.....	40
10	LITTERATUR .....	41
	VEDLEGG 1.....	44
	START-programmet .....	44

## 1 INNLEDNING

I 1996 kom det medieoppslag om flere norske heroinbrukere som hadde vært på vellykket avrusning i England og Spania etter en ny metode med avrusning i narkose. Påførende til noen av brukerne dannet en interesseorganisasjon med en norsk formidler som henvendte seg til en av forfatterne med ønske om hjelp til å få offentlig støtte. I drøftingen av dette kom det opp et ønske om en undersøkelse av erfaringer og virkninger. SIFA besluttet på dette grunnlaget å gjøre en enkel oppfølgingsstudie som et pilotprosjekt til senere forskning vedrørende avrusning og avrusning.

De fleste av brukerne hadde vært innlagt ved CITAs avdeling i Madrid som derfor ble kontaktet for orientering om metoden. I samarbeid med den norske formidler ble CITAs grunnlegger, den spanske psykologen Juan J Legarda, invitert til Norge av SIFA som gjesteforeleser. Legarda holdt en forelesning for norske forskere og fagfolk på Tyriliseret 28. februar 1997 med tittel: ”Ultra-rapid opioid-detoxification (UROD)”. Reaksjonene var positive, men også preget av faglig skepsis. De fleste etterspurte bedre vitenskapelig dokumentasjon.

Pilotstudien ble på denne bakgrunn utformet som en kvalitativ og kvantitativ oppfølgingstudie av et utvalg norske pasienter som hadde gjennomgått UROD ved CITA-senteret. Hensikten med studien er først og fremst å forberede senere studier ved å identifisere sentrale variabler, utprøve intervjukjemaer og få erfaringer med prosedyrer og arbeidsformer. Studien har altså ikke primært som hensikt å gi svar på om UROD er en bedre eller dårligere avrusingsmetode enn andre. Den kan likevel bidra til å systematisere de erfaringene som er gjort og derved gi bedre grunnlag for å plassere behandlingsformen i norsk sammenheng. Siden de fleste av de som fikk behandling i CITA-senteret har vært i norske institusjoner tidligere, kan vi også få frem sammenlignende erfaringer og meninger.

Studien har følgende målsetninger: 1) Å gi en beskrivelse av hvorledes det har gått med gruppen etter hjemkomsten til Norge og sammenlikne dette med vanlige erfaringer. Hvor mange har

klart å være stoff-frie i en oppfølgingsperiode på 6 måneder? Hvorledes har det gått med dem for øvrig? 2) Å gi ordet til de som har vært til denne typen avrusing. Hvordan opplevde klientene selv en slik avrusing? Hvilke reaksjoner, virkninger og bivirkninger var de mest framtrede?

UROD-metoden bryter på mange måter med tradisjonene i Norge. Blant annet hevdes det at UROD i større grad enn andre metoder bygger på neurobiologisk tenkning og forskning. Den er også sterkere forankret i en medisinsk tradisjon. Slike forhold gjør det viktig å sette studien inn i en ramme som både beskriver det norske tilbudet og redegjør for sentrale neurobiologiske forhold.

## 2 AVHENGIGHET OG AVRUSING

### 2.1 Modeller og tilnærminger

Det finnes flere ulike måter å oppfatte avhengighet på. Disse gir grunnleggende ulike modeller for avrusing. I et moralsk perspektiv er den avhengige først og fremst preget av moralsk forfall og trenger grenser, eventuelt også omsorg og normativ påvirkning mer enn medikamenter. I et humanistisk perspektiv oppfattes den avhengige ofte som forkommen og vanskeligstillet med få gleder og bånd som kan balansere en trang til kjemisk "glede". Han eller hun trenger først og fremst hjelp og behandling for sine vansker og tilgang til alternative goder. I et psykodynamisk perspektiv er den avhengige preget av tidlig deprivasjon og mangelfull kontakt i personlighetsutviklingen slik at han eller hun er sårbar for medikamenter som lindrer indre tomhet. Han eller hun trenger psykoterapi for å behandle de grunnleggende savnene. I et læringspsykologisk perspektiv har misbrukeren innlært et mønster av signalavhengige reaksjoner som tolkes innen et kognitivt perspektiv med innlært hjelpeløshet for mestring av lyst på medikamentet som resultat. Behovet er kognitiv restrukturering og tilbakefallsmestring. I et neurobiologisk perspektiv har de nervecellene som påvirkes av rusmidlene gjennomgått en tilpasningsprosess (neuroadaptasjon) som gjør at de ikke reagerer eller reagerer overdrevent mye på nervesignaler. Dette gir på kort sikt ofte en motsatt effekt av rusmidlets virkninger og oppleves som abstinensreaksjoner. På betydelig lengre sikt gir det en labil funksjon som viser seg ved dårlig stresstoleranse, tendenser til sterk rusmiddeltrang og til dysfori og

angstreaksjoner. Behovet er å dempe abstinensreaksjonene og eventuelt å nøytralisere de mer langsiktige virkningene ved en egnet medikasjon.

Det er den siste formen for avhengighet, ofte kalt "fysiske avhengighet", som begrunner bruken av medikamenter i avrusning og behandling av rusmiddelavhengighet. Dette er et neurobiologisk perspektiv. Man tar sikte på å lindre ubehaget i abstinensfasen og eventuelt også tilføre stoffer det er underskudd på eller som av andre grunner har gunstige virkninger. Vi kan skille mellom fire ulike tilnærminger:

1. "Cold Turkey" er det samme som brå avvenning uten støtte av medikamenter. Begrepet stammer fra amerikanske selvhjelpstradisjoner. Metoden hviler på den oppfatningen at abstinensreaksjonene ofte overdrives og at det avgjørende er menneskelige faktorer som støtte, omsorg og egen vilje.
2. Brå avvenning med støtte av lindrende medikamenter som ikke er involvert i pasientens avhengighetsproblemer. Dette dreier seg ofte om krampeforhindrende, kvalmereduserende, dempende og søvngivende medikamenter.
3. Gradvis avvenning (nedtrapping). Dette betyr at pasienten får den samme typen middel som pasienten er avhengig av i minskende doser. Ved å redusere mengde stoff gradvis vil plagene bli mindre.
4. Avvenning i sedasjon. Dette betyr at pasienten får høye doseringer av beroligende midler. I denne tilstanden får pasienten et blokkerende middel som skal forkorte abstinensfasen.
5. Avvenning i narkose. Dette betyr at pasienten legges i narkose. Under narkosen får pasienten blokkerende middel i høy dose. Når pasienten våkner opp, skal den fysiske avhengigheten være nøytralisert og pasienten blokkert for effekt av tilførsel av rusmidlet.

Det er den siste formen for avvenning som står i fokus for denne undersøkelsen.

## 2.2 Avrusing i Norge

Vi har i Norge i særlig grad hatt tre tradisjoner for avrusing. Den ene har bakgrunn i medisinsk forståelse av misbruk og derfor vekt på biologiske faktorer. I denne tradisjonen brukes nedtrappingsbehandling og symptomlindrende behandling. Den eldste spesialinstitusjonen for stoffmisbrukere "Statens klinikk for narkomane" -. SKN - brukte derfor morfinklorid eller metadon, to morfinstoffer, i avvenning av morfin- og heroinavhengige helt til slutten av 1970-årene. Bruken kom i diskreditt etter hvert som "undomsnarkomani" ble vanligere. Mange av de midlene som ble brukt (cannabis, amfetamin, LSD) gir i liten grad plagsomme abstinensvansker. Biologiske vurderinger ble i tillegg fortrent av sosiale og normative synssett. Tilførselen av heroin var dessuten uregelmessig og stoffet ofte uttynnet slik at den "fysiske avhengigheten" var moderat. SKN besluttet derfor å slutte helt med gradvis nedtrapping. Erfaringene er beskrevet slik at pasientene ble roligere og fikk mindre reaksjoner fordi de visste at ingen morfinstoffer var tilgjengelige. Også de fysiske abstinensplagene har psykologiske elementer.

Den medisinske modellen ble av slike grunner i stor grad fortrent på 1970- og 1980-tallet av en sosial modell. Misbruk og avhengighet ble først og fremst sett som sosiale og følelsesmessige vansker. Det ble et sentralt mål å legge behandlingen opp slik at misbrukeren skulle ha så mye ansvar for egen skjebne som mulig samtidig som han eller hun fikk maksimal støtte, opplæring og hjelp for ulike vansker. I denne tradisjonen ble det lagt vekt på en brå avvenning uten medikamentell støtte, eventuelt med symptomlindrende støtte.

På slutten av 1980-tallet og enda mer på 1990-tallet har oppfatningene beveget seg i en retning hvor biologiske faktorer igjen er kommet mer i fokus. Dette har for det første ført til at behandlingsapparatet ble bygget opp med fylkesansvar for et tilgjengelig avrusingstilbud. For det annet ble det utviklet en praksis hvor det ble lagt vesentlig vekt på symptomlindring. Under avrusingen ble derfor krampestillende midler, kvalmestillende midler og søvngivende og dempende midler tatt i bruk på en systematisk måte. Mer spesifikke midler som retter seg mot neuroadaptive forandringer ble også tatt i bruk. Ett eksempel er bruk av alfa-adrenerge agonister (clonidin) for å dempe muskulær uro og plager knyttet til abstinensreaksjonene ved avvenning fra opioider som for eksempel heroin.



Disse tilnærmingene syntes ganske lenge tilstrekkelige. Mange av pasienten ga uttrykk for moderate plager, og relativt få hadde store problemer med å få gjennomført avrusingen. Ut over 1990-tallet har dette endret seg. En reell andel av pasienten mestrer i dag ikke avvenningen tross flere forsøk. Noen angir at de ikke orker eller tør og derfor holder seg borte. Andre igjen er blitt så vidt dårlige under avrusingen at de er blitt psykotiske eller har hatt behov for væsketilførsel. Det er dessuten enkelte som har vært så vidt dårlige ved innkomst av infeksjonssykdommer, skader eller andre sykdommer at det er funnet uforsvarlig å la dem gjennomgå slitsomme abstinensreaksjoner. Avrusingsinstitusjonene er derfor, om enn i sterkt varierende grad, begynt å bruke nedtrappingsbehandling og sovemidler. I de fleste andre land er nedtrappingsbehandling den vanligste formen.

### 2.3 Evaluering av avrusingstilnærminger

Avrusningsarbeid møter følgende vansker:

1. Pasienten lar seg ikke motivere til å forsøke fordi han eller hun ikke ønsker å slutte rusbruken eller fordi tidligere forsøk eller rykter har skapt angst.
2. Pasienten møter ikke frem fordi vedkommende har fått tilbud om rusmiddelbruk eller har kommet på andre tanker av andre grunner. Angst og uro kan også spille inn.
3. Pasienten bryter av behandlingen for tidlig på grunn av rustrang eller ambivalens, eller fordi abstinensreaksjonene oppleves for sterke. Sterk rustrang i abstinensfasen kan dessuten være vanskelig å beherske.
4. Pasientens atferd, uro, aggressivitet eller bruk av innsmuglet rusmiddel fører til at pasienten blir utskrevet.
5. Avdelingen kan også utvise en pasient på grunn av konflikter eller vansker som har sammenheng med andre pasienter eller med vansker i personalet. Prinsipielt er dette uheldig, men slike tilfeller er kjent.

Slike former for vansker har ført til mange negative erfaringer. En kjent amerikansk kliniker og forsker har summert opp dette slik:

”The history of the treatment of narcotic withdrawal is a long and mainly dishonorable one. The trail is strewn with cures enthusiastically received and the quietly discarded when they turned out to be relatively ineffective or even worse productive of greater morbidity and mortality...

Because of this distressing history, one must be especially careful in proposing new techniques that they meet the twin demands of safety and efficacy. Any claims for new methods should be put forward with modesty and viewed with skepticism until amply documented by careful experimental procedures” (Kleber 1982).

Noen eksempler fra internasjonal evalueringslitteratur viser at vanskene fortsatt er store. Stark et al. (1991) viste for eksempel at mellom 20 og 30% av klientene på en lukket avdeling avbrøt behandlingen. Milby et al. (1994) fant at 34% av et utvalg som gikk på metadon, nektet å la seg avruse av frykt for ubehag med abstinensreaksjoner. Polikliniske data viser enda høyere drop-out rater. Stark (1992) rapporterte for eksempel at over 80% av en gruppe opioidmisbrukere sluttet pga. smerte, ubehag og psykisk stress forbundet med avrusingen. I dag er en rekke forskjellige opioider i bruk, ofte med påstand om vesentlig bedre klinisk effekt. Buprenorfin har fått økende betydning i forhold til metadon.

Norsk avrusingsvirksomhet er preget av den samme metodeusikkerheten. Utvikling innenfor dette feltet her i landet har vært lavt prioritert. Vi er stort sett henvist til ulike årsmeldinger fra behandlingsinstitusjoner. Dette er lite tilfredsstillende sett fra en forskningsmetodisk side, men vi kan likevel få indikasjoner på hovedtendenser. Vi skal gi et eksempel fra en slik institusjon, Akuttinstitusjonen ved Ullevål sykehus, Oslo (AiU) som er landets største avrusingsavdeling. I følge årsmeldingen fra 1998 var det 439 innlagte klienter, 167 kvinner og 272 menn. Nesten 90% (88.9) var innlagt for opioidmisbruk. 53% fullførte oppholdet på mottaksavdelingen i henhold til kontrakten, 9.2% sluttet før tiden etter avtale og 0.5% ble innlagt på psykiatrisk eller somatiske sykehus. 34.4% avbrøt avrusingen direkte, 0.2% rømte, 2% ble utvist og for 0.7% var det andre grunner til avbruddet. Slik har mønstret vært i flere år. For årene 1995, 1996 og 1997 var det henholdsvis 52%, 53.7% og 53% som fullførte i henhold til kontrakt. Tilsvarende tall for direkte avbrudd på avrusing var 43.3% 33.5% og 33.8%. Det er ingen grunn til å tro at tallene fra AiU er atypiske sammenliknet med andre avrusingsavdelinger her i landet.

Vi ser altså at det er en høy andel som avbryter avrusingen. Det er generelle enighet om at dette er uheldig. Det skaper frustrasjon hos den det gjelder og hos de pårørende som blir berørt. Det skaper også skuffelse og lett desillusjonering hos behandlere og myndigheter. Samtidig er betydningen omstridt. Evalueringsundersøkelser viser liten eller ingen sammenheng mellom

avrusing i seg selv og langtidsprognose i forhold til rusbruk og morbiditet. Dersom avrusingen ikke følges opp med adekvat behandling og sosiale tiltak, er det vanskelig å vise at avrusingen endrer forløpet. Dette har ført til at man i Norge som i mange andre land har ønsket å plassere avrusing i sammenheng med mer langsiktig planlegging, mens man i noe mindre grad har vektlagt at avrusing til enhver tid skal være tilgjengelig.

På den annen side står et avrusingsbehov ikke sjelden i sammenheng med ulike former for kriser. Dette gjør at akuttavdelingene ofte betegnes som kriseavdelinger, eventuelt som krise- og avlastningsavdelinger. Dette vil si at avdelingenes inntak kan være like mye motivert i undersøkelses- og tiltaksbehov i forbindelse med kriser i den enkeltes liv eller vansker i et behandlingsforløp. Skal man evaluere avdelingenes drift, må man altså også ta hensyn til at avdelingene har andre formål enn planlagt og styrt avrusing.

### **3 NOEN SENTRALE NEUROBIOLOGISKE FORHOLD**

UROD er først og fremst en metode for opioidavhengige misbrukere og i praksis er behandlingen knyttet til avvenning av heroinbrukere. Bruk av sentralstimulerende midler og cannabis gir andre typer neuroadaptasjon, og avvenningen er mindre dramatisk med lite medikamentbehov. Alkoholavhengighet og avhengighet av beroligende medikamenter kan gi dramatiske reaksjoner i abstinensfasen men sykdomsbildene og behandlingsbehovene er andre enn de for opioider. Blandingsmisbruk er imidlertid svært vanlig og symptomene under avvenning er ikke sjelden av blandet karakter. De økende problemene vi har hatt i behandlingsapparatet, er likevel i første rekke knyttet til intravenøst bruk av heroin. Teknologien i UROD er siktet inn mot denne formen for avhengighet.

#### **3.1 Litt om opioidabstinenser**

Abstinensreaksjoner etter bruk av opioider (heroin, metadon, morfin, kodein) er karakterisert ved flere symptomer og reaksjoner. De mest typiske er: rennende øyne, rennende nese, gjesping og svetting. Disse symptomene viser seg etter (6) 8-12 timer etter siste heroindose. De etterfølges av en økende rastløshet, dilaterte pupiller, piloarreksjon («gåsehud»), skjelving på

hender/føtter, irritabilitet, anoreksi, smerter i ledd, muskler og ben og magekramper. Abstinensreaksjonene når vanligvis en topp etter 48-72 timer og går vanligvis over etter 7-10 dager. Det er imidlertid også beskrevet et mer langvarig eller sekundært abstinensyndrom hos langtkomne misbrukere som ser ut til å bestå av generell «sykdomsfølelse» (malaise), tretthet, nedsatt velvære, lav stresstoleranse og tilbakevendende «sug» etter opioider («craving»). Dette kan vare opp til flere måneder (Jaffe, 1992). Det er imidlertid noe uklart om dette sekundærsyndromet er resultat av opioidabstinenser, er en del av misbrukerens «normale» fysiologiske tilstand, eller om det skyldes abstinenser fra andre stoffer som opioidbrukere inntar, f.eks. benzodiazepiner eller alkohol.

Til forskjell fra alkoholabstinens er opioidabstinens sjelden livstruende. Det er også ganske mange som har milde abstinenser, og disse har få problemer med å gjennomføre en «cold turkey» avrusning. Noe kraftigere abstinenser beskrives gjerne som å ha en «sterk influensa» som varer noen dager (Stewart, 1994). UROD-metoder er neppe aktuelt for disse gruppene. Andre beskriver avrusingen som et «helvete», en skjærsild, angstfylt, fortvilt og smertelig; en ytterst pinefull prosess som de aldri vil gjennomgå en gang til. Det tar flere dager å komme seg igjen etter en slik reaksjon, og selve opplevelsen kan være psykologisk traumatiserende. Den kan også gjøre at det blir vanskelig å motivere til ytterligere behandling med det formål å bli helt rusfri. De sterke abstinensene er dels knyttet til intensivt og langvarig heroinbruk og dels knyttet til individuelle forskjeller. Psykologiske faktorer kan også spille inn. Når abstinensreaksjonene blir sterke, fører de ubehandlet ofte til at avrusingen avbrytes og ikke sjelden til frykt for abstinensplager i fremtiden. Enkelte forfattere mener dessuten at sterke abstinensreaksjoner kan gi bestemte neurobiologiske komplikasjoner som føre til at plagene lettere utløses neste gang. Det er derfor en fordel at avrusingen skjer så hurtig og skånsomt som mulig (Mattick og Hall, 1996).

### 3.2 Litt om neuroadaptasjon og abstinens

Alle morfinstoffer virker ved å stimulere spesielle mottakersteder på nervecellene som heter morfinreseptorer. Stimulering av reseptorene påvirker cellenes reaksjonstendens, for det meste slik at cellen blir mindre reaksjonsdyktig. Vi kjenner i dag fire typer reseptorer. Disse deltar i omfattende regulerende mekanismer i kroppen og påvirkes normalt av noen typer morfinstoffer

som blir produsert i kroppen (endorfiner og enkefaliner) Reseptorene blir aktivert etter nivå av endorfin. Virkningene er en finstillet modulering av nerveaktiviteten slik at vi kan tilpasse oss sterkt varierende stimulerings situasjoner og livsbetingelser.

Det finnes opioidreseptorer i store deler av sentralnervesystemet og påvirkning av reseptorene har derfor mange ulike virkninger. De reseptorene som har størst betydning for misbruk og for abstinensreaksjoner er my-reseptorene. Stimulering av reseptorene demper smerteopplevelse, respirasjon, muskeltonus og en lang rekke forhold knyttet til det såkalte autonome nervesystem som tarmregulering, hjerterytme, temperaturregulering, svetting. De sentrale kjerneområdene for regulering av angst og stress (alarmsystemene) hvor det såkalte locus coeruleus står sentralt, dempes. Dette skaper en nedstresst, ropreget tilstand. På den annen side økes impulsgangen i motivasjonsbanene, og dette gir følelse av vel være.

Det vil føre alt for langt å gi en omfattende innføring i de neurobiologiske virkningen.

Hovedpoenget er at langvarig stimulering fører til at reseptorene og de cellene som påvirkes av dem, innstiller seg på et høyt stimuleringsnivå. Når stimuleringen blir mindre, for eksempel fordi brukeren forsøker å slutte med heroin, minsker påvirkningen av nerven. Da kommer den motsatte reaksjonen fordi cellen ikke klarer å omstille seg. Vi får altså en tilstand preget av autonom uro (svette, diaré, hjertebank, utvidete pupiller, kvalme, muskelstramminger). Locus coeruleus får forhøyet aktivitet og forhøyet noradrenerg impulsovergang. Den abstinente har derfor betydelige plager samtidig som han eller hun er stresset og angstpreget. Det er også en understimulering av motivasjonsbanene som gir ulyst og dysfori.

Avvenningen består i å bringe cellene tilbake til en normal funksjon slik de var før den kunstige stimuleringen. Mye av dette skjer som beskrevet i løpet av 5 til 7 dager. Men det tar betydelig lenger tid før nervesystemet er fullt restituert, og mange vil ha plager i ganske lang tid. Det tar lang tid før stressreguleringen igjen fungerer robust, og mange opplever lengre perioder med mistriivsel og motivasjonsproblemer. Dette er satt i sammenheng med forstyrrelser i motivasjonsbanene.

Forholdene er komplekse, og den samlede forståelse langt fra fullkommen. Det skal likevel kort nevnes at en del forskningsfunn peker mot at my-reseptorenes innvirkning på de såkalte NMDA reseptorkomplekser, kan ha betydning særlig for tendensen til tilbakefall. NMDA-komplekset har blant annet viktige funksjoner for emosjonell hukommelse. Det foreligger forskning som peker mot en slags ”læring på cellenivå”, dvs si at reseptorkompleksene kan forandrer seg mer eller mindre varig under langvarig påvirkning. Andre funn peker mot omstillinger i de biologiske prosessene inne i cellene. Disse reguleres av et komplisert samspill hvor også arvestoffene er involvert. Hovedpoenget med å nevne dette, er å peke på at nervecellene ikke bare ”skal komme seg igjen”. Full restituering kan ta lang tid, og noen av forandringene kan i enkelte tilfeller være vanskelige å snu. Mye av dette hviler på forskning som er langt fra entydig, men funnene er robuste nok til å hevde at metoder som vil øke hastigheten i denne ”nervecellenes vei tilbake”, vil kunne ha stor klinisk betydning.

### 3.3 Medikamenter og opioidavrusing

Den internasjonale litteratur rundt ulike opioid-avrusingsprogrammer er relativt fyldig. Opioidavrusing på institusjon med ulike støttemedikamenter har vært drevet siden 2.verdenskrig. De mest vanlige medikamenter har vært symptomatiske midler, opioid agonister og midler mot noradrenerg hyperaktivitet. Den første typen består av en rekke ulike midler som demper uro, søvnevansker, muskelstramminger, kvalme og diaré. Den andre typen består av midler som virker på reseptorene på samme måte som for eksempel heroin. Det man tar sikte på er å gjøre prosessen mer gradvis slik at ubehaget ikke blir så intenst. Det er hensiktsmessig å bruke midler som har en langvarig virkning og virker godt om det inntas gjennom munnen. Metadon er derfor ofte brukt, og buprenorfin har i dag fått en økende aktualitet. I prinsippet kan imidlertid alle opioider brukes om en kan styre en gradvis og skånsom reduksjon av nivået, mest mulig i tråd med at nervecellen gjenutvikler en ”normal” funksjon.

En spesiell type midler har fått betydelig anvendelse. Dette er alfa-adrenerge agonister (i.e. forsterker alfa-adrenerge reaksjoner) Det vanligste midlet er clonidin som i Norge har merkenavnet Catapressan. En av grunnene til at dette har fått gjennomslag, er at det ikke er et morfinstoff (ikke en opioid agonist). Det motvirker likevel visse former for abstinensreaksjoner som har sammenheng med noradrenerg hyperaktivitet. Dette vil i særlig grad si rastløs

muskelsitring og stressfølelse. Medikamentet grupperes derfor best som et symptomlindrende medikament, og behandlingen er lindrende uten å være en ”nedtrapping”. Midlet har likevel også noen begrensninger. De plagene som lindres kommer litt senere i abstinensforløpet. Sug etter morfinstoff dempes ikke særlig mye. Pasienter som opplever de mest alvorlige abstinenser ser ikke ut til å ha så god effekt av clonidin, men de som rapporterer milde eller moderate symptomer har imidlertid ofte god effekt.

Noen bivirkninger bør også nevnes. Clonidin kan medføre hypotensjon (lavt blodtrykk) og søvnevansker (særlig de første dagene). Det er også rapportert psykotiske symptomer for de som er sårbare for slike reaksjoner. Det er derfor viktig å overvåke avrusingsprosessen for pasienter når man skal bruke clonidin.

Når det gjelder gradvis nedtrapping, er dette i prinsippet mest et spørsmål om å gå langsomt nok frem. Det finnes en lang rekke anbefalte fremgangsmåter med forskjellige protokoller for dosereduksjon av ulike morfinstoffer, særlig metadon. Det største problemet knyttet til denne tilnærmingen er at pasienten ikke sjelden vil ønske langsommere reduksjon enn klinikken har mulighet til eller policy for. Ikke sjelden avbryter pasienten når doseringen kommer lavt.

Det foreligger relativt mye internasjonal forskning hvor man har sammenliknet metadonassistert og clonidin-assistert opioidavrusing. Dette vil ikke imidlertid berøres ytterligere her. Vi henviser til Gossop, (1988) eller Brown og Fleming (1998) for mer inngående diskusjon. I dag er det relativt vanlig å kombinere disse midlene fordi clonidinbruken gjør at pasienten ikke merker så mye til dosereduksjon av metadon.

### 3.4 Bruk av antagonister i avrusing

Antagonister er stoffer som blokkerer reseptorene uten å stimulere dem. Reseptoren er heller ikke tilgjengelig for stoffer som heroin eller kroppens egne morfinstoffer. Hvis man gir et slikt blokkerende stoff til en person som er avhengig av et morfinstoff, får han eller hun umiddelbart kraftige abstinensreaksjoner. Et slikt stoff, naloxon, brukes til å vekke opp personer som finnes bevisstløse etter overdose av heroin. Preparatet er registrert under merkenavnet Narcanti.

Et annet preparat er naltrexone som nå er registrert i Norge under merkenavnet Revia. Dette medikamentet ble første gang syntetisert i 1963. Naltrexone er derfor et medikament som har vært kjent i snart 40 år som en effektiv opioid antagonist som kan administreres oralt (som tablett). Det har vært ganske mye utprøvet i behandling av heroinbrukere. Evalueringen har vist en beskjeden effekt fordi pasientene svært ofte slutter å ta medikamentet. Problemet er at selv om det blokkerer for effekt av herointilførsel, fjerner det ikke suget etter ny tilførsel. Dette skaper kliniske problemer knyttet til regularitet i bruk (compliance-problem). Mange pasienter slutter å ta preparatet etter noen uker (Jaffe, 1995). Det er dessuten en del bivirkninger: hodepine og gastro-intestinale plager i form av «oppblåst» mage. Negative emosjoner (dysfori) er også registrert. I double-blind-studier av heroinavhengige som Jaffe (op.cit.) referer til, har drop-out raten vært relativt høy. Men han viser også at heroinbrukere som har klart å fortsette å ta naltrexone regelmessig utover 60 dager etter avrusing, hadde langt lavere tilbakefall enn de som bare klarte 30 dager regelmessig naltrexone-inntak. Jaffe støttes her bl.a. av Metzger et al's tidligere studie (1990).

Enkelte forskningsfunn har antydnet at naltrexone kan ha en regenererende virkning i forhold til forstyrrelsene i opioidreseptorene, eventuelt ved en slags reverserende virkning på NMDA-reseptorene (Gonzales og Brogden 19088, Loimer et al 1991, Legarda og Gossop 1994). Dette er imidlertid ikke verifisert. På tross av en sunn skepsis er likevel en kjent forsker som Jaffe framtidsoptimistisk med tanke på nyere neurobiologisk baserte metoder: «Still unexplored from a clinical perspective are approaches to reverse opioid physical dependence using new discoveries about the intracellular mechanisms subserving opioid tolerance and physical dependence. Several pre-clinical studies have shown that the (N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor antagonists can prevent the development of morphine tolerance and can reverse tolerance that has developed when animals continued to receive morphine» (Jaffe 1995, p. 371).

### 3.5 Ikke-farmakologiske metoder

Det er også kritiske røster mot aktiv bruk av farmakologiske metoder. Hovedsynspunktet er at vektlegging av farmakologiske metoder for opioidavrusing kan føre til en viss neglisjering av psykososiale metoder som har vist seg nyttige bl.a. i forhold til alkoholavrusing (Mattick og Hall, 1996). Slike synspunkter har i betydelig grad preget det kliniske miljøet i Norge ganske lenge.



Grunnen er ikke bare motvilje og teoretiske betraktning. Det er også omfattende erfaringer for at pasienter som trekkes med i fysisk aktivitet, mellommenneskelige fellesskap og engasjerende sammenhenger, kan få betydelig reduserte plager. Etter at vi har fått økt sykkelighet og et betydelig antall pasienter som ikke gjennomfører behandlingen tross flere forsøk, er disse synene likevel svekket. Dette betyr imidlertid ikke at de psykososiale metodene ikke er viktig. Farmakologiske virkninger er i sin natur oftest kortvarige. Dersom de ikke kombineres med eller følges opp av psykososiale tiltak, blir vinningen liten.

Også mer utradisjonell behandling som akupunktur har vært prøvd for å lette abstinensplagene. Resultatene her har vært blandet, men Brumbaugh (1993) konkluderer likevel med at akupunktur bør prøves ut mer systematisk som alternativ til medikamentell støttebehandling i tradisjonelle regimer.

### 3.6 Kombinasjonsbehandlinger og forsøk på å forkorte avrusningstiden.

Som nevnt tidligere, er det vanlig å bruke metadon og andre opioider i kombinasjon med clonidin. Ingen av stoffene forkorter imidlertid abstinensperioden. Skal man forkorte perioden, må man bruke en antagonist som naltrexone. Kombinasjoner med mellom clonidin og naltrexone er også forsøkt. Opioidantagonister gir imidlertid intenst ubehag. Man kan akselerere prosessen, men få om noen holder det ut. De vanlige mer tidkrevende avrusingsprosedyrene er imidlertid også ubehagelige, og mange avbryter behandlingen for tidlig. Flere, bla.a. Jaffe (1995), fremhever derfor at det er ønskelig med hurtige, hospital-baserte prosedyrer (i motsetning til polikliniske prosedyrer).

Flere kliniske miljøer har følgelig prøvd å utvikle raske avrusingsprosedyrer. Det sentrale problemet er at bruken av blokkerer (antagonister) gir forsterket ubehag. En tilnærming har vært å gi benzodiazepiner først slik at pasienten blir rolig og deretter en stadig større dose med naloxon eller naltrexone, alt etter hvor mye pasienten kan tolerere av abstinenssymptomer (Simon, 1997). Andre har siden utvidet metoden. Jaffe et al (1995) beskrev at clonidin kunne kombineres med benzodiazepiner for å dempe opioidabstinenser. Clonidin ble derfor brukt sammen med naloxon eller naltrexone, og dermed fikk man en kombinasjon som både lindrer plagene og tar sikte på å forkorte avrusingsperioden (e.g. Merrill & Marshall, 1997; Legarda &

Gossop, 1994).

### 3.7 UROD- (ultrarapid opiate detoxification) og ROD (rapid opiat detoxification)

Det sentrale poenget i disse metodene er å dempe bevisstheten (lett narkose) slik at man kan bruke store doser av opioidantagonister. Dermed kan akutfasen av abstinensperioden - som er den mest intense og ubehagelige - gjøres unna på 1-2 døgn. De første rapportene kom fra østerrikeren Loimer i 1988. (Loimer et al, 1992). Han beskrev at han ga høye doseringer av antagonist som naltrexone og naloxon eller kombinasjoner av dette mens pasienten var i narkose. Siden er metoden videreutviklet, blant annet ved at det gies flere andre medikamenter for å redusere kroppens reaksjoner (antihistaminer mot uroreaksjoner, alfa-adrenerge agonister for å dempe noradrenerg hyperaktivitet, kvalmereduserende midler og tarmdempende midler for å motvirke reaksjoner i mavetarm-systemet, benzodiazepiner for å støtte narkosen og dempe ubehag og angst etter narkosen, osv).

Ulike grupper i Israel og Spania, noe senere i USA og England har utviklet tilbud bygget over denne lesten. Ett av de første var CITA som fra 1996 har hatt kontakt med norske foreldre. Grunnleggeren av dette firmaet Juan J. Legarda, publiserte sammen med den kjente engelske forskeren Michael Gossop tidlige på 90-tallet en positiv vurdering av metoden (Legarda og Gossop, 1994).

Jaffe (1995) vurderte året etter at akselerert avrusning – for eksempel UROD – er en lovende teknikk, men føyde til: «It is not clear if these rapid and ultra-rapid methods of opioid detoxification are superior to more traditional, gradual, ambulatory withdrawal in producing long term abstinence from illicit opioid use. Methods that do not require anaesthesiologists or intensive care units, certainly appear to have the potential for shortening as well as reducing the expense of hospital stays in those few instances where hospital admission is still used for this phase of treatment» (p. 371).

Siden er det kommet flere vurderinger og oppsummeringer. Det er også publisert en rekke rapporter om komplikasjoner og vanskeligheter, derav en del dødsfall. Det amerikanske legetidsskriftet hadde en beskrivelse og vurdering av metoden under ”Medical News and

Perspectives i 1997 . En annen beskrivende vurdering ble gitt av de mest sentrale forskerne ved "National Addiction Center" i London som påpeker at det egentlig nye er å bruke anestesi slik at pasientene tolererer ubehag og påkjenning de ellers ikke ville ha akseptert (Strang, Bearn & Gossop 1997). De mener også at en ikke godt nok kjenner hvilke virkninger det kan ha "å bombardere opioidreseptorene" med et vidt spekter av ulike medikamenter i høye doser". Deres konklusjon var at metoden burde undersøkes bedre før den blir alminnelig klinisk tilgjengelig.

O'Connor og Kosten (1998) har gjort en metastudie hvor til sammen 31 arbeider ble gjennomgått. De konkluderte sin oversikt slik: " The existing literature on RD and UROD is limited in terms of the number of subjects evaluated, the variations in protocols studied, lack of randomized design and use of control groups, and the short-term nature of the outcomes reported. Further research is needed using more rigorous research methods, longer-term outcomes, and comparisons with other methods of treatments for opioid dependence" (s. 229)

En slags konklusjon kan være at problemet med pasienter som avbryter avvenningsbehandlingen, på sett og vis er løst. Alle vil våkne opp etter at de første abstinensreaksjonene er over med en dekning av blokkerer slik at de ikke umiddelbart kan begynne igjen. De fleste er også enige om at det er en gruppe pasienter som på grunn av angst, tidligere negative erfaringer eller andre grunner, kan ha et viktig tilbud i UROD. Men det er også enighet om at de fleste kan avvennes på andre og mer skånsomme måter. Samtidig er det et vel etablert faktum at avvenning alene ikke ser ut til å påvirke langtidsforløpet. Metoder som i større grad samspiller med pasientens egen aktivitet og valg, kan kanskje passe bedre inn i et langsiktig behandlingsforløp og dessuten være mindre avhengig av ressurser som er vanskelig tilgjengelig slik som full anestesi. Fekjær (1998) har gjort en oppsummering som er tilgjengelig på Blå Kors hjemmeside hvor han inntar et slikt standpunkt.

## **4 CITA - BESKRIVELSE OG PROSEDYRER**

### **4.1 CITA**

CITAs stab i Madrid er ganske liten og består av følgende personell:

- 1 anestesilege
- 1 indremedisiner/ allmennpraktikere
- 1 psykolog
- 1 anestesisykepleier
- 2 sykepleiere til nattevakt
- 1 sykepleier/bioingeniør til pasientmottak/blodprøver
- 1 administrativ leder

Til sammen blir dette 8 heltids stillinger

#### Materiell og teknisk utstyr

På det materielle-tekniske plan krever UROD følgende:

- 4 pasientsenger (på minimum 2 rom) med vanlig IC-utrustning (oxygen, infusjonsapparat, EKG, akuttmedisinsk utstyr o.l.)
- 1 rom for familie/ pårørende
- 1 enkelt laboratorium for analyser av blod og urinprøver

Avdelingen åpen og både klienter, ansatte og besøkende kommer og går som de selv ønsker. Det første man møter, er en vanlig resepsjon med en sekretær som sørger for vanlig administrative "innsjekkingsrituale" (navn, adresse, telefon. m.m.). Deretter følges klienten til den kliniske avdelingen for medisinske og psykologiske undersøkelser (se prosedyre). Det er ingen låste dører, ingen sjekking av lommer, vesker og lignende på jakt etter mulig stoff. Selve CITA-sentret i Madrid ligger i en egen avdeling i en psykiatrisk institusjon. Man deler her et større ute-areal med hage osv.

Avdelingen behandler ca 700 pasienter årlig.

#### 4.2 Avrusingsprosedyre

De kliniske avrusingsrutiner for UROD ved CITA i Madrid følger en fastlagt sekvens som

inneholder følgende hovedelementer:

1. Oppmøte ved CITA-klinikken til forundersøkelser, medisinsk og psykologisk screening og laboratorieprøver. Den indremedisinske undersøkelsen er sentral. Kartlegging av eventuelle infeksjoner i lever eller nyre er spesielt viktig, likeså eventuelle kroniske sykdommer som kan skape vansker under narkose. Pasienten må slutte å innta heroin eller andre opioider senest kvelden før innleggelsen.
2. Oppmøte ved CITA-klinikken neste morgen (kl. 0900). Administrasjon av guanfacine 1-2 mg/time inntil BT (blodtrykk) <90-60 mm Hg og HR (hjerterate) <55 pr min.
3. Overføring av pasienten til en anestesi-avdeling (IC-avdeling; ca. kl. 1200). Det gis en oral dose naltrexone (50 mg). For å unngå vegetative reaksjoner som oppkast/ diare under avrusingen, gis en oral dose loperamide 4 mg (maverregulerende) og ondansetron 8 mg (serotoninantagonist).
4. Selve avrusingen initieres deretter ved intravenøs injeksjon av midozolan – et hurtigvirkende benzodiazepin, (0.5-0.7 mg). Dette induserer en dyp sedasjon (pasienten sover), men altså ikke full narkose i farmakologisk forstand. Midozolan administreres ved konstant perfusjon og dosen justeres etter pasientens respons. Dette forutsetter at behandleren har klinisk erfaring med slike sedasjonsprosedyrer. I denne fasen overvåkes pasientens vitale funksjoner kontinuerlig av IC-staben.
5. Etter 4-5 timers behandling viser vanligvis pasienten ikke lenger kliniske tegn på opioidabstinens (primær piloereksjon, "rennende" nese/ nysing, motorisk agitasjon). For å sjekke dette utføres en naloxon-test. Dette betyr at en gir en injeksjon av motgift. Denne er negativ dersom pasienten ikke reagerer med pupilleforandringer eller andre tegn. En gir da pasienten gradvis mindre doser av guanfacin, og sedasjonen blir gradvis mindre dyp. Pasienten "vekkes" forsiktig neste morgen. Dersom naloxon-testen er positiv, dvs. kliniske tegn på abstinenser foreligger, fortsetter behandlingen fram til ny naloxon-test er negativ.
6. En ny medisinsk undersøkelse gjennomføres og er alt normalt skrives pasienten ut. Samtidig gis en ny oral dose naltrexone (50 mg).
7. Etter utskrivningen begynner pasienten i START-programmet. Dette er et psykologiske oppfølgingsprogram (intensiv kort-tids gruppeterapi over 21 sesjoner med daglig fremmøte i 3-månder. START er en fast del av UROD ved CITA i Spania. De norske klientene har ikke gjennomgått dette både på grunn av språkbarrierer og av økonomiske årsaker. Resultatene må bedømmes på bakgrunn av denne forskjellen.

8. Etter avrusing og utskrivning holdes pasienten under nøye oppsikt i 2-3 dager med tanke på medisinske eller andre komplikasjoner som kan oppstå. Foreligger komplikasjoner av ulik art, forlenges innleggelsen noen dager slik at pasienten kan observeres. Uansett får alle et hotline-tilbud. Deretter har pasienten et 24-timers telefonservice-tilbud. Pasientene kan henvende seg til CITA når som helst for konsultasjon, forespørsler, informasjon m.m.

#### 4.3 Kontraindikasjoner

CITA angir følgende kontraindikasjoner:

- \* alvorlige luftveisinfeksjoner
- \* aktive infeksjoner i lever eller nyre
- \* alvorlig, kroniske sykdommer i lever og nyre
- \* graviditet

Pasienten skal derfor bli grundig undersøkt medisinsk med tanke på somatisk patologi. Kvinner i fertil alder skal ta graviditetstest

## 5 UROD-STUDIEN

Selv om data fra en klinisk gruppe kan være både klinisk og forskningsmessig interessant, kan man bare i begrenset grad trekke slutninger uten sammenlikninger med en tilsvarende gruppe som har gjennomgått vanlig avrusing. Det beste designet ville være å sammenlikne to like grupper som startet avrusing samtidig. Dette var imidlertid ikke praktisk mulig å få til, og vi valgte derfor å sammenlikne UROD med en ferdig avruset gruppe som var i behandling ved en døgninstitusjon i Østlandsområdet. Vi er selvsagt klar over at en slik sammenlikning har en rekke svakheter. Begge gruppene er selektert etter ulike utsilingsmekanismer og vil ha ulike motivasjonsforhold og ressurskarakteristika som er vanskelige å analysere. Sammenlikningen kan derfor ikke brukes til mer en å sette funne i perspektiv og bidra til identifikasjon av viktige variabler ved en evt. større oppfølgingsstudie.

## 5.1 Utvalg

UROD-utvalget bestod av 15 personer og hvor 14 hadde vært til avrusing ved CITA-sentret i Madrid og 1 ved CITA-sentret i England. Samtlige hadde kommet i kontakt med CITA via senterets norske formidler. Det var 10 menn og 5 kvinner med en gjennomsnittsalder på 31.0 år (SD 5.9). Dette utvalget ble sammenliknet med en gruppe (heretter kalt ”sammenligningsgruppen”) som allerede var avruset og innlagt til behandling ved en heldøgnsinstitusjon i Østlandsområdet. Denne er matchet på alder og kjønn med UROD-gruppen. Den består derfor av 10 menn og 5 kvinner. Gjennomsnittsalder var litt høyere, 31.6 år (SD 6.0), men aldersforskjellen mellom gruppene er ikke signifikant. Deltakerne i begge grupper kom fra hele landet, men med en overvekt av deltakere fra Øst og Sør-Norge. Samtlige deltakere i begge grupper var etnisk norske (ingen med innvandrerbakgrunn), alle var frivillig innlagt, og kun 1 var overført fra fengsel (sammenligningsgruppen).

## 5.2 Parametre og valg av instrumenter

Det ble registrert vanlige sosiodemografiske bakgrunnsdata som etnisitet, yrke, utdanning, boligforhold, inntektskilder og familieforhold. I tillegg ønsket vi å kartlegge stoff, alkohol og medikamentbruk, tidligere kontakt med behandlingsapparatet, krisetyper, hovedtyper av kliniske problemområder, HIV-risiko og suicidproblematikk. Vi brukte deler av registreringsskjema fra SIFA’s stoffmisbrukerundersøkelse (Arner et al. 1995).

Utdannelsesnivå ble registrert med en 7-trinns intervallskala; 1) grunnskole, 2) div. yrkeskurs, 3) lærlingskontrakt, fagbrev, 4) videregående 2-årig yrkesfaglig, 5) videregående, 3-årig yrkesfaglig, 6) videregående, allmennfag, 7) høyskole, universitet. Vi har kun registrert det høyeste utdanningsnivået for deltakerne.

Med inntekt forstår vi her hva deltakerne økonomisk har levd av det siste året. Her har vi bearbeidet den opprinnelige skala med 12 ulike inntektskilder (for høy detaljeringsgrad for vårt formål) og slått sammen flere lignende inntektskategorier til en ny 4-delt skala: 1) egen lønnsinntekt (inkl. sykepenger), 2) trygd (attførings, arbeidsledighetstrygd, stønad til enslige forsørgere, uføretrygd), 3) direkte pengestøtte (sosialhjelp, økonomisk bistand fra partner, familie) og 4) illegal inntekt (stoffsalg, annen kriminalitet, prostitusjon og annen illegal aktivitet).

Boligsituasjonen (det siste året) er registrert med en 8-delt skala: 1)UFB (uten fast bopel), 2) alene i egen bolig, 3) med partner i egen bolig, 4) med foreldre, nær familie eller slekt, 5) alene med barn, 6) institusjon, 7) hybelhus, ettervernshjem, 8) fengsel og annet.

Av de 30 deltakerne hadde 12 barn, 7 av disse var frivillig plassert hos andre, i 5 tilfeller var omsorgen overtatt av barnevernet. Det var ingen signifikante forskjeller mellom UROD- gruppen og sammenligningsgruppen her.

I tillegg foretok vi kartlegging av klinisk personlighetstypologi ved hjelp av MCMI. (Millon Clinical Multiaxial Inventory). Dette ble gjort ved første gangs kontakt med brukerne. Siden det kunne gå noe tid (opptil et par uker i verste fall) etter at deltakerne kom hjem fra Spania før vi fikk gjort endelig avtale og gjennomført intervjuet, var det også noen av deltakerne som åpenbart hadde inntatt rusmidler allerede. Vi baserte oss her på deres egne opplysninger. Som regel var dette alkohol eller beroligende medikamenter, noen ganger også letter narkotiske stoffer som hasj eller marihuana. I disse tilfeller fant vi det lite hensiktsmessig å gjennomføre en MCMI.

Andre ønsket å få med seg MCMI hjem med en ferdig frankert konvolutt for å sende testen tilbake til SIFA. Dette ble sjelden gjort. Totalt er det derfor bare et fåtall MCMI tester i UROD-gruppen som kan aksepteres. Det blir da lite meningsfullt med statistiske analyser, men enkeltteksempler kan likevel ha en heuristisk verdi. En kvalitativ inspeksjon av baserate skårene til de som var akseptable, bekrefter et forventet bilde. Vi fant patologiske skårer (dvs. baserate >85) på antisosiabilitet (BR 121), histrionisitet (BR 101), narsissisme (BR 101) og passiv-aggressivitet (BR 121). Dette er typiske indikasjoner på alvorlige personlighetsforstyrrelser. Det er derfor liten grunn til å tro at UROD gruppen skiller seg nevneverdig fra lignende populasjoner (eks. Ravndal og Vaglum, 1997; Gallucci, 1997).

### 5.3 Avtalt videre behandling

Av de 15 UROD-deltakerne var det 5 som hadde avtale om videre behandling ved en norsk institusjon etter avrusing. Disse kunne reise direkte til behandlingsinstitusjonen som alle var døgninstitusjoner. Av de resterende 10 var det et fåtall som hadde avtale om poliklinisk



oppfølging eller kontakt med egen lege eller psykolog for videre rehabilitering. De fleste satset på å komme seg ut av rusmisbruket etter avrusing ved egen hjelp.

Samtlige 15 i sammenligningsgruppen kom avruset til en døgninstitusjon for videre behandling og rehabilitering.

#### 5.4 Intervjuene

Alle i UROD-gruppen ble intervjuet av den ene av forfatterne. Det var også en medarbeider som deltok i førstegangsintervjuer og hadde særlig ansvar for kontaktarbeid og oppfølging.

Intervjuene foregikk ved at tredjepart kontaktet personer som var villige til å delta i undersøkelsen etter gjennomgått UROD. De ble spurt om å delta i en studie om hvordan de opplevde UROD, samt svare på noe spørsmål om vaner, helse og personlige og sosiale forhold. Samtlige deltakere som takket ja deltok anonymt; dvs. prosjektledelsen kjente ikke deltakernes identitet. Alle hadde fiktive navn og opplysningene ble lagret på interne løpenummer. Det innsamlete materiale krevde ingen konsesjon etter personregisterloven eller vurdering fra etisk komite (REK II). Det ble ellers fulgt vanlige prosedyrer for å ivareta krav til konfidensialitet og personvern. I tillegg ble opplysninger som kvalitative intervjusvar, personlige opplevelser og kommentarer til selve UROD-behandlingen makulert så snart de var ferdig bearbeidet.

#### 5.5 Oppfølging etter 6 måneder

Ved første gangs intervju ble deltakerne i UROD også informert om at de ville bli kontaktet etter 6 måneder for et kort oppfølgingsintervju. Ved denne kontakten ønsket vi å vite hvordan det hadde gått med deltakerne, om de fortsatt var "nyktre" eller om de hadde "sprukket", eventuelle grunner til "sprekk" og hvor lang tid de eventuelt hadde klart seg før "sprekk" (måneder). En av deltakerne var død gjennom overdose. Data om denne klienten er inkludert på grunnlag av opplysninger fra pårørende.

For sammenligningsgruppen var det behandlende institusjon som hadde oppfølgingsansvaret overfor den enkelte klient. Våre opplysninger er derfor hentet fra vår samarbeidspartner. Vi hadde ingen direkte oppfølgingskontakt med disse klientene.

## 5.6 Erfaringer

Vi fikk erfare at oppfølging av heroinbrukere var nokså tidkrevende. På dette tidspunkt (6 måneder etter avrusing) hadde flere av deltakerne allerede "sprukket" og mange hadde trolig allerede vært "på kjøret" i lengre tid. Å få til avtaler under slike betingelser er ikke lett. Når det etter mange forsøk endelig lyktes, var det ikke alltid at vedkommende var møtte opp til avtalt tid og sted. Vi gjorde "bomturer" i mange tilfelle og flere forsøk måtte til før vi fikk snakket med vedkommende bruker. Slike erfaringer er ganske vanlige blant rusforskere som gjør oppfølgingsstudier på rusmisbrukere som ikke er under en eller annen form for institusjonell kontroll (behandlingsinstitusjon, ettervern, fengsel mv.)

## 6 UROD-GRUPPEN OG SAMMENLIKNINGSGRUPPEN

UROD- gruppen og sammenlikningsgruppen (S-gruppen) er sammenliknet i forhold til vanlige sosiodemografiske data og ruskarriere. Gruppene er små. Dette gjør at bare særlig store forskjeller vil kunne vise statistisk signifikans. Det er noe ujevn kvalitet på svarene i det det er en del ubesvarte spørsmål. For hver tabell blir det redegjort for antall og fordeling av ubesvarte spørsmål. Det antallet som har besvart, er lagt til grunn for prosentberegningene.

### 6.1 Utdannelse, inntekt og boligforhold.

Tabell 1a-c viser en oversikt over UROD- og sammenlikningsgruppen. Forskjeller mellom gruppene på disse variablene er testet med Pearson Chi-kvadrat-test.

Av tabell 1a ser vi at utdanningsnivået i utvalgene jevnt over er ganske lavt; 63.3% har ingen utdanning utover grunnskole, fagbrev og diverse yrkeskurs; 26.7% kun grunnskole. UROD-gruppen har et litt høyere utdanningsnivå. Det skyldes at er litt flere i UROD gruppen som har gjennomført videregående og tatt høyskole/ universitetsutdanning (Chi=13.2, p<.05).

**Tabell 1a.** Utdannelsesnivå i UROD-gruppen (N=15) og S-GRUPPEN - sammenlikningsgruppen (N=15).

UTDANNELSE	UROD		S-GRUPPEN	
	%	(N)	%	(N)
Grunnskole	33	(5)	20	(3)
Div. yrkeskurs	-	(0)	27	(4)
Lærlingkontrakt, fagbrev	7	(1)	-	(0)
Videregående, 2-årig yrkesfaglig	7	(1)	33	(5)
Videregående, 3-årig yrkesfaglig	13	(2)	-	(0)
Videregående, 3-årig allmennfag	20	(3)	20	(3)
Høyskole, universitet	20	(3)	-	(0)
	100	(15)	100	(15)

Tabell 1b beskriver inntektsforhold og økonomisk status. Begge gruppene mottar trygd, får direkte økonomisk støtte enten fra sosialkontor eller familie og har en del illegale inntekter, det siste trolig mest av stoffsalg. Hele 42.9% av UROD gruppen har egen inntekt, mot bare 11.1% i sammenlikningsgruppen. Den lave svarprosent i sammenlikningsgruppen gjør imidlertid svarene noe usikre. Flere i UROD-gruppen var i full jobb. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i inntekt.

**Tabell 1b.** Oversikt over inntektsforholdene i UROD (N=15) og S-gruppen (N=15) siste år før avrusning. Svarerne kan ha flere typer inntekt

INNTEKT	UROD		S-GRUPPEN#	
	%	(N)	%	(N)
Egen inntekt	40	(6)	11	(1)
Trygd	33	(5)	56	(5)
Div. direkte økonomisk støtte	80	(12)	56	(5)
<u>Illegale inntekt</u>	67	(10)	56	(5)

# Bare 9 i sammenlikningsgruppen har oppgitt inntekt. Prosentandel er beregnet på grunnlag av andel som har besvart spørsmålet.

Boligforholdene fremgår av tabell 1c. De aller fleste har ordnete boforhold; kun 2 (i

sammenligningsgruppen) var uten bolig. Ca. 40% hadde egen bolig og 1/3 bodde sammen med partner. Til sammen var det 87.5% som enten hadde egen bolig, bodde sammen med partner/ ektefelle eller familie/ foreldre. Det var ingen signifikante forskjeller mellom UROD og sammenligningsgruppen i boligsituasjon men tendensen går i retning av dårligere bosituasjon for sammenligningsgruppen.

Tabell 1c. Oversikt over boligsituasjonen i UROD (N=15) og S-gruppen (N=15) før avrusingen.

BOLIGFORHOLD	UROD		S-GRUPPEN#	
	%	N	%	N
UFB	-	(0)	22	(2)
Alene i egen bolig	40	(6)	44	(4)
Med partner i egen bolig	33	(5)	33	(3)
Med foreldre, familie	20	(3)	-	(0)
Alene med barn	7	(1)	-	(0)
Institusjon	-	(0)	-	(0)
Hybelhus, ettervernshjem	-	(0)	-	(0)
Institusjon	-	(0)	-	(0)
	100	(15)	100	(9)

#: Bare 9 i sammenligningsgruppen har oppgitt boligsituasjon. Prosentgrunnlaget er derfor 9.

## 6.2 Bruk av rusmidler før avvenningen

Tabellen 2 viser gruppenes forbruk av typer rusmidler siste året før studien (ja/nei). Pga. studiens begrensede problemstillinger, har vi ikke sett noe grunn til å gå i mer detalj med hensyn til rusbruk. Vi har for eksempel ikke registret preferanse for alkohol (øl/vin/ brennevin/ hjemmebrent) eller kvantifisert alkoholforbruket i standardenheter. Vi har heller ikke omregnet konsumet til for eksempel liter ren alkohol pr. år, noe vi ville gjort hvis det var en større behandlingsstudie. Vi heller ikke her har funnet grunn til å gå i mer detalj mht. forbruksmønster av illegale stoffer. Flere narkotiske stoffer som kunne vært aktuelle som ecstasy, GHB og lignende "designerdop" har vi samlet i kategorien "andre".

**Tabell 2.** Bruk av illegale rusmidler og beroligende medikamenter i UROD (N=15) og sammenlikningsgruppen (N=15) før avrusing. Svarerne kan ha brukt flere typer stoffer.

	UROD		S-GRUPPEN #	
	%	(N)	%	(N)
1. Alkohol	60	(9)	67	(10)
2. Cannabis/ marihuana	73	(11)	80	(12)
3. Opioider	100	(15)	100	(15)
4. Sentralstimulerende midler	60	(9)	18	(2)*
5. Løsemidler	27	(4)	0	(0)*
6. Benzodiazepiner o. l.	93	(14)	87	(13)
7. Andre midler	21	(3)	0	(0)*
8. Injeksjoner	27	(4)	53	(8)

\*  $p < .05$ , Pearson Chi-kvadrat test. N=30

# To i sammenlikningsgruppen hadde ikke besvart spørsmål om cannabis. Prosentgrunnlaget på dette spørsmålet derfor 11. Spørsmålet om andre midler var ubesvart av to i UROD-gruppen og en i sammenlikningsgruppen. Prosentgrunnlaget er tilsvarende.

Tabellen viser hvor stor andel av brukerne som har brukt illegale rusmidler og benzodiazepiner i løpet av det siste året før behandlingen. Som ventet er begge gruppene sterkt belastet med et typisk blandingsmisbruk som er vanlig å finne hos brukere med lange misbrukskarriere. Flere i UROD-gruppen hadde brukt sentralstimulerende midler ( $\text{Chi}=4.5$ ,  $\text{df}=1$ ,  $p < .05$ ), løsemidler ( $\text{Chi}=4.6$ ,  $\text{df}=1$ ,  $p < .05$ ) og andre narkotiske stoffer ( $\text{Chi}=4.2$ ,  $\text{df}=1$ ,  $p < .05$ ) sammenliknet med sammenlikningsgruppen, men ellers var det ingen signifikante forskjeller. Gruppene hadde derfor ikke helt lik rushistorie. De fleste i begge grupper hadde brukt rusmidler regelmessig over flere år (vi har ikke registrert dette mer detaljert).

Den høye andelen av begge grupper som både bruker alkohol, marihuana/ cannabis og beroligende midler er å forvente på bakgrunn av det norske misbruksbildet. Noe overraskende var at bare litt over 1/4 delen i UROD og vel halvparten i sammenlikningsgruppen rapporterer at de har brukt injeksjoner. Her hadde vi forventet en høyere andel i begge grupper. Forskjellen mellom UROD og sammenlikningsgruppen i bruk av rusmidler er ikke signifikant. Tendensen er at UROD-gruppen i større grad har brukt sentralstimulerende midler, løsningsmidler og beroligende midler mens sammenlikningsgruppen i større grad har vært regelmessige sprøytebrukere.

### 6.3 Selvrapporterte vansker før behandlingen

I tabell 3 presenterer vi gruppenes selv-rapporterte, kliniske hovedproblematikk slik dette fremstod i førstegangsintervjuet. Det som er beskrevet, er problemer respondentene selv beskriver som viktige. Den enkelte kan oppgi flere problemer slik at prosentangivelsene ikke summerer til 100. Vi mangler dessuten opplysninger om en del av respondentene. Antallet svarere varierer derfor mellom 22 og 30. Det er tatt hensyn til det svingende svarerantallet i prosenteringen.

Hovedproblematikken er ganske sammensatt. Naturlig nok preges de fleste av sitt kroniske misbruk, og dette er den vesentlige grunn til at de har oppsøkt hjelpeapparatet eller UROD-avrusning. I tillegg kommer angstproblemer, depresjon, personlighetsforstyrrelser, familieproblematikk og suicidforsøk. Vold og aggressivitet eller somatisk sykdom er mindre aktuelt. Sammenligningsgruppen var klart mer belastet med somatisk sykdom ( $\text{Chi}=7.03$ ,  $\text{df}=1$ ,  $p<.05$ ), men ellers var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene selv om tabellen viser en tendens til større belastning av nedkjørthet, angst, depresjon og personlighetsvansker i sammenligningsgruppen.

Tabell 3. Selvrapporterte problemer i UROD (N=15) og sammenlikningsgruppen (N=15) ved førstegangsintervju. Den enkelte kan rapportere flere problemer.

	UROD #		S-GRUPPEN#	
	%	(N)	%	(N)
1. Kronisk misbruk, "nedkjørt"	80	(11)	87	(13)
2. Angst	80	(12)	93	(14)
3. Depresjon	71	(10)	80	(12)
4. Personlighetsforstyrrelser	67	(10)	93	(14)
3. Somatisk sykdom	13	(2)	60	(9)*
4. Vold, utagering	20	(3)	7	(1)
5. Familieproblematikk	67	(10)	53	(8)
6. Overdoser	53	(8)	50	(8)
7. Suicidforsøk	33	(10)	36	(9)

\*  $p<.05$ , Pearson Chi-kvadrat test.

# Det er ett manglende svar når det gjelder depresjon i UROD-gruppen og ett vedrørende overdoser i S-gruppen.

#### 6.4 Tidligere kontakt med hjelpeapparatet

Naturlig nok har mange en forhistorie med flere innleggelser ved ulike typer institusjoner. I tabell 4 presenteres disse resultatene. Som det fremgår av tabellen, er enkelte av spørsmålene ubesvart slik at antallet svar varierer mellom 14 og 15 i gruppene. Det er tatt hensyn til dette i prosentueringen.

**Tabell 4.** Prosentvis andel med tidligere innleggelser i helse og rusomsorgen i UROD (N=15) og sammenlikningsgruppen (N=15). Absolutte tall i parentes #

	UROD		Kontroll	
	%	(N)	%	(N)
PUT	33	(5)	93	(14)**
Rusbehandlingsinst.	53	(8)	73	(11)
Somatisk sykehus	7	(1)	53	(8)*
Psykiatrisk inst.	20	(3)	33	(5)
Ruskollektiv	20	(3)	7	(1)

p<0.05, \*\*p<0.005

# Det mangler svar om innleggelse i somatisk sykehus fra én i UROD-gruppen

Vi ser at de fleste tidligere har vært i kontakt med hjelpeapparatet i rusmiddelsektoren. Sammenlikningsgruppen hadde vært klart mer i kontakt med PUT (Chi=11.6, df=1, p<.01) og flere hadde vært innlagt ved somatiske sykehus (Chi=7.2, df=1, p<.05). Tendensen ellers var at sammenlikningsgruppen hadde vært noe mer i rusinstitusjoner og eksperimentgruppen i kollektiver men disse forskjellene var ikke signifikante.

## 7 FUNN VED ETTERUNDERSØKELSEN

### 7.1 Subjektive opplevelse av UROD-avrusing

Vi har valgt å presentere et utvalg av subjektive opplevelser av selve UROD- avrusingen. For ordens skyld vil vi presisere at vi selv ikke var tilstede under selve avrusingen. Vi hadde følgelig ingen mulighet for å bekrefte eller etterkontrollere de beskrivelser som ble gitt med egne observasjoner. Vi har valgt å stole på deltakernes observasjoner, opplevelser og selvrappport. Vi

har heller ingen grunn til å mistro deltakerne, tvert i mot, som mangeårige misbrukere og vel kjent med norsk avrusning, anser vi dem som svært kompetente observatører på dette spesielle domene. Vi har valgt ut 4 eksempler som er ganske typiske. I tråd med kjønnsfordelingen i materialet ellers, presenterer vi de subjektive sider av UROD til 3 menn og 1 kvinne.

### **Mann 20 år**

*Ikke tidligere vært innlagt ved behandlingsinstitusjoner, men har vært i kontakt med noen. Synes de virker "glatte", med uproffe ledere, spesielt miljøterapeutene. Følte at alt skulle "tres nedover hue". Gått jevnt på stoff de siste 2-3 årene, men ikke store doser. Dro til Madrid for avrusning etter å ha lest om narkoseavrusning i aviser og hørt rykter blant kamerater. Om UROD: Ble svært godt behandlet av personalet, følte seg vel i varetatt. Våknet av narkosen og kjente seg frisk og opplagt, men var hypersensitiv for lukt, spesielt sitronlukt og røyk.*

### **Mann 32:**

*Gått på heroin i 13 år. Flere opphold på institusjoner. Bestemte seg for å prøve avrusning fordi han var nysgjerrig på metoden. Full av lovord om CITA-klinikken. "Behandlet som et menneske", godt ivaretatt, hyggelige og snille pleiere. Avrusingen virket godt, men han var "syk" et par dager etterpå. Var stadig kvalm, svettet, hadde diare, dårlig matlyst, følte seg skjelven og svak. Fikk søvnproblemer. Hadde sterkt behov for etterbehandling, men et slikt tilbud forelå ikke da han kom hjem.*

### **Mann 40:**

*Gått på alkohol, heroin, cannabis m.m. i over 20 år, hatt 2 tidligere avrusinger, men ingen langvarig behandling. Prøvde UROD fordi "nå var det nok". Avruset ved CITA-klinikken i London, i motsetning til de fleste som har vært i Madrid. Ble "nykter", men følte seg dårlig 2-3 dager etterpå. Rapporterer kvalme, oppkast, diare, svetting, skjelving, følte seg "syk". Hadde deretter søvnproblemer i 3 uker etter behandlingen. Mener det kan skyldes naltrexone vel så mye som ettervirkningene av UROD. Han prøvde også å ruse seg på naltrexone (hvilket ikke går farmakologisk), men det bare økte bivirkningene. Rapporterer problemer med å ta naltrexone regelmessig. Mener UROD passer best på "snille, unge" klienter. Brukeren har selv kontaktet et behandlingssenter etter at han kom tilbake for videre oppfølging.*



**Kvinne 25:**

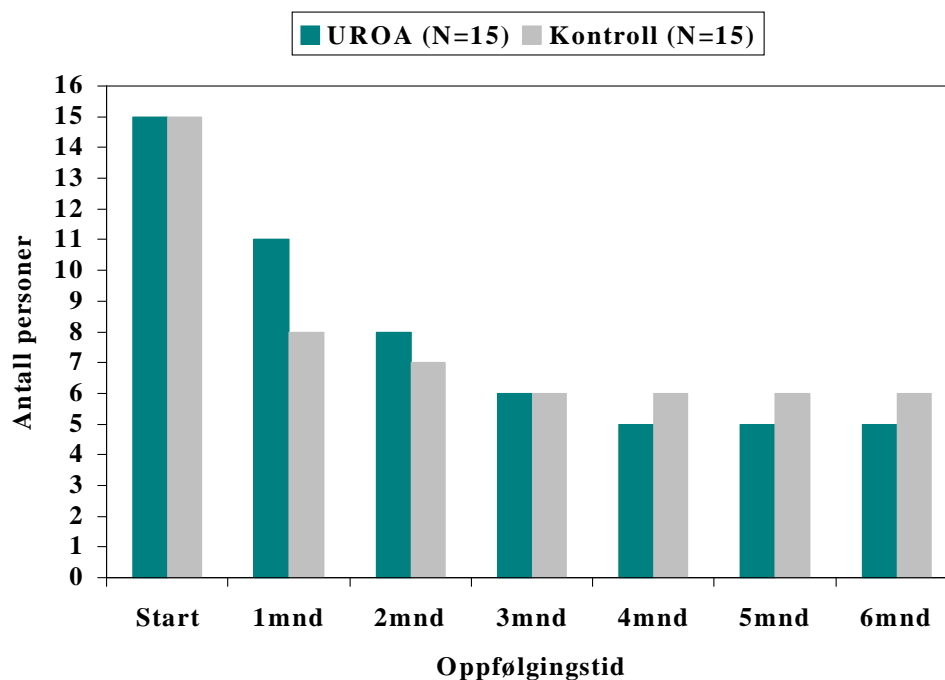
*Gått på opioider og beroligende midler i over 5 år. Innlagt i behandlingstilstand og prøvd "vanlig" avrusing en gang tidligere. Det ble beskrevet som et lite "helvete". Avruset med UROD i Madrid. Svært godt mottatt og behandlet av personalet. Hyggelige mennesker. Ble godt informert om hva som skulle skje og hvorfor. Våknet etter narkosen forbausende klar i hodet selv om hun følte seg "shaky", svettet og var kvalm. Dette gikk over det første døgnet. Bare "blåbær" sammenliknet med reaksjonene hun hadde under vanlig avrusing. Klienten var svært begeistret over narkoseavrusing, mest fordi man slapp å gå i dagevis og ha det vondt.*

Opplevelsene rundt avrusingssituasjonen, CITA-klinikken og virkningene både av sedasjon og av medikamenter brukt (særlig naltrexone) er ganske like for UROD-gruppen. De er også i tråd med de erfaringer som CITA's egen stab rapporterer. Mange av de samme symptomer, kroppslige og emosjonelle reaksjoner går igjen. En del av disse er knyttet til narkose-tilstanden (sederingen) og er altså post-anestesiologiske reaksjoner. Dette er reaksjoner som svært ofte varer et døgn eller noe lenger (svimmel, omtåket, tørrhet i munn og svelg, generell uopplagthet osv.). Gastro-intestinale symptomer er også fremtredende; kvalme, brekningstendenser, diare, "oppblåst" eller urolig mage. Dette er relatert til opioidabstinens, og disse symptomene forsvant vanligvis etter et 1-2 døgn.

De fleste plagene var som det fremgår kortvarige. Et fåtall brukere rapporterte imidlertid også symptomer av lengre varighet; nedsatt appetitt, hodepine og søvnproblemer. Det er uklart om disse symptomene skyldes UROD, naltrexone eller er begynnende abstinensreaksjoner på andre stoffer (for eksempel benzodiazepin-preparater). Uansett; selv om mange brukere rapporterer at reaksjonene etter UROD ikke kan sammenliknes med heroinabstinens i varighet og intensitet, er det klart at UROD ikke er uten negative reaksjoner og noen av disse (hodepine og søvnproblemer) kan - for noen - vare flere dager. De mest problematiske reaksjoner sett fra avrusingspersonalets side - sinne, utagering, impulsgjennombrudd, vold, sterk angst, gråt, kramper, motorisk uro osv. ble derimot ikke rapportert. Personlig ubehagelige symptomer som reaksjoner i nese og øyne (tårer, snørring osv.) ble heller ikke fremhevet spesielt.

## 7.2 Gjenopptatt rusbruk

**Figur 1. Andel rusfrie etter 6 måneder**



Figur 1 viser andelen rusfrie ved oppfølgingen etter 6 måneder for UROD og sammenligningsgruppen med angivelse av tidspunkt for gjenopptatt rusbruk.. Figuren viser en klar trend: Det er et jevnt økende frafall i seks måneders perioden. Tilbakefallsraten er høyest i første måned. De aller fleste som "sprekker", gjør dette innen en tre måneders periode. Av de 15 UROD-deltakerne var det fem deltakere som var stoff-frie etter seks måneder. Dette gir en tilbakefallsprosent på 66.7%. Det er interessant å notere at alle de som var rusfrie, hadde avtale om videre behandlingsopphold på døgninstitusjon. I sammenligningsgruppen var det seks deltakere som unngikk tilbakefall. 9, dvs. 60%, hadde tilbakefall. Forskjellene mellom gruppene er ikke statistisk signifikant.

### 7.3 "Grunner" til tilbakefall

Brukerne angir flere grunner til "sprekk" og selv om årsakene ikke er hovedfokus i dette prosjektet, kan det likevel være nyttig å si litt om det. Vi registrerte ikke mulige årsaker kvantitativt (i form av skalaer) og rapporterer bare kvalitative data i form av selv-rapporterte hypoteser. Vi skal gi tre eksempler på brukernes mening.

En klient som "sprakk" etter tre uker mente selv dette skyldtes problemer med rohypnolabstinenser. Disse var svært ubehagelige og sprekken skjedde fort, han "måtte" bare ha et skudd. En annen klient sprakk etter en familiekrangel resulterte i at han tok "et skudd" for å roe seg. Dette hadde for øvrig svært negative konsekvenser fordi barnevernet grep inn og overtok omsorgen for en liten datter. Dette igjen førte til nye "skudd" og starten på en negativ sirkel. Et tredje eksempel var en som startet med amfetamin etter kort tid pga. av nedstemthet og tristhet. Han fikk så panikkangst etter amfetaminrus og prøvde å roe seg ned med alkohol og Rohypnol. Dette hjalp litt, men etter neste amfetaminrus ble abstinensreaksjonene enda mer intense, og han måtte ha "tyngre stoff" og tok "et skudd" for ikke å bli "gal" av angst.

Problemer med tilgang til naltrexone var dessuten et problem for de fleste fordi medikamentet (Revia) enda ikke var registrert på dette tidspunktet. Brukerne fikk med seg medikamenter for 3 måneders bruk fra CITA, men mange hadde problemer med å få tak i dette siden. Den enkelte lege måtte søke om forskrivning på registreringsfritak i hvert enkelt tilfelle. Dette kan ha vanskeliggjort regularitet i bruk for noen. Andre "bare sluttet" uten å angi noen spesiell grunn. Trolig hadde de sprukket tidlig på heroin, eller brukt andre rusmidler. Et par brukere har også misforstått og prøvd å ruse seg på stoffet ved å ta store doser. Siden naltrexone ikke har noen euforiserende virkninger, fikk de i stedet bivirkninger som diare og kvalme.

Abstinenser fra andre stoffer eller medikamenter ble også rapportert å være medvirkende til "suget" etter rus. Dette er ikke overraskende. Tabell 2 viser at de fleste har hatt et betydelig forbruk av alkohol, marihuana og andre stoffer og ikke minst av benzodiazepiner forut for behandlingen. Det er vel kjent at slike preparater er avhengighetskapende, og følgelig får man abstinenser ved seponering. Disse reaksjonene kan vare lenge og være ubehagelige både emosjonelt og fysiologisk. For brukere med lav frustrasjonsterskel kan slike reaksjoner motivere

til bruk av preparater som er kraftig sederende og smertestillende - som heroin - også fordi de kan tolke plagene som herointrang

Summerer vi hva deltakerne rapporterte som årsaker til "sprekk", er det noen hovedelementer som går igjen. Krangler, konflikter med familie eller venner, små og store problemer av annen art er gjengangere. Sett utenfra kunne disse ofte synes ganske bagatellmessige, men mange hadde nok også en svært lav stress og frustrasjonsterskel. Bruk av andre legale og illegale rusmidler som alkohol, amfetamin, marihuana som kommer ut av kontroll, er en annen gjenganger. Vi fikk også et klart inntrykk av at deltakerne hadde et svakt utviklet emosjonelt og kognitivt mestringsrepertoar og innlærte sosiale vaner som innebar bruk av rusmidler som problemløsnings og mestringsstrategi. Lært atferd har i større grad siktet mot å unngå ubehagelige emosjoner enn å løse problemer. Sagt på en annen måte; mange har hatt en sosial læringshistorie hvor unngåelsesadferd med liten toleranse for negativ affektivitet var dominerende. Årsaker til "sprekk" er for øvrig en spesiell problematikk som bør gjøres til gjenstand for egne undersøkelser og vi kommer ikke mer inn på dette her.

## 8 DISKUSJON

Kunnskapen om det neurobiologiske grunnlaget for bruk og avhengighet av opioider har økt i betydelig grad. Kunnskapen om abstinensreaksjonene er derfor også blitt omfattende og flere typer medikamenter er tilgjengelige. Likevel er mange som Kleber (1998) pessimistiske i synet på utvikling av nye avrusingsmetoder. Internasjonalt er avrusing i narkose blitt møtt med betydelig skepsis. Men både i Norge og i andre land er frafallet i avvenning og avrusing betydelig, og frykten for abstinensreaksjonene hindrer eller sinker ikke sjelden behandlingen. Det er derfor både grunn til å vurdere nye metoder og vurdere hvem som nyttiggjør seg ulike tilnærminger.

I UROD prosjektet har vi sett på hvordan det har gått med en gruppe opioidmisbrukere som gjennomførte avrusing i narkose i utlandet og sammenliknet denne gruppen med en som gjennomgikk - og fullførte - en tradisjonell avrusing. Begge grupper var typisk belastet med

blandingsmisbruk som hadde pågått i flere år. De sosiale bakgrunnsfaktorer viste at UROD gruppen hadde en noe høyere utdannelse, mens det ikke var forskjeller i inntekt eller boligstandard. Som ventet hadde begge grupper viste høy grad av psykiske lidelser som angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Tidligere kontakt med hjelpeapparatet var betydelig. Sammenlikningsgruppen hadde noen tegn på større belastning med tydelig større somatisk sykkelighet og tendens til mer sprøytebruk og mindre sosiale ressurser slik en kan vente når forsøksgruppen som her selekteres fra de som kan finansiere og gjennomføre et behandlingstilbud i annet land.

### 8.1 Klientenes opplevelse

Det første funnet er en gjennomgående positiv omtale av UROD. Særlig gjaldt dette behandlingen de fikk av personalet. Kontakten fremheves som særlig positivt, delvis i kontrast til tidligere erfaringer fra norske institusjoner. Opplevelsen av selve avrusingen er også positivt beskrevet, men det understrekes at denne ikke er problemfri. Ganske mange har både hatt reaksjoner etter narkosen og gastro-intestiale plager i en til to dager. Søvnvansker og hodepine har ikke sjelden vart lenger. Det er litt uklart om de mer langvarige reaksjoner skyldes avrusingen eller naltrexone. Hodepine er for eksempel en kjent bivirkning av naltrexon-bruk.

Dersom vi sammenlikner med erfaringer i vanlige avrusingsinstitusjoner, er det en klar forskjell. De subjektive plagene som beskrives, er moderate, og verdsettingen av møtet med avdelingen uvanlig positiv. Noe av dette kan skyldes forskjell i kontekst. Avrusing i avdeling i Norge foregår oftest på lukket avdeling med besøkskontroll, overvåkings- og kontrollprosedyrer, observasjoner, låse og nøkkelrutiner. Fagpersonellet blir både voktere og behandlere. I CITA er de som kommer, kunder som kjøper en avgrenset tjeneste. Tiden i avdelingen er kort og lite preget av den ambivalensen en ofte kan oppleve.

Det kan være mange grunner til dette, men siden avrusingsinstitusjonene tjener en rekke formål slik som kriseinnleggelse, mottak av nærpsykotiske pasienter, utredning av klienter som kan være eller bli motvillige, er en direkte sammenlikning lite fruktbar. Likevel er det grunn til å legge vekt på at et høyt antall klienter kan behandles på denne måten og verdsette det, selv om UROD-gruppen rimeligvis er en seleksjon med større sosiale og personlige ressurser.

## 8.2 Ingen forskjeller i tilbakefall

Etter 6 måneder hadde 60% av sammenligningsgruppen og 66% av UROD gruppen "sprukket" . Det var ingen signifikante forskjeller mellom UROD gruppen og sammenligningsgruppen i frafallsprosent. UROD lanseres ofte med påstand om svært gode resultater. Funnet er at tilbakefallsprosenten er omtrent den samme. Med så vidt lavt antall i gruppene, er det vanskelig å bedømme tilbakefallsnivået. Det ser ut til å ligge omtrent der en forventer det i uselekterte grupper. For eksempel fant Cucchia et al. (1998) i en tilsvarende studie på 20 opioidbrukere 80% tilbakefall etter 6 måneder.

Det interessante ved UROD prosjektet er først og fremst at de deltakerne som gikk direkte inn i et behandlingsregime ved en døgninstitusjon klarte seg i oppfølgingsperioden. De som ikke hadde et slikt tilbud "sprakk" ganske raskt. UROD avrusing uten terapeutisk oppfølging kan således betraktes som bortkastede penger.

## 8.3 Noen økonomiske faktorer

UROD er en relativt enkel avrusingsmetode med et betydelig potensiale knyttet til kosteffektivitet. Først og fremst skyldes dette at UROD krever mindre personell til direkte klientkontakt, miljøarbeid og "vakt og overvåking" av klienter. Dessuten går avrusingen svært raskt og liggetiden er langt mindre enn ved konvensjonell behandling. (1 døgn sammenliknet med en til to uker i tradisjonell avrusing). Det er heller ingen ubehagelig abstinensreaksjoner som virker negativt inn på miljøet. Klientene ligger i dyp sedasjon og kan vanskelig rømme eller forårsake avdelingsvansker. Alle blir dessuten avruset fra opioider uten frafall i behandlingen og samtidig innstillet på et heroinblokkerende stoff som de kan fortsette med om dette er klinisk nyttig.

Dette vil si at vi står overfor en metode som er effektiv og rask og kan være et verdifullt supplement. Plassmangel i avdelingene er i dag ofte et hinder og en trang inngangsport. Det er likevel også en del motforestillinger. UROD krever høykvalifisert anestesitjeneste og både leger og sykepleiere er en mangelvare. Rapportene om dødsfall gjør at en bør stille betydelige kvalitetskrav om metoden skal aksepteres. Det kan nevnes at en amerikanske leger, Gøbermann er under vurdering av helsemyndighetene på grunn av slike dødsfall. Kritikken her dreier seg

nettopp om å være for lite omhyggelig med overvåking og oppfølging etter narkosen. En klar forutsetning synes derfor å være at denne behandlingen legges til helsetjenesten og reguleres av sykehusloven og ikke av Lov om sosiale tjenester som i dag er gjeldende lovgrunnlag for de fleste avrusingsinstitusjonene.

#### 8.4 Blandingsmisbruk

UROD er utviklet for opioidmisbrukere. Det hjelper ikke mot amfetamin, kokain, ecstasy, alkohol eller ulike typer medikamentavhengighet. Abstinensreaksjoner fra benzodiazepin-preparater er et betydelig problem i tiden etter avrusing. Deltakerne i både UROD gruppen og sammenligningsgruppen rapporterte for eksempel om Rohypnol-abstinenser. De fleste av våre deltakerne hadde tatt slike preparater, men vi kunne ikke avgjøre om det forelå avhengighet av stoffene. Internasjonale studier tyder på dette kan være et stort problem. Williams *et al.* (1996), fant at hele 43% av et klinikkmateriale var fysisk avhengige av benzodiazepin og at abstinensene var problematiske for den videre rehabilitering.

Dessuten brukes benzodiazepiner i relativt høye doser under narkosen og ikke sjelden også etter behandlingen. Erfaringene i norske avrusingsinstitusjoner og behandlingstiltak er at det ikke sjelden nettopp er benzodiazepinavhengigheten som skaper problemer. Dersom pasientene skal avannes fra benzodiazepiner også, må de ha lengervarende opphold i institusjonen likevel. Fordelene ved UROD blir dermed betydelig mindre.

#### 8.5 Noen utviklingstrekk

UROD er en ny måte å tenke avrusing på og baserer seg på annen teoretisk og klinisk kunnskap enn det som er vanlig innen feltet. Metoden bryter radikalt med vante forestillinger og etablerte praksisformer. Det er derfor ikke underlig at den har vakt debatt (Simon, 1997). Den kan åpenbart være et godt alternativ for opioidbrukere med store avrusingsproblemer, men det finnes også andre alternativer innenfor de mer tradisjonelle, medikamentbaserte tilnærminger. Kombinasjoner av metadon og clonidin gir også god virkning og buprenorfin er et annet alternativ. En østerriksk studie (Diamant *et al.*, 1998) gjennomførte en poliklinisk basert gradvis avrusing av 50 opioidmisbrukere med bruk av buprenorfin. Forfatterne mente erfaringene var så

vidt positive at dette kan være en god avrusingsprosedyre. Frafallet var på 30% og studien mangler sammenligningsgruppe. Den er følgelig metodisk svak, men peker likevel på en støttemedikasjon som bør testes ut i bedre kontrollerte design. Det er også kommet nye midler mot adrenerg hyperaktivitet som rapporteres mer effektive enn clonidin. Lofexidine har en økende anvendelse i England. Medikamentet er også brukt i forsøk med avrusing i hjemmet (Brown and Fleming 1998). Av 28 deltakere fullførte 11 avrusingen uten innleggelse.

## 9 HVA BØR GJØRES VIDERE?

Situasjonen når det gjelder avrusing er i dag ikke tilfredsstillende. Det er i for liten grad enighet om indikasjoner og metoder. Mange institusjoner arbeider etter rutiner som har utviklet seg uten systematisk vurdering av tilgjengelig metodikk. Dette er en av grunnene til at frafallet er høyt og pasientene ikke sjelden lite fornøyd. Både i norske og internasjonale miljøer har sammenhengen mellom avrusing og aggresjon hos klienter vært vel kjent lenge (e.g. Powell & Taylor, 1992). Klienters aggressivitet, utagering, vold, bråk uro osv. er en betydelig daglig utfordring i feltet. Selv om mange klienter kommer seg gjennom en konvensjonell heroin-avrusing rimelig bra, skal man ikke bagatellisere abstinensreaksjonene, og særlig ikke frykten for slike reaksjoner. Begge deler kan føre til at mange ikke tør prøve avrusing. Slike fobiske reaksjoner og unngåelsesadferd kan dessuten forsterkes læringsmessig ved gjentatte, smertelige avrusinger og slik sett heve terskel før klienten er motivert nok til ny avrusing. Dette vil særlig gjelde de mange "gjengangerne". I sin gjennomgang av konvensjonelle avrusingsprogrammer oppsummerer Mattick og Hall (1996) utfordringene slik: "The syndrome (withdrawal syndrome) is sufficiently aversive for many opioid-dependent people for it to be an obstacle to abstinence; the drug needs to be removed humanely and effectively for those who wish to cease all opioide use".

Slike erfaringer gjør det viktig å finne frem til bedre opioidavrusingsmetoder. På bakgrunn av de mange problematiske forhold ved de rådende avrusingsmetoder bør derfor ethvert forsøkt på utvikling av nye og mer humane metoder hilses med glede. I likhet med Matthews og Hall (1996) vil vi imidlertid understreke at implementering av nye metoder først bør skje etter grundig og kritisk faglig vurdering. Her bør der for ordens skyld også tilføyes at de metoder som allerede er



i bruk selvsagt bør evalueres etter samme metodiske og faglige kriterier. Det foreligger et fagetisk problem om man operer med to sett kriterier; ett strengt sett for nye metoder og ett noe svakere for metoder som er i bruk. Kritisk og forskningsbasert evaluering og samme krav til evidens bør gjelde alle metoder.

Etter vårt syn er disse forholdene så sentrale at det er grunn til å stimulere en bred forskning på området. Konklusjonen av dette er at

1. Rådende avrusingsmetoder ved norske institusjoner bør kartlegges og evalueres.
2. Det er behov for utvikling av nye og bedre avrusingsmetoder som både reduserer frafallsprosenten, er kost-effektive og reduserer helse og sikkerhetsrisiko for personalet. UROD-lignende metoder kan være et alternativ sammen med andre metoder.
3. Det bør gjennomføres et større multisenter prosjekt hvor konvensjonelle avrusingsmetoder sammenliknes med nye metoder. Dette bør skje i aktivt samarbeid med andre nordiske og europeiske fagmiljøer.
4. Det bør satses aktivt på utvikling av nye behandlingsmetoder som i større grad bygger på ny kunnskap om nevrobiologi og nevrofarmakologi. Norske forsknings og fagmiljøer bør rustes opp kompetansemessig til å integrere slik kunnskap i eksisterende behandlingsformer.

## 10 LITTERATUR

*Akuttinstitusjonen, Ullevål sykehus. Årsmelding 1996. Oslo kommune, Rusmiddelsekretariatet.*

*Akuttinstitusjonen, Ullevål sykehus. Årsmelding 1998. Oslo kommune. Rusmiddeletaten.*

*Brewer, C. (1997) The case for rapid detoxification under anaesthesia (RODA): a reply to Gossop and Strang. British Journal of Intensive Care, 7, 137-143.*

*Brown, A.S., Fleming, P.M. (1998) A naturalistic study of home detoxification from opiates using lofexidine. Journal of Psychopharmacology, 12, 93-96.*

*Brumbaugh, A.G. (1993) Acupuncture - new perspectives in chemical dependency treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 10, 35-43.*

*Cuccia, A.T., Monnat, M., Spagnoli, J., Ferrero, F., Bertschy, G. (1998) Ultra-rapid opiate detoxification using deep sedation with oral midazolam: short and long-term results. Drug and Alcohol Dependence, 52, 243-250.*

- Diamant, K., Fischer, G., Scheider, C., Lenzinger, E., Pezawas, L., Schindler, S., Eder, H. (1998)* Outpatient opiate detoxification treatment with buprenorphine- Preliminary investigation. European Addiction Research, 4, 198-202.
- Fekjær, H.O. (1998)* Avrusning i narkose. <http://www.bks.no/rusnett.htm>
- Gallucci, N.T. (1997)* On the identification of patterns of substance abuse with the MMPI-A. Psychological Assessments, 9, 224-232.
- Gossop, M. (1988)* Clonidin and the treatment of the opiate withdrawal syndrome. Drug and Alcohol Dependence, 21, 253-259.
- Gossop, M., Battersby, M., Strang, J. (1991)* Self-detoxification by opiate addicts: A preliminary investigation. British Journal of Addiction, 159, 208-212.
- Gonzales, J., Brogden, R.N. (1988)* Naltrexone. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in the management of opioid dependence. Drugs, 35, 192-213.
- Hensel, M., Volk, T., Kox, W.J. (1999)* Rapid opioid detoxification under general anaesthesia - A new challenge for anesthesiologists and intensivists. Anesthesiologie intensivmedizin notfallmedizin schmerztherapie, 34, 261-268.
- Jaffe, J.H. (1995)* Pharmacological treatment of opioid dependence: Current techniques and new findings. Psychiatric Annals, 25, 369-375.
- Jones, A. (1994)* Opiate treatments. Addiction, 89, 1551-1558.
- Kleber, H.D. (1998)* Ultrarapid opiate detoxification. Addiction, 93, 1629-1633.
- Legarda, J.J., Gossop, M. (1994)* A 24-h inpatient detoxification treatment for heroin addicts: a preliminary investigation. Drug and Alcohol Dependence, 35, 91-93.
- Loimer, N., Lenz, K., Schmid, R., Presslich, O. (1991)* Technique for greatly shortening the transition from methadone to naltrexone maintenance of patients addicted to opiates. American Journal of Psychiatry, 148, 933-935.
- Mattick, R.P., Hall, W. (1996)* Are detoxification programmes effective? Lancet, 347, 97-100.
- Merrill, J., Marshall, R. (1997)* Opioid detoxification using naloxone. Drug and Alcohol Review, 16, 3-6.
- Milby, J.B., Hohmann, A.A., Gentile, M., Huggings, N., Sims, M.K., McLelland, A.T., Woody, A., Haas, N. (1994)* Methadone maintenance outcome as a function of detoxification phobia. American Journal of Psychiatry, 151, 1031-1037.
- Milby, J.B. (1988)* Methadone maintenance to abstinence: How many make it? Journal of Mental and Nervous Diseases, 176, 409-422.
- O'Brien, C.P. (1997)* A range of research-based pharmacotherapies for addiction. Science, 278, 66-69
- O'Connor, P.G., Kosten, T.R. (1998)* Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques. Journal of the American Medical Association, 279, 229-234.
- Powell, J.E., Taylor, D. (1992)* Anger, depression, and anxiety following heroin withdrawal. International Journal of Addictions, 27, 25-35.

- Rabinowitz, J., Cohen, H., Tarrasch, R., Kotler, M. (1997)* Compliance to naltrexone treatment after ultra-rapid opiate detoxification: an open label naturalistic study. Drug and Alcohol Dependence, 47, 77-86.
- Ravndal, E., Vaglum, P. (1997)* Betydningen av psykopatologi hos narkomane i metadonbehandling. En prospektiv undersøkelse. Arbeidsrapport nr. 2. SIFA /UiO.
- Simon, D.L. (1997)* Rapid opioid detoxification using opiate antagonists: history, theory and the state of the art. Journal of Addiction Diseases, 16, 103-122.
- Strang, J., Bern, J., Gossop, M. (1997)* Opiate detoxification under anaesthesia. British Medical Journal, 315, 1249-1250.
- Tretter, F., Burkhardt, D., Busselo-Spieth, B., Reiss, J., Walcher, S. Büchele, W. (1998)* Clinical experience with antagonist-induced opiate withdrawal under anaesthesia. Addiction, 93, 269-275.
- Williams, H., Oyefeso, A., Ghodse, A.H. (1996)* Benzodiazepine misuse and dependence among opiate addicts in treatment. Irish Journal of Psychological Medicine, 13, 62-64.

## VEDLEGG 1.

### START-programmet

I likhet med oss er CITA også fullt klar over at avrusing uten etterbehandling er mer eller mindre bortkastet. UROD er derfor integrert i et 9-måneders psykologisk behandlingsprogram i 3 måneders blokker. Alle spanske klienter blir automatisk inkludert i dette opplegget som består av to hoveddeler: 1) en avrusingsdel (UROD) og 2) et strukturert psykologisk behandlingsopplegg kalt START (Structured Aftercare Reintegration Treatment). START er organisert i et multisenter konsept. Dette gjøres ved at CITA har individuelle avtaler med psykologer/psykiatere rundt omkring i Spania. Hver psykolog har 6-10 pasienter som gjennomgår en gruppeterapi. Disse inngår en kontrakt med CITA og beløpet som pasienten betaler for UROD inkluderer også honorar til psykologene for START-programmet. Dette inkluderer også bruk av naltrexone hele perioden.

For å bli godkjent CITA-terapeut må man være utdannet psykolog og ha rusmiddelbruk som egen spesialitet (i likhet med Norge har også Spania en rekke spesialiteter innen psykologi med krav til obligatoriske kurser, praksistid m.v.). I tillegg gjennomgår alle terapeutene et eget internt CITA-kurs, ledet av Dr. J.J. Legarda som utviklet UROD-metoden, og som gir en grundig innføring i rusproblematikken fra en neurobiologisk, farmakologisk og psykologisk side.

START består av 3 hovedfaser, hver på 3 måneder :

- \* restruktureringsfase (sesjon 1-10)
- \* endrings og vekstfase (sesjon 11-15)
- \* konsolideringsfase (sesjon 16-21).

Selve behandlingen består vanligvis i gruppeterapi og gruppen møtes ca. en gang ukentlig, men noe oftere i fase 1.

CITA legger betydelig vekt på evaluering. START-programmet er derfor knyttet til CITAs fortløpende evaluering av behandling og behandlere. De administrative rutiner mellom CITA sentralt og terapeutene er lagt opp med et enkelt og effektivt system for en kontinuerlig behandlingsevaluering av hver enkelt klient og hver terapeut. Når pasienten utskrives etter UROD-avrusing får vedkommende med seg et «sjekkhefte» (CITA-sjekker). Hver sjekk er pålydende et visst beløp og dekker honoraret til psykologen for hver behandlingssesjon og den leveres til psykologen etter hver behandlingssesjon. Bak på CITA-sjekken er det en rubrikk hvor terapeuten må krysse av nøkkel-variabler for klienten: "Sprekk"/ikke-sprekk" og noen viktige indikatorer på helse og tilpasning. Disse sjekkene innleveres så til CITA for honorering. Sjekkene registreres i et computerprogram som lagrer disse i en database. CITA kan dermed meget enkelt og effektivt akkumulere data for hver klient og hver terapeut over tid. Data kan også organiseres på gruppenivå slik at samtlige terapeuter kan følges opp kontinuerlig. Hver behandler følges nøye og oppstår spesielle problemer. Dersom det for eksempel er påfallende høyt frafall hos noen, intervensjoner CITA sentralt overfor vedkommende terapeut ved at en veileder kommer på besøk og gjennomgår det terapeutiske opplegg. Hvis behandlerne har fylt ut ufullstendige sjekker, eller har glemt å fylle ut evalueringsrubrikkene bak på sjekken, returneres sjekken for ny utfylling. Evalueringssystemet er raskt, effektivt, enkelt og tillater kontinuerlig evaluering både av terapiene og terapeutene innbyrdes.

To ganger i året samles alle terapeuter på CITA-klinikken i Madrid til faglige evalueringsmøter. Vanligvis foreligger et hovedtema (f.eks. familiedynamikk, personlighetsforstyrrelse, neuroadaptasjon m.m.) med egne eller inviterte gjesteforelesere. I tillegg gjennomgår man enkelttilfeller. To-tre terapeuter får i oppdrag å presentere egne klientsaker egnet for diskusjon. Man sender ut beskrivelser i god tid i forveien til alle møtedeltakerne. Tilfellene blir så grundig gjennomgått og drøftet. Evalueringen er ganske inngående også på et annet vis: Til de halvårlige samlinger har Legarda vanligvis laget »ranking-lister» over terapeutene som presenteres for deltakerne. Vinnere og tapere kommer her tydelig fram. Til sammen gir dette en meget inngående kvalitetskontroll av den oppfølgende behandlingsprosessen som også er en faglig og sosial støtte for terapeutgruppen.