

**Evaluering af forsøg med intravenøst administreret  
metadon 2001 - 2004**

**Rapport ved psykolog Elsa Schmidt**

**Med bidrag om den sygeplejefaglige behandling ved sygeplejerske Charlotte Fich**

# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse .....	2
FORORD .....	4
KONKLUSION OG ANBEFALINGER (VED PETER EGE) .....	6
Anbefalinger .....	7
INDLEDNING .....	9
Forsøgets formål og metode .....	9
SAMMENFATNING OG KONKLUSION .....	12
Overordnet .....	12
Resultaterne af forsøget .....	12
RAPPORTERING PÅ OVERORDNET POPULATIONSNIVEAU .....	15
Alle optagne til forundersøgelse – populationsoversigt (53 personer) .....	15
Populationsoversigt for de 44, der påbegyndte injektion .....	18
DATA PÅ POPULATIONSNIVEAU FRA SPØRGESKEMAER MV. ....	24
Helbredsundersøgelserne .....	24
Maudsley Addiction Profile (MAP) .....	25
Misbrug .....	25
Sociale kontakter .....	28
Kriminalitet .....	29
Fysiske og psykiske helbredsklager .....	30
Fysiske helbredsklager .....	30
Psykiske helbredsklager .....	31
Opsummering af MAP på populationsniveau .....	32
Nottingham Health Profile (NHP) .....	32
RAPPORTERING PÅ INDIVIDNIVEAU .....	36
De 9, der ikke påbegyndte ordineret injektion .....	36
De 44, der påbegyndte ordineret injektion .....	37
Forløb med få visitationshændelser (2-3) .....	37
Forløb med en del visitationshændelser (4-5) .....	40
Forløb med mange visitationshændelser (6-15) .....	42
Diskussion af caseanalysernes bidrag til populationsanalyserne .....	46
SAMLET DISKUSSION AF FORSØGETS DATA .....	48
SYGEPLEJEFAGLIGE ASPEKTER VEDRØRENDE TILBUD OM INJICERBAR METADON. AF SYGEPLEJERSKE VED AMBULATORIET STÆREN, CHARLOTTE FICH. ....	50
Indretning .....	50
Sortiment .....	50
Afhentning af farligt affald .....	50
Sikkerhedsforanstaltninger og miljø .....	50
Medicinen .....	51
Deltagerne .....	52
Arbejdsopgaver .....	52
Vaner, teknik og identitet .....	53
Dialog .....	54
Sårpleje .....	55
At vejlede ved injektion .....	55
Overdoser .....	56
Vejen væk fra iv-metadon .....	56
Dem der fortsat injicerer på Stæren .....	57
Afslutning .....	57

Litteratur.....	58
BILAG.....	59
Bilag 1 .....	59
Bilag 2. Dataindsamlingsmetode og diskussion.....	63
Bilag 3. Udbyggede cases .....	63

## FORORD

Formålet med substitutionsbehandling er at stabilisere brugeren farmakologisk og fastholde vedkommende i behandling, hvilket for de fleste brugere er en forudsætning for at gennemføre en relevant psykosocial behandling og social rehabilitering. Kravet til det medikament der anvendes i substitutionsbehandlingen er, at det skal kunne administreres peroralt (indtages gennem munden), og at det har en stabil døgndækkende virkning, således at brugeren hverken er påvirket eller abstinenspræget under behandlingen. Det medikament der anvendes i substitutionsbehandlingen har næsten udelukkende været metadon givet som mikstur eller tabletter. Metadonbehandling er den bedst evaluerede behandlingsform overfor stofmisbrugere, og det er overbevisende dokumenteret, at metadonbehandling kan reducere dødelighed, kriminalitet, intravenøst illegalt misbrug, og bedre den sociale funktion afhængig af kvaliteten af den sociale og sundhedsfaglige indsats, dosis, mv.

Som ved enhver anden behandling er der imidlertid nogle der profiterer mere end andre, og nogle der profiterer meget lidt. Det er således velkendt, at en del stofmisbrugere trods en adækvat metadonbehandling, fortsætter et intravenøst misbrug, herunder også et intravenøst misbrug af metadonmikstur, ofte med betydelige negative helbredsmæssige konsekvenser til følge.

Det er i forhold til denne mindre gruppe at man har gennemført et forsøg hvor udvalgte brugere blev tilbudt injicerbar metadon som alternativ til metadonmikstur eller -tabletter. Der var indlysende betænkeligheder ved et sådant forsøg, bl.a. fordi et af substitutionsbehandlingens formål er at nedbringe den intravenøse indtagelse til fordel for peroral indtagelse. ~~Projektet rettede sig derfor kun mod den mindre gruppe, som trods en langvarig peroral metadonbehandling fortsatte med at injicere illegalt erhvervede stoffer og metadonmikstur, hvor det ikke på anden måde var muligt at nedbringe dette misbrug, og som havde, eller var truet af, svære helbredsmæssige komplikationer (hjerteklapbetændelse, årebetændelse, sår, kronisk venøs insufficiens, amputation, mv.).~~

Erfaringerne med brug af intravenøst administreret metadon er begrænsede, bortset fra i England hvor det anvendes til ca. 5 % af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. Der er foretaget et kontrolleret forsøg til belysning af effekten (*Strang & al., 2000*), som viste, at behandlingen er acceptabel for patienterne, kan administreres uden de store problemer, og giver samme resultater som peroral substitutionsbehandling.

Det har derfor været naturligt at forsøge at undersøge effekten af denne behandlingsform herhjemme, hvor intravenøst misbrug af både metadonmikstur, -tabletter, heroin og Ketogan forekommer i et ikke helt ubetydeligt omfang hos brugere i substitutionsbehandling med metadon.

Den foreliggende undersøgelse er finansieret af Socialministeriet, og er et af flere projekter i den store undersøgelse af "Udvidet psykosocial støtte til brugere i substitutionsbehandling" som blev gennemført i årene 2001 – 2004.

Undersøgelsen er gennemført på Ambulatoriet Stæren. Det har ikke været et nemt projekt at gennemføre, men Stærens personale involverede sig med stort engagement og rummelighed, og uden dem var det aldrig gået. Specielt skal takkes afdøde forstander Anders Frederiksen, sygeplejerske Charlotte Fich og den eksterne evaluator, psykolog Elsa Schmidt.

Rapporten er skrevet af evaluator, psykolog Elsa Schmidt. Sygeplejerske Charlotte Fich har bidraget med et afsnit om de sygeplejefaglige aspekter ved projektet. Projektansvarlig Peter

Ege har skrevet afsnittet "Konklusion og anbefalinger", og den travle læser kan evt. gå direkte til dette afsnit.  
Torben Brøgger

Peter Ege

## KONKLUSION OG ANBEFALINGER (VED PETER EGE)

Substitutionsbehandling med intravenøst administreret metadon er en behandlingsform med indbyggede modsætninger og vanskeligheder. Et af formålene med den "almindelige" metadonbehandling er som bekendt at reducere det intravenøse brug og misbrug af heroin og andre opioider, ud fra en erkendelse af at det altid er forbundet med risici at indtage stofferne intravenøst. I forhold hertil har behandling med intravenøst administreret metadon et mere beskedent sigte. Man reducerer måske det intravenøse brug, i det der for den enkelte kan blive tale om færre injektioner per dag, men samtidig vedligeholder man dette brug. Det kan være en svær kamel at sluge for både behandlere og offentligheden i almindelighed, og er også den væsentligste grund til at denne behandlingsform aldrig kan blive rutine, men skal anvendes på snævre indikationer. På den anden side kan behandlingen reducere det intravenøse misbrug af heroin, Ketogan, mv. og af metadonmikstur og -tabletter, og dermed reducere injektionsskader. Og samtidig kan brugen af denne behandlingsform medvirke til at skabe en bedre behandlingsmæssig alliance til de stofmisbrugere, som ikke ønsker og magter at opgive den intravenøse indtagelsesform.

Målet med den her beskrevne behandlingsform er således primært at reducere de helbredsmæssige skader som opstår sfa. et intravenøst misbrug af ordineret metadon.

Den her foreliggende rapport giver langt fra noget endegyldigt svar på værdien af substitutionsbehandling med intravenøst administreret metadon. Men en lang række erfaringer er indhentet, og er anført i punktform nedenfor:

Det er en behandlingsform som uden større vanskeligheder kan administreres sideløbende med den almindelige substitutionsbehandling. Men samtidig er det en specialiseret behandlingsform som bør centraliseres til institutioner med god læge- og sygeplejerskefaglig normering.

- Der var i projektet ingen overdosistilfælde eller dødsfald der kunne tilskrives brugen af intravenøst administreret metadon.
- Der opstod ikke injektionsskader ved brug af en 1 % metadonopløsning, men mange irriterende skader ved brug af en 5 % opløsning.
- Projektet var udgangspunkt for en sundhedspædagogisk indsats. Deltagerne i projektet blev alle undervist i en bedre injektionsteknik, uheldige vaner blev aflært og gode indlært. Resultatet var en bedre injektionsteknik og bedre hygiejne resulterende i færre sår, færre infektioner og færre skader pga. "fejlfix"
- Hyppigheden af en række symptomer, klager og forskellige former for uhensigtsmæssig adfærd blev undersøgt ved brug af internationalt anvendte, validerede og personaleadministrerede spørgeskemaer, og blev rapporteret med langt mindre hyppighed i forsøgs- sammenlignet med forundersøglesperioden, og det gjaldt også for de personer der ophørte med injektion. Hyppigheden af brug af ikke ordineret metadon og af heroin blev med end halveret (fra 48,8 % af brugerne til gennemsnitligt 23,0 %, hhv. fra 21,1 % til 6,6 %), mens brug af kokain reduceredes med en tredjedel (fra 43,9 % til 33,8 %). En tilsvarende reduktion så man i hyppigheden af forskellige kriminalitetsformer; butikstyveri (15,8 % til 7,2 %), vold (fra 12,8 % til 3,8 %) og stofhandel 9,0 % til 6,7 %). Også hyppigheden af forskellige fysiske og psykiske klager reduceredes væsentligt. Det gjaldt således træthed, appetitløshed, kvalme, mave- og muskelsmerter, nervøsitet, søvnproblemer, følelsen af håbløshed og ensomhed, m. fl. På ingen områder sås en forværring af tilstanden.

Hvad der har medført den mindskede symptomhyppighed er straks sværere at fastslå. Det kan være at det er skiftet fra illegal til legal injektion, men det forhold at en forbedring af

tilstanden i mange tilfælde holdt sig efter at de pågældende var ophørt i forsøget, tyder på at andre forhold bidrager til effekten. Det kan være selve det at indgå i et forsøg med den øgede opmærksomhed og omsorg der følger hermed, eller det kan være den oplevede følelse af accept af en adfærd der tidligere var voldsomt stigmatiseret. Det kan næppe afgøres, heller ikke ved anvendelse af andre forskningsmæssige design, hvilke faktorer der er mest afgørende. Det er måske heller ikke afgørende vigtigt. Hvad der derimod er vigtigt er at undersøge om effekten af intravenøst administreret metadon holder sig over tid, eller om effekten var betinget af at det var en ny foranstaltning.

## **Anbefalinger**

Substitutionsbehandling med intravenøst administreret er en i danske sammenhænge ny behandlingsform. Det er en mere krævende behandlingsform, som er vanskeligere at administrere, og som har potentielt flere bivirkninger, og kræver mere kontrol, end den sædvanlige substitutionsbehandling. Det er derfor en behandling som kun bør iværksættes på snævre indikationer, og som stiller nogle bestemte krav til udøvere af behandlingen, som det vil fremgå af de nedenfor anførte anbefalinger.

- Substitutionsbehandling med intravenøst administreret metadon kan være et relevant behandlingstilbud til udvalgte personer.
- Indikationen for behandlingen er et massivt (næsten dagligt) intravenøst misbrug af ordineret eller illegalt erhvervet metadon, heroin, Ketogan og andre opioider med aktuelle eller truende helbredsmæssige skader trods langvarig (mere end et år) adækvat peroral substitutionsbehandling med metadon.
- Behandlingen bør centraliseres til institutioner med tilstrækkelige fysiske faciliteter til denne behandlingsform som beskrevet i det sygeplejefaglige afsnit. Der skal være tilknyttet tilstrækkeligt sundhedsfagligt personale (læge og sygeplejerske) til den pågældende institution.
- Den intravenøse indtagelse bør som hovedregel ske overvåget. Primært af sundhedspædagogiske grunde, men også for at sikre sig mod videresalg af injektionsmetadon. Tag-hjem ordninger skal betinges af at tomme hætteglas tilbageleveres til institutionen.
- Det er stadig en forsøgsbehandling, og den bør derfor ikke iværksættes uden en plan for monitorering i en periode før og regelmæssigt under behandlingen. Det drejer sig om en registrering af sundhedsmæssige forhold (injektionsskader, serologiske data (hiv, hepatitis B og C), indlæggelser, mv.) og regelmæssig registrering af adfærd og symptomer ved brug af internationalt anerkendte og validerede spørgeskemaer (ASI, MAP, SF-36, NHP).

Det skal understreges, at den intravenøse administrationsform var et tilbud, som når som helst kunne fravælges. Flertallet af brugerne ønskede således ikke at indtage metadon intravenøst hver dag, men skiftede mellem et intravenøst og et peroralt brug. Undersøgelsen viste ligeledes, at for flertallet af brugerne var den intravenøse indtagelsesmåde en forbigående fase i deres behandlingsforløb. I alt 43 brugere indgik i projektet. Ved projektets afslutning var der kun 14 brugere der opretholdt ønsket om denne behandlingsform, og allerede efter 1 års behandling var 60 % udgået af projektet.

## EVALUATORS FORORD

Denne evalueringsrapport sammenfatter data fra et komplekst forsøg. Komplexiteten har sammenhæng med både mængden af indhentede data, antallet af forsøgsdeltagere, det lange forløb af dataindsamlingen (3 år), og selve problemstillingen: at forsøge bedst muligt at give mulighed for at rapportere pålidelige resultater fra et forsøg, hvor der tidligere ikke har været foretaget dataindsamling over en længere periode.

Evalueringsens fokus er at undersøge, om en ændret medikamentel behandling af en gruppe stærkt belastede stofmisbrugere kunne forbedre deres situation. Der er ikke i dette forsøg indsamlet data om den psykosociale behandling, som fandt sted samtidig med ændringen af den medikamentelle behandling.

Vilkårene for evalueringer er anderledes end vilkårene for egentlig forskning. Selv om dataindsamlingen forløber over en lang tidsperiode vil der typisk ikke være mulighed for i en evaluering at gå i dybden med sammenligning af resultater fra nogenlunde tilsvarende forsøg. Der vil endvidere typisk heller ikke være mulighed for at styre projektføreløbet dataindsamling præcist, når evaluator er eksternt i forhold til den institution, der er omfattet af forsøget. Endvidere er det heller ikke muligt for evaluator at styre optagelsen af projektdeltagere præcist, og dermed sikre, at optagelseskriterier og optagelsesinformationer er i overensstemmelse med forsøgets krav. Blandt andet derfor vil denne rapport ikke kunne udtale sig med sikkerhed om egentlige resultater af forsøget. Der kan højst peges på sandsynligheder og tendenser

Det lange forløb af dataindsamlingen – dvs. muligheden for at se den enkelte projektdeltagers forandringer over tid – giver imidlertid en vis styrke til analysen af de tendenser og sandsynligheder det er muligt at pege på efter de mange analyser.

Alle data er fortsat til stede i råform, og kan gøres til genstand for yderligere analyser, hvis drøftelsen af den foreliggende rapport rejser spørgsmål, der ikke her er forsøgt besvaret.

Den 15. april 2005

Elsa Schmidt

Konsulent, autoriseret psykolog, Sverrigsgade 17 – 2300 Københavns S



## INDLEDNING

Ambulatoriet Støren blev etableret i 1997 som en følge af "Metadonloven" fra 1996, der gav amtskommunerne ansvaret for behandlingen af stofmisbrugere, inklusive stofmisbrugere i metadonbehandling. Det nødvendiggjorde en udvidelse af behandlingskapaciteten med etablering af 4 byambulatorier, hvor Støren var et af dem. I princippet var der ikke forskelle på målgruppen i de fire ambulatorier, målgruppen var for alle ambulatorier stofafhængige i længerevarende substitutionsbehandling, men der udviklede sig en praksis, hvor Støren varetog behandlingen af de hårdest belastede, udadreagerende og kaotiske stofmisbrugere.

I slutningen af juni 2001 blev de første klienter optaget til forundersøgelse til det forsøgsprojekt med injicerbar metadon, som Københavns Kommune og Ambulatoriet Støren havde fået bevilling af Socialministeriet til at gennemføre over en 3-årig periode.

Ansøgningen om bevillingen til projektet blev udformet af Socialoverlæge Peter Ege på vegne af Københavns Kommunes Familie- og Arbejdsmarkedsudvalg, og den omfattede ud over dette forsøg også en række andre forsøg og evalueringer andre steder i landet, men kun et af disse omfattede også forsøg med injicerbar metadon, dog i mindre målestok end forsøget på Støren.

En styregruppe blev etableret efter projektbevillingen i foråret 2001. Den bestod på dette tidspunkt af ansøgeren (socialoverlæge Peter Ege), forstanderen (Anders Frederiksen), lægen på Støren (Keld Vennervald), sygeplejersken på projektet (Charlotte Fich), souschefen på Støren (Peter Stockholm), og undertegnede som evaluator. Senere i projektforsøget indgik en ny læge (Birgit Sloth) i styregruppen.

Beslutning om optagelse og udskrivning af forsøget (inklusion og eksklusion) blev truffet af de ansatte på Støren, og evaluators muligheder for at påvirke sådanne bestod alene i at fremlægge data, der var kommet til dennes kendskab, og som kunne påvirke disse beslutninger.

### **Forsøgets formål og metode**

I projektansøgningen blev forsøgets formål beskrevet således:

*Projektets formål er, i forhold til en mindre "behandlingsrefraktær" gruppe stofmisbrugere, at undersøge om substitutionsbehandling med intravenøst administreret injectabile metadon, kan fastholde den pågældende gruppe i behandling, og forbedre deres sociale og helbredsmæssige situation.*

Målgruppen beskrives således:

*Klienter i længerevarende metadonbehandling med et svært intravenøst sidemisbrug af heroin og metadonmikstur, præget, eller truet, af alvorlige helbredsmæssige og sociale, inklusive kriminalitet, konsekvenser af deres intravenøse misbrug.*

Det forudsættes i ansøgningen, at der vil blive 25-30 deltagere i forsøget. In- og eksklusionskriterier i forsøget er beskrevet således:

#### *Inklusionskriterier*

- Substitutionsbehandling > 3 år
- Alvorlige sociale og helbredsmæssige komplikationer til det intravenøse sidemisbrug.

- Erklæret ønske om substitutionsbehandling med injectabile metadon
- Intravenøs adgang
- Mundtlig og skriftlig accept på at følge forsøgsprotokollen, dvs. deltagelse i de undersøgelser og interviews som foreskrives i denne

#### *Eksklusionskriterier*

- Ikke-opfyldelse af inklusionskriterier
- Manglende evne til at administrere behandlingen
- Livstruende komplikationer under behandlingen, som kan tilskrives intravenøs indgift af metadon
- Graviditet

Forsøget har en fast struktur for dataindsamlingen, således at den samme type af data indhentes med jævne mellemrum (forsøgsdesignet er *tidsstudiet*). Det har en forundersøgellesfase med tre indhentninger af data, før injektion kan finde sted. Derefter gentages dataindsamlingen med samme interval i 4 måneder, og så overgår man til 3-måneders intervaller for de resterende dataindsamlinger.

Det blev planlagt at indhente data om følgende forhold:

- *Helbredsmæssige data (vægt, injektionsskader, almene sygdomme, stofrelaterede sygdomme) – indhentet af lægen ved sædvanlig lægeundersøgelse*
- *Data om sidemisbrug, generelle fysiske og psykiske helbredsklager og sociale problemer – indhentet af sygeplejerske gennem standardiserede, internationalt anvendte spørgeskemaer*
- *Data om personlige mestringsfærdigheder (i forhold til helbred, sindstilstand, omgang med mennesker, og livsforhold generelt) – indhentet af psykolog (evaluator) gennem kvalitative interviews*

Kun de helbredsmæssige data har karakter af ”objektive data”, forstået således, at der er tale om en faglig validering af subjektive data fra forsøgsdeltageren. Alle øvrige data har karakter af selvrapportering fra forsøgsdeltageren.

I bilag 1 findes en beskrivelse af den oprindelige grundplan for dataindsamling og rapportering. I bilag 2 er dataindsamlingsmetode og design diskuteret. Endelig finder man i bilag 3 udbyggede casebeskrivelser for alle 44, der påbegyndte ordineret injektion. Den sygeplejefaglige indsats er beskrevet i et særskilt afsnit.

#### *Dataindsamlingens afslutning*

I slutningen af juni 2004 afsluttedes dataindsamlingen – skæringsdato 30. juni 2004. I projektperioden blev i alt planlagt indhentet 609 sæt af observationer fordelt på 53 optagne personer – dvs. lidt mere end *gennemsnitligt* 10 sæt af observationer pr. person (med variation mellem 1 sæt af observationer og 22 sæt af observationer), med ca. 185 enkeltstående kvantificerbare data pr. observationssæt, og 5 hovedspørgsmål i kvalitativ interviewform

Der er således tale om et særdeles omfattende datamateriale, som i denne sammenhæng kun kan rapporteres og analyseres i begrænset omfang. Den samlede mængde af faktisk indhentede data omfatter i alt 82.325 enkeltstående kvantificerbare data, og 494 sæt kvalitative data fra interviews af ca. ½ times varighed.

Rapporteringen foretages i tre dele: *den første del* rapporterer på overordnet populationsniveau (dvs. køn, alder, hændelser i projektforløbet, varigheder mv.) – *den anden del* rapporterer ligeledes på populationsniveau, men inddrager dele af de indhentede data (dvs.

overordnet analyse af svar fra spørgeskemaer, helbredsundersøgelser og interviews på populationsniveau) – *den tredje del* rapporterer på individniveau, og har form af casebeskrivelser, hvor de indhentede data for hver enkelt person sammenfattes til en samlet beskrivelse af det konkrete forløb for netop denne person.

Afslutningsvis er en videnskabeligt funderet diskussion af pålidelighed og gyldighed, samt generaliserbarhed af de indhentede data.

## **SAMMENFATNING OG KONKLUSION**

### **Overordnet**

Forsøgets formål havde fokus på en (omdiskuteret) ændring i medikamentel behandling i form af på forsøgsbasis at give mulighed for ordineret injektionsmetadon- og der blev i praksis ikke indhentet data på øvrig indsats (lægelig, psykosocial) i et behandlingsforløb for svært belastede stofmisbrugere. Forsøget kan derfor kun rapportere med udgangspunkt i de ændringer, der ses i de indsamlede data efter introduktionen af den ændrede medikamentelle behandling – muligheden for ordineret injektionsmetadon, og ikke med udgangspunkt i en samlet vurdering af den enkelte deltagers forhold på de øvrige relevante dimensioner.

Forsøget blev finansieret af Socialministeriet som et led i en samlet større bevilling til at undersøge primært betydningen af den øvrige behandlingsmæssige indsats (lægelige og psykosociale), og sekundært betydningen af den medikamentelle behandling. Forsøgsperioden var fra juni 2001 til juni 2004 – i alt 3 år.

Forsøget blev gennemført ved et af Københavns Kommunes ambulatorier for svært belastede stofmisbrugere – Stæren. Forsøgspopulationen blev udvalgt af dette ambulatoriums klientel i den 3-årige forsøgsperiode. I perioden blev enkelte personer henvist fra andre ambulatorier med henblik på deltagelse i dette forsøg. Aldersgruppen var 29 – 52 år, med hovedvægt på aldersgruppen 40-52 år.

I alt 53 personer blev i perioden optaget til forundersøgelse, og 44 af disse gik videre til forsøget med ordineret injektionsmetadon. Langt de fleste blev optaget i forsøgets første år. Før overgang til ordineret injektionsmetadon blev gennemført tre undersøgelser med indhentning af de samme oplysninger: helbredsoplysninger, oplysninger fra to internationalt standardiserede spørgeskemaer, og kvalitative interviews om daglig mestring af personlig "pleje" (fysisk, psykisk og socialt). Efter overgang til ordineret injektionsmetadon blev indhentet de samme typer af data, indtil den pågældende stoppede i forsøget. Midt i forsøgsperioden blev det besluttet at indhente samme typer af data for de forsøgsdeltagere, der var stoppet, for at undersøge, hvordan situationen var efter ophøret i forsøget.

### **Resultaterne af forsøget**

Kortfattet kan resultaterne af forsøget beskrives således:

Kun få af de 44 forsøgsdeltagere valgte at fortsætte i forsøget med ordineret injektionsmetadon (14 af de 44).

Seksten forsøgsdeltagere valgte at ophøre med ordineret injektionsmetadon. Ni ophørte i projektet af forskellige grunde (udelukkelse af projektet på grund af manglende overholdelse af forsøgsbetingelserne, eller overgang til anden behandling).

Fem forsøgsdeltagere døde i perioden – alle mens de var aktive projektdeltagere – 3 af disse på grund af alvorlig fysisk sygdom, en person døde efter udsættelse for voldeligt overfald og en døde efter en overdosis med opløsningsmidler.

Der er ingen væsentlige og afgørende køns- eller aldersforskelle mellem projektdeltagerne mht. om de har fortsat, valgt at ophøre, er udelukket/overført til anden behandling eller er døde.

Der er så betydelige forskelle mellem de enkelte projektdeltageres forløb, at det giver mindre mening primært at rapportere for gruppen som helhed, og der er derfor udarbejdet individuelle cases, der opsummerer samtlige indhentede data for de pågældende (bilag 3).

Alligevel ses på gruppeniveau for de 44 projektdeltagere, at der er en reduktion i det selvrapporterede misbrug af morfikagruppen efter påbegyndelse af ordineret injektionsmetadon – men relativt uændret rapportering af misbrug af hash, alkohol, kokain og benzodiazepiner.

Selvrapporteret kriminalitet var sparsom både før og efter forsøgets påbegyndelse – der kan således ikke konkluderes om hverken fald eller stigning i kriminalitet, selv om der fortsat har kunnet konstateres et betydeligt misbrug, som må antages at skulle finansieres af andet end de offentlige ydelser, som 43 af de 44 forsøgsdeltagere har haft som eksistensgrundlag.

Det har kunnet ses, at omfanget af fysiske og psykiske helbredsklager ikke på gruppeniveau er væsentligt ændret efter påbegyndelse af ordineret injektionsmetadon, men at der for de enkelte projektdeltagere kan ses væsentlige ændringer, både i retning af forbedring og forværring.

Samlet har det kunnet ses, at omkring 50 % af gruppen som helhed har en uændret status på alle oplyste data (helbred, fysiske og psykiske klager, og mestring af livet), og at omkring lige store andele har en hhv. forværret og forbedret status.

Varighed af deltagelse i projektet har været særdeles forskellig – 14 har valgt at ophøre inden 5 måneder efter start på ordineret injektionsmetadon – men også temmelig mange (18) har valgt at fortsætte i mere end 12 måneder (heraf mere end halvdelen i mere end 24 mdr.).

Metadondosis for projektdeltagerne var relativ høj – således får alle, på nær 2 deltagere, ved projektafslutningen ordineret mere end 120 mg. dagligt – højeste ordinerede daglige dosis på dette tidspunkt var 500 mg.

For mere end 2/3 af projektdeltagerne er der tale om forløb, hvor en række hændelser uden for et forventet normalt projektførløb, er registreret – det drejer sig om afbrydelse af ordineret injektionsmetadon, genoptagelse af dette, atter afbrydelse, hospitalsindlæggelser (enkeltstående eller gentagne), fængselsophold (enkeltstående eller gentagne), karantæner på grund af mangelfuld overholdelse af sociale regler på institutionen (enkeltstående eller gentagne).

Samlet må det derfor siges, at der på baggrund af dette forsøg – selv om der er en relativt stor gruppe forsøgsdeltagere (44); en lang observationsperiode, og omfattende data indhentet med forskellige instrumenter – ikke kan konkluderes andet, end at de deltagere, der selv vælger varigt at holde op med ordineret injektionsmetadon, ser ud til at have det samlet bedste udfald ved forsøgsperiodens afslutning. Det naturlige spørgsmål er, om ikke denne gruppe mon har haft bedre udgangsforudsætninger – men det kan ikke ses af de indhentede data.

Det er muligt, at tilvejebringelse af psykiatriske diagnoser, yderligere sociale informationer – og ikke mindst informationer om den konkrete psykosociale indsats i forhold til den enkelte –

kunne have givet yderligere mulighed for at nuancere og forstå baggrundene for de ganske få forskelle, der har kunnet konstateres på gruppeniveau i dette forsøg.

Men det må samlet antages – ikke mindst på baggrund af caseanalyserne – at det næppe er muligt entydigt at pege på en gruppe, der med god sandsynlighed kunne have positivt udbytte på længere sigt af at få tilbudt ordineret injektionsmetadon.

## RAPPORTERING PÅ OVERORDNET POPULATIONSNIVEAU

I denne del af rapporten gennemgås på overordnet plan en række af de indhentede kvantificerbare data for de personer, der i forsøgsperioden blev optaget i projektet.

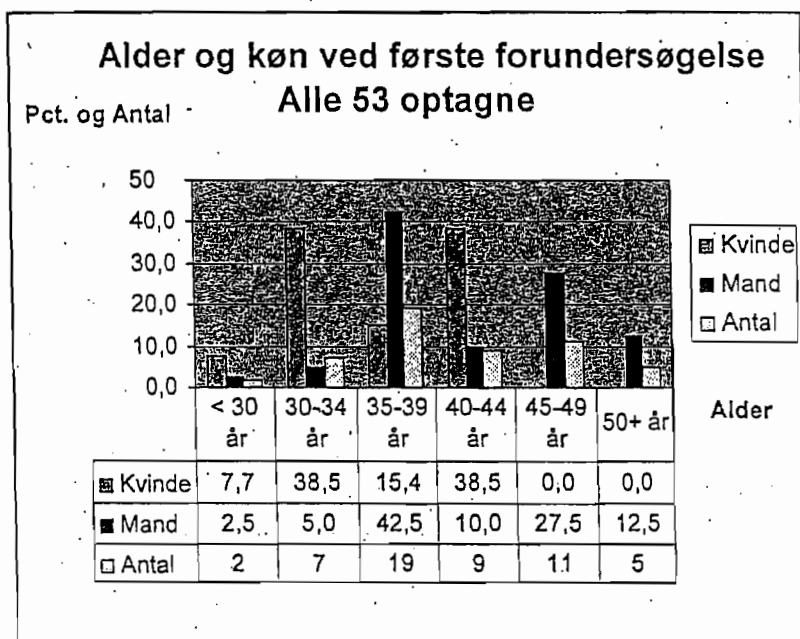
Her bliver bragt tabeller om køn, alder, varighed af forløb i projektet, status ved projektafslutning, registrerede hændelser i projektførløbet, registrerede sygdomme, registrerede injektionsskader, ordineret metadondosis mv. Her analyseres også forløbstyper, og populationen inddeles i tre overordnede forløbstyper – forløb med få visitationshændelser, forløb med en del visitationshændelser, og forløb med mange visitationshændelser.

I første del vil denne oversigt omfatte alle optagne til forundersøgelse (i alt 53 personer), men anden del vil koncentrere sig om de optagne (i alt 44 personer), som efter forundersøgelsen gik videre til ordineret injektionsmetadon.

### **Alle optagne til forundersøgelse – populationsoversigt (53 personer)**

I den 3-årige forsøgsperiode er optaget i alt 53 personer til forundersøgelse. 11 af disse personer har været gennem mere end én forundersøgelse i perioden. 2 af disse har gennemgået 3 forundersøgelser i forsøgsperioden.

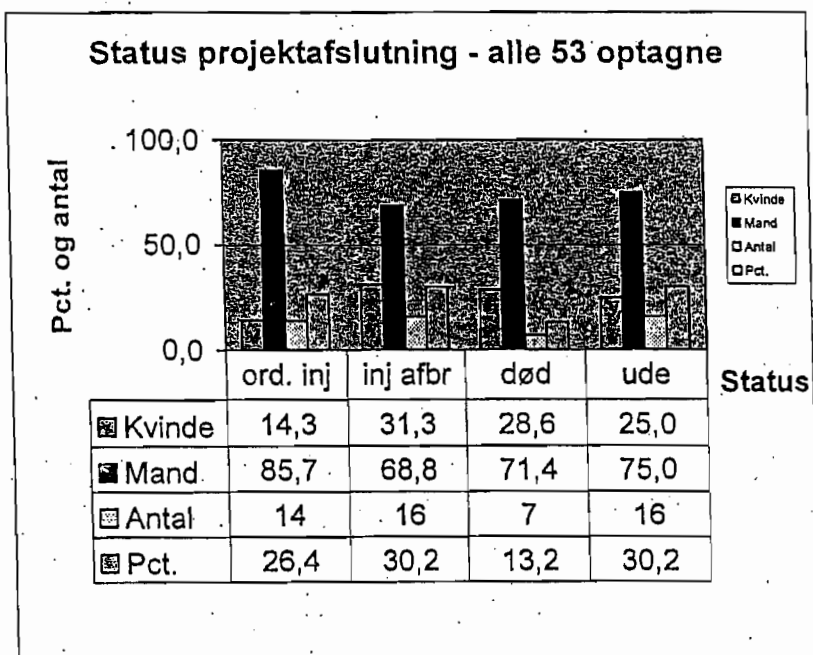
Der blev således foretaget i alt 66 forundersøgelser i perioden. At en tidligere optagen person har gennemgået endnu en forundersøgelse, har baggrund i, at en afbrydelse på mere end tre måneder af projektdeltagelse i henhold til forsøgsprotokollen indebærer, at en ny forundersøgelse skulle påbegyndes, hvis den pågældende ønskede at blive genoptaget i forsøget, og blev vurderet som optagelsesberettiget (se ovenstående om inklusionskriterier).



Kønsfordelingen blandt de optagne i forsøget svarer til kønsfordelingen blandt Stærrens øvrige klienter – hvor de optagne 13 kvinder og 40 mænd udgør ca. 25 % kvinder og ca. 75 % mænd.

Aldersfordelingen har en klar tyngde blandt de 35-49 årige, som udgør tre fjerdedele af de optagne (73,6 %). Inden for dette interval ses der ingen systematisk afvigelse, bortset fra aldersintervallet 35-39 år, som alene tegner sig for halvdelen af det samlede tyngdeinterval. I yderområderne er der kun ganske få – både blandt de helt unge, og blandt de helt ældre. Procentfordelingen mellem mænd og kvinder på aldersintervallerne kan synes at være forskellig, men det lille antal af kvinder fortegner dette billede.

Ved afslutningen af dataindsamlingen pr. 30. juni 2004 var situationen for de 53 oprindeligt optagne til forundersøgelse således:



Grafikken viser procentfordelingen på status ved skæringsdatoen 30. juni 2004, fordelt på køn. Der er ingen konstaterbar forskel mellem kønnene, så dette aspekt gennemgås ikke nærmere i det følgende.

I alt 14 af dem, der havde været optaget til forundersøgelse én eller flere gange, fik på skæringsdatoen ordineret injektionsmetadon. Af de 14 var 10 i et forløb, hvor der efter ordineret injektionsstart ingen afbrydelser havde været i injektionen. 4 var i et forløb, hvor der havde været én eller flere afbrydelser, og ordineret injektion derefter var blevet genoptaget én eller flere gange. De øvrige 39 var af forskellige grunde ude af ordineret injektion. 7 af disse var døde i projektperioden, efter optagelse til forundersøgelse (heraf 2 i forundersøgelsesperioden, og som ikke påbegyndte ordineret injektion) – og 16 havde selv valgt før projektafslutningen at afbryde en eller flere perioder med ordineret injektion. Endelig var der også 16, der af andre grunde var ude af projektet ved skæringsdatoen. 7 af disse 16 nåede aldrig frem til påbegyndelse af ordineret injektion, og en del af disse 7 må betragtes som fejltagelser.

Der foretages i et senere afsnit en særskilt gennemgang af disse grupperinger på casebasis.

Langt det største antal er optaget til forundersøgelse i kalenderåret 2001, som i undersøgelsen kun havde tre kvartaler, fordi undersøgelsen først kunne påbegyndes praktisk i slutningen af



juni 2001 på grund af tidsproblemer med tilladelse til gennemførelsen. I kalenderåret 2002 er optaget færre end i 2003, der endvidere indeholdt en betydelig del af de fornyede forundersøgelser – lige før projektafslutningen i juni 2004. Optagets fordeling gengives kun i absolutte tal.

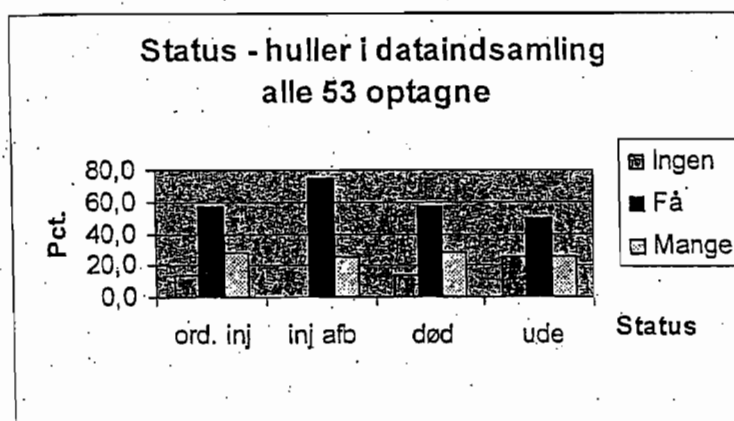
År og kvartal for forundersøgelse - alle 53 optagne/66 forundersøgelser					
År	Første	Andet	Tredje	Fjerde	I alt
2001	-	13	6	8	27
2002	11	6	0	2	19
2003	7	5	3	5	20
I alt	18	24	9	15	66

For mange af de 53 optagne var der tale om, at én eller flere af de mange planlagte observationer blev mistet, og der var utilstrækkeligt tidsmæssigt sammenfald mellem de forskellige typer af observationer. Den statistiske sammenligning i et tidsstudiedesign kan derfor ikke ske. For en analyse af problemerne herved, se bilag 2.

Frekvensen af opnåede observationer på de forskellige observationstyper (helbred, de to selvrappporterende spørgeskemaer, og de kvalitative interviews) fremgår af nedenstående tabel.

Samlet antal observationssæt - alle 53 optagne			
	Fordret	Opnået	Pct. Opnået
Somatisk	581	439	75,6
MAP/NHP	581	451	77,6
Interviews	581	518	89,2

Der er derfor foretaget en analyse af omfanget af bortfald af observationer på personniveau, og den fremgår af nedenstående figur, der gengives kun med procenter.



Det kan ses, at kun få af de optagne *ingen* bortfald har af observationer (der er tale om kun 7 af de 53 optagne). Og for i alt 14 er der tale om *mange* bortfald ("*mange*" forstået som mere end 5 af de planlagte observationer i perioden – eller for optagne med kun få observationssæt, mere end halvdelen af de planlagte observationer). De øvrige 32 har *få* bortfald (op til 5 bortfald).

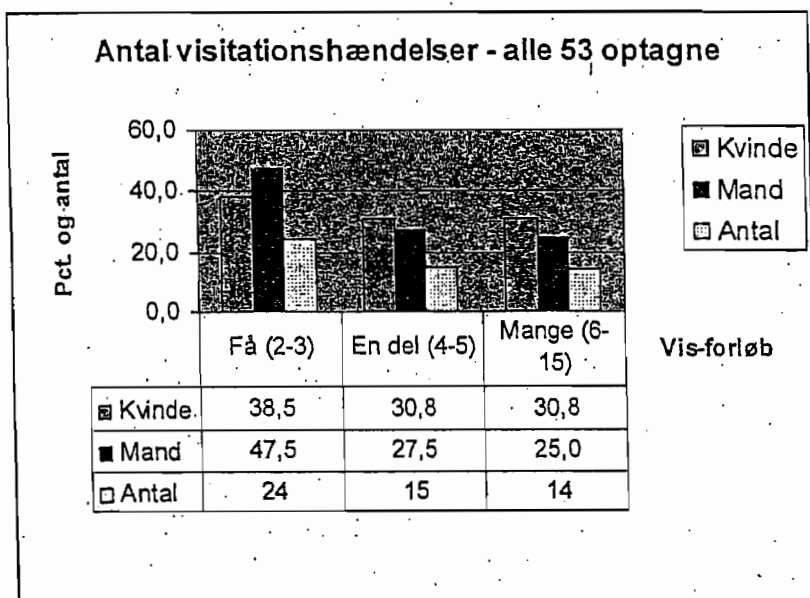
I projektførelsen er desuden registreret alle hændelser i skift af status i forhold til projektet. Der er således registreret følgende typer af hændelser: *optagelse til forundersøgelse – afbrydelse af forundersøgelse – start af injektion – selv afbrudt injektion – genoptagelse af*

*injektion – indlæggelse på hospital – indsættelse i fængsel – karantæne – ude af projektet (udelukkelse eller påbegyndelse af behandling uden for Stæren) – død.* Disse registrerede hændelser kaldes her visitationshændelser. Nogle få af disse hændelser har sammenhæng med bortfald af observationer (karantæne, indlæggelse på hospital, indsættelse i fængsel eller udelukkelse af projektet er ansvarligt for en væsentlig del af bortfaldet, men også manglende fremmøde til dataindsamlingen har fundet sted i et vist omfang). Fordi der er så mange forskellige typer af hændelser, giver det ikke mening at analysere disse sammenhænge i tabeller.

Ved projektstart var forventningen, at et forløb ville indebære 2-3 registreringer af ovennævnte typer af hændelser: optagelse til forundersøgelse – afbrydelse af forundersøgelse/påbegyndelse af injektion – og evt. selv-afbrydelse af injektion/død/overgang til anden behandling.

Men forholdsvis hurtigt – allerede mindre end et år efter projektstart – viste det sig, at billedet tegnede sig betydeligt mere komplekst, med langt flere visitationshændelser for en stor del af de optagne. Det komplekse billede af visitationshændelser afspejler formentlig hverdagen, behandlingsmæssigt, med netop denne gruppe af misbrugere, der er særligt belastede, socialt, fysisk eller psykisk.

Der er derfor udarbejdet en oversigt, hvor de 53 optagne personer er fordelt på tre typer af hændelsesforløb: - *få* (2-3 hændelser) – *en del* (4-5 hændelser) – *mange* (6-15 hændelser).



Tabellen viser procentfordelingen på hændelsestyperne, fordelt på køn. Der kan ingen forskel ses mellem kønnene. Der er tale om i alt 249 visitationshændelser for de 53 optagne. 60 af hændelserne er i kategorien "få" (24 personer), 67 i kategorien "en del" (15 personer), og 122 i kategorien "mange" (14 personer).

### **Populationsoversigt for de 44, der påbegyndte injektion**

Da 9 af de optagne aldrig påbegyndte ordineret injektion er det væsentligt at vise, hvordan den population, der faktisk i projektforsløbet påbegyndte ordineret injektion, ser ud på de tilsvarende parametre, som oven for er beskrevet talmæssigt.

I alt 44 personer ud af de optagne 53 personer har påbegyndt ordineret injektion efter optagelse i projektet.

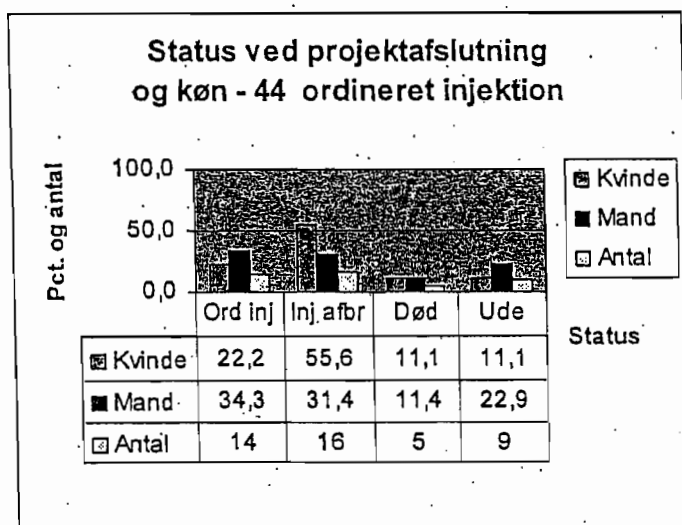
Fordelingen på alder og køn for disse 44 fremgår af nedenstående tabel, i procent.

#### Alder og køn - pct.

Alder	Kvinde	Mand	ALT Pct.	ALT Antal
< 30 år	0,0	2,9	2,3	1
30-34 år	33,3	5,7	11,4	5
35-39 år	11,1	45,7	38,6	17
40-44 år	55,6	11,4	20,5	9
45-49 år	0,0	25,7	20,5	9
50+ år	0,0	8,6	6,8	3
Pct.	20,5	79,5	100,0	
Antal	9	35		44

Kønsfordelingen er rykket en anelse i forhold til de 53 optagne, men der er ikke tale om afgørende forskelle. Blot, at tilsyneladende lidt færre kvinder efter optagelse til forundersøgelse holder fast i at påbegynde ordineret injektion, eller er optaget i overensstemmelse med inklusionskriterierne.

Fordelingen på status for disse 44 personer ved dataindsamlingens afslutning fremgår af nedenstående grafiske fremstilling, der ligeledes er baseret på procenter.

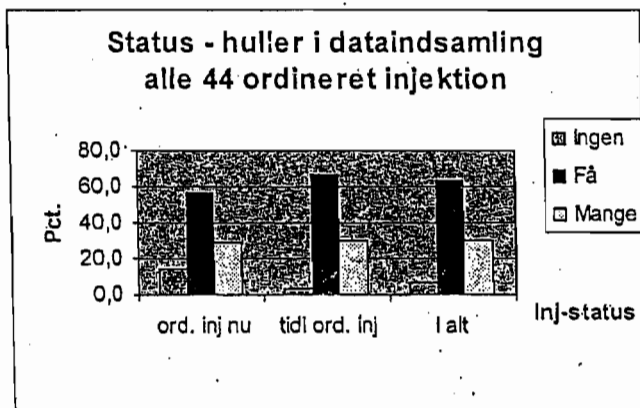


Her ses til gengæld en mulig forskel mellem kønnene, i og med at en lidt større andel af de få optagne kvinder selv vælger at afbryde den påbegyndte ordinerede injektion. Hyppigheden af død efter injektion, og fuldstændigt ophør i projektet ses der ingen forskel på mellem de to køn.

For de 44, som påbegyndte ordineret injektion, har der også været tale om bortfald af observationer i dataindsamlingens systematik. Først bringes derfor en oversigt over, hvilke observationstyper, der har opnået hvilke frekvenser af opfyldelse. Dernæst bringes en grafisk oversigt over status for denne delpopulation.

Samlet antal observationssæt - alle 44 ordineret injektion			
	Fordret	Opnået	Pct. Opnået
Somatisk	552	418	75,7
MAP/NHP	552	427	77,4
Interviews	552	494	89,5

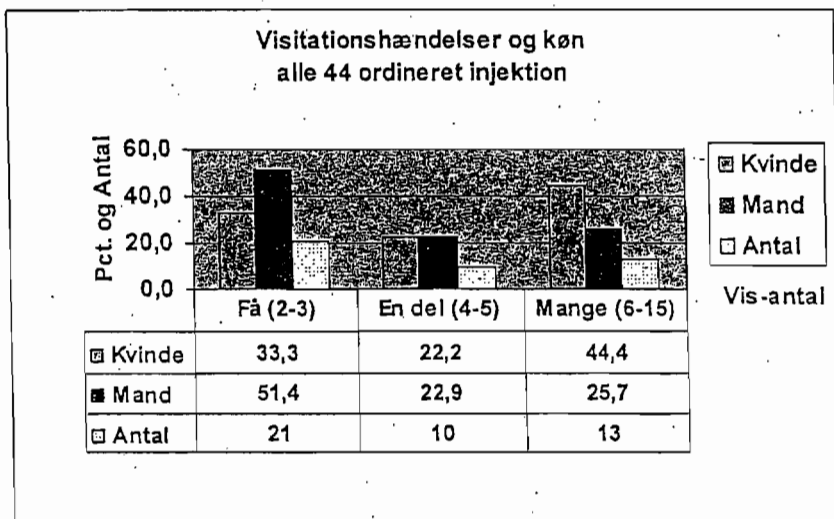
Neden for ses endvidere en grafik(baseret på procenter), der viser en sammenfatning af omfanget af "huller" i dataindsamlingen.



En meget lille andel af populationen har ingen bortfald af observationer (kun 3 personer), og langt de fleste har få (dvs. op til 5) bortfald af observationer (i alt 28 personer). Men mellem 20 % og 30 % af alle i denne population (i alt 13 personer) har mange bortfald af observationer. Det er ikke muligt at se væsentlige forskelle i status mellem grupperne ved projektafslutningen på dette område. Heller ikke ses der forskelle mellem forsøgsdeltagere, der fortsat er i ordineret injektion, og deltagere der har ophørt hermed. Forsøgsdeltagere, der er døde eller er udelukket af projektet er ikke medtaget i denne grafik.

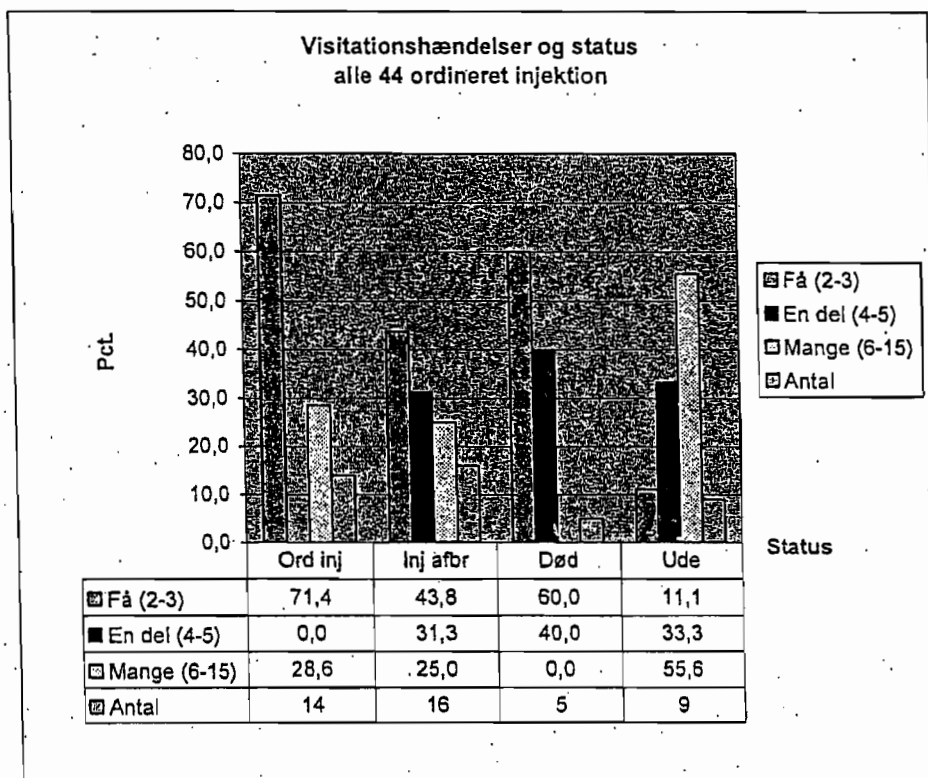
Antallet af "visitationshændelser" gengives ligeledes neden for grafisk, på basis af procenter, fordelt på status ved dataindsamlingens afslutning.

Først bringes en grafik, hvor visitationshændelserne fordeles på køn – og derefter en, hvor den fordeles på status ved dataindsamlingens afslutning.



Der er tale om i alt 224 visitationshændelser for de i alt 44 personer, der i projektforløbet har påbegyndt ordineret injektion

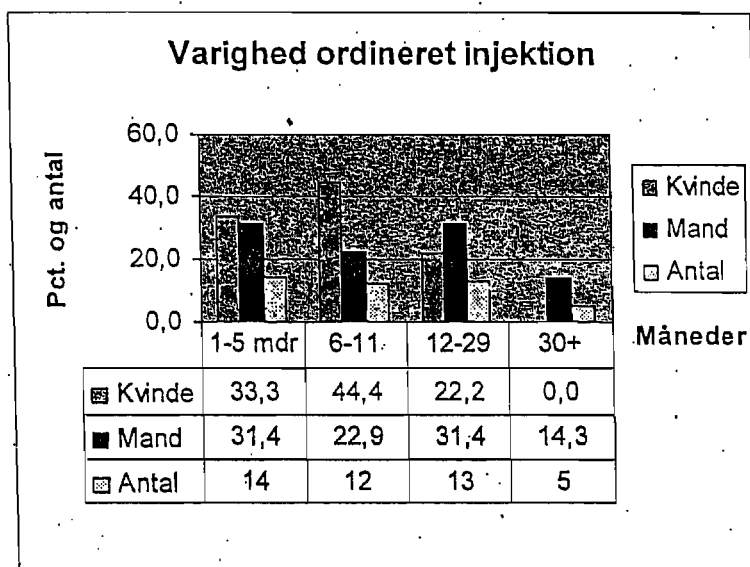
Det er ikke muligt at se et mønster, som kan tilskrives kønsforskelle. Forløbene med få visitationshændelser er karakteriseret af fortrinsvis at være ubrudt ordineret injektion, og stabilt ophør af ordineret injektion (i alt 17 af de 21 personer). Det beskrives nærmere i caseanalyserne (bilag 3).



Denne grafik viser, at der blandt de projektdeltagere, der ved dataindsamlingens afslutning var i ordineret injektion, var relativt færre visitationshændelser end blandt de øvrige grupper. Især ses dette hvad angår andelen af få visitationshændelser. Samtidig har denne gruppe samme andel af mange visitationshændelser som de øvrige grupper i slutstatusopgørelsen.

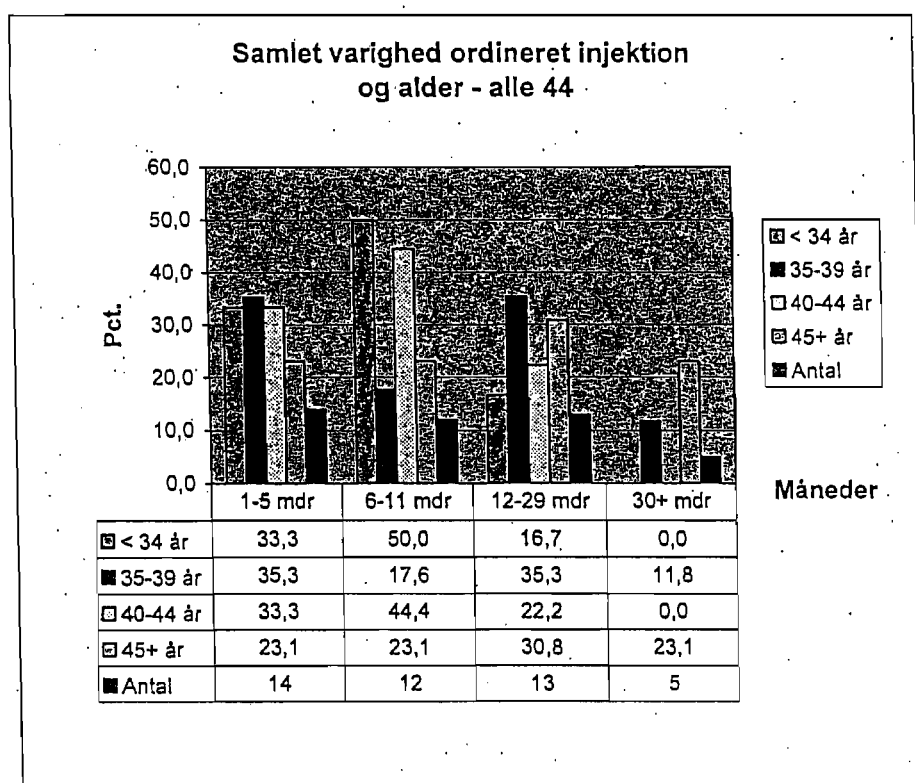
Varigheden af den samlede ordinerede injektionsperiode – dvs. første påbegyndelse af ordineret injektion sammenlagt med eventuelle senere genoptagelser – ses nedenfor i forskellige grafikker, hvor der er opdelt på forskellige andet-kriterier.

Først en grafik, hvor varigheden er opdelt på køn.



Heller ikke på dette område kan konstateres væsentlige kønsforskelle, om end der kan ses tendens til, at mænd har længere forløb med ordineret injektion end kvinder. De korte forløb (indtil 5 mdr.) har ligelig kønsfordeling.

Neden for bringes yderligere en grafik om varigheden, opdelt på alder.

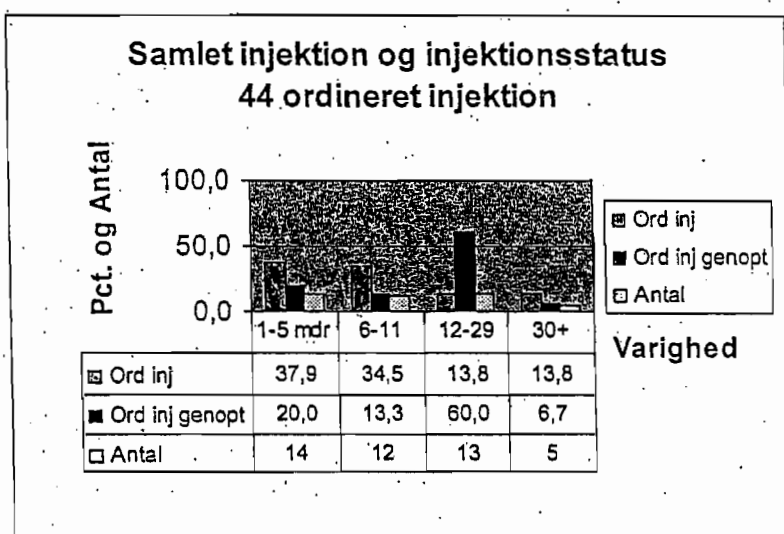


Kun få af de optagne personer har haft en meget kort samlet periode med ordineret injektion i form af højst en måned (ses ikke af grafikken). Men ca. 33 % (i alt 12 personer) har samlet brugt ordineret injektionsmetadon i mindre end ½ år. Der er en tendens til, at ældre forsøgsparticipanter har en længere samlet varighed af ordineret injektion end yngre.

De seneste nyoptagne blev optaget i begyndelsen af august 2003 – for deres vedkommende er maksimumsvarigheden derfor på 9 måneder. I betragtning af dette er der en meget stor andel, der er over denne grænse (knap to tredjedele – 62,5 %).

Neden for findes en grafisk oversigt over den samlede varighed af injektion, fordelt på type af det ordinerede injektionsforløb – om der var tale om uafbrudt ordineret injektion eller ordineret injektion, der på et eller andet tidspunkt i projektføreløbet har været genoptaget. På grund af det lille antal er der ikke yderligere opdelt på status ved dataindsamlingens afslutning. Der er således tale om en samlet oversigt, der omfatter alle, der på et eller andet tidspunkt i projektet har været i ordineret injektion, og er opdelt på dem, der ved projektafslutningen enten har været i kun ét ordineret injektionsforløb (uden afbrydelser eller genoptagelser), eller i forløb, der har omfattet én eller flere afbrydelser og genoptagelser. Ved projektafslutningen var kun 14 i ordineret injektion.

Og endelig bringes en grafik, der er opdelt på, hvorvidt forsøgsparticipanten ved dataindsamlingens afslutning havde været eller eventuelt var i ordineret injektion – ubrudt eller genoptaget efter en eller flere afbrydelser. Her er ikke medtaget de forsøgsparticipantere, der er døde eller udelukket af projektet.



Som tidligere demonstreret er der en relativt stor andel af de 44 optagne, som har haft en meget kort periode med ordineret injektion. Det gælder både ubrudt injektion og genoptagen. Den 1-årige retentionsrate for begge disse grupper er ca. 50 % (fremgår ikke af grafikken med absolutte tal).

Ved undersøgelsesperiodens afslutning var kun 10 af de oprindeligt optagne i uafbrudt ordineret injektion – uden karantæne, egen afbrydelse af injektion, hospitalsindlæggelser eller andre hændelser. I alt 14 af de optagne var i ordineret injektion ved undersøgelsesperiodens afslutning.

I forsøgsperioden er der for de 44, der gik videre til ordineret injektion registreret i alt 20 hospitalsindlæggelser, 5 fængslinger og 6 karantæner – hovedparten af disse i gruppen med mange visitationshændelser. Disse i alt 31 særlige visitationshændelser er ikke fordelt ligeligt på de 44, der påbegyndte ordineret injektion, men er samlet på 17 af de 44 personer.

7 af de 17 tegner sig for i alt 21 af de 31 visitationshændelser (én med kombination af alle 3 typer, 4 med kombinationer af 2 af disse, og 2 med flere hændelser af den samme type). De øvrige 10 har kun hver én af disse særlige visitationshændelser.

## DATA PÅ POPULATIONSNIVEAU FRA SPØRGESKEMAER MV.

Data fremlægges her kun for de 44 personer, der på et tidspunkt i projektforsløbet indgik i ordineret injektion. De 9, der ikke nåede frem til ordineret injektion beskrives kortfattet i det senere afsnit med casebeskrivelser (bilag 3).

Først præsenteres data fra helbredsundersøgelserne (BMI (*Body Mass Index*), konstateret hepatitis, HIV og injektionsskader), samt ordineret metadondosis.

Dernæst præsenteres svarene fra MAP (*Maudsley Addiction Profile*)-spørgeskemaet (selvrapporteret sidemisbrug, sociale kontakter, kriminalitet, samt fysiske og psykiske helbredsklager). Og sidst svarene fra NHP (*Nottingham Health Profile*)-skemaet (selvrapporterede fysiske og psykiske helbredsklager). For en nærmere beskrivelse af disse spørgeskemaer se bilag 2 og litteraturreferencerne nr. 5, 6 og 7.

Fælles for tabellerne for MAP og NHP er, at de viser dels frekvensen af observationer af det fænomen, der er spurgt om, og dels andelen af personer, der ved blot én af observationerne har rapporteret, at fænomenet fandtes i den forløbne måned før administrationen af spørgeskemaet. For alle de 44, der på et tidspunkt påbegyndte ordineret injektion, findes der mindst 6 observationer – 2-3 før påbegyndelse af ordineret injektion, og 3-4 derefter. For langt de fleste findes der langt flere observationer efter påbegyndelse af injektion (op til 20 observationer i alt). Tabellerne er derfor nødt til at indeholde begge typer af data: i hvor stor andel af observationerne er der givet et bekræftende svar på forekomsten – og hvor stor andel af populationen har i én eller flere af de mange observationer afgivet et sådant bekræftende svar.

Det er undersøgt på konkret data- og personniveau, om der kunne være mening i at gengive data for de enkelte observationer også på populationsniveau. Men variationerne i mønstrene er så betydelige, at der kun ville kunne forvirre muligheden for et overblik på dette niveau. I caseanalyserne gengives disse variationer i sproglig beskrivelse – ikke tabelform, da det ikke giver mening på individniveau.

### **Helbredsundersøgelserne**

I projektet var det forudsat, at der kunne indhentes systematiserede data om almindelig somatisk status og ændringer heri i observationsperioden. Det blev imidlertid ikke praktisk muligt på grund af lægeskift med en pause mellem fastansættelserne. Til rådighed er derfor kun informationer om vægt (rapporteres som ændringer i BMI), usystematiske informationer om hepatitisstatus og HIV-status, samt tilsvarende usystematiske informationer om injektionsskader. Desuden er ordineret metadondosis systematisk rapporteret.

*BMI* – langt de fleste af de 44, der kom i injektion har i observationsperioden haft en BMI, der lå stabilt inden for undervægtsområdet, normalområdet eller overvægtsområdet. Det drejer sig om i alt 32 af de 44, hvor hovedparten (23) har befundet sig inden for normalområdet. Kun 12 har haft vægtforandringer, der har passeret et af disse områder. 6 har haft markante vægttab, 3 markant vægtøgning, og 3 har svinget betydeligt. Der er ingen kønsforskelle.

*Hepatitis- og HIV-status* er således, at der foreligger data om 18, der i observationsperioden har fået konstateret C-hepatitis, og 4 HIV-positiv. Kun én af de HIV-positiv er ligeledes C-hepatitis-positiv. Hertil kommer en, som har skader på hjerteklappen. Der er således i alt 21



blandt de 44, der påbegyndte ordineret injektion, der har registreret en alvorlig fysisk sygdom. Men flere hospitals-indlæggelser blandt denne gruppe indikerer, at der er flere med alvorlige lidelser eller sygdomme, hvor informationerne herom blot ikke er til rådighed for bearbejdning i elektronisk form.

Ordineret metadondosis på tidspunktet for dataindsamlingens afslutning (eller for de døde og udelukkede vedkommende på dette tidspunkt) ses af nedenstående tabel. Tabellen viser metadondosis, uafhængigt af, om der på dette tidspunkt er tale om oralt indtagen metadon eller ordineret injektionsmetadon, da der som tidligere vist er temmelig mange, der efter ordineret injektionsmetadon har valgt at gå tilbage til oralt indtagen metadon.

Oversigtstabel metadon slutdosis

dosis	fast	stigende	faldende	I alt	Pct.
20 mg	0	0	1	1	2,3
115-175 mg	4	8	0	12	27,3
200-280 mg	7	10	0	17	38,6
> 300 mg	5	9	0	14	31,8
i alt	16	27	1	44	100,0
Pct.	36,4	61,4	2,3	100,0	

En af de 44 har i forsøgsperioden ønsket at gå ned i metadondosis (fra fast 300 mg gennem en længere periode, til 20 mg ved dataindsamlingens afslutning). Beslutningen blev truffet efter et hospitalsophold, hvor dosis var blevet nedsat langsomt. Samtidig traf han beslutning om at ophøre med ordineret injektionsmetadon.

Lidt over 1/3 har været på fast dosis i forsøgsperioden, uden ændringer – af disse har halvdelen valgt at ophøre med ordineret injektionsmetadon. Noget under 2/3 har haft en stigning i dosis – af disse 27 har kun godt en tredjedel valgt at ophøre med ordineret injektionsmetadon. En stigning på mindre end 20 % findes for 7 – for 10 en stigning på 20-50 %, og for yderligere 10 en stigning på mere end 50 %. Højeste slutdosis er 500 mg – 2 af de optagne – hvor den ene i projektperioden var på fast dosis, og den anden på stigende, med en stigning på 150 %.

### **Maudsley Addiction Profile (MAP)**

Dette spørgeskema indeholder spørgsmål om misbrug, sociale kontakter, kriminalitet, samt fysiske og psykiske helbredsklager. Der er tale om selvrapportering, og spørgeskemaet administreres af en instrueret ansat ved projektet.

### **Misbrug**

I skemaet registreres hvilke svar der gives på spørgsmål om misbrug af en lang række specificerede stoffer. Svarkategorierne er ja/nej, og ved "ja" skal det endvidere registreres, med hvilken hyppighed dette misbrug er sket inden for den seneste måned før spørgeskemaets administration (antal dage), hvilke mængder og hvilke indtagelsesformer, samt udgiften til dette misbrug.

Neden for præsenteres en række tabeller, hvor tabellen for det stof, der i forundersøgelserfasen er angivet med den største andel af de 2-3 observationer vises først – og derefter tabellerne for de øvrige stoffer, efter faldende andel rapporteringer i forundersøgelserfasen. Tabellerne er opdelt i rapporterede antal dage i den forløbne måned,

og der er yderst til højre angivet antal og procent af henholdsvis observationerne i de to observationsfaser, og antal og procent af personer med ordineret injektionsmetadon, der i disse to faser har rapporteret brug af det pågældende stof eller rusmiddel. Der er ikke angivet tal for alle de stoffer der er spurgt om, da andelen af observationerne for disse er forsvindende lille i både forundersøgelsesfasen og de senere observationer.

Hash	1-4 dg.	2-5 g. ugl.	6-7 g. ugl.	Obs. i alt.	Af Obs.	Personer
Forus	17	24	53	94	123	39
Senere	50	35	148	233	361	36
Forus %	18,1	25,5	56,4	100,0	76,4	88,6
Senere %	21,5	15,0	63,5	100,0	64,5	81,8

Hash er det stof/rusmiddel, der er rapporteret ved flest observationer – både i forundersøgelsen og ved senere observationer. Det er ligeledes det stof, som den største andel af personer rapporterer at have brugt i den foregående måned (mere end 80 % både før og efter start på ordineret injektionsmetadon). Den samlede andel af observationer med rapportering er faldet i de senere observationer, men andelen af rapporterende personer er konstant. Det ses endvidere, at der er tale om små ændringer i hyppigheden af brugen mellem forundersøgelsesfasen og de senere observationer – ændringer som trækker i hver sin retning: lidt større andel af rapporteringer i yderpunkterne (yderpunkterne er hhv. 1-4 dage i den forløbne måned – og dagligt brug), og et fald i midterområdet.

Ikke-ord. Benz.	1-4 dg.	2-5 g. ugl.	6-7 g. ugl.	Obs. i alt.	Af Obs.	Personer
Forus	34	10	19	63	123	26
Senere	76	12	27	115	361	34
Forus %	54,0	15,9	30,2	100,0	51,2	59,1
Senere %	66,1	10,4	23,5	100,0	31,9	77,3

For denne stofkategoris vedkommende (ikke-ordinerede Benzodiazepiner) ses et betydeligt fald mellem forundersøgelsen og de senere observationer i andelen af observationer med positiv rapportering af brug af stoffet. Til gengæld ses en stigning mellem faserne i andelen af personer, der rapporterer et sådant brug. Ændringerne i hyppighed (antal dages brug) ses at være klart faldende, så godt 2/3 ved de senere observationer har et brug på 1-4 dage i den forløbne måned. Det er ikke opgjort, om der er sket en modsvarende stigning i brug af ordinerede Benzodiazepiner, eller om der er tale om ordination af andre typer af medicin, der kunne tænkes at nedsætte behovet for at anskaffe ikke-ordinerede Benzodiazepiner.

Ikke-ord. metadon	1-4 dg.	2-5 g. ugl.	6-7 g. ugl.	Obs. i alt.	Af Obs.	Personer
Forus	33	17	10	60	123	30
Senere	61	15	7	83	361	30
Forus %	55,0	28,3	16,7	100,0	48,8	68,2
Senere %	73,5	18,1	8,4	100,0	23,0	68,2

Tilsvarende som for brug af ikke-ordinerede Benzodiazepiner ses et væsentligt fald mellem forundersøgelsesfasen og de senere observationer i andelen af observationer, hvor brug er rapporteret. Men desuden ses en fast andel af personer, der har rapporteret et sådant brug. Hyppigheden af det rapporterede brug var for over halvdelen af observationerne i forundersøgelsesfasen 1-4 dage i den forløbne måned. Denne andel er i de senere observationer steget til ca. ¾ af observationerne.

Det er undersøgt, om der er sammenhæng mellem ordineret metadondosis og rapportering af brug af ikke-ordineret metadon i de senere observationer. Der kan ikke ses en sådan

sammenhæng, idet der ikke kan ses forskel mellem andelene i de anførte slutdosisdosisgrupper (115-175, 200-280, og 300 og derover) for alle 44 optagne med senere ordineret injektion, og andelene for disse 30, der har rapporteret brug af ikke-ordineret metadon. Der kan dog ses en lidt større andel af personer med stigende metadondosis i forsøgsperioden, som i de senere observationer har rapporteret brug af ikke-ordineret metadon – det er muligt, at stigning i dosis har sammenhæng med brug af yderligere metadon, men der er ikke tilgængelige data til vurdering heraf.

Alkohol	1-4 dg	2-5 g ugl	6-7 g ugl	Obs alt	Af X Obs.	Personer
Forus	11	14	34	59	123	27
Senere	39	37	76	152	361	33
Forus %	18,6	23,7	57,6	100,0	48,0	61,4
Senere %	25,7	24,3	50,0	100,0	42,1	75,0

Der ses et svagt fald i andelen af rapporteringer i observationerne i brug af alkohol i hhv. forundersøgelsen og de senere observationer. Og en tendens til stigning i andelen af personer, der rapporterer brug af dette rusmiddel. Hyppigheden af det rapporterede brug er næsten konstant i begge faser med omkring halvdelen med et dagligt forbrug og ca. en fjerdedel med et brug 1-4 dage i den forløbne måned.

Kokain	1-4 dg	2-5 g ugl	6-7 g ugl	Obs alt	Af X Obs.	Personer
Forus	42	8	4	54	123	30
Senere	90	23	9	122	361	31
Forus %	77,8	14,8	7,4	100,0	43,9	68,2
Senere %	73,8	18,9	7,4	100,0	33,8	70,5

For kokains vedkommende ses ligeledes et fald i andelen af observationer med rapportering af brug, mellem forundersøgelse og senere faser. Men også for dette stofs vedkommende ses en stabil andel af personer, der rapporterer et sådant brug. Hyppigheden af brugen ses ikke at være markant ændret i de to faser, idet brug 1-4 dage i den forløbne måned i begge faser er rapporteret for omkring tre fjerdedele af observationerne.

Hvid heroin	1-4 dg	2-5 g ugl	6-7 g ugl	Obs alt	Af X Obs.	Personer
Forus	16	8	2	26	123	17
Senere	16	7	1	24	361	11
Forus %	61,5	30,8	7,7	100,0	21,1	38,6
Senere %	66,7	29,2	4,2	100,0	6,6	25,0

Dette stof er det, der er angivet med den mindste andel af observationerne i forundersøgningsfasen. Ca. 1/5 af observationerne rapporterer et brug i denne fase, mod et betydeligt fald i de senere observationer. Andelen af personer, der rapporterer et sådant brug er ligeledes faldet. Hyppigheden af brugen er imidlertid nogenlunde konstant med ca. 2/3 med et brug 1-4 dage i den forløbne måned.

Samlet kan det konkluderes, at hyppigheden af brug af specielt ikke-ordineret metadon og heroin, men også af ikke-ordinerede benzodiazepiner og kokain, falder betydeligt fra forundersøgningsfasen til de senere observationer. Men andelen af brugere af disse stoffer falder ikke – med andre ord: det er den enkeltes hyppighed af misbrug af disse stoffer, der falder.

Neden for gengives en samlet oversigtstabel for misbruget, opstillet efter højeste frekvens (dvs. andel af opnåede observationer) i forundersøgelsen.

MAP - brug af ikke-ordinerede stoffer og rusmidler - 44 ordineret injektion. I procent				
Stof	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Hash	76,4	88,6	64,5	81,8
Ikke-ord. Benz	51,2	59,1	31,9	77,3
Ikke-ord. metadon	48,8	68,2	23,0	68,2
Alkohol	48,0	61,4	42,1	75,0
Kokain	43,9	68,2	33,8	70,5
Hvid heroin	21,1	38,6	6,6	25,0
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	

Det er endvidere undersøgt, hvilke sammenfald der findes af brug af de forskellige ikke-ordinerede stoffer og rusmidler. I nedenstående tabel vises sammenfaldet i brug mellem hash (det stof, der er rapporteret ved flest observationer) og hhv. alkohol, ikke-ordineret metadon og kokain. Det er endvidere undersøgt, om der er sammenfald af brug mellem andre stoffer, eller på tværs af disse, men det er ikke tilfældet. Det er også undersøgt, om hyppigheden af det rapporterede brug har betydning. Men tallene bliver for små ved en yderligere opdeling til at give andre fingerpeg, end at weekendbrug af et stof formentlig hyppigst følges af tilsvarende brug af de to øvrige – og modsat at dagligt brug af ét stof formentlig hyppigst følges af tilsvarende brug af de to øvrige.

MAP - brug af ikke-ordinerede stoffer og rusmidler - 44 ordineret injektion				
Kombination ved samme observation - Pct.				
Stoffer	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Hash+Alk.	42,1	56,8	36,7	61,4
Hash+Met.	37,3	54,5	17,3	50,0
Hash+Kokain	34,9	56,8	28,2	63,6
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	

Kombinationen af hash og alkohol rangerer øverst af disse kombinationer i forundersøgelsen, men springet mellem denne og de to øvrige kombinationer er forholdsvis lille. Det gælder både, når man ser på den andel af observationer (*frekvens*) det er rapporteret i, og andelen af *personer* (andel af populationen).

Der ses for specielt kombinationen af hash og ikke-ordineret metadon et væsentligt fald i andelen af observationer (*frekvens*) mellem forundersøgelsen og de efterfølgende observationer. For de to øvrige kombinationer ses en mindre markant nedgang i frekvens. Andelen af *personer* (andelen af populationen) med et sådant samtidigt rapporteret brug er imidlertid konstant.

### Sociale kontakter

Spørgeskemaet indeholder spørgsmål om forekomsten af kontakt med venner, familie og kæreste, hyppigheden af disse kontakter, samt omfanget af konflikter ved sådanne kontakter.

Neden for gengives kun selve forekomsten (ja/nej), da data for de øvrige informationer er sparsom, og derfor kan være misvisende at gengive.

MAP - sociale kontakter - 44 ordineret injektion - Pct.				
Kontakt	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Venner	66,9	86,4	59,0	79,5
Familie	57,1	68,2	42,4	75,0
Kæreste	34,6	45,5	33,5	59,1
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>

Både før og efter start på ordineret injektion er der størst frekvens af rapportering af kontakt med venner. Det gælder både hvad angår enkeltobservationerne, og andelen af personer, der i én eller flere observationer har angivet en sådan kontakt. Det er endvidere undersøgt, hvilke kombinationer af disse kontakter, der findes, men der ses ingen forskelle eller sammenhænge. Formentlig primært fordi der er en generel stabilitet i mønsteret for den enkelte svarende, på tværs af forsøgsfaserne.

Kun 2/3-3/4 af personerne i denne gruppe har rapporteret kontakt med deres familie (forældre, søskende). Og kun omkring halvdelen har rapporteret kontakt med en kæreste.

Fald og stigning før og efter injektion er små – og trækker i hver sin retning. Svagt flere personer rapporterer kontakt med en kæreste og med sin familie – og tilsvarende svagt færre kontakt med venner. Det har ikke givet mening at undersøge en talmæssig sammenhæng mellem disse tendenser.

## Kriminalitet

I spørgeskemaet er spurgt om forekomsten af en række kriminelle handlinger (og handlinger, der ikke er egentlig kriminelle, men typisk sker i et miljø, der lever på "den anden side" af samfundets almindelige "hegn og regler").

Her er kun opgjort frekvensen af svar for enkelte af de stillede spørgsmål, fordi der for de øvrige var tale om et næsten fuldstændigt fravær af rapporteringer. Dog gøres en undtagelse for henholdsvis stofhandel og prostitution på trods af de meget små forekomster af registrering, fordi disse former har en særlig interesse i denne sammenhæng.

MAP - kriminalitet - 44 ordineret injektion - Pct.

Form	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Bøder	19,5	34,1	11,8	45,5
Butikstyveri	15,8	29,5	7,2	34,1
Vold	12,8	27,3	3,8	20,5
Betleri	11,3	18,2	7,8	18,2
Stofhandel	9,0	20,5	6,7	22,7
Prostitution	1,5	4,5	0,8	2,3
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>

Da frekvenserne af rapportering er så små er det ikke undersøgt, om der eventuelt kunne være tale om sammenhæng mellem de forskellige former. Der er tale om et systematisk fald i hyppigheden af samtlige forseelser fra forundersøgelles- til forsøgsperioden, mens andelen af personer der rapporterer de forskellige forseelser stort set er uændret.

## Fysiske og psykiske helbredsklager

De efterfølgende data i MAP har en graduering i 5 kategorier (*altid, ofte, nogle gange, sjældent, aldrig*). Data er dikotomiserede, således at svarene *altid, ofte* og *nogle gange* registreres som en klage, mens *sjældent* eller *aldrig* registreres som en "ikke klage".

En række af spørgsmålene i denne gruppe kan i et vist omfang sammenlignes med næsten tilsvarende spørgsmål fra NHP-skemaet (Nottingham Health Profile). Det vil ske i et særskilt efterfølgende afsnit, hvor det også vil blive drøftet, om forskelle og ligheder kan give anledning til særlige metodemæssige overvejelser over validitet og reliabilitet. Disse spørgsmål vil blive markeret med grå bjælke i tabellen.

Der stilles i alt 12 kortfattede spørgsmål om klager over det fysiske helbred. De er formuleret generelt som stikord, og svarene på dem må antages at dække en lang række forholdsvis konkrete situationer eller forhold, som den svarende kan have haft i særligt fokus ved afgivelsen af sit svar. Det samme gælder de 11 spørgsmål om psykiske helbredsklager.

Det er karakteristisk, at alle spørgsmål er formuleret som klager – dvs. alle sætter fokus på de forhold i den interviewedes liv, som der er utilfredshed med. Det er velkendt, at svar på spørgsmål med henholdsvis "utilfredsheds-tilgang" og "tilfredsheds-tilgang" giver svagt forskellige svar – alene på baggrund af det perspektiv der anlægges i spørgsmålenes formulering. Tankegangen spores i disse to fremgangsmåder i retning af henholdsvis "utilstrækkelighed" og "mestring". Dette perspektiv er dog ens for MAP og NHP – der er tale om registrering af klager – ikke af oplevelse af kompetencer.

## Fysiske helbredsklager

I både disse tabeller og dem, der bringes for NHP, vil de spørgsmål, der kan sammenlignes mellem de to dataindsamlingsinstrumenter, være markeret med grå stribe på den kortfattede ordlyd af spørgsmålet.

MAP - fysiske helbredsklager - 44 ordineret injektion - Pct.				
KLAGE	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Svedtendens	59,3	86,4	37,0	86,4
Grå stribe	49,6	70,5	39,7	86,4
Nattesved	47,2	68,2	33,4	77,3
Vejrtrækning	39,8	59,1	29,3	56,8
Ondt i maven	39,0	68,2	29,0	63,6
Appetitløshed	38,2	61,4	26,8	65,9
Ondt i led	38,2	61,4	28,2	68,2
Følelsesløshed	37,4	52,3	27,1	70,5
Kvalme	36,6	56,8	27,1	63,6
Ondt i brystet	30,1	56,8	15,6	56,8
Ondt i musklerne	30,1	52,3	17,8	56,8
Rysteture	15,4	34,1	6,3	25,0
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>

Generelt er der et betydeligt fald i hyppigheden af de forskellige klager fra forundersøgelsetil forsøgsperioden. Den højeste frekvens af klager er svedtendens. Mere end halvdelen af observationerne rapporterer det i forundersøgellesfasen, og næsten alle personer har en eller flere rapporteringer af denne klage. Frekvensen af klage over dette helbredsproblem er faldet ved de senere observationer – men andelen af personer, der rapporterer det (om end ved mindre andel af observationerne) er den samme.

Træthed og nattesved rapporteres med tilsvarende tendens og på næsten samme niveau, om end lidt mere uklart i mønsteret. Det er velkendt, at disse klager både kan have baggrunde i fysiologiske lidelser, og baggrund i misbrug eller psykiske forhold (eller kombinationer heraf). Men der foreligger ikke data, der gør det muligt at afklare, om dette er tilfældet.

Herefter findes en stor gruppe af helbredsklager (8 i alt), der alle må antages at have en væsentlig sammenhæng med konkrete fysiske lidelser, men også kan have sammenhæng med misbrug og psykiske forhold. Frekvensen af rapportering ligger mellem 30 og 40 % før påbegyndelse af injektion – og mellem 20 og 30 % herefter. Men andelen af personer, der rapporterer problemet er ikke faldet.

Markant udskiller rysteture sig fra de øvrige helbredsklager, med langt den laveste rapporterede frekvens, og langt de færreste personer der mener at have oplevet dette:

### Psykiske helbredsklager

For disse spørgsmål i spørgeskemaet rapporteres på samme måde som for de øvrige: den højeste frekvens af positiv rapportering ved én eller flere af observationerne står øverst – og derefter gengives de med faldende frekvens for rapportering. De spørgsmål, der i et eller andet omfang kan sammenlignes med tilsvarende spørgsmål i NHP er markeret med grå bjælke ved spørgsmålets korte formulering.

MAP - psykiske helbredsklager - 44 ordineret injektion - Pct.				
KLAGE	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Frygtsom	69,1	90,9	40,5	84,1
Nervøs	68,3	88,6	41,9	81,8
Anspændt	67,5	79,5	38,9	77,3
Søvnproblemer	65,0	72,7	37,5	77,3
Håbløshed	48,8	70,5	24,1	59,1
Ensomhed	46,3	63,6	30,7	59,1
Sex-problemer	44,7	63,6	41,9	75,0
Indgyldighed	41,5	65,9	24,1	54,5
Bange	32,5	47,7	15,9	47,7
Uden værd	29,3	40,9	16,7	45,5
Panik	25,2	40,9	15,3	43,2
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>

Igen ses et betydeligt fald i hyppigheden af de forskellige klager fra forundersøgelsetil forsøgsperioden. Fire klager findes i den højeste ende af rapporterede frekvenser i forundersøgelsen, med nogenlunde lige store frekvenser. Det drejer sig om frygtsomhed, nervøsitet, anspændthed og søvnproblemer. Frekvensen er nogenlunde lige stor, men andelen af personer, der rapporterer dem er lidt forskellig. Ved de senere observationer er frekvensen af rapportering markant lavere – mens andelen af personer der oplever problemet er uændret.



## Opsummering af MAP på populationsniveau

Samlet tegner sig derfor et billede af en population med et sidemisbrug, sociale kontakter og fysiske og psykiske helbredsklager, som – på trods af adgang til ordineret injicerbar metadon – fortsat rapporterer mange problemer eller klager på disse områder. Der rapporteres kun begrænset kriminalitet. Generelt ses der dog et betydeligt fald i hyppigheden af de registrerede klager fra forundersøgelses- til forsøgsperioden.

De registrerede visitationshændelser (ikke de selvrapporterede, der som anført er ganske fåtallige) – fængsling, hospitalsindlæggelse samt karantæne fra projektet på grund af adfærd der ikke kan tolereres (stofhandel, vold mv.) – bekræfter, at der er tale om en population med betydelige problemer.

## Nottingham Health Profile (NHP)

Dette spørgeskema indeholder i alt 35 spørgsmål om fysiske og psykiske helbredsklager – alle formuleret i talesprog. De er fordelt på en række grupper, som forskningsmæssigt har vist sig at samvariere, og indholdsmæssigt giver mening at gruppere sammen. Grupperne er: klager over *mobilitet*, over *søvn*, over *smertes*, over *følelseslivet*, over *kontakt med andre mennesker*.

Hele spørgeskemaet er selvadministrerende, og der skal sættes kryds i ja/nej for hvert enkelt spørgsmål. Spørgsmålene fra hver af de anførte grupper er spredt mellem hinanden i selve skemaet.

Ved en række af spørgsmålene kan det give mening at sammenligne med spørgsmål fra MAP, selv om ordlyd og formulering er forskellig. Disse er i nedenstående tabeller markeret med grå bjælke i teksten for spørgsmålet.

Først bringes den tabel, der har den højeste frekvens af klager i forundersøgelsen – tabellen over søvnklager.

NHP - søvnklager - 44 ordineret injektion - Pct.

Klage	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Piller for at sove	68,3	81,8	49,9	75,0
Vågner for tidligt	57,7	65,9	44,6	70,5
Sover dårligt	52,0	61,4	33,2	72,7
Længe om at falde i søvn	51,2	68,2	33,0	72,7
Vågen meste af natten	42,3	61,4	23,0	63,6
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>

Der er både før og efter påbegyndelse af ordineret injektion en høj frekvens af rapportering af søvnproblemer. Der er et generelt fald i frekvensen efter påbegyndelse af ordineret injektion. Andelen af personer med rapporterede problemer er imidlertid ikke systematisk ændret i nedadgående retning.

Ikke uventet i en stofmisbrugergruppe er den største frekvens af søvnproblemer behov for sovepiller. Om disse er lægeordinerede eller tilvejebragt på anden måde (eller hvad præparatet er) foreligger ikke oplyst i denne sammenhæng.

Ingen af de konkrete spørgsmål findes tilsvarende i MAP – så sammenligning mellem de to spørgeskemaer kan kun ske på et overordnet niveau.



Den gruppe af spørgsmål i NHP, der har den næsthøjeste frekvens af klager i forundersøgelsen angår helbredsklager om energi.

**NHP - energiklager - 44 ordineret injektion - Pct.**

Klage	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Skal ta' mig sammen	60,2	75,0	45,9	79,5
Blev hurtig træ-	50,4	59,1	35,9	95,5
træt og ledtødt	31,7	43,2	19,1	59,1
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>

Der er en påfaldende forskel mellem frekvensen (andelen af "ja" ved hver observation) i hhv. forundersøgelsesfasen og de senere observationer, og andelen af personer der har de pågældende klager om energi. Frekvensen af klager ser ud til at falde – mens modsat andelen af personer, der overhovedet har en sådan klage ser ud til at stige. Caseanalyserne vil formentlig kunne bidrage med yderligere belysning, hvor data kan betragtes samlet for den enkelte person og ikke kun betragtes på populationsniveau.

To af spørgsmålene i denne gruppe vil kunne sammenlignes med MAP og er derfor markeret med grå bjælke.

Den næste gruppe af spørgsmål (hvad angår frekvens) er klager over mobilitet. Ingen af disse spørgsmål kan direkte sammenlignes med MAP, og der er derfor ingen markeret med grå bjælke. Men de fleste af spørgsmålene vil kunne sammenlignes på et overordnet plan med MAP's spørgsmål om at have ondt (et eller flere steder).

**NHP - mobilitetsklager - 44 ordineret injektion - Pct.**

Klage	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Besvær med trapper	54,5	63,6	41,0	79,5
Svært at stå længe	48,0	59,1	38,0	70,5
Svært at bukke sig	30,1	43,2	27,7	61,4
Kun bevæge indendørs	17,1	27,3	6,4	25,0
Svært række ud/ting	3,3	9,1	5,0	22,7
Svært klæde af og på	3,3	6,8	8,0	34,1
Kan slet ikke gå	2,4	4,5	0,3	2,3
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>

Atter er det påfaldende, at frekvensen af rapportering i de enkelte observationer ser ud til at have faldende tendens mellem forundersøgelsen og de efterfølgende observationer – mens andelen af personer, der rapporterer sådanne problemer ser ud til generelt at stige. Det er ikke muligt på populationsniveau at undersøge sandsynlige fortolkninger på dette, så også dette problem henvises til caseanalyserne.

Den fjerde i rangfølgen er klager over smerter – klager, der i et vist omfang må antages at være forbundet med mobilitetsklagerne. Øvrige klager i denne gruppe er sjældne – både hvad angår frekvens og hvad angår andel af personer med sådanne klager.

NHP - smerteklager - 44 ordineret injektion - Pct.

Klage	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Ondt at gå på trapper	42,3	54,5	36,6	72,7
Ondt at gå	36,6	54,5	31,6	65,9
Smertor om natten	33,3	50,0	30,5	70,5
Ondt at skifte stilling	31,7	50,0	27,7	68,2
Smertor hele tiden	24,4	36,4	19,4	52,3
Ulidelige smertor	17,1	36,4	14,4	47,7
Ondt at stå	17,1	27,3	21,3	56,8
Smertor at sidde	14,6	31,8	12,7	45,5
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>

Også her ses en tendens til faldende frekvens af rapportering mellem forundersøgelsen og efterfølgende observationer, men stigende andel af personer der overhovedet rapporterer dette problem. Også dette henvises til caseanalyserne, før der kan forsøges rimelige fortolkninger af det.

Heller ikke for denne spørgsmålsgruppe er der direkte sammenligningsmulighed med MAP, men indirekte muligheder findes på tilsvarende måde som for mobilitetsklagerne.

De sidste to spørgsmålsgrupper falder begge inden for den ramme, som i MAP er afgrænset som psykiske helbredsklager. I NHP kaldes de henholdsvis emotionelle klager, og klager over social integration.

Også disse tabeller bringer de enkelte spørgsmål i den række følge, hvor den største frekvens af klager har været ved forundersøgelsen (selv om der er begrænset forskel i frekvensen).

NHP - social integration klager - 44 ordineret injektion - Pct.

Klage	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Følelsesløs som	40,7	61,4	23,8	54,5
Afstand til andre	25,2	40,9	12,5	45,5
Svært at komme i kontakt	17,9	25,0	7,8	20,5
Svært at komme ud af det	12,2	20,5	5,8	29,5
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>

Samlet er der en faldende tendens i frekvensen af klager på de 4 spørgsmål, men andelen af personer, der rapporterer klager er ustabil svingende op- og nedadgående.

Og den sidste er de emotionelle helbredsklager, som samtidig er den spørgsmålsgruppe i NHP, der har den laveste frekvens af klager ved observationerne i forundersøgelsen.

NHP - emotionelle klager - 44 ordineret injektion - Pct.

Klage	Forundersøgelse		Senere observationer	
	frekvens	personer	frekvens	personer
Trist ved opvågning	39,0	59,1	25,5	63,6
Liv uden indhold	35,8	50,0	14,7	52,3
Mister greb om tingene	35,8	50,0	14,7	52,3
Glemte at ha' det sjovt	35,0	52,3	25,2	52,3
Nervøs	33,3	47,7	17,7	56,8
Dage slæber sig af sted	32,5	45,5	21,6	59,1
Lidt slår mig ud	22,0	43,2	19,9	47,7
Bliver let ophidset	22,8	38,6	27,4	59,1
<b>Antal observationer</b>	<b>123</b>		<b>361</b>	
<b>Antal personer</b>		<b>44</b>		<b>44</b>

Også her er der en faldende tendens i frekvensen, samtidig med en stabilt (svagt for nogle spørgsmåls vedkommende) stigende tendens i andelen af personer, der rapporterer de pågældende klager.

Samlet tegnes der et billede af klagerne i NHP-spørgeskemaet af en population med betydelig frekvens af søvnklager, energiklager, nogen grad af mobilitetsklager, og afgrænsede klager over sociale integration og emotionelle forhold.

Sammenligning af populationsopgørelsen med MAP-spørgeskemaet viser en god overensstemmelse på de spørgsmål, der med nogen mening kan sammenlignes – på trods af de forskellige administrationsmåder af skemaerne (MAP administreret af en ansat i projektet, og NHP selvadministrerende), de forskellige spørgeformer (MAP formuleret som stikord, og NHP formuleret som sætninger i subjekt-sproglig form), de forskellige svarkategorier (MAP med 5 graduerede svarkategorier, og NHP med ja/nej kategorier), og det forskellige antal spørgsmål (MAP med 12 spørgsmål for fysiske helbredsklager og 11 for psykiske helbredsklager – NHP med 24 spørgsmål for fysiske helbredsklager, og 11 for psykiske helbredsklager).

Dog er det tankevækkende, at frekvenser af psykiske klager i MAP (medarbejderadministreret) er betydeligt højere end i NHP (selvadministreret) – selv på spørgsmål der har en umiddelbar mulighed for sammenligning. Det er ikke muligt på populationsniveau at finde holdbare og sandsynlige forklaringer på denne forskel, men i caseanalyserne kan enkelte mulige forklaringer formentlig findes.

De to spørgeskemaer er udviklet til forskellige målgrupper. MAP er udviklet specifikt til undersøgelse af stofmisbrugende populationer, og NHP er udviklet til ambulante patienter med funktionsnedsættelse og sygdomsrelaterede klager.

## RAPPORTERING PÅ INDIVIDNIVEAU

I det foregående er der rapporteret på populationsniveau på to forskellige måder. Her rapporteres så på individniveau.

I det foregående er der argumenteret for at opdele populationen i en række forskellige grupper, der anvendes som opdeling for rapporteringen i dette afsnit.

Først er der en kort redegørelse for de overordnede karakteristika ved de 9 optagne, der ikke påbegyndte injektion.

Derefter bliver de resterende 44 optagne – der alle havde påbegyndt ordineret injektion én eller flere gange – beskrevet i tre grupper: 21 med et forløb med *få* visitationshændelser (højst 3: forundersøgelse, injektion og ophør af injektion/død) – 10 med et forløb med *en del* visitationshændelser (4-5: forundersøgelse, injektion, ophør af injektion, genoptagelse af injektion, karantæne, hospitalsindlæggelse, fængsling mv.) – 13 med et forløb med *mange* visitationshændelser (6- 15)

Ved beskrivelsen redegøres kortfattet for følgende forhold, for hver enkelt af dem, der påbegyndte ordineret injektion:

1. *Indskrivningsår og -kvarter, alder, køn, højde, BMI-variation i observationsperioden, registreret hepatitis, injektionsskader, ordineret metadonodosis*
2. *Samlet varighed af ordineret injektion, forløbets overordnede karakter (typer og antal af visitationshændelser) og rapporterede grunde til ophør i projektet, samt status ved observationsperiodens afslutning*
3. *Rapporterede bolig- og samlivsforhold, samt ændringer i observationsperioden*
4. *Rapporteret sidemisbrug i observationsperioden (MAP)*
5. *Rapporterede sociale kontakter i observationsperioden (MAP)*
6. *Rapporterede fysiske og psykiske klager i observationsperioden (MAP)*
7. *Rapporterede fysiske og psykiske klager i observationsperioden (NHP)*
8. *Sammenligning af de to sæt data om fysiske og psykiske klager*
9. *Rapporterede mestringsfærdigheder (kvalitative interviews)*
10. *Samlet vurdering*

### **De 9, der ikke påbegyndte ordineret injektion**

*39-årig kvinde*, der blev optaget i 2. kvartal 2001, og gennemførte 3 observationer, med særdeles usikkert fremmøde, og blev udelukket af projektet, jf. in- og eksklusionskriterierne

*33-årig kvinde*, der blev optaget i 3. kvartal 2001, og gennemførte 2 observationer, hvorefter hun blev fundet død

*29-årig kvinde*, der blev optaget i 3. kvartal af 2001, og gennemførte 2 observationer, hvorefter hun blev overført til anden behandling uden for Stærens regi

*47-årig mand*, der blev optaget i 4. kvartal af 2001, og gennemførte 3 observationer, hvorefter han besluttede ikke at ville påbegynde injektion, men i stedet forsøge at reducere sit sidemisbrug

*50-årig mand*, der blev optaget i 4. kvartal 2001, og gennemførte 3 observationer, hvorefter det blev konstateret, at han ikke opfyldte inklusionskriterierne om injektion af ordineret metadon

*37-årig mand*, der første gang blev optaget til forundersøgelse i 2. kvartal 2002, og anden gang i 4. kvartal 2003 – og begge gange gennemførte 2 observationer, men ikke nåede frem til ordineret injektion alligevel (formentlig egen beslutning om ikke at ville påbegynde injektion, men uklart)

*48-årig mand*, der blev optaget i 2. kvartal 2003, og gennemførte én observation, hvorefter det viste sig, at han alligevel ikke ønskede ordineret injektionsmetadon

*52-årig mand*, der blev optaget i 2. kvartal 2003, og gennemførte en observation, hvorefter det viste sig, at han ikke var indstillet til optagelse på baggrund af inklusionskriterierne – han blev senere fundet død

*31-årig kvinde*, der blev optaget i 3. kvartal 2003, og gennemførte 4 observationer, afbrudt af hospitalsindlæggelse med amputation af fingre på højre hånd, og derefter ikke ville være i stand til at injicere

Det må antages, at nogle af disse 9 er egentlige fejlvisitationer, og at andre har brugt forundersøgelsen til at afklare, om de egentlig ønskede at påbegynde ordineret injektionsmetadon eller ej. Nogle få af de 44, der faktisk påbegyndte ordineret injektionsmetadon må antages tilsvarende at have været i tvivl om deres ønske, og har forholdsvis hurtigt trukket sig ud af projektet.

### ***De 44, der påbegyndte ordineret injektion***

For disse 44 gengives nedenfor i oversigtsform data fra casebeskrivelserne. I bilag 3 ses casebeskrivelserne for alle 44 i deres fulde ordlyd.

Oversigten gengiver – for de tre forløbskategorier (*få, en del og mange* visitationshændelser) – for hver enkelt af de 44 i kort form anonymiseret casenavn, alder, ordineret metadondosis, varighed af ordineret injektionsmetadon, varighed af eventuelt ophør med dette, misbrug af ikke-ordinerede stoffer, klager over fysisk og psykisk helbred, og et samlet skøn (evaluators) af, hvorvidt der er tale om ændring i forløbet. Der er ikke tale om et klinisk skøn, men et samlet skøn på baggrund af de indhentede data.

Hver af forløbskategorierne er desuden underopdelt i hhv. fastholdelse af ordineret injektion (evt. efter midlertidigt ophør), stabilt ophør hermed – og ”andre forløb”, der ikke umiddelbart kan henføres til ovennævnte to grupperinger af forløbene.

### **Forløb med få visitationshændelser (2-3)**

Her findes den største gruppe blandt de projektdeltagere, der valgte/fik mulighed for at gå videre til ordineret injektionsmetadon. I alt 21 af de 44 optagne befinder sig her. Der er tre forskellige undergrupper: den største undergruppe har haft et ubrudt forløb med ordineret injektionsmetadon, den næststørste et forløb med i en kortere eller længere periode at ”snuse” til ordineret injektionsmetadon og har efterfølgende valgt at ophøre, og den sidste gruppe indtager en mellemposition.

Ubrudt forløb efter ordineret injektionsmetadon (i alt 10 personer)

Navn Alder Dosis	Varighed		Sidemisbrug		Fys klager		Psyk klager		Ændring
	ord.inj	ophør	forus	efter	forus	efter	forus	efter	
<b>Adam</b> 35 år 170 mg	34 mdr	-	Hash + sporadisk	Samme	Få	Få - stigning	Mellem	Samme - stigning	Mulig forværring
<b>Bent</b> 45 år 150-300 mg	32 mdr	-	Hash, alkohol + sporadisk	Samme	Få	Samme	Få	Samme	Uændret - områder
<b>Carl</b> 38 år 200-300 mg	34 mdr	-	Hash, alkohol + sporadisk	Samme + flere	Få	Samme	Mellem	Samme	Mulig forværring
<b>Daniel</b> 46 år 300 mg	24 mdr.	-	Hash, alkohol + sporadisk	Samme + flere	Få	Få - stigning	Få	Få - stigning	Mulig forværring
<b>Emil</b> 45 år 250 mg	32 mdr.	-	Hash, alkohol + andet	Samme	Mellem	Få - fald	Mellem	Få - fald	Mulig bed
<b>Franz</b> 38 år 80-140 mg	15 mdr.	-	Hash, alkohol + andet	Samme	Mange	Samme	Mellem	Få - fald	Uændret - områder
<b>Georg</b> 50 år 280-375 mg	29 mdr.	-	Sporadisk	Lidt flere	Mellem	Få - fald	Få	Få - fald	Mulig bed
<b>Hans</b> 35 år 150-200 mg	14 mdr.	-	Hash, alkohol + andet	Samme	Få	Få - fald	Få	Mellem - stigning	Uændret mulig be Uklart
<b>Ivar</b> 29 år 200-500 mg	11 mdr.	-	Hash, ikke-ord. Met	Lidt mindre	Mellem	Få - fald	Mellem	Få - fald	Sandsyn bedring
<b>Annie</b> 31 år 200 mg	11 mdr.	-	Sporadisk	Flere	Mellem	Få - fald	Få	Samme	Uændret mulig be Uklart

Stabilt ophør efter ordineret injektionsmetadon (i alt 7 personer)

Navn Alder Dosis	Varighed		Sidemisbrug		Fys klager		Psyk klager		Ændring
	ord.inj	ophør	forus	efter	forus	efter	forus	efter	
<b>Anker</b> 32 år 300 mg	8 mdr.	26 mdr.	Hash, alkohol + sporadis k	Samme – inj+ophør	Mellem	Samme – inj+ophør	Mange	Samme – inj+ophør	Uændret – a områder
<b>Børge</b> 51 år 200 mg	5 mdr.	24 mdr	Sporadi sk	Hash, alkohol – inj+ophør	Få	Få – fald – inj+ophør	Mellem	Samme – inj+ophør	Uændret – a områder
<b>Claus</b> 45 år 200 mg	10 mdr.	20 mdr.	Hash, kokain+ andet	Samme (inj) Mindre (ophør)	Få	Mellem – stigning – inj+ophør	Mange	Samme – inj+ophør	Uændret – a områder
<b>David</b> 41 år 340 mg	7 mdr.	17 mdr.	Hash + sporadis k	Mindre (inj+ophør )	Få	Mellem - stigning	Få	Få	Mulig bedr
<b>Espen</b> 36 år 175-200 mg	1 md	20 mdr.	Lidt	Samme	Få	Få – fald	Få	Få	Uændret – områder
<b>Alice</b> 33 år 105-115 mg	1 md	24 mdr.	Lidt	Samme	Få	Få	Få	Få	Uændret – områder
<b>Finn</b> 51 år 150-225 mg.	1 md	20 mdr.	Alkohol + sporadis k	Mindre	Få	Få – fald	Få	Få	Mulig bed

*Andre forløb (i alt 4 personer)*

Navn Alder Dosis	Varighed		Sidemisbrug		Fys klager		Psyk klager		Ændring
	ord. inj	ophør	forus	efter	forus	efter	forus	efter	
Alex 35 år 200 mg	3 mdr.	13 mdr.	Hash + sporadisk	Lidt mindre	Mellem	Mange	Mellem	Mange	Forværring udelukket fr Støren
Birger 35 år 125-215 mg	10 mdr.	23 mdr.	Hash, alkohol ikke-ord met	Samme	Få	Få	Få	Få	Uændret til forværring - død efter vc
Christian 46 år 200 mg	9 mdr.	17 mdr.	Hash + sporadisk	Samme + benz.	Mellem	Samme	Få	Samme	Uændret - af ukendte årsager
Anna 44 år 150 mg	9 mdr.	3 mdr.	Hash, ikke-ord met + sporadisk	Samme	Mellem	Samme	Mellem	Få	Uændret - af alvorlig fysisk lidel

De 21 forsøgsdeltagere, der er grupperet med få visitationshændelser, er næsten halvdelen af de 44 optagne, der valgte at gå videre til ordineret injektionsmetadon. Det ses – selv af ovenstående stærkt forenkede oversigt – at der er tale om vidt forskellige typer af forløb, og vidt forskellige mønstre i klager, sidemisbrug mv.

Mange har et omfattende sidemisbrug – andre et begrænset. Mange har omfattende klager, og andre begrænsede klager. Der ses ikke at være nogen sammenhæng mellem klagemønster, sidemisbrug og objektive fysiske helbredsproblemer – betragtet på gruppeniveau. Der ses heller ingen sammenhæng mellem rapporteret sidemisbrug, klagemønster og skønnet status ved projektafslutningen – betragtet på gruppeniveau. Der ses også stærkt problematiske forløb for den mindste undergruppe: *andre forløb*, hvor 3 er døde og den sidste af de i alt 4 i denne gruppe udelukket af projektet.

Ser man på den enkelte projektdeltager (og sammenholder denne sammenfatning med de udbyggede casebeskrivelser i bilag 3), ses der en begribelig sammenhæng i forløbet for hver enkelt forsøgsdeltager. Sammenhænge det ikke er muligt at trække frem talmæssigt på populationsniveau, fordi den samlede population er så lille og så relativt forskellig i forudsætninger og forløb.

På baggrund af denne oversigt må det antages, at forsøgsdeltagere med et relativt lavt klageneiveau har en større sandsynlighed for at få en vurdering om positivt udbytte af projektdeltagelsen. Der ses ingen sammenhæng med omfang af sidemisbrug, selv om det ellers ville være en sandsynlig antagelse, at der var en sådan sammenhæng.

### Forløb med en del visitationshændelser (4-5)

I denne forløbsgruppe findes i alt 10 af de optagne forsøgsdeltagere. Der er kun to undertyper af forløb - ophør med ordineret injektionsmetadon (5) og "andre forløb"(5). Ophørene er alle karakteriseret af en vis forbedring, eller uændret tilstand (ofte på baggrund af en relativt positiv tilstand ved starten). De "andre forløb" er blandede – 2 er døde, 2 har en mulig bedring (den ene ude af projektet), og den sidste er uændret og ude af projektet.



Stabilt ophør efter afbrydelse og genoptagelse af ordineret injektionsmetadon (i alt 5 personer)

Navn Alder Dosis	Varighed		Sidemisbrug		Fys klager		Psyk klager		Ændring
	ord.inj	ophør	Forus	efter	forus	efter	forus	efter	
<b>Asger</b> 36 år 300 mg	4 mdr.	24 mdr.	Hash, alkohol+ sporadisk	Samme	Mange	Mellem (inj+ophør)	Mellem	Mange (inj+ophør)	Uændret - alle områd
<b>Benny</b> 39 år 200 mg	13 mdr.	13 mdr.	Heroin kokain	Samme	Få	Samme	Få	Samme	Sandsynlig bedring
<b>Astrid</b> 44 år 180-200 mg	5 mdr.	22 mdr.	Met, kokain	Samme	Mellem	Samme	Mange	Samme	Uændret - alle områd
<b>Bodil</b> 40 år 340-420 mg	3 mdr.	25 mdr.	Benz, kokain	Samme	Få	Samme	Få	Samme	Uændret i mulig bedring Uklart
<b>Claes</b> 45 år 300-20 mg	21 mdr.	1 md	Hash, alkohol, kokain + sporadisk	Hash + fald	Mellem	Få - fald	Få	Få - fald	Sandsynlig bedring

Andre forløb med ordineret injektionsmetadon (i alt 5 personer)

Navn Alder Dosis	Varighed		Sidemisbrug		Fys klager		Psyk klager		Ændring
	ord.inj	ophør	forus	efter	forus	efter	forus	efter	
<b>Arvid</b> 48 år 125-250 mg	4 mdr.	28 mdr.	1/2 F hash, alkohol, ikke-ord. met kokain	Fald	Mellem	Få – fald	Mange	Samme	Mulig bedring
<b>Benjamin</b> 40 år 180-250 mg	6 mdr.	24 mdr.	Hash, alkohol +sporadisk	Samme	Mellem	Samme	Mellem	Samme	Uændret alle omr – død af HIV
<b>Conrad</b> 38 år 165-170 mg	4 mdr.	11 mdr.	Hash, alkohol, kokain+sporadisk	Samme	Mellem	Samme – stigning	Mellem	Mange	Forværr – død af ukendte årsager
<b>Ditlev</b> 38 år 500 mg	2 md	20 mdr.	Sporadisk	Samme	Få	Samme	Få	Samme	Uændret alle omr -ude af projekter
<b>Erik</b> 44 år 125-175 mg	5 mdr.	6 mdr.	Hash, Benz.+ sporadisk	Samme	Få	Få – fald	Mellem	Samme - fald	Mulig bedring ude af projekter

Der kan ikke spores nogen sammenhæng på populationsniveau mellem varighed, sidemisbrug, klageniveau og udgangsstatus. Men atter ses for hver enkelt projektdeltager forståelig mulig sammenhæng, når man ser på det samlede datamateriale for denne (bilag 3).

Det er muligt, at der for de projektdeltagere, der selv har valgt at ophøre med ordineret injektionsmetadon, er større frekvens af positiv slutstatus.

### Forløb med mange visitationshændelser (6-15)

Denne forløbsgruppe er den næststørste – har i alt 13 projektdeltagere, fordelt på 3 undergrupper - stabilt ophør efter gentagne afbrydelser og genoptagelser af ordineret injektionsmetadon (5), valg af injektionsmetadon ved dataindsamlingens afslutning efter tilsvarende gentagne afbrydelser og genoptagelser (4) – og endelig andre forløb (4).

Stabilt ophør efter gentagen afbrydelse og genoptagelse af ordineret injektionsmetadon (i alt 5 personer)

Navn Alder Dosis	Varighed		Sidemisbrug		Fys klager		Psyk klager		Ændring
	ord.inj	ophør	forus	efter	forus	efter	forus	efter	
<b>Agnete</b> 41 år 150-300 mg	11 mdr.	12 mdr.	1. F heroin, benz. 2. F hash	1. inj samme 2. inj fald E-stigning	Begge mellem	1. inj samme 2. inj fald E.- fald	Begge mellem	1. inj samme 2. inj. Fald E - samme	Uændret til mulig bedring Uklart
<b>Arnold</b> 48 år 120-300 mg	12 mdr.	16 mdr.	hash+ sporadisk	Samme	Mellem	Samme E - fald	Mellem	Samme	Mulig bedring
<b>Bertel</b> 33 år 110-200 mg	5 mdr.	21 mdr.	Hash, alk+ kokain	Inj - fald E- fald	1. F mellem 2. F få	Inj - få E- få	1. F mellem 2. F - samme	Inj - samme E- fald	Mulig bedring
<b>Birthe</b> 40 år 150 mg	17 mdr.	8 mdr.	Alk+ Benz	1. Inj samme 2./3 inj fald E - fald	Få	Samme + fald	Få	Samme + fald	Sandsynlig bedring
<b>Charles</b> 40 år 100-150 mg	12 mdr.	9 mdr.	1/2 F hash+ sporadisk	Inj - kokain + sporadisk	1/2 F mellem	Inj samme	1/2 F mellem	Inj samme	Uændret - a områder - i anden behandling

Genoptaget ordineret injektionsmetadon efter gentagne afbrydelser og genoptagelser (i alt 4 personer)

Navn Alder Dosis	Varighed		Sidemisbrug		Fys klager		Psyk klager		Ændring
	ord.inj	ophør	forus	efter	forus	efter	forus	efter	
<b>Aksel</b> 37 år 200-280 mg	12 mdr.	17 mdr.	1. F Hash, alk, met + kokain + sporadisk 2. F fald	Inj – samme + sporadisk – fald E – samme	1. F mellem 2. F mange	1/2 inj mellem E-samme	1/2 F mange	1. inj mange 2. inj mellem E-mange	Uændret til mulig bedri Uklart
<b>Bjarke</b> 39 år 100-150 mg	10 mdr.	20 mdr.	1/2 F Hash, alk + kokain	1/2 inj Samme	1/2 F Mellem	1. inj - få 2. in. mange	1. F Mellem 2. F få	1. inj. Mellem 2. inj få	Uændret til mulig bedri Uklart
<b>Casper</b> 35 år 135-140 mg	24 mdr.	7 mdr.	Alk, hash met	Samme	Mange	Samme	Mange	Samme	Uændret – områder
<b>Amalie</b> 34 år 110-160 mg	22 mdr.	3 mdr.	Hash, alk + sporadisk	Samme	Mellem	Mange	Mellem	Mange	Mulig forværring

Andre forløb med ordineret injektionsmetadon (i alt 4 personer)

Navn Alder Dosis	Varighed		Sidemisbrug		Fys klager		Psyk klager		Ændring
	ord.inj	ophør	forus	efter	forus	efter	forus	efter	
<b>Asbjørn</b> 38 år 160-300 mg	14 mdr.	16 mdr.	1/2 F hash, Ketogan, Benz, kokain	Inj – samme E - fald	1/2 F mellem	2/3 inj samme E - stigning	1/2 F mellem	Inj samme E uklart	Uændret - områder
<b>Boje</b> 49 år 300-360 mg	25 mdr.	10 mdr.	Hash, alk, Met, Benz	Samme + kokain	Mellem	Inj samme E - stigning	Mellem	Inj få E - stigning	Mulig forværring
<b>Christoffer</b> 35 år 125 mg	2 mdr.	8 mdr.	Hash, Benz kokain + sporadisk	Samme	Mellem	Mange	Mange	Mange	Forværring ophørt i projektet
<b>Alma</b> 37 år 150-300 mg	9 mdr.	22 mdr.	F1 hash, alk, Benz. Heroin, kokain F2 hash, Met, Benz	Samme E- + kokain	1/2 F mellem	Samme	1. F - mange 2. F mellem	Inj få	Mulig be - i anden behandling

Også her ses en forskel mellem de tre grupper. *Andre forløb* er også her karakteriseret af problemer og dårlig udgangsstatus. I modsætning til de øvrige overordnede forløbsgrupper (få

visitationshændelser og *en del* visitationshændelser) er der i denne gruppe ingen døde, og en enkelt med mulig bedring (i anden behandling).

På baggrund af caseanalysernes data – som gav mulighed for at foretage et samlet skøn for hver enkelt forsøgsdeltager af forløbets ændring (bedring, uændret, forværret) set i forhold til de indhentede data på MAP og NHP – kan derfor bringes en tabel, der viser de opsummeringer på populationsniveau, som caseanalyserne gav mulighed for at foretage. Der er ikke tale om *et klinisk skøn*, men alene en gruppering på baggrund af de indhentede data.

Først bringes en tabel, der i talform opsummerer forløbstyperne i forhold til den skønnede status ved forsøgets afslutning. Derefter en tabel der opsummerer metadondosis i forhold til den skønnede status ved forsøgets afslutning. De nuancer, som kunne ses af ovenstående opdeling af de enkelte forløbstyper kan ikke ses af disse tabeller.

#### Status ved forsøgets afslutning - fordelt på forløbstype

Forløbstype	Status forværring	Status uændret	Status bedring	I alt	Pct.	Heraf døde
Få vis-hændelser	4	12	5	21	47,7	3
En del vis-hændelser	1	5	3	10	22,7	2
Mange vis-hændelser	3	6	4	13	29,5	0
I alt	8	23	12	44	100,0	5
Pct.	18,6	53,5	27,9	100,0		11,6

Der kan ikke ses betydningsfulde forskelle mellem forløbstyperne, når det talmæssigt opgøres samlet således. Det er kun ved underopdelingerne i de forskellige forløbstyper at der kunne antages at være sådanne forskelle – og som (som det oven for er nævnt) viser sig især ved de optagne, der selv har valgt at afbryde den ordinerede injektion. Men der er tale om meget små tal.

Neden for bringes en tabel, der viser sammenhængen mellem skønnet status ved forsøgets afslutning og ændring i metadondosis i forsøgsperioden.

#### Status ved forsøgets afslutning - fordelt på ændring i dosis

	Status forværring	Status uændret	Status bedring	I alt	Pct.	Heraf døde
Fast dosis	4	8	4	16	36,4	2
Stigende	4	15	8	27	61,4	3
Faldende	0	0	1	1	2,3	0
I alt	8	23	12	44	100,0	5
Pct.	18,6	53,5	27,9	100,0		11,6

I tabellen er kun vist procentfordelinger på totalerne (dvs. det samlede antal af forsøgsdeltagere fordelt på hhv. status, og dosisændring). Det er undersøgt, om der er tale om markante forskelle, men tallene i hver enkelt celle er så små, at det ikke giver mening at rapportere dem i procenter. Af de døde er 3 skønnet med en uændret status i forhold til MAP- og NHP-svarene, og kun 2 med en forværring på disse data.

I et tidligere afsnit (opgørelse på populationsniveau) beskrives det efter den bragte tabel med slutdosis, at stigning i dosis varierer betydeligt (7 af de 27 har en stigning under 20 % - og 10 har stigning på hhv. 20-50 % og over 50 %). Det er undersøgt, om der er sammenhæng

mellem stigningsprocent og skønnet status ved afslutning af dataindsamlingen – men der er ingen sådan sammenhæng fundet. Der ses heller ingen kønsforskelle af betydning.

Samlet tegner disse to forsøg på at foretage en talmæssig opgørelse atter et billede af en population, hvor forløb, sammenhænge og mulige forklaringer kun vanskeligt lader sig dokumentere i enkel og oversigtlig form.

### ***Diskussion af caseanalysernes bidrag til populationsanalyserne***

Sammenlignes caseoversigterne og de dertil hørende analyser med dataanalyserne på populationsniveau ses det, at det i caseanalyserne tydeliggøres, hvor forskellige de individuelle forløb formentlig har været – også selv om de primært er funderet på kvantitative data. Det ses også, at der er mange individuelle forskelle – både i klage- og belastningsmønstre, i mønstre for sidemisbrug, i sociale kontakter – og i helbredsmæssige forhold.

I de udbyggede cases (bilag 3) ses det tydeligt, at der i gruppen som helhed er tale om vidt forskellige mønstre mht. opnåelse af observationer (bortfald), og tilsvarende gælder det samlede antal observationer, der ligger til grund for vurderingen af den enkeltes status. I populationsanalysen ses det, at der er forskel i bortfald af planlagte observationer – men kun i de udbyggede cases kan ses på hvilke måder, for hvilke personer og i hvilke sammenhænge dette bortfald er sket. Desuden ses det også tydeligt af de udbyggede cases, at nogle har mange observationer som baggrund for casebeskrivelsen (op til 20 gennemførte observationer), mens andre har færre (4-5 gennemførte observationer).

Det er derfor tydeligt på baggrund af caseanalyserne, at det er umuligt at antage, at den samlede population på 44, der påbegyndte ordineret injektionsmetadon, kan betragtes som enten en bare nogenlunde homogen population, eller en nogenlunde repræsentativ population, hvor resultaterne kan analyseres tilfredsstillende efter normale demografiske kriterier, og ydre forløbskriterier.

De grove og oversigtsmæssige talmæssige opgørelser på populationsniveau vil nødvendigvis skjule disse mange forskelle, der findes i populationen. Da populationen er forholdsvis lille er det endvidere ikke muligt at krydstabulere med mere end to faktorer ad gangen, da de enkelte celler for de krydsede faktorer ellers typisk indeholder for få observationer til en holdbar analyse.

Modsat er det vanskeligt at uddrage nogen samlende lære af det brogede billede, der fås fra de to typer af caseanalyser. Det eneste, der med nogen sandsynlighed kan udtrages er, at deltagere, der selv beslutter at holde op med ordineret injektionsmetadon ser ud til at have en lidt højere skønnet status ved forsøgets afslutning. Det er evaluator, der har skønnet på baggrund af hhv. op- og nedgange i rapporteret sidemisbrug, klager på fysiske og psykiske områder og de kvalitative interviews. Det er muligt, at evaluators viden om ophøret har påvirket dette skøn, men det er forsøgt gennemført på objektive kriterier alligevel.

Hvad der er årsag og hvad der er virkning til en sådan sammenhæng er vanskeligt at gisne om. Der er ingen tydelig sammenhæng med belastningsniveau mht. sidemisbrug, kriminalitet og klager over fysiske og psykiske forhold. Det er ikke i projektet dokumenteret, hvilke former for psykosocial indsats der er givet de enkelte deltagere – men det kan ikke udelukkes, at selv små forskelle i afstemningen af denne indsats med den enkeltes behov kan have haft en vis betydning for ikke blot beslutningen om at ophøre med ordineret injektion, men også et efterfølgende mere positivt forløb.

Det eneste reelt fælles for denne population er en formel institutionel accept af injektion under hygiejniske forhold af den ordinerede metadon, og ikke-udelukkelse af forsøget i forbindelse med forekommende sidemisbrug uden for institutionens fysiske rammer.

Det er undersøgt, om niveauet af klager i forundersøgelsen og i de senere observationer har betydning for den skønnede status ved forsøgets afslutning. Men der kan ingen sådan sammenhæng ses. Derimod ses en mulig, men svag, sammenhæng mellem niveauet af klager og stigende metadondosis i stedet for en fast dosis gennem observationsforløbet.

Med andre ord: der er tale om en population, hvor de enkelte personer har vidt forskellige udgangskaraktistika, og vidt forskellige ressourcer til at håndtere sin situation som aktiv stofmisbruger med en kombination af ordineret metadon (injicerbar eller oral) og illegalt anskaffede stoffer, skiftende sociale vilkår, normale livskriser i form af opbrud i parforhold, nærtstående død – mv.

Hvis det skulle være muligt på populationsniveau – også efter caseanalyser - at uddrage generelle tendenser og træk, ville populationen formentlig skulle mindst tredobles, med de betydelige forskelle i sammensætning, forudsætninger og forløb, der her er konstateret. Men det er ikke usandsynligt, at selv en så meget større population blot ville vise yderligere nuancer i forløbene og forudsætningerne, selv hvis belastningsgraden var forsøgt holdt uændret.

Det er væsentligt at understrege, at der ikke findes data om alvorlige psykiske lidelser til rådighed for analysen. Det er imidlertid evaluators forsigtige skøn, at der kunne være væsentlige positive sammenhænge mellem mestringsfærdigheder og positivt forløb i dette projekt (mestringsfærdigheder som set i de kvalitative interviews, og som konstateret i klageniveau og skadeniveau - formentlig oparbejdet tidligt i livet og medførende årelang selvmedicinering med ikke ordinerede stoffer imod alvorligere primære psykiske lidelser, uden medfølgende alvorlig social eller fysisk deroute).

Det er endvidere evaluators forsigtige skøn, at der kunne være væsentlige negative sammenhænge mellem andre former for psykiske lidelser (fx personlighedsforstyrrelser eller neuroser) og forløbet i dette projekt.

Endelig er det formentlig af betydning at undersøge nærmere, hvilke personlige og handlingsmæssige ressourcer der findes generelt i en population med et årelangt stofmisbrug, hvor langt hovedparten i en længere årrække først erhvervede disse stoffer selv på det illegale marked, og på det tidspunkt hvor de fik ordineret oralt indtagen metadon typisk har suppleret denne med forskellige stoffer fra dette illegale marked. Alle i denne population har været ressourcestærke på et tidspunkt – og en del er det formentlig stadig, om end det kan være vanskeligt at identificere disse ressourcer hos en person, der er klageorienteret, eller relativt fāmælt.

En seriøs behandlingsindsats – både medikamentelt og psykosocialt – kunne forment bære bedre frugt ved inddragelse af ressourceperspektivet på både de psykiske områder og de fysiske. Uanset eventuelle diagnosticerede psykiske lidelser.

## SAMLET DISKUSSION AF FORSØGETS DATA

Data fra dette forsøg er vanskelige at drage klare konklusioner fra. Dels er populationen – selv om den er rimeligt stor og burde kunne give mulighed for statistisk holdbare resultater – åbenbart så forskellig i sine udgangsforudsætninger, adfærd, ændringer i levevilkår og generelle livsomstændigheder i observationsperioden på 3 år, at ingen holdbare konklusioner kan drages statistisk, når data analyseres på populationsniveau.

Det er næppe tænkeligt, at det kunne være muligt at finde en population, der oprindeligt havde tilstrækkeligt ensartede livsomstændigheder til at en statistisk analyse ville kunne udpege holdbare tendenser over en længere observationsperiode - uanset hvilke faktiske ændringer i livsomstændigheder der måtte indtræffe i observationsperioden.

Selv en analyse på individniveau med respekt for den mangfoldighed, som kan ses og konstateres af disse data - og som desuden opleves hver dag (om end iblandt på lidt andre måder) af de fagpersoner, der skal træffe alvorlige beslutninger om behandlingsforløbet - har ikke kunnet pege på ydre og enkelt konstaterbare kriterier, der kan sandsynliggøre et forløb med positivt udbytte.

Det er muligt, at netop denne population har været så belastet af helbredsskader, psykiske lidelser, sociale problemer og sidemisbrug, at det (hvis disse problemer var objektivt og systematisk registrerede) må antages, at der reelt kun kunne være ganske få positive forløb i form af en samlet bedre tilstand efter deltagelse i projektet. Det er også muligt, at objektiv og systematisk registrering af sådanne forhold kunne pege på nogle tilstande og forhold, der kunne sandsynliggøre et positivt udbytte.

Udenlandske forsøg med injektionsmedicin har imidlertid hævdet, at kriminalitet, sidemisbrug og hermed forbundne udgifter, samt sociale forhold har været forbedret for en betydelig andel af populationer af selv hårdt belastede misbrugere.

Der ses ikke afgørende forbedringer i denne danske population, men dog et væsentligt fald i hyppigheden af selvrapporteret kriminalitet, fysiske og psykiske klager efter påbegyndelse af behandling med intravenøst administreret metadon. Der ses – med de mest nøgterne øjne – primært uændret status (gældende for omkring 50 % af populationen). Men det er ikke utænkeligt, at status for en del af disse ville have været forværret, hvis tilbudet om injicerbar metadon, deltagelse i forsøget, den særlige opmærksomhed mv. ikke var blevet givet.

Dataindsamlingsmetoderne kan ikke sammenlignes umiddelbart med de udenlandske forsøg, da der er tale om forskellige instrumenter (spørgeskemaerne, og de kvalitative interviews), og forskellige typer af måder at administrere disse på. I dette forsøg kan det påvises, at der er rimeligt god overensstemmelse mellem data opnået ved to forskellige internationalt anvendte og validerede dataindsamlingsinstrumenter, som ikke før har været anvendt samtidig på den samme population, og som desuden administreres forskelligt (hhv. medarbejder- og selvadministreret). Men det er ikke tilstrækkeligt til at foretage en sammenligning på populationsniveau, da der også er væsentlige uoverensstemmelser på ét område (klager over psykiske forhold) mellem de to dataindsamlingsinstrumenter, der er anvendt i denne undersøgelse.

Nogle af de mere følsomme informationer (om sidemisbrug og kriminalitet) indhentes af medarbejdere ved institutionen – dvs. ansatte, der i det daglige også har en anden rolle i forhold til forsøgsdeltagerne (sygeplejerske og sundhedsmedarbejdere). Det må antages, at



dette kan påvirke de indhentede data på to vidt forskellige måder: dels i nedadgående retning mht. villighed til rapportering, og dels i opadgående retning – afhængigt af, hvilken form for og grad af tillid der er etableret (eller bliver etableret) mellem forsøgsdeltagerne og den ansatte, som administrerer spørgeskemaerne. Det er naturligt og givet, at den samme form for og grad af tillid næppe kan etableres til alle forsøgsdeltagere. Men da der ikke foreligger eksterne data om dette tillidsforhold, er det ikke muligt at skønne over, hvilken betydning dette måtte have haft. Det er kun muligt at antage, at det har haft en ikke uvæsentlig betydning for indholdet af de indhentede data.

Der er dog også visse indicier på, at det er tilfældet i og med, at data om sidemisbrug (månedlig udgift) og kriminalitet ikke har nogen logisk eller praktisk sammenhæng på individniveau. En person, der angiver at have et hyppigt forbrug af fx kokain (mere end 2 gange om ugen) kan angive en månedlig udgift på 1.000 kr. uden at angive kriminalitet som mulig økonomisk kilde til denne udgift ud over bistandshjælpen eller pensionen. En anden person, der angiver et tilsvarende hyppigt forbrug af samme størrelse kan angive en månedlig udgift på 5.000 kr. – også uden at angive kriminalitet som kilde til udgiften. Og atter en tredje person, med et tilsvarende angivet forbrug, kan have oplyst en udgift nogenlunde midt imellem, sammen med angivelse af en kriminalitet, der kunne sandsynliggøre finansieringen af dette forbrug.

Det må derfor antages, at i hvert fald de foreliggende data om økonomiske udgifter og kriminalitet har en temmelig svag forbindelse med virkeligheden.

Det er sandsynligt, at data om sidemisbrug har en bedre forbindelse med virkeligheden. I projektet har der ingen sanktioner været på oplysning om sidemisbrug. Det har – ifølge de kvalitative interviews og enkeltstående anekdotiske beretninger – været en lettelse for projektdeltagerne, at de frit kunne fortælle om sidemisbruget, uden at det fik konsekvenser for hverken metadondosis eller deltagelse i projektet. Det kan imidlertid ikke være tilfældet for kriminalitet – i hvert fald ikke den form for kriminalitet, der angår stofsalg og vold. I enhver behandlingsinstitution er der sanktioner imod stofsalg og vold i stedets lokaler for at sikre trygheden for alle klienter. På Støren førte begge dele til karantæne, og i grove tilfælde til udelukkelse.

Endelig fremgår det tydeligt af de kvalitative interviews, at der er forskelle mellem forsøgsdeltageres villighed eller evne til at fortælle – en personlig faktor. Nogle har været meget fæmælte og givet forholdsvis få informationer. Andre har valgt at benytte anledningen til at fortælle løs, og gøre sig overvejelser over hvordan fremtiden kunne forme sig. At der ikke foreligger oplysning om psykiatriske diagnoser gør det yderligere vanskeligt at vurdere disse forskelle. Nogle psykiske lidelser hæmmer formåen til at fortælle nuanceret – andre hæmmer viljen til at fortælle. Og andre forhold kan på tilsvarende måde trække hver sin vej med hensyn til rapporteringsvilje- og evne.

Endelig er det også tydeligt, at enkelte forsøgsdeltagere har en "politisk dagsorden" – dvs. at de ønsker at demonstrere med egne oplysninger, at ordineret injektionsmedicin er positivt. Flere af disse har endvidere eksplicit udtalt, at de ønsker, at metadon bliver suppleret med heroin som lovlig injektionsmedicin.

Der er med andre ord en række forhold, der gør, at det er vanskeligt at drage entydige konklusioner af dette forsøg. Nogle forhold trækker i én retning – andre i andre retninger. Men først og fremmest er det tydeligt, at populationen har så forskellige forudsætninger, at det er vanskeligt at forestille sig, at der uden et solidt funderet klinisk skøn med systematisk indhentede informationer over en længere tidshorisont kunne peges på solide kriterier for fremtidig udvælgelse til en sådan form for behandling – udbredt til større grupper.

## **SYGEPLEJEFAGLIGE ASPEKTER VEDRØRENDE TILBUD OM INJICERBAR METADON. AF SYGEPLEJERSKE VED AMBULATORIET STÆREN, CHARLOTTE FICH.**

At acceptere, at mennesker injicerer rusmidler er en ting, men at indgå i et samarbejde med den enkelte i denne intime situation og tilmed vejlede i injektionsteknik, er noget ganske andet.

Jeg havde på starttidspunktet forsøgt at indhente så meget specialviden om emnet som muligt, men måtte hurtigt konstatere, at der ikke fandtes ret meget. Jeg havde tilegnet mig nogen erfaring fra mit arbejde som gadesygeplejerske, men var i høj grad indstillet på at møde mange uforudsete problemstillinger og udfordringer undervejs. Det kom til at holde stik. Indfaldsvinklen til projektet var skadesreduktion, hvilket i sin natur er lig med udgangspunktet for al sygepleje.

### ***Indretning***

Vi fik indrettet 4 injektionskabiner, 1½ m brede og 2 m dybe. Uden døre. Hver kabine har vindue med naturligt lys, en lampe der kan indstilles i alle retninger og højder, en varmelampe til at sørge for passende temperatur, en stol og et lille bord samt en 20 l. kanylespand til brugt værktøj. Vægge og bord består af lamineret spånplade i hygiejneøjemed. Materialet fungerer tilfredsstillende som rumadskillelse, men er ikke godt nok til bordplade, hvorfor disse skal udskiftes med stålborde. Der er desuden en skærm på hjul til de brugere der ønsker større grad af privatliv.

Sygeplejersken sidder enten ved et bord, hvorfra hun kan tilse samtlige kabiner eller også kan hun bistå den enkelte inde i en kabine.

### ***Sortiment***

Stæren har udlevering af injektionsværktøj til samtlige indskrevne. Sortimentet er meget varieret og svarende til behovet. Vi tilbyder 20, 10, 5, 2, 1 ml pumper. Kanyler i 8 forskellige størrelser. Spritservietter. Sterilt vand. Færdigpakkede standard sprøjtesæt fra Københavns kommune. Hertil 3 forskellige størrelser af containere til brugt værktøj i hjemmet eller håndtasken. Vi har ingen begrænsninger i forhold til antallet af udleveringer og sortimentet er frit tilgængeligt.

I begyndelsen af projektet forsøgte vi med de såkaldte butterfly (fastliggende kanyler), men fandt hurtigt, at de ikke egner sig til vores målgruppe da butterfly fordrer et mere "stille liv" og ekstra forholdsregler vedrørende hygiejne. Vi anser det for mindre risikabelt, at en bruger injicerer flere gange dagligt end, at han anvender en fastliggende kanyler.

Vi har tilbud om personlige staser. Hver projektdeltager har sin helt personlige æske med låg, hvori han kan opbevare eks. sin stase, briller o.a. der behøves ved injektion.

### ***Afhentning af farligt affald***

Renholdningsselskabet R98 kommer efter aftale og henter fyldte kanylespande og leverer nye.

### ***Sikkerhedsforanstaltninger og miljø***

At arbejde som sygeplejerske med mennesker der er bærere af blodbårne vira kræver de samme forholdsregler og standarder som for sygeplejersker der arbejder på hospital. Det vil

sige, at sygeplejersken skal sørge for den fornødne hygiejne, anvende engangshandsker ved nærkontakt, have ukompliceret adgang til at afhænde forurenede produkter og i øvrigt handle omhyggeligt og fornuftigt ud fra de givne omstændigheder. Formålet er at undgå at videreføre smitte til andre eller til sig selv. Ved dette forsøg hvor mennesker til tider kunne sidde og stritte med deres kanyler, er det selvsagt påkrævet, at man er ekstra opmærksom.

Blandt de væsentligste sygeplejeopgaver i projektet har været at formidle sikkerhed og hygiejneprincipper til deltagerne. De fleste brugere har haft en praksis der trængte til forbedring. Ikke mindst af hensyn til dem selv og af hensyn til andre på Støren, men også i forhold til livet udenfor og hermed det øvrige samfund. Eksempelvis: hvordan skaber man et lille overskueligt, hygiejnisk "rum" der egner sig til, at man kan foretage en "sikker" injektion? Eller hvorledes kan man afhænde brugt værktøj på den mest forsvarlige måde?

Med hensyn til de livstruende situationer skal sygeplejersken kunne yde førstehjælp. Endvidere kunne give modgift, hvis det skønnes nødvendigt. I injektionslokalet er der derfor enkel adgang til både Rubens ballon samt Narcanti.

På trods af de foreskrevne regler og procedurer mener jeg, at sygeplejersken i videst muligt omfang skal forsøge at skabe nogle omgivelser, der ikke fremstår alt for kliniske og kolde. Dette kan blandt andet gøres ved, at der hænges billeder på væggene, er pyntegenstande og andet, blot det står i behørig afstand fra injektionsområdet. Der kan være musik og foregå samtaler i rummet o. lign. Faktisk kan dette medvirke til, at brugeren kan forestille sig at skabe et lignende miljø i hjemmet. Hvis kontrasten er alt for stor vil man kunne frygte, at brugeren ikke ville kunne omsætte sikkerheds- og hygiejneprincipperne til andre steder.

Brugerne i projektet har gjort sig umage og udvist stor omhyggelighed. Ingen har opført sig bevidst uansvarligt til fare for andre og vi har ikke haft et eneste stikuheld.

## **Medicinen**

Vi kunne tilbyde 2 opløsninger af steril metadon. 1) Hætteglas, 10 mg. pr. ml og 2) ampuller, 50 mg. pr. ml. Nogle af deltagerne i projektet var ordineret relativt høje doser metadon og eksempelvis ville 300 mg metadon derfor være en betydelig volumen at injicere også set i lyset af, at brugerne hidtil havde praktiseret injektion af mikstur, hvilket svarer til 1 mg. pr. ml.

Volumen er et problemområde. 1) Det er vanskeligt at håndtere pumper større end 20 ml. 2) Det øger risici at stikke flere gange eller som det praktiseres blandt miksturbrugerne, - at lade nålen sidde i kroppen mens man udskifter pumperne. 3) Volumen ved intramuskulær injektion anbefales at være 2 ml.

Ved at tilbyde ampuller kunne vi således få en volumen der var håndterbar. 300 mg i koncentreret form kunne være i en 10 ml pumpe eller i en 20 ml pumpe, hvis brugeren ønskede en blanding mellem de 2 koncentrationer.

Undervejs i projektet stod det klart, at det var for risikabelt at benytte ampullerne. Hvis ikke brugeren anvender vener med kraftig blodgennemstrømning, eller hvis han rammer forkert og noget af stoffet kommer ud i vævet, er denne opløsning så koncentreret, at den kan forvolde skade i og omkring indstiksstedet. Der var dog brugere der var meget glade for ampullerne, men vi besluttede at stoppe tilbud af ampuller i december 2002.

## **Deltagerne**

Deltagerpopulationen var hovedsageligt mænd fra midt i 30'erne til omkring 50 år gamle. De havde været aktive stofbrugere i en lang årrække og bar fysisk præg af dette liv. For manges vedkommende var de i en betydeligt ældre fysisk tilstand end svarende til alder, foruden; at de stort set alle sammen var bærere af diverse smitsomme og kroniske sygdomme. 2 af deltagerne var skizofrene.

Samtlige deltagere var aktivt optaget af at injicere, og trods mangfoldige problemer med alvorlige og skæmmende skader til følge ønskede de ikke - eller magtede de ikke - at stoppe denne praksis.

Det kan være svært at fatte for den udenforstående, at nogen kan se ned af sin egen krop, med sår, bylder, manglende lemmer osv. - og så alligevel foretage sig disse handlinger. Undervejs har det ikke skortet på løftede pegefingre, advarsler og sågar straffeforanstaltninger. Da intet af dette har virket efter hensigten er der god fornuft i at acceptere, at der er mennesker der har behov for "en anden vej" og handle derpå.

Projektet på Stæren blev da også mødt med taknemmelighed af den del af brugerne. Der var en pæn søgning, men det er værd at påpege, at muligheden for at få legal og injicerbar metadon langt fra tiltalte alle indskrevne. Der var også brugere der var modstandere af at få projektet inden for dørene. Der var dem, der havde fordomme mod brugere der injicerer og som ikke lagde skjul på deres meninger om, at de opfattede iv-brugere som ringere mennesker. Denne udtalte ringeagt blandt nogle af brugerne blev en ekstra pædagogisk opgave for sygeplejersken og det øvrige personale at løse.

Der gik da heller ikke lang tid før de 2 behandlingsformer fungerede fint side om side. Akkurat som det fungerer fint, at vi har injektionsværktøj frit tilgængeligt. Der er 2 forskellige rum til de 2 forskellige former for administration af medicin, men alle mødes efterfølgende til det fælles brunchbord. Brugere mingelerer venskabeligt på kryds og tværs og ingen problematiserer over, hvem der tager hvad og hvordan.

Selvværdet blandt de intravenøse brugere i projektet var betydeligt lavt. Selvværd er en byggesten i læringsprocessen, så hvis vi skulle kunne opnå positive resultater ved dette forsøg, var det en vigtig opgave at forsøge at bidrage til højnelse af deltageres selvværd. "Det er ikke måden man indtager sit stof på, men måden man opfører sig på, at et menneske skal dømmes", blev derfor vores mantra fra start af. En sygeplejeopgave gik ud på, om ikke ligefrem at gøre deltagerne stolte af, at de injicerer, - så i det mindste forsøge at hjælpe dem til ikke at skamme sig over deres behov.

Det var en vigtig opgave at opretholde et hyggeligt miljø og en venskabelig stemning i injektionslokalet således at den enkelte bruger kunne finde tryghed i situationen, og turde åbne sig overfor de nye muligheder og tilbud. Et særegent miljøterapeutisk tilbud.

## **Arbejdsopgaver**

Foruden de allerede nævnte opgaver er det sygeplejerskens ansvar at udlevere den ordinerede metadon og føre medicinsk regnskab i forhold til den enkelte bruger via et personligt skema. Det er sygeplejerskens opgave at overvåge, at alt går rigtigt til og at etablere et samarbejde med brugeren. Observere diverse problemstillinger og tilgodese brugerens behov. Lindre akutte tilstande fysisk såvel som psykisk. Yde sårpleje. Identificere ressourcer og anvende dem til at øge brugerens kompetence. Korrigere hen mod den bedst mulige injektionsteknik og hygiejne. Forsøge at give brugeren øget viden om anatomi og fysiologi samt indsigt i risici i forbindelse med injektion af rusmidler. Kunne yde førstehjælp. Forsøge at give brugeren redskaber og moral der kan gøre ham mere ansvarlig over for sig selv, såvel som over for andre, herunder undgå overdoser samt undgå at smitte eller friste andre mennesker.

Identificere og definere individuelle tilfredsstillende resultater. Tillige skal sygeplejersken forsøge at motivere og støtte den enkelte brugers ønsker om og behov for ændringer med hensyn til et andet og mindre risikabelt indtagelsesmønster.

### **Vaner, teknik og identitet**

Det stod mig hurtigt klart at opgaven er uhyre vanskelig. Dårlige vaner er vanskelige at aflægge. Brugere i projektet er "gamle i gårde". De har, om man så må sige, "stået i lære" hos andre brugere som igen selv har lært det af andre indenfor subkulturen. Ingen af deltagerne er tidligere blevet undervist af sundhedsfaglige personer. Brugere har i tidernes morgen lært at injicere efter regler, forhold, teorier og myter afhængigt af de tilfældige omstændigheder de har mødt på deres vej. En del har fortalt, at de har lidt af skræk for nåle førhen og, at andre har måttet injicere dem en rum tid, før de selv kunne klare det på egen hånd. Nogle led faktisk stadigt af denne nåleskræk trods fortsat iv-brug.

Hvis man alene spørger til en brugers teknik og hygiejne kan det være svært at finde fejl. Nogle er i stand til at lyde overbevisende "professionelle". Iagttager man den selv samme bruger under injektionsprocessen, får man derimod et langt bedre billede af hvad der rent faktisk foregår. En del brugere kan mundtligt redegøre for en korrekt og detaljeret teknik. Så at sige – grundteknikken. Det de ikke fortæller om, er alle de små detaljer der sker ind imellem de korrekte handlinger. Dels detaljer de er ubevidste om, dels detaljer de opfatter som ubetydelige for processen og endelig detaljer de anser som deres "varemærke". Et varemærke de i tidernes morgen havde oplevet som fornuftig og som de nu nærmest rituellet fortsætter med fordi det er en del af deres identitet.

Fra mine mange observationer og samtaler med brugerne vover jeg mig frem med et nyt begreb jeg kalder for injektionsidentitet. En underrubrik af selve personens identitet som IV-bruger, hvor den enkelte udvikler sin egen personlige injektionsstil. Brugere lytter godt nok til mine forklaringer, råd og vejledning, men de giver også udtryk for, at de ønsker at bevare et vist særpræg. At de vil udskille sig fra de andre. At de vil have en personlig stil. "Sådan har jeg altid gjort". "Jeg kan bedst lide det sådan". "Selv om du siger noget andet, så føler jeg mig bedst tilpas når jeg gør det jeg plejer". Osv.

Dette forhold er udfordrende for den kreative proces med at indarbejde nye rutiner der kan appellere til den "forfængelige" bruger. En balancegang mellem på den ene side at bevare brugeren åben for indlæring og på den anden side respektere hans "jeg", hvor overfladisk denne del af "jeget" end måtte syne. Det er uhensigtsmæssigt at stille med betingelser til disse forhold, lige som det kan virke svækkende for brugerens autonomi hvis man intervenserer alt for omfattende og for hurtigt. Ved sådanne, trods velmenende, interventioner, har jeg iagttaget, at brugeren i stedet for at øge sin kompetence, tværtimod endte med en hjælpeløshed og en usikkerhed der medførte en ny form for risikabel fumleri og adfærd. Den jeg-svagthed der præger en del stofafhængige, søges i disse sammenhænge bl.a. kompenseret via en personlig IV-teknik og piller underviseren for ihærdigt ved dette aspekt risikeres det modsatte af hensigten. De jeg-styrkende sygeplejeprincipper der anerkendes inden for psykiatrien bør anvendes som arbejdsmetode.

Det kan være en langvarig proces for brugeren at formå at ændre på de "dårlige vaner" – måske lykkes det aldrig. Undervejs vil de hyppigt erfare skader som sygeplejersken kan anvende pædagogisk i læringsprocessen, men det er vigtigt at pointere, at der ikke ligger en garanti for, at brugere i behandling med injicerbar metadon opnår total frihed for skader.

Det er ikke realistisk at forestille sig eller at foregøgle nogle, at det er muligt at leve et liv som intravenøs stofbruger uden skader. Det er dog realistisk at begrænse de mulige skader

betydeligt, formodentlig til et niveau, hvor vi kan tale om ubetydelige kosmetiske forandringer. Dette vil dog bero på livsvilkår der ikke rummer nogle forhindringer for personens brug af injicerbart rusmiddel.

Under alle omstændigheder er det en nødvendighed at overvære injektionerne, hvis man skal opdage de fejl der kan være årsag til diverse skader og sygdomme. Det kræver en uendelig og hermed urealistisk evne for fantasi at kunne stille de spørgsmål der rammer samtlige brugeres individuelle praksis. Eksempelvis havde jeg aldrig fundet på at spørge en af deltagerne om han "tog stemplet ud af pumpen og gned det på næsen for at "fedte" det til således, at stemplet gled lettere under injektionen". En praksis der hermed tilfører injektionen en betydelig mængde stafylokokker. Lignende kan det iagttages, at nogle slikker på nålen umiddelbart inden injektionen, anvender spritservietten efter injektionen frem for før eller anvender uhensigtsmæssige kanyler, osv.

Tålmodighed er en dyd og netop de brugere der har vanskeligt ved behovsudsættelse har også den svageste evne til omlægning af vaner. I disse tilfælde afhjælper jeg bl.a. ved, at jeg trækker metadonen op i pumperne og klargør således, at brugeren kun skal fingere mindst muligt ved værktøjet. For at få disse brugere til at vaske hænder siger jeg f.eks. til dem at: "du kan vaske dine hænder imens jeg gør din medicin klar – så slår vi 2 fluer med et smæk". Hvis jeg undlod dette lille trick ville nogle brugere undvære håndvasken frem for klargøring – hvilket de formodentlig gør i de andre sammenhænge, hvor de injicerer. Jeg er dog af den opfattelse, at den daglige håndvaskning på Støren muligvis med tiden kan gå hen og blive en – rituel indlært – ny, men god vane. Som tiden går, kan jeg i ovenstående eller i andre lignende tilfælde overlade flere og flere opgaver i den samlede seance til brugeren selv i takt med, at denne kan magte det. For særligt kaotiske brugere kan det blive nødvendigt for sygeplejersken at udøve en graderet paternalisme svarende til situationen. Der har været ganske få øvelser udi den kunst.

## **Dialog**

Dialogen i injektionslokalet har afgørende betydning. Som jeg tidligere har været inde på, er det vigtigt at få brugeren til at føle, at han ikke skal skamme sig over sit iv-brug. At her er det ok at injicere, at tale om alt vedrørende injektion og stofbrug og sidst, men ikke mindst at nyde det. Et væsentligt sygeplejefagligt aspekt ved at arbejde med intravenøse brugere i dette fællesskab såvel som i enerum med den enkelte, er at acceptere nydelsesbegrebet. Hvis ikke sygeplejersken anerkender nydelsen som den væsentligste faktor ved en injektion opnås ingen ægte dialog. Stofbrugeren søger denne nydelse. Det er derfor han anvender stoffer. Det er derfor han injicerer.

De stofbrugere der holder op med at injicere, er mennesker der enten kan finde andre nydelser ved livet, eller mennesker der finder styrken til at fravælge denne meget risikofyldte livsstil. Valget er et fravalg af det farlige ved stofbrug og indtagelsesmetode – ikke fravalg af nydelse. Dette tema går igen for samtlige deltagere der har forladt projektet efter kortere eller længere tids deltagelse.

Dialogen med deltagerne i et injektionsprojekt skal tage udgangspunkt i en fordomsfri holdning til iv-brug. Sygeplejersken skal stille sin kompetence og viden til rådighed tilpasset den enkelte og tilpasset de kollektive sammenhænge. I dette projekt, hvor der er 4 åbne kabiner side om side foregår meget af dialogen i et kollektivt forum. Vi kender hinanden rigtigt godt og har man et spørgsmål eller en mening om dette eller hint tales der frit ud i rummet. Det kollektive forum kan i nogen sammenhænge være en medspiller i sygeplejerskens forsøg på at formidle viden, men det kan til tider også være en hæmsko. For det meste er det muligt at appellere til deltagerne om at tage hensyn til hinandens behov for ro og fordybelse eller behov for medfølelse i besværlige stunder. Sygeplejersken skal vurdere



om brugere har behov for at injicere alene eller har brug for samtaler i enerum og i så fald skabe rum for, at dette kan lade sig gøre.

I dialogen er intet tabu. Jeg kan eksempelvis blive spurgt om hjælp til, hvorledes en bruger bedst muligt kan tage vare på sig selv i forhold til sit brug af illegale stoffer. Det er således min opgave at afdække så mange indfaldsvinkler til emnet som muligt for derigennem at kunne vejlede optimalt. Både med hensyn til brugerens behov for ernæring, hvile og pleje, men også i forhold til "best practise" ved tilberedning og injektionsteknik af diverse stoffer, illegale såvel som legale.

Jeg skal i denne forbindelse nævne to vigtige dilemmaer i en iv-brugers liv, og som løbende diskuteres i injektionslokalet.

Den ene handler om, hvordan man håndterer sit iv-brug forsvarligt således, at man ikke kommer til at skade andre? Herunder betragte sit brug som noget, der hører privatlivet til og i vides muligt omfang ikke friste andre til at begynde en stofkarriere.

Det andet emne drejer sig om det faktum, at trods ovenstående, er det sandsynligt, at brugerne en dag står overfor at skulle vælge mellem enten at foretage en injektion på en der aldrig har gjort det før, eller også overvære, at en anden gør det. Og hvad nu hvis denne anden har ringe kompetence?

## **Sårpleje**

Samtidigt med, at jeg driver injektionsprojektet, varetager jeg også de andre sygeplejefaglige opgaver på Stæren. Det er derfor mig der skal yde blandt andet sårpleje til brugerne. Også til de brugere der ikke er tilknyttet injektionsprojektet. I forbindelse med sårplejen er der endnu en oplagt mulighed for at komme i dialog om problemområderne i forbindelse med et iv-brug. Et hyppigt forekommende problem er eksempelvis fistelgange (dybe huller, oftest i lysken), der opstår, fordi brugeren kontinuerligt anvender samme indstikssted. Et andet kan være multiple infektiøse sår opstået efter brug af kokain. Et tredje kan være bylder der opstår på grund af manglende hygiejne, urene stoffer eller dårlig filtreringsteknik. Et fjerde kan være sår efter injektion af Ketogan. Alle eksempler på skader der kan afhjælpes dels ved sårpleje og dels ved at anvise alternative praktikker.

Når jeg nævner disse eksempler i forbindelse med dette skrift er det fordi vi har erfaret, at nogle af brugerne fortsatte med at anvende illegale stoffer, selvom de blev tilknyttet projektet. Hyppigheden aftog med tiden for de fleste, ligesom en del helt holdt op med at injicere.

Ligeledes har vi fået nye brugere med omfattende iv-brug indskrevet på Stæren. De har ikke haft mulighed for at indtræde i projektet på grund af projektets tidsplan. De har dog kunnet modtage sygepleje, herunder vejledning i injektionsteknik og hygiejne.

## **At vejlede ved injektion**

En del brugere har svært ved at injicere. Eksempelvis er det forbundet med stor risiko at injicere sig i lysken da vene og arterie her løber ganske tæt ved siden af hinanden. For de uindviede skal det oplyses, at man kun må injicere i venerne. Her kan sygeplejersken hjælpe med at lokalisere venen enten ved at pege på stedet, afklare hvilken type kanyler der bør anvendes i forhold til dybden, forklare vinklen osv. Eller sygeplejersken kan placere kanylen det rigtige sted. Et valg der vurderes ud fra et skadesreducerende princip om, hvad der tjener den enkelte bruger bedst.

En anden situation kunne være at bistå ved at være den, der løsner stasen for brugeren, da det ofte kan være vanskeligt for brugeren selv at gøre det uden at komme til at rykke på kanylen der er placeret i en vene.

Der kan være mange årsager til at sygeplejersken deltager aktivt i en injektion. Eksempelvis hvis en bruger ryster for meget på hænderne, måske på grund af abstinenser eller anden sygdom. Hvis en bruger er irriteret, har mistet overblikket, er blevet distraheret eller lignende situationer der øger risici for unødigt skade.

Ligesom der anvendes praktisk pædagogik overfor andre patientgrupper med behov for at lære selv at kunne håndtere diverse behandlinger, er der behov for praktisk pædagogik til iv-brugere.

Mundtlig vejledning er langt det hyppigste, men korrekt injektionspraksis er en kompliceret procedure med mange differentierede detaljer. Der kan blive brug for adskillige lektioner.

## **Overdoser**

Deltagerne er ordineret en fast daglig dosis metadon. Denne stabile medicinering er samtidig garanteret for, at der principielt ikke er risiko for overdoser i injektionslokalet. I øvrigt kan sygeplejersken beslutte at udlevere en mindre portion af det ordinerede, hvis det skønnes, at brugeren møder påvirket i en grad der udgør en risiko for overdosis. Hertil er det vigtigt at påpege, at brugeren selvfølgelig får resten af sin ordinerede dagsdosis – enten senere på Stæren eller med sig hjem.

Det kan dog ind imellem hænde, at en bruger umiddelbart inden han kommer ind i injektionslokalet har indtaget diverse stoffer. Det kan hverken ses eller høres og vi har derfor, dog kun få gange, oplevet overdoseringer, hvor det har været nødvendigt at give brugeren modgift. Den efterfølgende sygeplejeopgave består i at holde brugeren under observation og vurdere om der er behov for yderligere modgift, rekvisition af ambulance (hvilket aldrig har været nødvendigt) o.a. Det er vigtigt dels at trøste, hvis brugeren er blevet forskrækket over situationen, dels at orientere sig i forhold til brugerens kompetence vedrørende stofbrug, og at rådgive i dette forhold osv.

Igen er det væsentligt med en åben dialog, hvor sygeplejersken skal demonstrere sin forståelse af brugeren som en person der er i stand til at træffe fornuftige valg. De skal opleve det som trygt at henvende sig med spørgsmål vedrørende deres stofbrug og trygt kunne bede om "kun at få halvdelen nu og resten med hjem, fordi de har taget dette eller hint" vel vidende, at det er ok.

## **Vejen væk fra iv-metadon**

Som det også fremgår, har mange deltagere valgt at trække sig fra at modtage intravenøs metadon. Hver deltager har sine egne bevæggrunde.

Iv-medicinen er et tilbud og fra start blev brugerne gjort opmærksomme på, at de ikke behøver at injicere dagligt for at kunne forblive i forsøget. Det er ok at holde pauser. Det har vist sig at være en god regel. Det gav brugerne en mulighed for at holde de pauser de egentlig havde lyst til. Prøve sig selv af, om jeg så må sige. I begyndelsen var de utrygge og ikke helt sikre på, at vi holdt hvad vi lovede. De prøvede os af. Som tiden gik og de erfarede tryghed i denne sammenhæng, kunne flere af dem holde længere og længere pauser. Det er en sygeplejeopgave at støtte brugerne i at holde disse pauser. Det fordrer dog, at hun ikke udviser



skuffelse eller forsøger at besværliggøre situationen for brugeren, hvis denne så alligevel ikke holder den planlagte pause eller vender tilbage til et hyppigere injektionsmønster efter at have holdt længere pauser. Dermed ikke være sagt, at sygeplejersken ikke skal motivere til disse pauser eller til et totalt stop. Selvfølgelig skal hun det. Det er bare vigtigt at brugeren oplever, at det er hans egen beslutning og ikke en beslutning der er blevet forceret frem. Mantraet: "Det er ikke måden man indtager stoffer på, men måden man opfører sig på, at et menneske skal dømmes" er fair play.

Der er en således en hel del brugere der har gået vejen fra daglig injektion - til små pauser - til længere pauser - til totalt stop.

### ***Dem der fortsat injicerer på Stæren***

For indeværende er der omkring 10 der fortsat injicerer. For nogle af dem er det forbundet med stor nydelse at komme om morgenen, foretage injektionen, blive "rask" i et snuptag og så gå i gang med dagens gøremål. De møder glade - fordi de er glade - glade for dette tilbud - og de forlader fløjtende rummet. Hver dag. De giver udtryk for, at dette er den bedste stund på dagen og, at det giver dem kræfter og lyst til at foretage sig en masse andet levende. "Tak for morgenmad" er der en der siger hver morgen efter injektionen, inden han går ind for at indtage en mere normal form for morgenmad. For andre er behovet for injektionen mere et behov for lindring af tilværelsens ulidelighed. Inden de har injiceret kan de fremtræde gnavne, utålmodige eller sågar grædende. De falder dog altid til ro efterfølgende og bliver for det meste hængende for at snakke. De giver udtryk for, at netop denne mulighed, det at være sikker på at kunne få sit "fix" hver dag, er grunden til at de overhovedet lever. Godt nok store ord, men jeg er ikke utilbøjelig til at give dem ret. Atter andre udtrykker sig mere pragmatisk. "Jeg kan lide at blive rask på et øjeblik, så skal jeg ikke gå og mærke efter om det er nu eller nu at donerne virker" og "skal jeg kaste op - så kaster jeg bare op. Jeg behøver hverken æde mit bræk igen eller stå og forhandle om en erstatning".

### ***Afslutning***

Det har været en udfordrende opgave at beskæftige sig med stofbrugere der injicerer. Der er utallige sygeplejefaglige aspekter, hvoraf nogle er blevet nævnt her. Det ville være alt for omfattende at komme ind på de mange detaljer som arbejdet reelt består i. Men jeg kan pege på sårplejen som en meget væsentlig del af det samlede forløb. Når dette er sagt vil jeg gerne påpege, at jeg har lært meget - nok det meste - fra brugerne selv. Brugerne har vist mig en tillid, der har befordret en helt unik dialog, der er de færreste beskåret at deltage i. Intet spørgsmål er blevet afvist, men derimod forsøgt besvaret efter bedste evne. Ingen af deltagerne har bebrejdet mig min manglende viden eller kunnen. Jeg har, lige som brugerne selv, måttet praktisere "learning by doing" og fundet, at brugernes erfaringer er en "guldgrube" af viden. Både i forhold til hvad man "bør gøre" og ikke "bør gøre". Gode teknikker versus dårlige vaner. Viden versus myter der må og skal punkteres.

Forudsætningen for at kunne reagere relevant fordrer en behandlingsalliance baseret på en næsten fuldstændig integration mellem behandlingssystemet og brugerens behandlingsbehov.

## Litteratur

1. Metrebian N, Shanahan W, Wells B, Stimson GV. Feasibility of prescribing injectable methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reduction. *MJA* 1998; 168: 596 – 600.
2. Strang J, Marsden J, Cummins M, Farrell M, Finch E, Gossop M, Stewart D, Welch S. Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report of feasibility and 6-month outcome. *Addiction* 2000; 95: 1631 – 45.
3. Strang J, Sheridan J, Barber N. Prescribing injectable and oral methadone to opiate addicts: results from the 1995 national post survey of community pharmacies in England and Wales. *BMJ* 1996; 313: 270 – 2.
4. Strang J, Sheridan J. Effect of national guidelines on prescription of methadone: analysis of NHS prescription data, England 1990-2001. *BMJ* 2003; 327: 321 – 2.
5. Thorsen H. Helbredsstatusmål. København: Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag, 1994.
6. Marsden J, Gossop M, Stewart D, Best D, Farrell M, Strang J. The Maudsley Addiction Profile. National Addiction Centre. 4, Windsor Walk, London, SE5 8AF, UK, 1998
7. Marsden J, Gossop M, Stewart D, Best D, Farrell M, Lehmann P, Edwards C, Strang J. The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 1998; 93: 1857 – 68.
8. Campbell DT, Stanley JC. Eksperimentelle og quasi-eksperimentelle forskningsdesigns. København: Hans Reitzels Forlag, 1972.
9. Kvale S. Interviews. Sage Publications, 1996.
10. Olsen H. Kvalitative kvaler. Akademisk Forlag, 2002.
11. Olsen H. Fra spørgsmål til svar. Akademisk Forlag, 2005.
12. Jensen TB, Christensen G (red): Psykologiske & pædagogiske metoder. Roskilde Universitetsforlag, 2005.

## BILAG

### Bilag 1. Grundplan for dataindsamling og rapportering

#### Grundprincipper

Forsøget er iht. ansøgning til Socialministeriet tilrettelagt som et effektstudie i formen "tidsstudiedesign". Det indebærer, at variable data for hver enkelt forsøgsdeltager indsamles med på forhånd fastlagte intervaller i fastlagte tidsperioder - både før og efter injicerbar metadon bliver administreret. Der er således tale om en for-observationsperiode, og et antal efter-observationsperioder af samme varighed. Antallet af efter-observationsperioder afhænger af, hvor længe den pågældende er deltager i forsøget. Efter starten af forsøgets administration af injicerbar metadon indsamles de variable data med samme hyppighed og samme intervaller som i for-observationsperioden. Invariable data (fx. højde) indsamles og registreres kun én gang.

Desuden indsamles overordnede data om forsøgets organisatoriske rammer og behandlingsmæssige indhold - dels konkret i forhold til hver enkelt forsøgsdeltager, og dels generelt i forhold til den samlede klientgruppe på Stæren. Endelig indsamles data særskilt i forbindelse med ophør af deltagelse i forsøget.

#### Invariable persondata

Ved forsøgets start forudsættes det, at følgende typer af data vil have karakter af invariable data - og dermed kun blive indhentet og registreret én gang i forsøgets løbetid, og ikke nødvendigvis indhentet/registreret før forsøgsstart:

- Køn, højde, alder (alder varierer ganske vist i projektperioden, men forudsigeligt)
- Tidligere somatiske lidelser, tidligere sociale begivenheder (herunder ægteskaber, børn mv.), tidligere skolegang og erhvervsforløb, tidligere behandlingsforløb for misbrug, starttidspunkt for indskrivning i Stæren
- Psykiatriske diagnoser (selvom både forskning og anekdotisk viden har påvist, at fejlagnostisering kan finde sted)
- Forsøgsledelsens begrundelse for de enkelte deltageres optagelse i/afbrydelse af deltagelse i forsøget (er faktum på de pågældende tidspunkter, men kan efterfølgende vise sig at have været ufuldstændig)

#### Variable persondata

En lang række data har at gøre med forhold, der dels ændrer sig almindeligt i et menneskes livsforløb, og dels kunne tænkes at blive påvirket af forsøget. Disse data registreres systematisk, og med fastlagte intervaller i både for-observationsperioden, og efter-observationsperioderne. De variable data, der er udvalgt til registrering i dette forsøg, er data, der i en lang række andre undersøgelser har vist sig at være af betydning, ligesom de generelt, med teoretisk forankring, anses for at være interessante som mulige faktorer ved forklaring af udfald af forsøg af denne karakter.

Forsøgets relativt begrænsede omfang gør det ikke muligt at foretage en fuldstændigt omfattende registrering af alle muligt relevante variable data. De typer af data, der således registreres systematisk - både i for-observationsperioden, og med tilsvarende relevante intervaller i forsøgsperioden, er følgende:

- Somatiske forhold: vægt, BMI, injektionsskader, hepatitisstatus, AIDS-status (mv.mv.)
- Medicinering: ordineret medicin (metadon, benzodiazepiner, medicin vedr. rent somatiske lidelser)
- Selvmedicinering: sidemisbrug af medicinpræparater og illegale morfika mv., brug af hash mv.

- Psykologiske forhold: angstniveau, oplevelse af mestring af tilværelsen, oplevelse af tilfredshed
- Sociale forhold: bolig, forsørgelse, personligt netværk

#### **Variable persondata: instrumenter til dataindsamling**

Data om de variable personforhold kan grupperes i henholdsvis "objektive data" (dvs. data indsamlet med velafprøvede instrumenter og baseret på en ekstern faglig vurdering) og "subjektive data" (dvs. data om forsøgsdeltagerens egen oplevelse af sin situation - både indsamlet med velafprøvede instrumenter, og med kvalitative interviews)

- Somatiske forhold: systematisk lægeundersøgelse suppleret med systematisk lægelig/sygeplejefaglig registrering af injektionsskader og andre behandlingskrævende forhold (objektive, eksterne data) - suppleret med selvrapportering ved hjælp af NHP og MAP (subjektive data)
- Medicinering: systematisk registrering af lægeordinationer (objektive, eksterne data)
- Selvmedicinering: urinprøver (objektive, eksterne data) suppleret med selvrapportering ved hjælp af NHP og MAP (subjektive data)
- Psykologiske forhold: selvrapportering ved hjælp af NHP, MAP og gruppeinterviews (subjektive data)
- Sociale forhold: registeroplysninger (objektive, eksterne data), suppleret af NHP, MAP og gruppeinterviews (subjektive data)

Oven for er nævnt en række instrumenter til dataindsamling, som neden for beskrives kortfattet.

*Registrering af injektionsskader* består i markering på torso-tegninger, samt kliniske data i journal

*NHP (Nottingham Health Profile)* er et selvadministrerende spørgeskema med i alt 38 spørgsmål, dækkende en række somatiske og psykiske forhold - der besvares ved afkrydsning i én af to rubrikker: ja/nej. Spørgeskemaet er anvendt både internationalt og nationalt.

*MAP (Maudsley Addiction Profile)* er et kort spørgeskema, der administreres af en interviewer. Interviewtiden er ca. 10 minutter. Skemaet indeholder sektioner med følgende typer af informationer: stofbrug, injektionsadfærd, fysiske og psykiske helbredsproblemer, sociale forhold (herunder sociale kontakter og kriminalitet). Spørgeskemaet er anvendt internationalt, men anvendes her første gang nationalt.

*Gruppeinterviews* gennemføres som kvalitative interviews i grupper med 2-3 deltagere, med fokus på begrebet *coping* (på dansk "mestring") i den daglige livsførelse og dens problemer som stofindtager, samt på oplevelsen af tilværelsestfredshed. Interviewet gennemføres med udgangspunkt i data fra MAP, NHP og somatisk standardundersøgelse. Den kvalitative interviewmetode anvendes og opgøres i henhold til anerkendte internationale kriterier.

#### **Hvilke persondata registreres af hvem?**

- Somatiske forhold: registreres af læge/sygeplejerske som led i normalt fagligt ansvar for tilsyn med sundhedstilstanden - NHP sikres administreret af disse i forbindelse med løbende rutiner
- Medicinering: registreres af ordinerende læge
- Selvmedicinering: urinprøver mv. (samt resultater heraf) registreres af lægen - MAP indhentes af sygeplejerske

- Psykologiske forhold: gruppeinterviews gennemføres af ES - MAP og NHP som for somatiske og medicinmæssige forhold
- Sociale forhold: registeroplysninger registreres af de sædvanligt ansvarlige - MAP og NHP som ovenfor - gruppeinterviews som ovenfor

### **Hyppighed af registrering af persondata:**

De invariable persondata registreres som ovenfor nævnt kun én gang i den enkelte forsøgsdeltager forløb i projektet - fortrinsvis inden start i forsøget, men ellers hurtigst muligt efter forsøgsstart. Kilderne til disse data er primært foreliggende skriftligt (journal)materiale, men omfatter også de invariable somatiske forhold fra den indledende lægeundersøgelse, som ikke fremgår af foreliggende journalmateriale.

De variable persondata registreres med forskellig hyppighed, afhængigt af disse datas karakter. Behandlingsuafhængige data registreres med faste intervaller, men behandlingsafhængige data registreres ved forekomst, således:

- Somatiske forhold: generelle helbredsoplysninger registreres med faste intervaller - behandlingskrævende somatiske forhold registreres hver gang de forekommer
- Medicinering: registreres hver gang recept udskrives
- Selvmedicinering: NHP og MAP tages med faste intervaller - urinprøver med dobbelt så langt interval
- Psykologiske forhold: NHP, MAP og gruppeinterviews som ovenfor - særlige psykologiske forhold, som indebærer behandling registreres hver gang de forekommer
- Sociale forhold: NHP, MAP og gruppeinterviews som ovenfor - registeroplysninger ved forekomst af ændringer

### **Variable data: behandlingens rammer og indhold**

I for-observationsperioden og i hver af forsøgsperioderne registreres for hver enkelt forsøgsdeltager følgende omkring dennes øvrige behandlingsmæssige forhold: deltagelse i fælles aktiviteter arrangeret af Stæren - deltagelse i systematiske personlige samtaler med ansatte på Stæren - deltagelse i andre behandlingsmæssige foranstaltninger uden for Stæren - samt andre relevante forhold.

Registreringen sker ved to typer af anledninger: ved for-observationens start, og starten af hver enkelt forsøgsperiode (uanset om der er sket ændringer eller ej) - samt i hver af perioderne, når der forekommer en ændring.

### **Løbende bearbejdning og rapportering**

Alle indhentede data indtastes i en databasefil. Grundmodulet er den enkelte forsøgsdeltager - opdelt i forsøgsperioder (for-observation, samt efterfølgende forsøgsperioder).

Data bearbejdes og rapporteres - både de invariable og de variable persondata, der indhentes i forsøget, samt data om behandlingens øvrige rammer og indhold. Bearbejdning og rapportering sker med aftalte tidsterminer - således at der en gang i kvartalet foreligger en bearbejdning og rapportering om forsøgets aktuelle situation:

*Alle persondata* bearbejdes og rapporteres mht. både somatiske forhold, medicinering, selvmedicinering, psykologiske og sociale forhold samt behandlingsmæssige forhold for for-observationsperioden, og individuel status for hver af de efterfølgende forsøgs-perioder.

*Relevante sammenfatninger* udarbejdes for alle forsøgsdeltagerne betragtet som gruppe - både hvad angår for-observationsperioden og hver enkelt forsøgs-periode

*Begrundede overvejelser* over relevante konsekvensændringer i forsøget udarbejdes, samt overvejelser over mulige forklaringer på forsøgets nuværende situation, samt overvejelser over sammenligninger med relevante andre forsøg

#### **Afsluttende bearbejdning og rapportering**

Ved forsøgets afslutning udarbejdes en samlet rapportering til Socialministeriet.

Grundmateriale for rapporteringen er delrapporterne, som nybearbejdes og rapporteres, samt undersøges for relevante forklaringer på både individniveau og gruppeniveau. Rapporteringen af de lægelige og sygeplejefaglige forhold drøftes med lægen og sygeplejersken.

Den afsluttende rapportering af det samlede forsøg med alle indhentede data udarbejdes efter sædvanlige videnskabelig rapporteringskriterier, og søges endvidere publiceret i relevante fagtidsskrifter.

Peter Ege og Elsa Schmidt

Den 26. juni 2001

## ***Bilag 2. Dataindsamlingsmetode og diskussion***

## ***Bilag 3. Udbyggede cases***

Disse bilag kan rekvireres i elektronisk form hos enten [elsa.schmidt@get2net.dk](mailto:elsa.schmidt@get2net.dk) eller hos [Peter.Ege@faf.kk.dk](mailto:Peter.Ege@faf.kk.dk).