

Metadon og beskæftigelse

Vi må væk fra myterne om, at brugere i metadonbehandling hverken kan køre bil forsvarligt eller passe et arbejde eller en uddannelse. Peter Ege gør her et forsøg på at aflive nogle af myterne: Det at være beskæftiget kan faktisk betyde mindre misbrug og bedre psykosocial funktion for brugeren.

AF PETER EGE

Arbejdet med at aktivere, revalidere og resocialisere brugere i metadonbehandling er ikke nogen enkel opgave. Det er der mange grunde til. En del af disse kan ubesværet placeres der hvor vi helst vil placere dem; nemlig hos stofmisbrugerne. Deres opvækst, mangelfulde skolegang, fraværet af erhvervsuddannelse og -erfaring handikapper dem i forhold til arbejdsmarkedet. Mange års misbrug, psykiske og somatiske sygdomme gør det ikke nemmere. Men andre forhold, som vi højere grad har indflydelse på, spiller også en rolle. Ikke alle institutioner er lige gode til at aktivere og revalidere stofmisbrugere – og som regel lykkes det bedre når det drejer sig om stoffri brugere end om brugere i metadonbehandling. Det er der måske nogle gode forklaringer på, men der er helt sikkert også nogle der er så dårlige, at de har karakter af uvidenhed, fordomme og diskrimination. Hvorfor det er sådan skal jeg vende tilbage til, men først nogle citater der illustrerer spændvidden i problematikken.

Fordommene - og virkeligheden

En gang i foråret fik jeg tilsendt en bog fra Carl-Mar Møller ⁽¹⁾. Her kommer en smagsprøve:

“Det er heller ikke en god idé med metadon, fordi man i modsætning til heroin bliver sløv, og f.eks. ikke kan gennemføre en HF-uddannelse eller beholde sin læreplads.... Hvis narko-

manen er på heroin resten af livet, vil han kunne gå i gang med et kursusforløb, det kan du ikke på metadon.”

Jeg skal afstå fra at kommentere citatet, blot tilføje at Carl-Mar Møller har en baggrund som socialpædagog og behandler ansat i Dag- og Døgncentret.

Det andet jeg vil referere til er en nekrolog publiceret i Journal of Addictive Diseases 1996 ⁽²⁾ under overskriften: “Richard Lane: A tireless fighter for the treatment of drug addiction.” Det er ikke hvem som helst der får sin nekrolog i et anerkendt fagtidsskrift. Det gør man kun hvis man har ydet en indsats der gør en forskel.

Richard Lane var heroinmisbruger og sad sammenlagt 12 år i fængsel p.g.a. sit misbrug. Under sit sidste fængselsophold læste han om metadonbehandling, som kort forinden var blevet introduceret i New York som en forsøgsbehandling. Da han blev løsladt i 1967 opsøgte han, og kom i behandling hos, en læge i Baltimore. Han var i uafbrudt behandling i 27 år indtil 1994 hvor han døde af kræft. Efter at han var kommet i metadonbehandling begyndte han hurtigt på frivillig basis at hjælper de øvrige brugere, og han var med til at starte det første store metadonprogram i Baltimore, som han senere blev administrerende direktør for. Han blev en lederskikkelse i USA i sine bestræbelser på at forbedre og udvide metadonbehandlingen. Blandt de mange nyskabelser han etablerede i sit program kan nævnes behandling for alkoholmisbrug hos brugere i metadon-

behandling, behandlingsprotokoller for behandling af blandingsmisbrugere, specielle programmer for AIDS-patienter, forbedret smertebehandling for metadonbrugere og hans bestræbelser på både lokalt og nationalt plan for at afvikle kontrol og restriktioner i behandlingen, som stillede sig i vejen for den sociale rehabilitering af brugerne. Han var en af de få brugere der stod åbent frem og fortalte om sin metadonbehandling, og hele sit liv kæmpede og lobbyede han blandt politikere, læger og jurister for bedre forhold for, og mindre stigmatisering af, brugere i metadonbehandling.

Han var således en person der kunne fastholde en læreplads og følge et kursus, og temmelig meget mere til.

Der er således noget der ikke passer! Udsagnet om at brugere i metadonbehandling er sløve, ikke kan passe en lærerplads, ikke følge et kursus *fordi de er i metadonbehandling* er simpelthen ikke rigtigt. På den anden side skal vi ikke være blinde for at det er en meget almindelig opfattelse, ikke kun i den uvidende befolkning, men også blandt behandlere, ansatte i socialcentre og arbejdsformidlingen, politikere og blandt stofmisbrugerne selv. Det er der flere forklaringer på ⁽³⁾.

- Den væsentligste er formentligt, at mange brugere i metadonbehandling fungerer dårligt fordi de får for lidt eller for meget metadon, har et misbrug af hash, benzodiazepiner og/eller alkohol og/eller p.g.a. somatiske og/eller psykiske lidelser og/eller fordi de aldrig har lært at fungere socialt.
- Der er opstået en lang række negative myter om metadon, dels p.g.a. ovenstående, men også fordi der er en dyb modvilje mod substitutionsbehandling med metadon. Stofmisbrugere i metadonbehandling føler ofte at de sammenlignet med livet som aktive misbrugere har mistet kontrollen over deres liv, metadon kan ikke fylde det tomrum ud som opstår ved overgangen fra aktiv misbruger til bruger i metadonbehand-

ling. Brugere i metadonbehandling vil derfor ofte placere årsagen til deres frustrationer på metadonen, når de opdager at metadonbehandling ikke i sig selv giver et bedre liv. Og alle de negative myter understøttes fra behandlerside af protagonisterne (fortalerne, *red.*) for andre behandlingsformer, selvfølgelig først og fremmest fra tilhængere af den stoffri behandling. Men også de professionelle der sværger til buprenorphin eller heroin tillægger metadon alle tænkelige djævelske egenskaber i forsøget på at skønne den behandlingsform de nu engang sværger til. Der er virkelig her tale om at det formodet bedste bliver det godes fjende, og det er dybt uprofessionelt.

Hvordan påvirker metadon?

Hvis man skal imødegå de mange negative myter om metadon, herunder at det gør folk sløve og dumme, er det nødvendigt at indsamle og sprede viden. Dels om eksemplerne fra det virkelige liv, dels om de undersøgelser der foreligger på området. Et af de områder der er grundigst belyst er problemstillingen metadon og kørefærdigheder, og dermed også spørgsmålet om de psykomotoriske funktioner.

Metadon og trafikikkerhed

Det europæiske monitoreringscenter i Lissabon (EMCDDA⁽⁴⁾) har lavet en overordentlig nyttig og grundig gennemgang af hele dette område. De har således gennemgået litteraturen om psykomotoriske og kognitive funktioner, undersøgelser der belyser den konkrete kørefærdighed og endelig epidemiologiske undersøgelser, der belyser i hvilket omfang brugere i substitutionsbehandling er involveret i trafikulykker. Det man kan konkludere, og som EMCDDA konkluderer er, at

- Hos nye ("naive") brugere i metadonbehandling medfører metadon en dosisafhængig forlængelse af reaktionstid og nedsat evne til informationsbearbejdning.
- Brugere i metadonbehandling bør derfor ikke køre bil før de er velindstillede på en fast dosis, d.v.s. tidligst en måned efter påbegyndelsen af behandlingen.
- Hos velindstillede brugere, uden misbrug af andre stoffer, og som ikke er i benzodiazepinbehandling, er der ingen påviselig nedsættelse af kørefærdighederne ("methadone users should not be considered impaired in their driving abilities").
- Virkningen af opioider på psykomotoriske og kognitive funktioner er beskeden sammenlignet med f.eks. benzodiazepiner.
- Epidemiologiske undersøgelser viser

at personer i substitutionsbehandling, eller i behandling med opioider i det hele taget (f.eks. smertebehandling) ikke i højere grad end andre trafikanter er involveret i trafikulykker. Derimod er brugere af antidepressiva og benzodiazepiner overrepræsenterede.

Der foreligger en række andre undersøgelser af psykomotoriske funktioner, hukommelse og indlæring. Resultaterne er langtfra entydige. Der er undersøgelser der konkluderer at personer i substitutionsbehandling ikke afviger fra normale, sammenlignelige kontrolpersoner^(5, 6 og 7). Også hos smertepatienter i behandling med opioider er det vist, at kun de patienter der får benzodiazepiner har nedsat kognitiv funktion⁽⁸⁾. Men der er også undersøgelser der viser nedsat indlæringssevne og kognitive funktioner hos personer i metadonbehandling⁽⁹⁾ og ⁽¹⁰⁾, d.v.s. de klarer sig i nogle, og specielt i de komplicerede test, gennemsnitligt dårligere end kontrolpersonerne. Der er dog nogle gevaldige tolkningsproblemer ved sådanne undersøgelser. For det første er der ofte ikke kontrolleret tilstrækkeligt for brugen af andre rusmidler. For det andet ved vi ikke hvordan personerne fungerede før de kom i metadonbehandling - om de fungerede dårligere eller bedre. Det forhold at de klarer sig lidt dårligere end kontrolper-

TABEL 1. TRE FORMER FOR INDTÆGTER OG BELASTNING FØR OG EFTER BEHANDLING

	ARBEJDSINDKOMST		OFFENTLIG FORSØRGELSE		ILLEGAL INDKOMST	
	Før	Efter	Før	Efter	Før	Efter
ASI*						
Familie og social tilpasning	5,0	4,5	5,0	4,5	5,5	4,5
Psykisk funktion	4,5	2,5	5,5	5,0	3,0	3,0
Gennemsnitligt antal problemdage den sidste måned						
Brugt stoffer	23	11	21	17	24	13
Psykiske problemer	6	2	6	6	4	3
Familiære og sociale problemer	11	8	4	6	13	8
Gennemsnitlig indkomst seneste måned (\$)						
Arbejdsindtægt	516	631	58	64	194	501
Offentlig forsørgelse	41	30	187	201	71	44
Kriminalitet	181	116	41	40	623	247

*Udtryk for problemscoren



Peter Ege
socialoverlæge i
Københavns Kommune

sonerne kan skyldes deres metadonbehandling, men kan lige så vel skyldes at de også før metadonbehandlingen havde dårligere forudsætninger for at klare disse prøver. Det er i denne sammenhæng interessant, at det primært var de ikke-beskæftigede i metadonbehandling der klarede sig dårligere end kontrolgruppen på de kognitive test, medens de beskæftigede lå på niveau med kontrolgruppen⁽⁴⁾.

En tredje mere væsentlig grund til at være forsigtig med tolkningen af de fund der viser nedsatte kognitive færdigheder hos brugere i metadonbehandling er, at de kun siger noget om forskelle mellem gennemsnit i to grupper. Det fremgår af én af undersøgelserne⁽⁹⁾, at kontrollerne klarede denne test noget bedre end patienterne i metadonbehandling, men materialet er meget lille (10 personer i hver gruppe), spredningen er stor, og nogle i metadongruppen klarede sig bedre end i kontrolgruppen. Sådanne testresultater – hvor der vurderes på baggrund af gennemsnit med så stor spredning og så små grupper – kan således ikke bruges til noget som helst i forhold til placering af personer i metadonbehandling i arbejde eller uddannelsesforløb. I det amerikanske psykiatriske selskabs tekstbog⁽¹¹⁾ om behandling af stofmisbrug kommenteres Gritz's undersøgelse på følgende måde. Det følgende citat kan også stå som konklusionen på dette afsnit:

“Administreret korrekt er metadon ikke intoksikerende eller sederende, og har ikke virkninger der forhindrer almindelige aktiviteter så som bilkørsel, avislæsning eller maskinbetjening. Metadon påvirker ikke reaktionstid og synes ikke at påvirke indlæringssevne, men beskedne påvirkninger af præstationen kan ses ved anvendelsen af mere komplicerede test. Klinisk er dette ikke påviseligt..... Metadonklinikkerne i vores store byer har patienter fra alle de erhverv og fag som er nødvendige for at holde en storby kørende”.

Hvorfor er beskæftigelsen vigtig?

Overskriften siger næsten sig selv, men

for at understrege pointen skal der refereres til følgende to undersøgelser. Den første er hentet fra en bog der lige er udkommet og som hedder “Beating the Dragon”⁽¹²⁾, og som på baggrund af interviews med 70 tidligere stofmisbrugere prøver at fastslå hvilke faktorer, der har været vigtige i bestræbelserne på at lægge misbruget bag sig. Om betydningen af beskæftigelse anfører forfatterne: “Lønnet beskæftigelse var specielt nyttigt; det holdt dem konstruktivt beskæftiget, gjorde underværker for deres selvopfattelse og leverede et netværk som medvirkede til at bekræfte deres nye identiteter” (*oversættelse red.*).

Den anden undersøgelse⁽¹³⁾ var lidt af en øjenåbner. Undersøgelsen er af ældre dato, er amerikansk, men alligevel. Personer indskrevet i behandling blev inddelt i 3 grupper baseret på indtægtskilde:

- 1) > 45 % af indtægten baseret på arbejde - hvidt eller sort.
- 2) Overvejende offentlig forsørgelse.
- 3) Overvejende illegal indtægt (kriminalitet). Der var i øvrigt ingen særlige forskelle på de tre grupper, specielt var der ingen forskelle på uddannelsesniveau og faglig uddannelse. Alle personer blev undersøgt med ASI (Addiktiv Severity Index) ved indskrivningen og efter 6 mdr.'s behandling. Nogle af resultaterne er vist i tabel 1 på s. 33.

Det undersøgelsen viser er, at der for de to ”aktive” grupper - de kriminelle og dem der havde en vis arbejdsindtægt før de gik i behandling er sket markante forbedringer på en række områder, medens de passivt forsørgede ikke har ændret graden af belastning. De er lige så passive som før de kom i behandling, de hverken arbejder eller er særligt kriminelle, de fungerer lige så dårligt psykisk og socialt som før de kom i behandling og endelig misbruger de lige så meget som før de kom i behandling. I udgangspunktet er de tre grupper ens, men man kan selvfølgelig ikke med sikkerhed vide om den manglende fremdrift hos de offentligt forsørgede skyldes at de har været sløve

fra fødslen, således at resultaterne er udtryk for selektion. Det er dog mere rimeligt at konkludere, at beskæftigelse - lønnet eller ulønnet, sort eller hvid - i vid udstrækning er en forudsætning for en reduktion af misbruget og bedre psykosocial funktion, eller, for at stille det meget firkantet op:

Man er ikke uden beskæftigelse fordi man er sløv og dårligt fungerende. Men.

Man er sløv og dårligt fungerende fordi man ikke er beskæftiget.

Og det er dette sidste statement der bør handles på. ■

Litteratur.

1. Carl-Mar Møller. Hvordan skaber du stærke børn. Lindhardt & Ringhof: København, 2000.
2. Novick DM, Hayes MG. Richard Lane: A tireless fighter for treatment of drug addiction. *J Addict Dis* 1996; 15: 119 - 23.
3. EMCDDA. Litterature review on the relation between drug use, impaired driving and traffic accidents. Lisbon: EMCDDA, 1999.
4. Goldsmith DS, Hunt DE, Lipton DS, Strug DL. Methadone folklore: Beliefs about side effects and their impact on treatment. *Human Organization* 1984; 43: 330 - 40.
5. Appel PW. Sustained attention in methadone patients. *Int J Addictions* 1983; 13: 1313 - 27: 1982
6. Lombardo WK, Lombardo B, Goldstein A. Cognitive function under moderate and low dosage methadone maintenance. *Int J Addictions* 1976; 11: 389 - 401.
7. Grevert P, Masover B, Goldstein A. Failure of methadone and levemethadyl acetate (Levo-Alpha-Acetylmethadol, LAAM) maintenance to affect memory. *Arch Gen Psychiatry* 1977, 34: 849 - 53.
8. Hendler N, Cimini C, Ma T, Long D. A comparison of cognitive impairment due to benzodiazepines and to narcotics. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 828 - 30.
9. Gritz ER, Shiffman SM, Jarvik ME, Haber J, Dymond AM, Coger Rcharuvastra V, Schlesinger J. Physiological and psychological effects of methadone in man. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 237 - 42.
10. Minter MZ, Stitzer ML. Cognitive impairment in methadone patients. *Drugs Alc Depend* 2002; 67: 41 - 51.
11. Senay EC. Opioids: Methadone maintenance. I: Galanter M, Kleber HD. *Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press; Washington* 1994: 209 - 21.
12. McIntosh J, McKeganey N. *Beating the Dragon. The recovery form dependent drug use.* Prentice Hall; London, 2002.
13. McLellan T, Ball JC, Rosen L, O'Brien CP. Pretreatment source of income and response to methadone maintenance: A follow-up study. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 785 - 9.