

Innhold

Sammendrag	2
Summary	3
1.0 Innledning.....	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	4
1.2 Avgrensning	4
1.3 Hensikt.....	4
1.4 Begrepsavklaring	5
2.0 Teori.....	5
2.1 Opioidavhengighet.....	5
2.1 LAR.....	6
2.2 Livskvalitet i et paradigmeskifte	6
2.3 Rehabilitering og samhandling i et recoveryperspektiv.....	7
2.3.1 Rehabilitering	7
2.3.2 Samhandling	8
3.0 Metode	8
3.1 Fremgangsmåte.....	8
3.2 Søkehistorikk	9
3.3 Analyse	11
3.3 Litteraturliste	12
4.0 Resultater.....	18
4.1 Helse og velvære	18
4.2 Samhandling.....	19
4.3 Individuell rehabilitering	19
4.4 Selvbestemmelse og brukervedvirkning	20
5.0 Diskusjon	21
5.1 Helse og velvære	21
5.2 Samhandling.....	22
5.3 Individuell rehabilitering	23
5.4 Selvbestemmelse og brukervedvirkning	23
5.4 Metodediskusjon	24
6.0 Konklusjon.....	25
Litteraturliste.....	26

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR), bidra til bedre livskvalitet for opioidavhengige ut ifra et brukerperspektiv?

Introduksjon/Bakgrunn: Nye retningslinjer for LAR blir et ledd i arbeidet med en ny rusreform i Norge. Mange pasienter har uttrykt misnøye med LAR-programmet og ønsker større innflytelse over egen rehabiliteringsprosess. Større fokus på brukermedvirkning og rett til selvbestemmelse skal sikre økt livskvalitet for pasienter i LAR. Forskning viser tegn på et paradigmeskifte der livskvalitet blir forstått subjektivt framfor den mer tradisjonelle, objektive innfallsvinkelen.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å utforske hvordan fagpersoner i LAR kan bistå i rehabiliteringsprosessen for å øke livskvaliteten til pasienter i LAR-programmet.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvilket innebærer bruk av sekundærkilder. Kildematerialet består av fem vitenskapelige artikler og annen relevant faglitteratur.

Resultat: Artikkene ga kunnskap om hva pasienter i LAR anså som viktige aspekter for deres livskvalitet. Sentrale tema som beskrev pasientenes subjektive vurdering dannet grunnlag for fire hovedtema: 1. Helse og velvære 2. Samhandling, 3. Individuell rehabilitering og 4. Selvbestemmelse og brukermedvirkning.

Konklusjon: Rehabilitering for pasienter med opioidavhengighet er en kompleks og ofte livslang prosess. Viktige elementer for å lykkes i rehabiliteringsprosessen er at pasientene føler seg hørt og respektert. Pasientene uttrykte stort behov for å bli møtt som individer og å ha innflytelse over egen behandling. Det er et behov for mer kunnskap om hva livskvalitet innebærer for den enkelte og hvordan LAR kan bistå i å øke livskvaliteten til sine pasienter. Recovery-orientert praksis er i tråd med den økte fokuset på brukermedvirkning i de nye retningslinjene for LAR. Mer forskning innenfor rusfeltet kan være retningsgivende for ny rusreform i Norge.

Nøkkelord: Legemiddelassistert Rehabilitering, opioidavhengighet, livskvalitet, recovery, empowerment, brukermedvirkning.

Antall ord: 7859

Summary

Title: How can Opioid Maintenance Treatment (OMT) improve the quality of life for people addicted to opioids from the user's perspective?

Introduction/Background: New guidelines for OMT will be a link in the work regarding a new drug policy reform in Norway. Many patients have expressed dissatisfaction with the OMT-program and wish for more influence regarding their own rehabilitation process. A greater focus on user participation and the right to self-determination is going to ensure greater quality of life for patients in OMT. Research shows sign of a paradigm shift where quality of life is perceived subjectively before the more traditional, objective approach.

Purpose: The purpose of this research is to explore in what way professionals in OMT can assist in the rehabilitation process to increase quality of life of patients in the OMT program.

Method: This paper is a literature study, which involves the use of secondary sources. The sources contain of five scientific articles and additional key literature

Result: The article provided knowledge regarding important aspects of the patients view on quality of life. Key issues which described the patient's subjective assessment formed four key topics: 1. Health and well-being, 2. Interaction, 3. Individual rehabilitation and 4. Self-determination and user participation

Conclusion: Rehabilitation for patients addicted to opioids is a complex and often lifelong process. Important factors to succeed in the rehabilitation process are that the patients feel listened to and respected. The patients expressed a great need to be seen as individuals and to be able to influence their own treatment. There is a need for more knowledge for what quality of life means for the individual and how OMT can assist to better the life quality for their patients. Recovery oriented practice is in line with the increased focus on user participation in the new guidelines for OMT. More research within the drug field could guide the new drug reform in Norway.

Key words: Opioid Maintenance Treatment, opioid addiction, quality of life, recovery, empowerment, user participation.

Number of words: 7859

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I 2015 viste NRK et avsnitt fra dokumentarserien Brennpunkt der vi følger LAR-pasient, Siri Getz Solli, i episoden «Den siste dosen». Siris historie viste mennesket bak avhengighet og statistikk, noe som inspirerte til valg av tema til denne oppgaven. Rusbehandling er på nytt dagsaktuelt pga. gjennomføringen av en ny rusreform. En av rusreformens mål er at rusavhengige skal bli møtt med hjelp, ikke straff. Politikken har tatt en retning mot å skape en forebygging- og behandlingsreform framfor kriminalisering av narkotikabruk (Regjeringen, 2021). I LAR-forskriften heter det at mennesker med opioidavhengighet skal få hjelp til å forandre livssituasjonen sin til det bedre (LAR-forskriften, 2010, § 2). Mange pasienter i LAR føler seg likevel misforstått, overkjørt og lite respektert. Ved slutten av 2020 var 8099 mennesker under behandling i LAR (NEL, 2022) og ca. 20 000 individer har mottatt denne behandlingen i Norge de siste 20 årene (Carlsen, 2020). Jeg ønsker å se nærmere på hva et utvalg av disse pasientene selv mener er viktig for en god rehabiliteringsprosess. Oppgaven kommer derfor å omhandle rehabilitering ut fra et recoveryperspektiv, der støttearbeidet utgår fra pasientens egne mål.

Vernepleieren har ofte en sentral rolle i arbeid med rehabilitering. En vernepleier er kvalifisert til å yte bistand til mennesker med ulike funksjonsnedsettelse i et livsløpsperspektiv (NTNU, 2022). Vernepleiere som arbeider med rusproblematikk bidrar blant annet med daglig omsorg, sosial støtte og veiledning. Vernepleieren skal legge til rette for egenmestring slik at den som mottar bistanden skal kunne ta valg og styre sin egen hverdag. Arbeidet skal bidra til økt rettsikkerhet, likeverd og bedre levekår (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2021).

Den nye retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering blir et viktig verktøy i arbeidet med denne gruppen pasienter, og det kan være nyttig å reflektere over hvordan den er utformet. Har brukergruppen blitt hørt? Jeg ønsker derfor å undersøke problemstillingen: «Hvordan kan LAR bidra til bedre livskvalitet for opioidavhengige ut ifra et brukerperspektiv?»

1.2 Avgrensning

Rusbehandling kan ses fra flere perspektiv og effekt av behandling måles på ulike måter. Denne oppgaven kommer til å utgå fra brukerperspektivet, altså hva LAR-pasienter selv mener er hensiktsmessig for deres rusbehandling. Oppgaven vil fokusere på rehabilitering med hensyn til opioidavhengighet. Andre former for rusmiddelmissbruk vil derfor ikke omtales nevneverdig.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å benytte metoden litteraturstudie for å undersøke hvordan opioidavhengige mennesker som er i LAR-programmet opplever denne formen for rusbehandling, og hva de mener LAR kan gjøre for å gi dem bedre livskvalitet. Oppgaven vil peke på aspekter ved livet som LAR-pasientene anser som viktig for god livskvalitet. Oppgaven vil fokusere på LAR-pasientenes erfaringer og vil forhåpentligvis gi økt kunnskap om hvordan pasientenes stemme kan forme retningslinjer for LAR.

1.4 Begrepsavklaring

LAR omtales i de engelske artiklene som OMT (Opioid Maintenance Treatment) eller OAT (Opioid Agonist therapy). Oppgaven vil omhandle mennesker med opioidavhengighet som mottar LAR-behandling. Denne gruppen vil i teksten også omtales som «brukere», «tjenestemottakere» og «pasienter». Dette ut ifra kontekst og begrepsanvendelse i teorien og i de vitenskapelige artiklene. Begrepet livskvalitet vil ses i sammenheng med brukergruppens subjektive opplevelse av hva som gir velvære, verdighet og et godt liv.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er formet etter IMRaD-struktur, med innledning teori, metode, resultater, diskusjon, konklusjon og litteraturliste.

2.0 Teori

2.1 Opioidavhengighet

Veileder for utlevering av substansjonslegemiddel i og utenfor LAR beskriver opioidavhengighet som «*en alvorlig lidelse med sterkt forhøyet dødelighet, ofte preget av samtidig psykisk og somatisk sykdom*» (Helsedirektoratet, 2013, s. 6).

Opioidavhengighet er også dokumentert i det internasjonale sykdomsklassifikasjonssystemet ICD-10, utviklet av Verdens helseorganisasjon, under kategorien «avhengighetssyndrom». Avhengighetssyndrom forklares som endringer i et individs atferd, tankeprosesser eller fysiologi som følge av gjentatt stoffbruk. Brukeren har en sterk trang til å ta stoffet, tross skadelige konsekvenser og har vansker med å kontrollere inntaket. Dette kan føre til økt toleranse eller abstinenssymptomer (Direktoratet for e-helse, 2022). Det dras ofte et skille mellom misbruk og avhengighet. Misbruk beskrives som en atferd der bruk av stoff får negative konsekvenser. Dette kan handle om impulsive handlinger i beruset tilstand, å ikke mestre hverdagsliv med arbeid eller utdanning, eller problemer med å finansiere stoffet. Avhengighet defineres som en mer alvorlig tilstand der stoffet gir biologiske konsekvenser som abstinens, toleranse eller rustring. (Kakko, 2012, s 21-22).

Opioidavhengighet brukes ofte som en fellesbetegnelse for avhengighet av stoffer som kodein, fentanyl, heroin, morfin, opium, metadon, oksykodon og hydrokodon (Helsenorge, 2020), men Kakko bemerker at det er en forskjell på *opiat* og *opioid*. Opiater er stoffer som skiller ut fra opiumsvalmuen. Dette er stoffer som opium, morfin, kodein og heroin. Disse stoffene gir en kort og intensiv rus. Opioider derimot er fremstilt syntetisk. Ordet opioid betyr *opiatlignende*. De binder seg til de samme reseptorene i hjernen som opiatene (opioidreseptorer), men har en lengre virkningstid. De gir også en rusfølelse, men svakere enn rus fra opiat. Blant opioidene finner vi metadon og buprenorfin. Opiater og opioider aktiverer belønningssystemet i hjernen som gir en overstimulering og dermed en rusfølelse. Disse stoffene er så kraftige at hjernen forsøker å bremse overstimuleringen. Dette gir en «antibelønnings-effekt». Når stoffavhengighet utvikles, øker toleransen i belønningssystemet og den ettertraktede rusfølelsen minker. Samtidig blir *antibelønningssystemet* stadig sterkere. Når opiat eller opioider mangler i systemet vil den stoffavhengige personen merke det som abstinens eller stofftrang. For en person som har fullt utviklet heroinavhengighet vil metadon balansere de sterke abstinensene og stofftrangen som det nå overaktive antibelønningssystemet fremkaller. Det er dette som er kjernen i vedlikeholdsbehandling, som vi i Norge kjenner som LAR. Problemet med metadon, på grunn av den mer langvarige effekten, er at overaktiviteten i antibelønningssystemet stimuleres over lengre

tid. Det tar dermed lang tid å gjenopprette likevekt dersom stoffet går ut av kroppen. Overaktiviteten gir et sterkt ubehag og det er denne mekanismen som ofte gjør det svært vanskelig for opioidavhengige å slutte med metadon (Kakko, 2012, s 17-37).

2.1 LAR

LAR (legemiddelassistert rehabilitering) er tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) som er et tilbud til personer som har en opioidavhengighet (f.eks. heroin og morfin). Innenfor behandlingen inngår såkalte «substitusjonslegemidler» som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp (Helsenorge, 2018). Ifølge de helt nye retningslinjene for LAR anbefales buprenorfin og metadon som substitusjonslegemiddel. Unntak finnes om det forekommer vesentlige bivirkninger eller om effekten uteblir. Da kan langtidsvirkende morfin vurderes (Helsedirektoratet, 2022). Behandlingen i LAR organiseres som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten i kommunen og primærhelsetjenesten. Pasienten skal settes i sentrum av samarbeidet. (Helsenorge, 2018). Det offentlige behandlingstilbudet er forankret i retningslinjer fra helsedirektoratet. Rykende ferske retningslinjer ble offentliggjort nå i mai (Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon, 2022). De tidligere retningslinjene ble utgitt i 2010, men i lys av ny forskning og kunnskap om rusbehandling ble det behov for et oppdatert kunnskapsgrunnlag (Helsedirektoratet, 2022). Retningslinjene fra 2010 beskriver LAR som en helhetlig rehabiliteringsprosess der utdeling av substitusjonslegemiddel kun er en del av behandlingen. Sosial- og helsetjenesten skal bidra til at pasienten bruker sine egne ressurser til å håndtere rusavhengigheten. Utgangspunktet skal være pasientens egne mål (Helsedirektoratet, 2010). Dette er toneangivende også for de nye retningslinjene. Helsedirektør Bjørn Guldvog uttalte under lanseringsseminaret for LAR (24 mai), at det er bevegelse mot større brukerinnflytelse. Retningslinjene vektlegger økt grad av brukermedvirkning, enda bedre individuell oppfølging, og muligheter for flere legemidler (bl.a. morfin). Fokus på brukermedvirkning tydeliggjøres i de nye retningslinjene ved at spørsmålet «hva er viktig for deg?» skal stilles pasientene regelmessig. Helsedirektoratet skriver: Målet med rehabiliteringen er at den enkelte pasient i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) oppnår best mulig helse, funksjons- og mestringssevne og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2022).

2.2 Livskvalitet i et paradigmeskifte

Livskvalitet er et begrep som kan være vanskelig å definere. Verdens helseorganisasjon beskriver livskvalitet som:

«...an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns» (WHO, 2012).

Fritt oversatt vil dette si individets oppfattelse av egen livssituasjon i kontekst av kultur og verdssystemer de lever i, og i forhold til deres mål, forventninger, standarder og saker som angår dem. Dette er en utbredt forståelse av livskvalitet, men forskere bruker også termer som helserelatert livskvalitet, velvære eller tilfredshet med livet. Det mangler ofte konsensus mellom ulike disipliner og deres definisjoner av livskvalitet. Dette fører til at ulike oppfattelser av livskvalitet blir mindre sammenlignbare selv om selve merkelappen ofte blir brukt som et universelt begrep. Dette kan føre at man ikke undersøker samme fenomen. På en annen side kan denne unøyaktigheten være berikende og utvide perspektivet vårt (Carlsen, 2020, s. 29.). Rusavhengighet er noe vi ofte forbinder med

noe negativt, og noe som ikke er forenelig med å ha et godt liv. Dette kan være en forklaring på at livskvalitet for rusavhengige eller pasienter i LAR sjelden undersøkes (Carlsen, 2020, s. 15.).

Forsker og sosiolog Siv-Elin Leirvåg Carlsen skriver i sin doktoravhandling om LAR og livskvalitet at Norge har gått gjennom en rekke paradigmeskift i forhold til rusavhengighet. Bruk av opioider og samfunnets forståelse av rusavhengighet har endret seg fra å være et «ikke-problem», til å bli definert som et medisinsk problem. Det har også blitt sett på som et sosialt problem som bør kriminaliseres. Dagens paradigme ser på nytt opioider som et medisinsk problem, noe man kan se av forslagene til den nye rusreformen (Carlsen, 2020). I utredningen "Rusreform – fra straff til hjelp" foreslås det at problemer knyttet til personlig bruk og oppbevaring av ulovlige stoffer skal bli flyttet fra justissektoren til helsesektoren. Dette innebærer at personer med rusavhengighet bør motta helsehjelp framfor fengselsstraff (NOU 2019:26, 2019).

2.3 Rehabilitering og samhandling i et recoveryperspektiv

LAR er mer enn medisinbehandling. Rehabiliteringsprosessen skal også tilby bistand for sosial og økonomisk rehabilitering. LAR-forskriften angir spesialisthelsetjenesten som ansvarlig for innskriving og gjennomføring av behandlingen. Arbeidet skal organiseres i et samarbeid mellom pasienten, spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten i kommunen og pasientens fastlege. Alle helseforetakene er forpliktet til å opprette LAR-sentre, og pasientene har rett til vurdering for behandling ifølge pasientrettighetsloven (NHI, 2022).

2.3.1 Rehabilitering

Rehabilitering defineres i Forskrift om habilitering og rehabilitering som: «... *planlagte prosesser, innenfor en viss tidsramme, der en av målene er at pasienten skal oppnå så god mestringsevne og funksjonsevne som mulig. Ved hjelp fra flere samarbeidende aktører er det et mål at pasienten skal bli et selvstendig og deltakende samfunnsmedlem. Pasientens egne mål og personlige forutsetninger skal ligge til grunn for rehabiliteringen*» (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3). Med andre ord skal rehabiliteringsprosessen være preget av pasienten egne avgjørelser og pasienten skal selv bestemme hva som er viktig for egen livskvalitet. I beskrivelsen av formålet med LAR er ordlyden lik. Målet er god livskvalitet gjennom bistand til mestring og økt funksjonsnivå. I tillegg er det fokus på skadereduksjon og hindre overdosedødsfall (LAR-forskriften, 2010, § 2).

Pasienter som lider av opioidavhengighet har ofte store utfordringer i forhold til psykisk helse. Psykisk helsevern har tidligere hatt en pessimistisk holdning i forhold til denne pasientgruppen. Det har derimot vokst fram en motreaksjon til disse holdningene som kalles «recovery». Helsedirektoratet beskriver recovery som en holdning som fremmer håp og tro på muligheter for at den enkelte kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, selv med en alvorlig psykisk lidelse. Dette er i tråd med mål for rehabilitering og formålet med LAR som nevnt i forrige avsnitt. Praksisen tar høyde for at det er mye i livet som påvirker bedring. Dette kan være sosial tilhørighet, nærmiljø og hvordan forholdene ligger til rette for bolig og arbeid (Helsedirektoratet, 2021).

2.3.2 Samhandling

Psykolog og professor i helsetjenesteforskning, Mike Slade, fremhever at recoveryperspektivet kommer fra et annet ståsted enn det dominerende, vitenskapelige paradigmet (NAPHA, 2018). NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) beskriver recovery-orientert praksis som å snu opp ned på tradisjonelle tilnærminger i behandling av psykiske lidelser. Også her vises det til et paradigmeskifte. Fokuset endres fra et medisinsk ståsted der man «reparerer sykdom», til at brukeren skal være i stand til å ha et meningsfylt liv med eller uten sine psykiske lidelser (Karlsson & Borg, 2017). Recovery eller «bedring», skal hovedsakelig komme av innsatsen som personen med psykisk sykdom. Fagpersoner skal kun bidra i *støttearbeidet* på vei mot personens individuelle mål. Ansvaret for bedringen flyttes dermed mer over på pasienten. Den økte graden av brukermedvirkning har til hensikt å styrke brukeren til å kunne ta beslutninger og nå egne mål, (NAPHA, 2018).

En rehabiliteringsprosess består av samhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Samhandling er møte mellom ulike viljer, formål, verdisyn, tradisjoner, kjønnsrollemønstre og kulturer. Det kan derfor lett oppstå drakamper i forhold til hensikt og mål med behandlingen (Lorentzen, Pettersen & Næss, 2018, s. 36-41). Ved at brukeren styrkes til å ta kontroll over egen «recovery» flyttes mye av ansvaret i bedringsprosessen fra tjenesteyteren tilbake til brukeren. Det skjer en rolleendring der rehabiliteringen blir brukerens prosjekt og tjenesteyteren blir en deltaker i prosessen (NAPHA, 2018). Tjenesteyteren tar med seg fagkunnskap, erfaring og virkemidler inn i dette samarbeidet (Lorentzen, et al., 2018, s. 44-45). Selv om brukermedvirkning innebærer at tjenesteyteren former støtten etter individuelle behov, er ikke tjenesteyteren fritatt fra ansvar. Å bistå en bruker handler også om plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Mennesker er forskjellige og oppfattelsen av hva som er den beste støtten kan variere (NAPHA, 2018). I rusbehandling betyr det at tjenesteyteren som støttespiller må ha en spesiell partnerkompetanse i samhandlingen for å «spille den andre god» (Lorentzen et al., 2018). Med et økt fokus på brukermedvirkning må tjenesteyteren balansere den ansvarsrollen som faget krever og partnerrollen i samhandling med brukeren. Vernepleieren står her i en særrolle med sin kompetanse både innenfor helsefag og sosialfag, en såkalt «dobbelkompetanse». (Brask, Østby & Ødegård, 2016, s. 23-25).

3.0 Metode

I oppgaven er det benyttet litteraturstudie som metode i arbeidet med datainnsamling. Datamaterialet er fem selvvalgte vitenskapelige artikler og annen faglitteratur som er relevant for problemstillingen «Hvordan kan LAR bidra til bedre livskvalitet for opioidavhengige ut fra et brukerperspektiv?»

Framgangsmåten er basert på Thidemanns beskrivelse av ulike trinne i en litteraturstudie. (Thidemann, 2019, s. 78 og s. 90-100). En søkematrise som viser hvordan litteratursøket ble utført vil bli presentert i teksten som «tabell 2»

3.1 Fremgangsmåte

Litteraturstudien ble innledet med et usystematisk litteratursøk (Thidemann, 2019, s 81). Dette for å få et overblikk med hensyn til hovedbegrepene i problemstillingen («LAR – legemiddelassistert rehabilitering», «opiodavhengighet» og «livskvalitet»). De innledende søkene ble gjort i bl.a. i søkemotorene Oria, Google Scholar og Idunn.

Treffene i IDUN Oria og Google Scholar ga en indikasjon på at det var mye data å hente i forhold til kjernebegrepene i problemstillingen.

Søkerordene ble notert ned og ble brukt til utformingen av et PICO-skjema (Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome) (Tabell 1). Skjemaet la grunnlaget for det systematiske søket. Vitenskapelige artikler med IMRaD-struktur (Introduksjon, Metode, Resultat, Diskusjon) ble prioritert. Dette fordi artikler med denne strukturen gir en oversiktlig fremstilling og effektiviserer litteraturstudien (Thidemann, 2019, s. 30-31).

Tabell 1. PICO-skjema

Population/Patient/Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Hvem: Pasienter i det norske LAR-programmet	Hva: Identifisere aspekter ved LAR som kan gi bedre livskvalitet	Alternativ: Ingen aktuelle	Resultat: Opplevelse av økt livskvalitet i rehabiliteringsprosessen

I det systematiske søket kreves det at man planlegger, dokumenterer og begrunner. Søket skal kunne etterprøves (Thidemann, 2019, s 81). Søket er planlagt via bruk av PICO-skjema og dokumentert ved hjelp av søkematriksen. I søkeprosessen ble det brukt inklusjonskriterier som tema, tidsrom, engelsk språk og fagfelleverderte artikler. Kun artikler fra de ti siste årene ble inkludert. Dette fordi oppgaven vil fokusere på forskning som er publisert *etter* utgivelsen av de forrige LAR-retningslinjene fra 2010 (Helsedirektoratet, 2010). Inklusjonskriteriene for hver database er oppført i søkematriksen i kolonnen for avgrensninger. Søkeord og ordkombinasjoner er dokumentert i egen kolonne. Søkene er utført i databasene Web of Science og Pubmed som er godkjent av NTNU (NTNU bibsys, 2022). De fem utvalgte artiklene ble deretter kvalitetssjekket opp mot et register over vitenskapelige publiseringskanaler. Navnet på tidsskriftene der artiklene er publisert, ble skrevet inn i søkefeltet og nådde nivå 1 og 2, noe betyr at de regnes som vitenskapelige (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, 2022).

Tre av de vitenskapelige artiklene (artikkel 1, 2 og 3) har kvalitativ design på sine studier og de resterende to har kvantitativ design (artikkel 4 og 5). Det er valgt artikler med både kvalitativ og kvantitativ metode for å kunne vise til «forklarende kunnskap» kontra «forstående kunnskap». De kvantitative studiene vil gi breddekunnskap i form av objektive data og de kvalitative studiene vil gi dybdekunnskap (Thidemann, 2019, s. 74-76). Det ble til slutt gjennomført en kvalitetsvurdering av artiklene etter sjekklister hentet fra Helsebiblioteket (2016). Artiklene oppfylte kriteriene og ble dermed vurdert som godkjent. Artiklene 4 og 5 med kvantitativ design ble vurdert til å være kohortstudier (Helsebiblioteket, 2016).

3.2 Søkehistorikk

Tabell 2 demonstrerer søkehistorikken for litteraturstudien. Kolonnene viser inklusjonskriterier for det systematiske søket.

Tabell 2. Søkehistorikk

Dato	Søk Nr.	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Ant. Treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
06.05.2022	1	Pubmed	Opioid maintainance treatment	Ingen	6611	0	0	
06.05.2022	2	Pubmed	Opioid maintainance treatment + norway	Abstract, Free full text, Full text, in the last 10 years	69	8	0	1 (Grønnestad & Sagvaag, 2016) kommentarl
06.05.2022	3	Pubmed	Opioid maintainance treatment + empowerment	Abstract, Free full text, Full text, in the last 10 years	4	1	1	1 (Larsen & Sagvaag, 2018).
09.05.2022	4	Pubmed	Opioid maintainance treatment + norway + data	Abstract, Free full text, Full text, in the last 10 years	38	4	1	0
09.05.2022	5	Pubmed	Opioid maintainance treatment + norway + qualitative	Abstract, Free full text, Full text, in the last 10 years	6	2	1	0
09.05.2022	6	Pubmed	Naltrexone + norway	Abstract, Free full text, Full text, in the last 10 years	26	5	2	0
11.05.2022	7	Pubmed	Opioid maintainance treatment + norway + quality of life	Abstract, Free full text, Full text, in the last 10 years	9	3	2	1 (Aas et al., 2020)
10.05.2022	1	Web of science	opioid maintenance treatment	Ingen	6868	0	0	0
10.05.2022	2	Web of science	opioid maintenance treatment	Publication years (2012-2020), open access	2013	0	0	0
10.05.2022	3	Web of science	opioid maintenance treatment + norway	Publication years (2012-2020), open access	56	12	3	2 (Carlsen, et al., 2019), (Solberg & Nåden)
11.05.2022	4	Web of science	opioid maintenance treatment + norway + data	Publication years (2012-2020), open access	44	2	1	0

3.3 Analyse

Analysen av artiklene er utført i henhold til Aveyards tematiske analysemodell som beskriver hvordan det er hensiktsmessig å analysere innholdet i vitenskapelige artikler, og hva det er viktig å være oppmerksom på. Modellen består av ulike trinn og er et nyttig verktøy for å systematisere analysearbeidet (Aveyard, 2018; Thidemann, 2019, s. 96-97). De fem artiklene er oppsummert og systematisert i en egen litteratormatrise (Tabell 3, 4, 5, 6 og 7).

Artiklene ble først lest grundig gjennom for å kunne bli kjent med innhold og struktur. Engelske ord og begrep som var uklare ble slått opp i ordbok og notert ned. Dette for å være sikker på at innholdet ble forstått korrekt. Deretter gikk arbeidet over i Aveyard-modellens første trinn «Identifying Themes». Som anbefalt ble resultatdelen lest på nytt, og det ble reflektert over hvilke temaer som kunne genereres ut ifra funnene. Aktuelle tema ble fortløpende notert i et foreløpig skjema. Tema som var interessante i denne sammenhengen var funn som kunne svare på oppgavens problemstilling: «*Hvordan kan LAR bidra til bedre livskvalitet for opioidavhengige ut ifra et brukerperspektiv?*». Resultater som var irrelevante for problemstillingen ble skilt ut. Dette ble gjort for hver enkelt av artiklene.

For å kunne strukturere og skille de aktuelle temaene fra hverandre, ble de gitt midlertidige farger og navn i skjemaet. Det ble først brukt fem ulike farger til fem ulike tema: Helserelaterte faktorer - Selvbestemmelse og brukermedvirkning – Individuell utvikling og empowerment – Samhandling – Velvære. For eksempel ble funn som omhandlet helserelatert livskvalitet markert i gult. Funnene ble satt i en kategori som ble kalt «helsefaktorer». Dette ble gjort for å sile ut hovedfunnene om helse i artiklene. Denne fremgangsmåten ble også benyttet for de fire andre temaene.

Målet med dette var å identifisere hovedfunn som går igjen på tvers av artiklene. Det ble lagt vekt på ord og begreper som kunne knyttes opp mot tema som kunne svare på problemstillingen. Etter en gjennomgang av hovedfunnene ble det vurdert at de fem hovedtemaene burde reduseres til fire på grunn av oppgavens omfang. Det ble laget en ny tabell (tabell 8) og valgt fire farger, en for hvert tema. Dette trinnet i analysearbeidet var krevende. Sorteringsarbeidet tok mye tid og det ble en del endringer fram og tilbake med hensyn til hvilke funn som skulle inkluderes og ekskluderes. Dette er i tråd med Aveyards modell som hevder at dette trinnet er en dynamisk prosess (Thidemann, 2019, s. 96-97).

Problemstillingen var til stede i teksten under hele analysearbeidet for å lettere holde fokus på hvilke resultater som var aktuelle å skrive inn i tabellen. Under analysen ble det mer tydelig at helse kan ses i sammenheng med velvære. Kategorien «helserelaterte faktorer» ble derfor slått sammen med velvære og kalt «helse og velvære i LAR». De endelige temaene presenteres i resultatkapittelet som:

4.1 Helse og velvære

4.2 «Samhandling»

4.3 «Individuell rehabilitering»

4.4 «Selvbestemmelse og brukermedvirkning».

3.3 Litteratormatriser

Tabell 3. Artikkel 1.

Full referanse	Larsen, T. & Sagvaag, H. (2018). Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. <i>Health Expectations</i> , 2018(21). 1231-1240. https://doi/10.1111/hex.12828
Hensikt med studien	Undersøke hva som kan hindre at pasientenes stemmer blir lyttet til ved samarbeid med personale og ledere for å forbedre tjenester.
Metode	Kvalitativ studie over tre år med ustrukturert intervju og observasjon. Data ble innhentet etter samarbeidsprinsipp der alle parter bidro med informasjon. Datainnhenting og datamateriale ble vurdert og bearbeidet av ansvarlig forsker og «medforskere» (pasienter, personale, lederskap).
Utvalg/populasjon	109 pasienter og ansatte i en norsk rusbehandlingsenhet. Pasientene var frivillig innlagt på enheten. Geografisk område: Vestlandet. Kjønnfordeling: 43 kvinner og 66 menn. Alder: Ukjent. Kategori «ansatte» er delt inn i personale og lederskap der det anses som betydningsfullt.
Hovedfunn/resultater	Empowerment både for ansatte og pasienter ble generelt oppfattet som et mål for enheten, men noen ledere og personale viste bekymring for at sykdomsbildet til pasientene kunne påvirke pasientenes bidrag. Pasientene på sin side hadde uttrykt bekymring for å bli sykeliggjort av de ansatte. Forskerne peker på at en underliggende antagelse at pasientene fikk bidra fordi de fikk «tillatelse» til det. Barrierer det ble lagt vekt på: <ul style="list-style-type: none"> - Tilbakemeldinger fra pasienter, som av ansatte ble bedømt som en del av sykdomsbildet, ville ikke nødvendigvis påvirke beslutninger som ble tatt - Pasienter hadde ikke tillatelse til å påvirke medpasienters individuelle behandling - Empowerment så ut til å være noe som kontrolleres og godkjennes av ledere og personale - I kontekst med lovgivning, retningslinjer, organisasjonspolicy og prinsipper kan det være vanskelig for personale og ledere å lytte til og utforske pasientenes råd.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Undersøkelsen viser til WHO's «Mental Health Action Plan 2013-2020» som løfter fram at det må sørges for omfattende og integrerte tjenester for mental helse og sosialhjelp i kommunen. Forfatterne anerkjenner behovet for mer forskning på tjenesteutvikling som inkluderer de som skal dra nytte av disse tjenestene. De bidrar med denne undersøkelsen å utforske hvordan tjenesteytere deltar i tjenesteutvikling. Undersøkelsen har en inkluderende retorikk. Pasienter, personale og ledere blir omtalt som co-researchers (med-forskere). Intervju og observasjon gir mer dybdeforståelse av relasjoner enn kvantitative metoder. Svakheter: Undersøkelsen tar for seg kun én behandlingsenhet, noe som gjør at resultatet ikke kan generaliseres i forhold til alle deler av landet. De involvertes for forståelse kan påvirke fortolkningen av kildematerialet. Maktbalansen mellom de ulike deltakergruppene forskyves i forhold til ansvarsområde. Lederskap og pasienter bli i så måte motpoler og kan vanskelig sidestilles ved beslutningstaking. Det blir vanskelig å forene alle stemmer og få entydige resultater.

Relevans	Undersøkelsen er relevant i forhold til kunnskap om pasientenes empowerment (myndiggjøring) i praksis. Studien har stort brukerfokus og gir verdifull informasjon om samhandlingen med tjenesteytere i LAR. Artikkelen viser at tjenestemottakerne i LAR ønsker å delta i tjenesteutviklingen.
Etiske vurderinger	Undersøkelsen er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata). Godkjennesskjema ble utfylt av alle deltagere.

Tabell 4. Artikkel 2.

Full referanse	Solberg, H. & Nåden, D. (2020) It's just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders. <i>Journal of clinical nursing</i> , 2020(29). 448-491. https://doi.org/10.1111/jocn.15108
Hensikt med studien	På bakgrunn av at litteratur avslører at det eksisterer fordommer/forforståelse ovenfor rusmisbrukere ønsker forskerne bak denne studien å få innsikt i betydningen av verdighet for pasienter med SUD - Substance Use Disorder, (Les: rusavhengighet).
Metode	Kvalitativ studie som inkluderer dybdeintervju med hermeneutisk tilnærming (å være bevisst på sin forforståelse og sine fordommer) basert på H. G. Gadamers filosofi (Sykepleien, 2007). Designen bli beskrevet som beskrivende, fortolkende og utforskende.
Utvalg/populasjon	6 polikliniske pasienter i LAR-programmet med inklusjonskriterter a) deltakeren må motta LAR-medikamenter fra hjemmetjenesten, b) deltakeren må ha vært i LAR-programmet i mer enn et år, c) deltakeren må bo innen rimelig avstand for å kunne arrangere et intervju. Geografisk område: Innlandet og Oslo. Kjønnfordeling: 2 kvinner, 4 menn. Alder: 20-55 år.
Hovedfunn/resultater	Begrepet «verdighet» ble delt inn i tre tema: a) materiell dimensjon, b) å bli respektert av andre, c) den indre opplevelsen. Under møtene ble det tolket og identifisert faktorer som ga økt verdighet: a) bli respektert og anerkjent, b) motta omsorg, c) kunnskap og en vedvarende relasjon. Faktorer som fratok verdighet var a) stigma og fordommer, b) dårlige relasjoner og mangel på bekreftelse, c) opplevelse av respektløse og nedlatende holdninger og mangel på kunnskap. Med «kunnskap» menes det kunnskap om rusavhengighet og deres situasjon. De ansattes atferd hadde også stor betydning for følelsen av verdighet. Å bli møtt med åpenhet, godt humør og omsorg var av høy verdi for pasientene.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Deltakerne bidro til rik informasjon om betydningen av verdighet. Dette bidro til å belyse spørsmål som ble benyttet i studien. Resultatene kan være nyttige for ansatte som gir helsehjelp til personer med rusavhengighet. Forskerne bak studien har vært bevisst på sårbarheten til deltakerne og har lagt mye vekt på at de ikke skulle føle seg presset eller eksponert. Dette kan ha bidratt til at deltakerne har følt seg mer komfortable med å dele sine erfaringer. Svakheter: Det er ikke mulig å generalisere resultatet på bakgrunn av kun seks intervjuer. Deltakerne ble rekruttert av ansatte, noe som påvirker sammensetningen av utvalget. Det kan ikke garanteres at deltakerne er fullstendig oppriktige i sine uttalelser. Data for undersøkelsen er kun basert på ett intervju per deltaker. Flere intervju ville styrket kredibiliteten.
Relevans	Studien er relevant i forhold til kunnskap om gode helsetjenester til mennesker med opioidavhengighet. Pasientene etterlyser mer kunnskap slik at de føler de blir møtt på sine behov. Artikkelen viser at etisk bevissthet i møte med disse pasientene kan være avgjørende i forhold til samhandlingen.
Etiske vurderinger	Studien er vurdert og godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og NSD (Norsk senter for forskningsdata). Deltakerne mottok informasjonsbrev om konfidensialitet og rettigheten til å trekke seg fra studien ved behov.

Tabell 5. Artikkel 3.

Full referanse	Grønnestad, T.E. & Sagvaag, H. Stuck in limbo: Illicit drug users' experiences with opioid maintenance treatment and the relation to recovery (2016). <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> . 2016(11). 31992. https://doi/full/10.3402/qhw.v11.31992
Hensikt med studien	Få innsikt i hvordan individer som oppholder seg i miljøer med ulovlig rusmiddelbruk opplever LAR, og undersøke hvordan dette påvirker deres rehabiliteringsprosess.
Metode	Kvalitativ studie, empirisk modell. Varighet på 1 år. Del av en større etnografisk studie med feltstudie over tre år. Data er basert på feltnotater og innspilte intervjuer. Intervjuene er basert på en semi-strukturert intervju-guide.
Utvalg/populasjon	Kontakt med 70-80 rusavhengige på et ikke navngitt treffpunkt. Åtte av disse ble intervjuet med varighet på 60-90 min. Totalt 11 intervju (noen ble intervjuet flere ganger). Feltnotater inneholdt beskrivelser fra 17 personer. Totalt ble det hentet data fra 28 personer. Geografisk område: Middels stor by i Norge, ikke spesifisert. Kjønnfordeling: 7 kvinner, 18 menn. Alder: Gj.snitt 40 år.
Hovedfunn/resultater	<p>Forfatterne peker på fire hovedtema: 1) tap av håp, 2) fanget i LAR, 3) substitusjonsbehandling er ikke nok og 4) stigmatisering av identitet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasjonen bak å delta i LAR-programmet var for disse individene var hovedsakelig å få et «normalt liv». De var sliten og lei av livet de levde og så på LAR som en utvei. Da behandlingen ikke levde opp til forventningene følte de seg bedratt og mistet håpet om en bedre framtid. 2. Substitusjonsopioider (spesielt metadon) gir sterke abstinenser ved kutt. Individene beskrev abstinensene som verre enn ved kutt av heroin, noe som gjør det nesten umulige å slutte. Strenge kontrollrutiner ved utdeling av substitusjonsopioider følte overvåkende og nedverdiggende. 3. Individene etterlyste tiltak som ikke bare tok bort trangen for ulovlige rusmidler, men også støtte til å håndtere smertefulle følelser. Substitusjonsopioidene erstattet ikke heroin som mestringsstrategi. 4. Mange opplevde at de havnet i «limbo» under LAR. De følte på en ekskludering og stigmatisering da de forlot rusmiljøet til fordel for det «ordinære samfunnet». Rusmiljøet hadde, tross alt, gitt en følelse av tilhørighet og respekt. Lave forventinger til en selv førte til et slags selv - stigma.
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker: Direkte og kontinuerlig oppfølging av deltakerne. En av forskerne oppholdte seg i miljøet 5 timer om dagen, 3 ganger i uken over 1 år. Deretter månedlig de neste tre årene. Analysen av datamaterialet ble utført av to forskere for å øke kredibiliteten. Studien har bredde ved å ikke kun se på rehabilitering som et liv fri fra rusmisbruk, men undersøke grad av skadereduksjon.</p> <p>Svakheter: utfordringer med å bli akseptert og inkludert av menneskene med opioidavhengighet. Forskerne kunne bli assosiert med myndighetene og forbinder med den makt og kontroll de utøver. Dette kunne påvirke rekrutteringen av deltakere og informasjonen de delte. Notater gjort i felt har den ulempen at de allerede før nedskrivning er farget av forskerens forforståelser. Flere tolkninger av samme datamateriale kan være nødvendig for reliabiliteten.</p>
Relevans	Studien er nyttig for problemstillingen fordi den viser en bakside ved LAR-programmet. Dette er viktig for å balansere inntrykket av LAR som

	behandlingsform. Artikkelen gir verdifull informasjon om viktigheten av at LAR tar hensyn til pasientens forutsetninger.
Etiske vurderinger	Studien er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og NSD (Norsk senter for forskningsdata). Undersøkelsen er utført i henhold til etiske prinsipper etter etiske retningslinjer i Helsinkideklarasjonen. Deltakerne har samtykket til undersøkelsen og er anonymiserte.

Tabell 6. Artikkel 4.

Full referanse	Aas, C. F., Vold, J. H., Skurtveit, S., Lim, A. G., Ruths, S., Islam, K., Askildsen, J. E., Løberg, E. M., Fadnes, L. T. & Johansson, K. A. (2020). Health-related quality of life of long-term patients receiving opioid agonist therapy: a nested prospective cohort study in Norway. <i>Substance abuse treatment, prevention, and policy</i> , 15(1), 68. https://doi.org/10.1186/s13011-020-00309-y
Hensikt med studien	Evaluere helserelatert livskvalitet og selvopplevd helse hos opioidavhengige langtidspasienter som er innlemmet i LAR-programmet i Norge. Det er ønske om å se på en stor kohort og sammenligne den med den generelle befolkningen.
Metode	Kvantitativ metode i form av observasjonsstudium og strukturerte intervju utført av helsepersonell med forskningskompetanse. Intervju ble utført to ganger. Oppfølgingsintervju ble gjennomført ett år etter det første. Intervjuet ble spilt inn direkte i det elektroniske datasystemet «CheckWare». Målingsinstrumentet EQ-5D-5L ble benyttet til å måle helserelatert livskvalitet (HRQoL). Fem dimensjoner (mobilitet, vanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depresjon) ble rangert etter fem nivåer (1=ingen problemer, 5=ekstreme problemer).
Utvalg/populasjon	609 pasienter knyttet til ulike polikliniske klinikker fullførte utspørringen ved første datainnsamling og 240 (40%) av disse ble fulgt opp med oppfølgingsspørsmål et år etter første treff. Geografisk område: Bergen og Stavanger. Kjønnfordeling: 29% kvinner, 71% menn Alder: 23-74 år, gj.snitt 44 år. Varighet i LAR-programmet: 0-25 år. Gjennomsnittet lå på 7,9 år.
Hovedfunn/resultater	Det ble funnet store variasjoner mellom individene i forhold til de fem dimensjonene og indeksverdiene, både ved første datainnsamling og ved ett års oppfølging. Halvparten av LAR-pasientene rapporterte signifikant forbedring i HRQoL etter ett år. Funnet viste store individuelle forskjeller. Sammenlignet med den øvrige befolkningen rapporterte LAR-pasientene høyere prosentandel av problemer innenfor alle domener. Spesielt innenfor smerte/ubehag og angst/depresjon. Kvinnelige LAR-pasienter rapporterte større problemer enn menn innenfor alle domener. Pasienter over 60 år rapporterte mest problemer med mobilitet og smerter/ubehag. Pasienter som mottok metadon, rapporterte større problemer innenfor alle domener enn pasientene som mottok buprenorfin-baserte medikamenter. På en annen side hadde 1/3 av LAR-pasientene generelt veldig god HRQoL. Dette er høyere enn de gjennomsnittlige verdiene for den øvrige befolkningen.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Blant de første studiene som kan påvise at det er muligheter for store forandringer i livskvalitet (inkludert positive) selv etter flere år i LAR-behandling. Studien tar for seg et større utvalg (609 individer) og er opptatt av å gi økt kunnskap om pasientenes perspektiv i forhold til livskvalitet og helse. Svakheter: Studien hevder å fokusere på langtidspasienter, men viser til varighet fra 0 år og oppover. Studien sier ingenting om hvor mange pasienter som har vært i LAR i kortere tid. Det var ekstreme variasjoner i index-verdier fra første datainnsamling til oppfølging, både i positiv og negativ retning. Dette tyder på at det ikke kan dras en generell og oppklarende konklusjon.
Relevans	Studien er relevant fordi den viser at LAR kan ha positive langtidseffekter. Den viser at effekten av LAR er avhengig av at tjenesteytere har kunnskap om pasientenes selvopplevde helse.

Etiske vurderinger	Studien er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og NSD (Norsk senter for forskningsdata). Undersøkelsen er utført i henhold til etiske prinsipper etter etiske retningslinjer i Helsinkideklarasjonen og fra retningslinjene i STROBE. Deltakerne har samtykket skriftlig til å delta i undersøkelsen.
--------------------	--

Tabell 7. Artikkel 5.

Full referanse	Carlsen, S.E.L., Lunde, L.H. & Torsheim, T. (2019). Predictors of quality of life of patients in opioid maintenance treatment in the first year in treatment. <i>Cogent Psychology</i> . Volume 6, 2019(1). https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1565624
Hensikt med studien	Undersøke livskvaliteten hos pasienter det første året de er innskrevet i LAR, og i tillegg undersøke potensielle korrelasjoner/samsvar med helhetlig livskvalitet og områdespesifikke indikatorer (bosituasjon, relasjoner til barn og venner, arbeid, fritid og økonomisk situasjon).
Metode	Kvantitativ metode med strukturerte intervju hver tredje måned i en periode på 2 år. Studien beskriver de 12 første månedene. Pasientenes subjektive opplevelser er registrert i NQR-SAT (The National Quality Register for Substance Abuse Treatment) som oversatt til norsk er «Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler». Det ble vurdert ni kvalitetsindikatorer mht. livskvalitet. En generell, og åtte spesifikke (økonomi, bolig, arbeid, fritid, helse, relasjon til barn, relasjon til partner, relasjon til venner).
Utvalg/populasjon	47 opioid-avhengige pasienter, registrert i LAR. Geografisk område: Distrikt tilhørende Haukeland Universitetssykehus. Kjønnfordeling: 11 kvinner og 36 menn. Alder: Over 18 år. Gjennomsnittsalder 37,8 år. Etnisitet: 93,6 norsk.
Hovedfunn/resultater	<p>Pasientene opplevde en liten forbedring i livskvalitet fra et helhetlig perspektiv i løpet av det første året. Blant de mer spesifikke indikatorene var det den økonomiske situasjonen som sto fram som mest signifikant.</p> <p>Pasientenes subjektive vurdering av hva som hadde størst betydning for deres livskvalitet var: a) Større økonomisk sikkerhet, da velferdsstaten dekker kostnadene for opioider b) Å ha meningsfulle aktiviteter på fritiden c) Å ha en bolig.</p> <p>Indikatorer som arbeid, relasjoner til partner og barn ble ekskludert fra studien pga. for få observasjoner. Ingen av pasientene i denne studien hadde en jobb. Verdien som ble registrert mht. bolig, vennsforhold og helse, ble de vurdert til å ikke ha en signifikant endring. Det ble også testet for faktorer som utdanning, ekteskapsstatus og type bolig, men ingen av disse årsaksvariablene var av signifikant betydning for generell livskvalitet. Pasientene defineres som en heterogen gruppe med store individuelle forskjeller.</p>

Kvalitetsvurdering	<p>Styrker: Studien er tatt fra et fagfelleurdert tidsskrift. Den er unik i sitt slag pga. hyppigere oppfølgingsintervju (hver tredje måned) enn det som er vanlig (årlige). Dette gjør at intervjuobjektene lettere husker avgjørende hendelser noe som gjør informasjonen mer reliabel. Informasjonen kommer fra pasientenes selvrapportert erfaringer, noe som anses som valid informasjon. Resultat både i forhold til helhetlig oppfattelse livskvalitet og spesifikke variabler.</p> <p>Svakheter: Relativt få informanter grunnet en utfordrende rekrutteringsprosess. Kun 29 av 47 pasienter hadde full deltagelse og hadde svart på alle spørsmål. Data har gått tapt ettersom pasienter har trukket seg ut av eller kun delvis har bidratt til undersøkelsen. Studien har en overvekt av menn og norsk etnisitet. Dette kan utelukke verdifull demografisk informasjon. Lengre oppfølging av pasientene kan ha gitt et mer korrekt bilde av hvilke årsaks-variabler som fører til bedre livskvalitet. Utvalget i en periode på tolv måneder kan ha fanget opp kun midlertidige livsforandringer. Tolkning av intervju kan farges av forforståelse og subjektivitet.</p>
Relevans	Studien er relevant for oppgaven på grunn av framstillingen av pasientenes subjektive forståelse av livskvalitet. Den viser også at andre faktorer enn helse relaterte årsaksvariabler har betydning for deres livskvalitet. Studien er nyttig fordi den viser at pasientene har behov for støtte på et bredt spekter.
Etiske vurderinger	Deltakerne i studien har avlevert skriftlig, informert samtykke for å delta i studien og studien er samtidig godkjent av den Regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), sør-øst.

Tematabellen nedenfor viser tema for problemstillingen «Hvordan kan LAR bidra til bedre livskvalitet for opioidavhengige ut fra et brukerperspektiv». Temaene er trukket ut fra resultatdelen i artiklene og kategorisert etter farge. Dette kodingsarbeidet resulterte i de fire endelige temaene som presenteres i resultatdelen i kap. 4.0.

Tabell 8. Tematabell

Artiklens tema				
Artikkel 1 "Predictors of quality of life..."	Støtteordninger bidrar til empowerment	Helse relaterte faktorer definerer ikke livskvalitet.	Pasientene anså fritidsaktiviteter, bolig og god økonomi som viktigste variabler mht. livskvalitet	Signifikant variasjon i pasientenes respons
Artikkel 2 "Empowerment and pathologization..."	Pasientens erfaringer gir kunnskap om individene	Makt-ubalanse mellom tjenestemottakere og tjenesteytere hindrer samarbeid	Diagnose stigmatiserer og blir barriere for selvbestemmelse og brukermedvirkning	Å bli hørt og respektert gir økt medbestemmelse og innflytelse (empowerment).
Artikkel 3 "It's just that people treat you"	Kunnskap om rusavhengighet og	Anerkjennelse og respekt fra ansatte bidrar til innflytelse	Å bli bemøtt med åpenhet og omsorg oppleves støttende	Ønske om å bli møtt som de individene de er.

like a human being..."	rusavhengige fremmer samarbeid/samhandling	og selvbestemmelse		
Artikkel 4 "Stuck in limbo, illicit drug users..."	Kontrollrutiner oppleves stigmatiserende og nedverdiggende	Ønske hjelp til å leve «et normalt liv», få kontroll over livet	God kommunikasjon med tjenesteytere og god støtte fra hjelpeapparatet er avgjørende	Tap av håp, følelse av maktesløshet og av å være fanget i «limbo»
Artikkel 5 "Health related quality of life (HRQoL)..."	HRQoL viste store individuelle forskjeller	1/3 av pasientene rapporterte «veldig god» HRQoL	Livskvalitet som subjektive vurderinger	Lavest score i HRQoL blant metadonbrukere, kvinner og LAR-pasienter over 40 år

4.0 Resultater

4.1 Helse og velvære

Studiene som omhandlet LAR-pasientenes livskvalitet i forhold til helse og velvære (artikkel 3,4 og 5), kunne alle dokumentere at helse og velvære handler om mer enn bare diagnoser og symptomer (Carlsen et al., 2019; Aas et al., 2020; Grønnestad & Sagvaag, 2016). Artikkel 5 viste til funn der helse som indikator for god livskvalitet lå nære et signifikant nivå, men nådde ikke opp som en av de viktigste. For disse pasientene handlet livskvalitet mer om velvære og i forhold til økonomisk trygghet, meningsfulle aktiviteter og trygge boligforhold. Funnene viste at LAR bidro til en beskjeden, men signifikant bedring av pasientenes livskvalitet ut fra et helhetlig perspektiv (Carlsen et al., 2019). Artikkel 4 sammenlignet LAR-pasientenes helserelaterte livskvalitet (HRQoL) med den øvrige befolkningen. Dette viste at pasientene hadde større problemer. Problemer med smerte, ubehag, angst og depresjon pekte seg ut som de største plagene. Artikkel 4 peker også på at det finnes variasjoner i forhold til pasientenes kjønn, aldersgruppe og LAR-medikament. For eksempel rapporterte kvinner større problemer enn menn, pasienter som var over 60 år rapporterte mest problemer i forhold til mobilitet og smerter og pasienter som mottok metadon rapporterte om flere problemer enn pasienter som mottok buprenorfin. Etter ett år i LAR rapporterte riktignok halvparten av pasientene at de hadde en betydelig forbedring i forhold til helserelatert livskvalitet og at hele 1/3 av pasientene rapporterte at den var «veldig god». Dette er til og med et bedre resultat enn tall fra den øvrige befolkningen (Aas et al., 2020). Artikkel 3 gir et annet bilde. Her deles erfaringer fra pasienter med ulovlig stoffmisbruk som er, eller har vært, i LAR. Disse pasientene opplever at de er «fanget» i LAR, og at helse og velvære er sterkt preget av dette. Mange av dem har psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Disse pasientene har store problemer med å håndtere misbruket og føler på tap av håp om bedring. Pasientene rapporterte at medikamenter ikke er tilstrekkelig for å oppnå velvære eller god helse. Medikamentene fra LAR hjalp kun mot abstinenser. Der heroin ble brukt som en mestringsstrategi for å håndtere vonde følelser etterlot substitusjonsopioidene et tomrom. Tross at de var slitne av livet de levde, mente de at LAR ikke var veien til bedre

livskvalitet. Da forventningene om bedring ikke ble møtt følte de seg sviktet av LAR som behandlingsprogram. Nesten alle pasientene i undersøkelsen hadde negative erfaringer med LAR. De hadde et spesielt anstrengt forhold til kontrollrutinene de måtte igjennom da de hentet ut LAR-medikamenter. For eksempel ble kontrollerte urinprøver, der de ble observert under prøvetakingen, oppfattet som nedverdiggende. Dette gjorde at de følte seg overvåket, noe som forsterket følelsen av å bli stigmatisert og ekskludert (Grønnestad & Sagvaag, 2016).

4.2 Samhandling

Artikkel 1, 2, og 3 (Larsen & Sagvaag, 2016; Solberg & Nåden, 2019; Grønnestad & Sagvaag, 2016) berører temaet «samhandling». Partene i samhandlingen pasientene i LAR og de ansatte som arbeider både administrativt og i miljøet. Pasientene i artikkel 2 la spesielt vekt på hvordan de ble bemøtt av sine omsorgsgivere. Å bli møtt med respekt og forståelse var viktig for å føle verdighet. Å bli vist respekt ble tolket som at man er til å stole på og at man er et «normalt menneske». At tjenesteytere ga omsorg ble også sett på som et tegn på respekt for det mennesket man er. Å bli møtt med åpenhet og godt humør var av stor verdi. Studien taler for at samhandlingen bør være preget av god kommunikasjon og etisk bevissthet. Pasientene ønsket at tjenesteytere hadde de rette kunnskapene om rusavhengighet og den enkeltes situasjon. Mangel på kunnskap ble ansett som en faktor som fratok pasientene verdighet. Dette fordi kunnskap var viktig for kontinuiteten i behandlingen og for å hindre at misforståelser oppsto. God samhandling og følelsen av å bli sett ga bedre selvfølelse, mer velvære og dermed økt livskvalitet (Solberg & Nåden, 2019). Å bli sett og hørt var også viktige elementer i artikkel 1. Pasientene ønsket å bidra til tjenesteutvikling og ønsket mer åpen kommunikasjon med tjenesteyterne. Pasientene opplevde flere barrierer i forhold til samhandlingen. For eksempel ble utfordringer mht. maktbalanse i relasjonen tjenesteyter og tjenestemottaker et hindret for at samarbeidet ble likeverdig. Dette gjorde at pasientene ikke følte seg respektert (Larsen & Sagvaag, 2016). Dette var også fremtredende tematikk i artikkel 3. Samhandlingen tok skade av at pasientene bebreidet LAR-systemet for problemene sine og ikke hadde tillitt til mange tjenesteytere. Pasientene følte seg ekskludert og lite verdsatt, noe som gjorde at kommunikasjon og samhandling brøt sammen. Tillitsbruddet førte til en ond sirkel av løgn og juks (Grønnestad & Sagvaag, 2016). Bevisst rundt etiske problemstillinger ble framhevet som et verktøy i god samhandling (Solberg & Nåden, 2019).

4.3 Individuell rehabilitering

Artikkel 1, 2, 4 og 5 setter fokus på at individuelle forskjeller kan ha effekt på pasientenes livskvalitet. Spesielt artikkel 4 og 5, som er kvantitative studier, presiserer at pasientene i studiene er heterogene grupper og at resultatene påvirkes deretter. I artikkel 5 blir det identifisert store variasjoner alt ettersom *hvilke* livskvalitetsparameter som ble målt, *hvem* som ble målt og *når* de ble målt. For eksempel viste en måling at det var en «signifikant variasjon» med hensyn til grad av misnøye over økonomisk situasjon. (Carlsen et al., 2019). Artikkel 4 støtter lignende resultater. Deres studie viser til raske endringer blant pasientene når det kommer til livskvalitet. Både i bedre og i verre retning. Studien viser også at de endringene som måles etter det første behandlingsåret i LAR påvirkes av parameter som kjønn, alder og hvilket medikament de tar (hhv. metadon eller buprenorfin-basert). Det er også store variasjoner innenfor de fem dimensjonene som er benyttet som indikatorer (mobilitet, selvpleie, vanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depresjon). Dette forteller at det finnes enorme mengder av kombinasjoner når det gjelder utvikling i livskvalitet (Aas, et al., 2020).

Artikkel 1, som er en kvalitativ studie, går mer i dybden på pasientenes opplevelser i forhold til individets utvikling. Flere pasienter opplevde at de ikke ble sett på som individer av de ansatte, men at de ble dømt ut ifra diagnose. Resultatdelen sier også de ansatte ønsket å ta hensyn til individuelle innspill, men at de var pliktige til å gi pasientene «forsvarlig helsehjelp». Dette ble et potensielt hinder for at pasientenes råd kunne tas til etterretning. Pasientene rapporterte at stigmatisering kunne stå i veien for den enkeltes mulighet til å påvirke behandlingsforløpet, både med hensyn til sin egen individuelle utvikling og for sine medpasienters. For eksempel mente mange av pasientene at deres unike erfaringer og kunnskap om opioider kunne være et nyttig verktøy for å hjelpe andre i samme situasjon. Stigma i form av sykeliggjøring ble sett på som et hinder for individuell utvikling. Dette førte til tap av tillit og pasientene følte seg misforstått (Larsen & Sagvaag, 2018). Artikkel 2 viser til lignende resultat. Pasientene uttalte blant annet at de ønsket å bli møtt som de individene de er (Solberg & Nåden, 2019).

4.4 Selvbestemmelse og brukermedvirkning

Alle artiklene berører temaet selvbestemmelse og brukermedvirkning. Spesielt artikkel 1 har et sterkt fokus på brukermedvirkning. Studien viser at det er visse barrierer for pasientenes innflytelse over LAR-programmet. Resultatene viser at pasientenes input og løsninger ikke nødvendigvis er forenelig med de lover, retningslinjer og policy som LAR-behandlingen er bygget på. Studien sier at brukermedvirkning var en verdi som ble ansett som viktig, men at pasientenes sykdomsbilde gjorde det vanskelig for de ansatte å ta hensyn til alle deres behov og meninger. Pasientene på sin side var urolige for at deres atferd kunne bli misforstått og at de skulle bli sykeliggjort. Et eksempel sier at uønsket atferd kunne bli oppfattet som en del av ruslidelsen og ikke bli tatt på alvor (Larsen & Sagvaag, 2018).

Artikkel 4 og 5 dokumenterer at resultatene er utarbeidet fra pasientenes egne oppfatninger av deres livskvalitet og fokuserer på hva som er viktige for dem (Carlsen et al., 2019) (Aas et al., 2020). Pasientene i artikkel 5 rapporterte at støtteordninger de fikk gjennom LAR bidro til at de fikk mer makt (jf. empowerment) over eget liv og bidro til bedre livskvalitet. Dette handlet i hovedsak om forbedret økonomisk situasjon (støtte til medikamenter frigjorde penger til annet) og en mer meningsfull hverdag (Carlsen et al., 2019). Artikkel 4 legger vekt på at målingene som omhandler helserelaterte faktorer knyttet til LAR og livskvalitet er basert på selvopplevd helse. Studien viser at pasientens egne vurderinger er hensiktsmessig som indikator for å gradere livskvalitet (Aas et al., 2020). Artikkel 2 legger vekt på begrepet «verdighet». Følelse av verdighet oppsto da pasientens behov ble møtt med respekt og anerkjennelse. Å ha verdighet ble satt i sammenheng med å kunne bestemme over eget liv og kunne medvirke i LAR-behandlingen. For eksempel kunne pasientene oppleve at de måtte vente på de ansatte og at de var nedprioriterte. De kunne ikke bestemme selv når det passet for dem å motta helsehjelpen. Stigma og fordommer bidro også til følelsen av å ikke kunne bestemme eller medvirke. Pasientene opplevde at nedlatende og respektløse holdninger bidro til mindre selvbestemmelse. Studien viser at faktorer som respekt, anerkjennelse og omsorg stimulerer til at pasientene føler seg sett og at de kan påvirke sin egen rehabilitering (Solberg & Nåden, 2019). Pasientene i artikkel 3 rapporterte at de hadde lite selvbestemmelse og innflytelse i forhold til LAR. Mange følte at LAR-programmet hadde fanget dem i en livsstil de ikke kom seg ut fra. De hadde mistet håp om et bedre liv og følte at LAR bidro til økt stigma og mangel på kontroll. En av pasientene uttalte at LAR hadde stor makt over ham. Han levde med en stadig frykt for å bli sparket ut av programmet dersom han ikke fulgte de strenge kontrollene. Mange av de andre

pasientene hadde også samme inntrykk. For dem var LAR blitt en behandlingsform som tok fra dem selvbestemmelse og brukermedvirkning (Grønnestad & Sagvaag, 2016).

5.0 Diskusjon

5.1 Helse og velvære

Studiene viser at det finnes ulike tilnæringsmåter til forståelse av helse og velvære. De viser også at helse og velvære er en subjektiv opplevelse, og at det handler om mye mer enn målbare parameter som medisindoser, fysiske plager og fungering i hverdagen. (Carlsen et al., 2019; Aas et al., 2020; Grønnestad & Sagvaag, 2016). Det handlet også om trygghet i forhold til økonomi og bolig, og om å ha meningsfulle aktiviteter. Helserelaterte faktorer var også betydningsfulle, men ikke avgjørende. (Carlsen et al., 2019). Dette støttes av Helsedirektoratet (2021) som sier at det er mye i livet som påvirker bedring. Det berører ikke bare fysiske og psykisk fungering, men også om sosial tilhørighet, nærmiljø, bolig og arbeid. Dessverre kunne ikke studiene redegjøre for hvordan sosiale forhold som arbeid og relasjoner påvirket helse og velvære, men det kan være faktorer som er verdt å utforske videre (Carlsen et al., 2019).

LAR har som mål å hjelpe mennesker med opioidavhengighet til å få en bedre livssituasjon (LAR-forskriften, 2010, § 2). Ut ifra det tradisjonelle medisinske perspektivet har dette tradisjonelt handlet om en patologisering av pasienten. Altså fokus på, og behandling av, aspekter ved pasientens liv som ikke fungerer (Carlsen, 2020, s 58-59). LAR er en del av det paradigmeskiftet som kan ses i rusbehandling, I stedet for å reparere sykdom skal rehabilitering være et middel for å bistå brukeren å oppnå et meningsfylt liv med eller uten sine psykiske lidelser (Karlsson & Borg, 2017). To av studiene viste til at behandling i LAR ga positive resultater i form av både helserelatert livskvalitet og generelt velvære. De ga også kunnskap om hvilke aspekter i livet som var viktigst for dem. (Carlsen et al., 2019; Aas et al., 2020). Dette viser at LAR kan forbedre livskvaliteten til en person med opioidavhengighet ved å identifisere faktorer som gir god helse for den enkelte og tilpasse tiltak deretter. Studien til Grønnestad & Sagvaag (2016) ga et mer dystert bilde av LAR-programmet. Pasientene i denne studien uttrykte misnøye med livskvalitet i forhold til velvære og helse. Den medisinske behandlingen ga en rekke plager og pasientene uttrykte stor frustrasjon over den stadige kampen mot abstinenser. LAR kan kritiseres for å opprettholde, og i verste fall å skape en tyngre avhengighet enn den opprinnelige heroinavhengigheten. Langtidsvirkninger av den medisinske behandlingen er heller ikke tilstrekkelig dokumentert (Helsedirektoratet, 2010, s.17).

Siden metadon kunne oppleves mer avhengighetsskapende enn heroin (Kakko, 2012) og ikke hjalp mot smertefulle følelser ble de fanget i et slags limbo. De følte mye på skam og stigma og savnet mer psykososial støtte. Som en av pasientene uttrykte det: «Medisin er ikke nok» (Grønnestad & Sagvaag, 2016). Dette kan tyde på at LAR bør sette inn flere psykososiale tiltak for å hjelpe pasienter med opioidavhengighet til bedre helse og velvære. Vernepleieren kan bidra med sin kompetanse innenfor recovery og mestring, og med kunnskap om substitusjonsbehandling kan vernepleieren arbeide med forbedringsmuligheter.

5.2 Samhandling

De kvalitative studiene viser at samhandlingen mellom Lar-pasientene og tjenesteytere kan ha stor innflytelse på rehabiliteringsprosessen (Larsen & Sagvaag, 2016; Solberg & Nåden, 2019; Grønnestad & Sagvaag, 2016). God samhandling stiller krav til begge parter. Artiklene ga innsikt i hva pasientene mente var viktig i samhandlingen med sine tjenesteytere. Mye handlet om hvordan de kommuniserte. De viktigste elementene var å bli behandlet med respekt og verdighet. Å bli sett og hørt var betydningsfullt. Å bli stigmatisert og behandlet som en «rusmisbruker» ble sett på som nedverdiggende. Pasientene var positive til ansatte som var åpne, støttende og hadde god kunnskap om deres behov og deres bakgrunn. Vernepleieren skal ha kompetanse i samarbeid med brukeren og arbeide for en utvikling i en retning som brukeren ønsker på en målrettet måte. For å lykkes med dette må vernepleieren ha en spesiell kommunikasjonskompetanse og å være god til å se om samarbeidet er på rett kurs. (Brask et al., 2016).

Noen former for samhandling ble vanskelige. Spesielt med tanke på tilfeller der pasientene følte det var en maktubalanse mellom dem og de ansatte. Dette kunne være i situasjoner der de måtte gjennom strenge kontrollrutiner, eller at de ikke ble tatt på alvor på bakgrunn av diagnose. Samhandlingen kunne da bære preg av misforståelser eller tillitsbrudd. Noen pasienter følte at de ikke kunne være ærlige om sin situasjon i frykt for å bli dømt som uverdigg til å motta hjelp. Andre følte seg sykliggjort, noe som hindret at de fikk innflytelse over rehabiliteringen. Det kan tenkes at pasientene følte at de ansatte «gjemte» seg bakom lover og regler slik at de unngikk å ta råd og innspill til etterretning. De ansatte på sin side kan ha opptrådd på den måten nettopp fordi samhandlingen ikke er helt gjensidig. Tjenesteytere står i en maktposisjon ovenfor sine tjenestemottakere i LAR og siden ansatte også har en plikt til å yte forsvarlig helsehjelp kan det være vanskelig å møte pasientene likeverdigg (Larsen & Sagvaag, 2016. Denne «drakampen» som kan oppstå i samhandlinger beskrives også av Lorentzen et al. (2018, s. 36-41). Dette er et eksempel på at ulike viljer og ulike mål kan kollidere. I og med at pasientene er i en sårbar posisjon på grunn av sin lidelse og avhengighetsforhold til støtteapparatet kan det være verdt å reflektere over hvilken maktposisjon man har som vernepleier. Hvilke verdisyn tar en med seg inn i samhandlingen med sine pasienter? Hvilke kommunikasjonsferdigheter er nødvendige? Pasientene i LAR er en heterogen gruppe slik det påpekes i de kvantitative studiene (Carlsen et al., 2019; Aas et al., 2020). Dette innebærer at de kommer inn i LAR med ulike formål og fra ulike kulturer. For å kunne gi god støtte kan det være fordelaktigg å bygge gode relasjoner for å oppnå en felles forståelse av målet og midlet. Lorentzen (2018) sier at det kan det være utslagsgivende for en samhandling om en person blir møtt som et individ, en oppgave, et problem eller en diagnose. Pasientene i LAR er i en sårbar livssituasjon så en samhandling bør bære preg av respekt, likeverd, ektehet, medfølelse, tillit, omsorg og nærvær. En vernepleier som arbeider i samhandling med LAR-pasienter bør dermed forsøke å vinne en balanse mellom profesjonalitet og medmenneskeligg Lorentzen et al. (2018). Vernepleieren kan bistå med å gi passende utfordringer som fremmer motivasjon i stedet for uoppnåelige som ikke gir mestringsfølelse. Slike utfordringer møtes best ved gjensidigg forståelse (Karlsson & Borg, 2017). Her har vernepleieren spesialkompetanse gjennom sin fagkunnskap om hvordan man skaper gode relasjoner og hvordan man skal se muligheter for pasienten.

5.3 Individuell rehabilitering

Studiene viser at det er store individuelle forskjeller på hvordan LAR-pasientene oppfatter LAR som behandlingsform og hvilket behandlingsforløp hver enkelt har. De kvantitative studiene (Carlsen et al., 2019; Aas et al., 2020) ønsker å utforske hva LAR-pasientene selv mente var gode indikatorer for god livskvalitet. Selv om studien til Aas, et al. (2020) utelukkende handlet om helserelaterte faktorer så ga den et inntrykk over hvor krevende det kan være å få fine entydige resultater for hele gruppen. Studien som ble utført av Carlsen et al., (2019) viste til lignende resultater. Mer forskning ble anbefalt for å undersøke problemstillingene i forhold til livskvalitet for den enkelte. Artikkelen om helserelaterte indikatorer fortalte også at livskvalitet forandrer seg over tid, og ofte med raske intervaller.

De kvalitative studiene beskriver pasientenes opplevelser i forhold til deres individuelle utvikling i LAR-programmet. Studiene gir inntrykk av at hver historie er unik og at kunnskap om individets forutsetninger og situasjon er utslagsgivende for en god behandling. En stor trussel for deres personlige utvikling så ut til å være stigmatisering, ikke bli tatt på alvor og ikke få påvirke sitt eget behandlingsforløp (Larsen & Sagvaag, 2018; Solberg & Nåden, 2019). Å bli stigmatisert gjennom sin diagnose, å bli «sykeliggjort», ble sett på som barriere for deres individuelle utvikling og potensiale. I studien til Solberg & Nåden (2019) uttrykte pasientene et ønske om å bli møtt som de individene de er.

Ved å sammenligne de kvalitative og kvantitative studiene ble det tydelig at det finnes store mengder variabler i forhold til livskvalitet. Å kunne si noe generelt virker nesten som en umulig oppgave. Dette tyder på at bevissthet rundt fordommer og forforståelser kan hjelpe oss å se mennesket bak diagnosen og dermed skape tillit framfor mistenksomhet. Noen fellestrekk så det likevel ut til å være. Økonomisk trygghet så ut til å være satt høyt på lista over ting som måtte være på plass for å kunne ha et godt liv.

For å kunne møte pasienten som et individ kan recoverypraksis være et godt verktøy i LAR. Recoveryperspektivet oppfordrer nemlig det unike ved personen å komme fram. Vernepleieren kan bidra til dette ved å bli kjent med pasientens unike ressurser og forutsetninger og være en støttespiller i arbeid for å nå individuelle mål, for eksempel gjennom å utforme en individuell plan (Karlsson & Borg, 2017).

5.4 Selvbestemmelse og brukermedvirkning

Brukermedvirkning virket å være et viktig element i alle artiklene. Forskerne så ut til å ivareta pasientenes perspektiv, selv i de kvantitative studiene. De kvantitative studiene var riktignok mer fokusert på målbare parameter, og hadde ikke samme dybde i form av pasientenes tanker og følelser, men de ga likevel inntrykk av å være opptatt av å gi mer kunnskap om hva som var viktig for gruppen med tanke på livskvalitet (Carlsen et al., 2019; Aas et al., 2020). Studien av Aas et al. (2020) viser for eksempel at pasientens subjektive vurdering av helserelatert livskvalitet, i motsetning til mange andre studier i samme kategori der forskere kun analyserer på objektive målinger og deretter avgjør en egen gradering av livskvalitet (Helsedirektoratet, 2010). Når pasienten selv vurderer sin livskvalitet i undersøkelsen, blir det mer sammenfallende med økt selvbestemmelse.

Mange av pasientene opplevde at selvbestemmelsen deres kom i konflikt med de ansattes handleplikt jf. Helsepersonelloven (hpl. § 4, 1999). Vernepleieren er underlagt denne loven og plikter dermed å yte forsvarlig helsehjelp. Samtykke er et viktig element

i å yte og motta helsehjelp. Samhandlingen ser ut til å få best resultat når pasienten samtykker til eller faktisk ønsker hjelpen Brask et al., 2016). Undersøkelsene viste at dette kunne være svært vanskelig for enkelte pasienter. Pasientene i studien til Grønnestad og Sagvaag (2016) hadde først samtykket til hjelpen, men følte at de ikke lenger ønsket hjelpen som LAR ga dem. De opplevde at de var fanget i en verden mellom det «frie» rusmiljøet og det «kontrollerende» LAR-programmet. De følte rett og slett at tjenestene fra LAR ga de dårligere livskvalitet enn tidligere når det kom til selvbestemmelse og brukermedvirkning. Følelsen av å være maktesløs hadde tatt over. Det var altså et tap av empowerment. Pasientene i studien til Larsen og Sagvaag (2018) hadde lignende opplevelser. De på selvbestemmelse og empowerment som noe som kontrolleres og godkjennes av ledere og personale.

Brask et al. (2016) legger vekt på at hjelpen bør preges av dialog der to likeverdige (men ikke like) parter samarbeider. Dette omtales som en slags «gullstandard» for vernepleieren. Som poengtert tidligere i avsnittet om samhandling kan dette by på utfordringer når partene står i et motsetningsforhold, som eksempelet med handleplikten og ansvarsrollen. Det kan være ønskelig for begge parter at brukermedvirkning, selvbestemmelse og empowerment er dominerende i rehabiliteringen, men etiske dilemma oppstår i det øyeblikk brukeren ikke er i stand til å vurdere sitt eget beste Brask et al., 2016). Hva blir viktigst for pasientens livskvalitet? Selvbestemmelsen og brukermedvirkningen, eller det fagpersonen vurderer som «rett» hjelp? Studiene viser at vernepleieren kan havne i mange lignende situasjoner i sin yrkesutøvelse. Vernepleieren har en yrkesrolle som har høyt fokus på brukermedvirkning, men den samtidig forankret i tradisjonell medisinsk tenkning. Recovery-orientert praksis utfordrer her det tradisjonelle. Dette innebærer at vernepleieren utfordres i faglig skjønn. Det kan være vanskelig å orientere seg om man opplever å bli dratt i to retninger. Det krever at vernepleieren er villig til å være åpen for nye metoder, men samtidig ha evne til kritisk tekning (NAPHA, 2018). Å finne balansen mellom faglig forsvarlighet og retningslinjer som åpner for mer brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2022) kan bli en av vernepleierens største utfordringer framover.

5.4 Metodediskusjon

Metodene som er benyttet i arbeidet med denne oppgaven har både styrker og svakheter. Thidemann (2019, s. 99) sier at artikler som har ulike forskningsdesign kan være utfordrende å sammenligne. Dette var tilfelle i denne litteraturstudien. Artiklene besto av henholdsvis kvalitativ og kvantitativ metode. Noen av studienes styrker og svakheter er redegjort for i litteraturmatrisene (tabell 3, 4, 5, 6 og 7).

Med utgangspunkt i problemstillingen «Hvordan kan LAR bidra til bedre livskvalitet for opioidavhengige ut fra et brukerperspektiv», kan det ha vært fordelaktig å bare inkludert artikler med kvalitativ metode for å få mer dybdekunnskap om LAR-pasientenes meninger, opplevelser, tanker, erfaringer mm. Dette kunne styrket det forstående perspektivet som nevnes i Thidemann (2019). Artiklene med kvantitativ design ble likevel inkludert for å undersøke hvordan livskvalitet kan ses ut fra målbare enheter. De ga kunnskap om hvilke faktorer som var viktig for livskvalitet blant LAR-pasientene, men siden de vurderes til å være kohortstudier bør man være bevisst på at dersom faktorer er ujevnt fordelt mellom gruppene forstyrrer dette dataanalysen slik at resultatet blir misvisende (Kakko, 2012, s.23). Manglende data (f.eks. spørsmål som ikke hadde blitt besvart eller at pasienten trakk seg halvveis i studien) kan også ha påvirket reliabiliteten og validiteten. Effektstudier med randomisert design (RCT-studier) som er typiske for kvantitative studier, ble ekskludert. RCT-studier er ofte endimensjonale og referer til

entydige lidelser med ett eller få tiltak, gjerne over kort tid. Helsedirektoratet (2010) anbefaler en annen studiedesign til undersøkelser av kroniske lidelser som er sammensatte og som krever mange tiltak over tid, slik tilfellet er ved LAR (Helsedirektoratet, 2010, s. 27-28). Dette er tatt hensyn til i oppgaven.

På grunn av oppgavens omfang og begrensninger ble kun fem artikler analysert i litteraturstudiet. Noen relevante studier ble derfor utelatt med hensikt. Det må også tas høyde for at andre relevante studier kan ha blitt oversett. Forfatteren Sagvaag er brukt flere ganger, noe gir en mindre bredde i antall forskere. Dette kan påvirke relabiliteten dersom resultatene blir unyansert på grunn av forfatterens forforståelse.

Litteratur som er brukt i oppgaven er oversatt fra engelsk og dansk (fagbok av Johan Kakko), til norsk. Ordlyden er noen ganger endret for å oppnå bedre flyt i språket. Dette kan være en kilde til feiltolkninger. Min egen tolkning av både språk og innhold kan også være en feilkilde. Forforståelsen jeg tar med inn i tolkning av tekstene vil også farge resultatet, både bevisst og ubevisst. Det er likevel gjort forsøk på å være så åpen og objektiv som mulig.

I de nasjonale, faglige retningslinjene i LAR fra 2010 ble det påpekt at langsiktige oppfølgingsstudier er sjeldent innenfor LAR-forskning, både på individ og gruppenivå. Det uttrykkes bekymring for at tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk (dvs. spesialisthelsetjenesten) ser ut til å følge retningslinjer basert på forskning med få dimensjoner. Dette ble spesielt tydelig i arbeidet med retningslinjer for psykososial oppfølging. Beskjedent utvalg av såkalte longitudinelle studier ble ansett som en svakhet i kunnskapsgrunnlaget. Særlig tanke på at substitusjonsbehandling er en livslang prosess for de fleste pasientene i LAR (Helsedirektoratet, 2010, s.28). Denne oppgaven har forsøkt å ta hensyn til dette og kun benyttet kun langsiktige studier. Dette kan anses som en av styrkene med oppgaven. Kun nyere forskning (ikke eldre enn ti år) er brukt på fordi nasjonal retningslinje for LAR fra 2010 etterlyser mer og nyere forskning for å styrke kunnskapsgrunnlaget. Kunnskapsgrunnlaget ble den gangen ansett som «svakt».

I og med at nye retningslinjer for LAR ble lansert under innspurten av arbeidet med denne oppgaven ble premissene noe endret. Vinklingen ble endret fra å se på hva retningslinjene potensielt *kunne* bli, til å se på hva retningslinjene faktisk ble. Dette var likevel en nyttig erfaring. Det viste hvor viktig det er å holde seg oppdatert på fagfeltet til enhver tid.

6.0 Konklusjon

De negative konsekvensene av å leve med opioidavhengighet og håpet om et bedre liv er hovedårsakene til at mennesker søker om å få behandling i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Rehabiliteringsprosessen gjennom et recoveryperspektiv innebærer at rehabiliteringen forstås som en individuell og unik prosess der målet er å utvikle mening og hensikt med livet. Livsmestringen handler om å leve et liv som er tilfredsstillende og deltakende, selv med begrensninger forårsaket av rusavhengigheten. Oppgaven er skrevet med et vernepleieblikk, men med et brukerperspektiv. Det vil si at vernepleierens yrkesrolle har vært et bakteppe i søk etter kunnskap om opioidavhengighet og hvordan LAR kan bistå med et best mulig tilbud til sine brukere. Å arbeide recoveryorientert kan by på utfordringer i forhold til regelverk, men nye retningslinjer for LAR gir rom for mer brukermedvirkning og selvbestemmelse (jf. Empowerment). For vernepleieren kan det å arbeide recoveryorientert innebære å «snu ting på hodet». I stedet for tradisjonell tilnærming der fagfolk har utviklet behandlingsmål som brukeren skal følge, skal recoverymål komme fra brukeren.

Pasienten i LAR skal altså være aktiv i sin egen livsprosess og selvstendig kunne ta avgjørelser, dog i samarbeid med en fagperson (f.eks en vernepleier). Personen med psykisk sykdom skal bruke sin erfaring med sykdommen som en ressurs framfor å se på sykdommen som en stigmatiserende diagnose. Slik kan pasienten oppnå bedre livskvalitet. Tidligere forskning har dokumentert at mange opioidavhengige har nedsatt fysisk og psykisk helse. Helse relatert livskvalitet har tradisjonelt vært fokus innenfor feltet, men det er nå større interesse for forskning på velvære og andre livskvalitetsindikatorer har. Denne oppgaven er et forsøk på å finne nyere forskning som viser dette paradigmeskiftet. Begrepet livskvalitet har blitt brukt inkonsekvent innenfor de ulike forskningsfeltene. Derfor har studier som omhandler livskvalitet sprikende resultat. Selv om det er manglende konsensus om hvordan livskvalitet skal forstås er forskerne enig om at det er et subjektivt begrep. Gode retningslinjer i forhold til å skape økt livskvalitet kan bidra til at alle drar i samme retning. Dette kan være avgjørende for god rehabilitering. Resultatene viser at det er store individuelle forskjeller i hvordan livskvalitet vurderes av LAR-pasientene. Resultatene spriker også i forhold til kvantitative og kvalitative studier. Det ser ut til å være et behov for mer forskning for å kunne avdekke mer kunnskap innenfor rusavhengighet og livskvalitet. Spesielt innenfor psykososiale tiltak.

Litteraturliste

Aas, C. F., Vold, J. H., Skurtveit, S., Lim, A. G., Ruths, S., Islam, K., Askildsen, J. E., Løberg, E. M., Fadnes, L. T. & Johansson, K. A. (2020). Health-related quality of life of long-term patients receiving opioid agonist therapy: a nested prospective cohort study in Norway. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. 2020(15:68).
<https://doi.org/10.1186/s13011-020-00309-y>

Aveyard, H. (2018) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide* (4. Utg.). Open University Press

Brask, O.L., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.

Carlsen, S.E.L., Lunde, L.H. & Torsheim, T. (2019). Predictors of quality of life of patients in opioid maintenance treatment in the first year in treatment. *Cogent Psychology*. 2019(1). <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311908.2019.1565624>

Carlsen, S.E.L. (2020) *Opioid maintenance treatment and social aspects of quality of life for first-time enrolled patients. A quantitative study.: A quantitative study*.
<https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/22454>

Direktoratet for e-helse (F10-F19). (2022). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer*. Hentet 28.05.2022 fra:
<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/1/0/2599471>

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2021). *Yrkesbeskrivelse vernepleier*. Hentet 28.05.2022 fra: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/vernepleier>

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2022). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon. (2022). *Ny LAR-retningslinje!* Hentet 26.05.2022 fra: <https://www.rusfeltet.no/nyhetsarkiv/ny-lar-retningslinje-article3460-28.html>

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (FOR-2011-12-16-1256) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_1

Grønnestad, T.E. & Sagvaag, H. (2016). Stuck in limbo: Illicit drug users' experiences with opioid maintenance treatment and the relation to recovery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2016(11), 31992. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v11.31992>

Helsebiblioteket. (2016). *Forskningsmetode*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2017). *Tverrsnittstudie*. Hentet 23.05.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>

Helsebiblioteket. (2022). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 23.05.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/legemiddeletikk/helsinki-deklarasjonen>

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (legemiddelassistert rehabilitering)*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utlevering-av-substitusjonslegemiddel-i-og-utenfor-lar/Utlevering%20av%20substitusjonslegemiddel%20i%20og%20utenfor%20LAR%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/c1c09131-4946-4fe4-ab71-ae0a5bc16be5:0601f8a81e41206e0a1b2f1e7ac00aeb61079a95/Utlevering%20av%20substitusjonslegemiddel%20i%20og%20utenfor%20LAR%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet (2021). *3.3 Bedringsprosesser (recovery)*. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/generelle-prinsipper/bedringsprosesserrecovery>

Helsedirektoratet. (2022). *2. Metode og prosess*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet/metode-og-prosess>

Helsedirektoratet. (2022). *Behandling ved opioidavhengighet*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet/behandling-ved-opioidavhengighet#pasienter-med-opioidavhengighet-bor-vurderes-for-lar-og-bor-tilbys-lar-nar-det-etter-en-helhetlig-vurdering-er-den-behandlingsmetoden-som-gir-best-nytte-for-pasienten>

Helsedirektoratet. (2022). *Behandling ved opioidavhengighet*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet/behandling-ved-opioidavhengighet#buprenorfin-og-metadon-anbefales-som-substitusjonslegemiddel-i-lar-ved-utilstrekkelig-behandlingseffekt-eller-vesentlige-bivirkninger-av-buprenorfin-og-metadon-bor-langtidsvirkende-morfin-vurderes>

Helsenorge. (2018) *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*. Hentet 28.05.2022 fra: <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar/>

Helsenorge (2020). *Opioidavhengighet*. <https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/opioidavhengighet/>

Helsepersonelloven - hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* LOV-1999-07-02-64. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_3#%C2%A716

Kakko, J. (2012). *Heroinafhængighed - Baggrund og behandling*. FADL's Forlag.

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal Akademisk.

LAR-forskriften. (2009). Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). (FOR-2009-12-18-1641). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>

Larsen, T. & Sagvaag, H. (2018). Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. *Health Expectations*, 2018(21) 1231-1240. <https://doi/10.1111/hex.12828>

Lorentzen, P., Pettersen, M. & Næss, P. M. (2018). *Samværets praksis. Bidrag til en relasjonell tilnærming i miljøarbeid*. Universitetsforlaget.

NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2018). *Recovery*. <https://napha.no/content/13883/Recovery>

NEL – Norsk Elektronisk Legehåndbok. (2022). *Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR)*. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/rus--og-avhengighetsmedisin/tilstander-og-sykdommer/avhengighetstilstander/legemiddelassistert-rehabilitering-lar>

NHI (2022). *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/narkotiske-stoffer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar/>

NOU 2019:26. (2019). *Rusreform - fra straff til hjelp*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Teknisk redaksjon. <https://www.regjeringen.no/contentassets/78d1c46cd04f42f881e1ad0376c09c2e/no/pdf/s/nou201920190026000dddpdfs.pdf>

- NRK (2022). *Rusreform*. <https://www.nrk.no/nyheter/rusreforma-skal-vere-ferdig-i-2023-1.15904584>
- NRK-tv. (2015). *Den siste dosen*. Lastet ned 14.02.2022. <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt/2015/MDDP11000415/avspiller>
- NTNU. (2022). *Vernepleie*. Henter 25.05.2022 fra <https://www.ntnu.no/studier/hsgveb>
- NTNU bibsys. (2022). *Databaser etter kategori*. https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/dbsearch?query=contains,dbcATEGORY,&tab=jsearch_slot&sortby=title&vid=NTNU_UB&lang=no_NO&offset=0&databases=category,medisin_helsefag%E2%94%80psykiatri
- Prop. 92 L (2020–2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/?ch=2>
- Regjeringen. (2021). *Prop. 92 L (2020–2021). Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/>
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene*. Cappelen Damm Akademisk
- Solberg, H. & Nåden, D. (2019). It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 2020(29), 480-491. <https://doi.org/10.1111/jocn.15108>
- Sykepleien. (2007). *Gadamers hermeneutikk*. Hentet 22.05.2022 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/gadamers-hermeneutikk>
- Thidemann, I.J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. (2.utg). Universitetsforlaget.
- Universitetet i Oslo, UiO. (2022). *Lansering av statusrapporten for LAR 2021*. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/aktuelt/arrangementer/seminarer/seminarer-2022/lansering-av-statusrapporten-2021.html>
- World Health Organization WHO. (2012) *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Hentet 24.05.2022 fra: <https://www.who.int/tools/whoqol>