

Anna Franziska Flaathe

Når livet blir noe mer enn den neste dosen

**En oppgave om rusavhengiges opplevelse av livskvalitet
knyttet til substitusjon- og heroinbehandling i Norge og
Danmark**

Masteroppgave i sosialt arbeid

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag

Anna Franziska Flaathe

Når livet blir noe mer enn den neste dosen

En oppgave om rusavhengiges opplevelse av livskvalitet knyttet til substitusjon- og heroinbehandling i Norge og Danmark

Masteroppgave i sosial arbeid

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag

Oslo, mai. 2015

Sammendrag

Denne oppgaven handler om hvordan personer som mottar substitusjons- og heroinbehandling i Norge og Danmark opplever sin livskvalitet. Hensikten har vært å få en økt forståelse av hvordan slik behandling påvirker den enkeltes livskvalitet. Problemstillingen i oppgaven er som følger: *Hvordan opplever rusavhengige som mottar substitusjons- og heroinbehandling sin livskvalitet, og på hvilken måte opplever de at den har sammenheng med substitusjon- og heroinbehandling?*

Oppgavens datamateriale er kvalitativt og består av syv dybdeintervjuer med personer som mottar substitusjons- og heroinbehandling. To av informantene mottar heroinbehandling i Danmark, to mottar substitusjonsbehandling i Danmark og tre informanter mottar substitusjonsbehandling i Norge.

For å forstå og analysere informantenes opplevelse av sin egen livskvalitet, anvendes Erving Goffmans teori om stigma, teorier om brukermedvirkning og empowerment, ulike teorier om livskvalitet og Abraham Maslow sin behovspyramide. De teoretiske perspektivene brukes til å diskutere de ulike faktorene som påvirker den enkeltes livskvalitet. Oppgaven tar også utgangspunkt i det gjeldende lovverket knyttet til substitusjons- og heroinbehandling i Norge og Danmark og dette brukes for å diskutere forskjeller og likheter mellom norsk og dansk ruspolitikk. Oppgaven stiller spørsmål ved om ulik organisering av rusmisbrukeres tilbud i Norge og Danmark påvirker informantenes livskvalitet.

Basert på anvendt teori og funn konkluderer oppgaven med at substitusjons- og heroinbehandling har bidratt til å øke livskvaliteten til informantene på en rekke problemområder. Av de fleste informantene ble selve medisinen beskrevet som en viktig faktor for å ha fått bedre livskvalitet. De viktigste forklaringene på dette var opplevelsen av at behandlingen er stressreducerende fordi man har fått frihet fra rus, prostitusjon og kriminalitet. Forklaringene på redusert livskvalitet var primært knyttet til ulike kontrolltiltak i behandlingen. Dette kan skape konflikter i samarbeidet og kan resultere i en opplevelse av manglende brukermedvirkning. Anvendt litteratur og informantenes fortellinger synliggjør at livskvaliteten påvirkes av tjenestetilbudet og at Norge og Danmark har vektlagt ulike forhold i utformingen av narkotikapolitikken. Oppgaven tyder også på at heroinbehandling vil kunne være et viktig tilbud for de tyngste brukerne som gjentatte ganger har forsøkt ordinær substitusjonsbehandling uten å lykkes med dette.

Abstract

This paper is about how people who receive substitution- and heroin treatment in Norway and Denmark experience their quality of life. The aim of the study is to get a better understanding of how the treatment affects the individual's quality of life. The topic question is as follows: *How do drug addicts who receive substitution- and heroin treatment experience their quality of life and how do they feel that the quality of life is linked to substitution- and heroin treatment?*

This study is based on qualitative methods and consists of seven interviews with people receiving substitution- and heroin treatment. Two informants receive heroin treatment in Denmark, two are receiving substitution treatment in Denmark and three informants are receiving substitution treatment in Norway.

To understand and analyze the informants' experience of their own quality of life, I used Erving Goffman's theory of stigma, theories of user participation and empowerment, various theories of quality of life and Abraham Maslow's hierarchy of needs. The theoretical perspectives are used to discuss the various factors that affects the individual's quality of life. The paper is based on the current laws related to substitution- and heroin treatment in Norway and Denmark and this is used to discuss differences and similarities in Norwegian and Danish drug policy. This project raises questions about if and how the different organization of substitution treatment in Norway and Denmark affects informants' quality of life.

Based on applied theory and findings, this paper concludes that substitution- and heroin treatment has contributed to improving the life quality of the informants in a number of problem areas. Most informants describe the medication as an important factor. The main explanation for this is the experience of the treatment as stress-reducing because of freedom from drugs, prostitution and crime. Experiences of reduced quality of life are primarily related to various control measures linked to the treatment. This can create conflicts in the cooperation between users and professionals and result in a lack of user involvement. Applied literature and informants' stories demonstrate that quality of life is affected by the provision and that Norway and Denmark have emphasized various aspects in the formulation of drug policy. This paper also indicates that heroin treatment could be an important amenity for the heaviest users who repeatedly have attempted ordinary substitution treatment, without experiencing success with this.

Forord

Ideen til denne masteroppgaven startet for flere år siden, med et personlig engasjement knyttet til rusavhengiges situasjon. Det å skrive denne oppgaven har derfor vært en lang prosess, fra en uferdig tanke, til en ferdig masteroppgave. Det har vært både spennende og utfordrende, og prosessen har vært preget av opp- og nedturer. Mange mennesker har inspirert, hjulpet og bidratt i denne prosessen. Dere fortjener alle en stor takk.

Aller først vil jeg takke mine syv informanter. Jeg er så takknemlig for at dere tok dere tid til å dele deres opplevelser med meg. Deres kunnskap, tanker og erfaringer er denne oppgavens grunnmur. Uten dere ville ikke denne oppgaven blitt til. Tusen takk.

Takk til min veileder Sigrun Saur Stiklestad for råd og tilbakemeldinger.

Mine tålmodige venner fortjener en stor takk. Denne prosessen har tidvis vært alttopplukende, tusen takk for deres støttende ord og forståelse gjennom dette halve året. En spesiell takk til Kristin og Kristine for gode tilbakemeldinger, innspill og konstruktiv kritikk. Uten dere ville dette blitt en dårligere oppgave.

Tusen takk til Hilde, min kloke og trofaste studievenninne gjennom snart fem år. Jeg er så glad og takknemlig for at vi har stått sammen i denne prosessen.

Familien min har bidratt og hjulpet meg gjennom hele prosessen. Tusen takk til pappa for at du har delt din akademiske kunnskap med meg, for at du har hjulpet meg med alle tekniske utfordringer og for at du alltid stiller opp for meg. Takk til mamma for at du har pirket i språket mitt og at du har tatt deg tid til å lese oppgaven. Aller mest vil jeg takke deg for alt du har lært meg om livet, for at du har lært meg om godhet og for at du aldri ser ned på andre mennesker.

Sist, men ikke minst tusen takk til min kjæreste Andreas. Takk for at du har trøstet meg når jeg har hatt lyst til å gi opp, for at du alltid klarer å være positiv og for at du er den du er. Selvfølgelig takk for dine gode, faglige innspill og tanker knyttet til prosjektet.

Anna Franziska Flaathe, Oslo 15 mai. 2015

INNHold:

SAMMENDRAG	ii
ABSTRACT	iii
FORORD	iv
1. INNLEDNING	1
1.1 PROBLEMFOrMULERING	2
1.2 MIN FORFORSTÅELSE	3
1.3 RELEVANS FOR SOSIALT ARBEID	3
1.4 BEGREPSAVKLARING	5
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING.....	6
2. BAKGRUNN	7
2.1 LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING	7
2.2 OPIATAVHENGIGHET I NORGE	9
2.3 SUBSTITUSJONSBEHANDLING I DANMARK	9
2.4 HEROINASSISTERT BEHANDLING.....	10
2.5 HEROINBEHANDLING - UTFORDRINGER I PRAKSIS	12
2.6 OPIATAVHENGIGHET I DANMARK.....	13
2.7 HELSEMESSIGE KONSEKVENSER AV RUSMISBRUK.....	14
3. METODE	16
3.1 VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV - FENOMENOLOGI	16
3.2 KVALITATIV METODE.....	16
3.3 INTERVJU SOM METODE	17
3.4 UTVALG OG REKRUTERING	18
3.4.1 HVEM ER INFORMANTENE?	18
3.4.2 HVORDAN KOMME I KONTAKT?.....	19
3.4.3 UTVALGET	20
3.4.4 FORSKNINGSETIKK I REKRUTTERINGEN	21
3.5 INTERVJUENE	21
3.5.1 FORSKNINGSETIKK I INTERVJUSEKVENSEN	22
3.5.2 TRANSKRIBERINGEN.....	23
3.6 ANALYSE AV MATERIALET	24

3.7 FORSKNINGENS OVERFØRBARHET	25
4. TIDLIGERE FORSKNING	27
4.1 STUDIER AV HEROINBEHANDLING	27
4.2 FORSKNING UTSATT FOR KRITIKK	28
4.3 ANNEN RELEVANT FORSKNING	30
5. LITTERATUR.....	32
5.1 ERVING GOFFMANN - STIGMA.....	32
5.2 BEGREPET LIVSKVALITET	34
5.3 BRUKERMEDVIRKNING.....	37
6. ANALYSE.....	40
6.1 LIVSKVALITET	40
6.1.1 REDUSERT STRESS	40
6.1.2 ET MINDRE FARLIG LIV.....	42
6.2 BRUKERMEDVIRKNING.....	45
6.2.1 FORHOLDET MELLOM MAKT OG HJELP	45
6.2.2 HENTEORDNINGER - TRYGGHET ELLER BEGRENSNING?.....	47
6.2.3 OM Å SLUTTE MED LAR	50
6.3 OM METADON OG LIVSKVALITET	51
6.4 ARBEID, STUDIER OG MENINGSFULL AKTIVITET	53
6.5 BOLIG.....	55
6.6 NETTVERK OG FORHOLD TIL VENNER OG FAMILIE	56
6.6.1 OM Å BYGGE NYTT NETTVERK	57
6.7 STIGMATISERING OG IDENTITET	58
6.7.1 NÅR DEN GAMLE IDENTITETEN FØLGER DEG	59
6.8 PSYKOSOSIAL BEHANDLING	61
6.9 INFORMANTENES TANKER OM HEROINBEHANDLING	64
6.10 HEROINBEHANDLING – ET ALTERNATIV I NORGE?	65
7. KONKLUSJONER.....	69
7.1 ENDRING I LIVSKVALITET.....	69
7.2 ORGANISERING AV TILBUDET	69
7.3 VALG AV MEDIKAMENT	71
7.4 EN ENDRING PÅ GANG?	72
8. LITTERATURLISTE.....	73

VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV.....	77
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE.....	79
VEDLEGG 3: TILBAKEMELDING FRA NSD.....	81

1. Innledning

Hensikten med denne masteroppgaven er å belyse hvordan personer som mottar substitusjons- og heroinbehandling i Norge og Danmark opplever sin livskvalitet, både generelt og knyttet til selve behandlingen. Legemiddelassistert rehabilitering, heretter forkortet LAR, er behandling av opiatavhengighet med opiatholdige legemidler, hvor det benyttes metadon eller buprenorfin (Subutex eller Subuxone) (Helsedirektoratet 2011, 18). Heroinassistert behandling, heretter forkortet heroinbehandling, er overvåket behandling med injiserbar heroin (Johansen 2013, 18). Oppgaven er en kvalitativ studie basert på personlige dybdeintervjuer med syv informanter, hvor tre av informantene er bosatt i Norge og de resterende fire i Danmark. Mine informanter er mottakere av en medisinsk behandling i to forskjellige land og derfor knyttet opp til to ulike systemer. Brukerne i Danmark er underlagt et annet sett av regler, rutiner og retningslinjer enn brukerne i Norge, og omvendt. Igjen er disse retningslinjene og lovene regulert av sterke politiske, kulturelle og sosiale strukturer. Jeg var i forkant av dette prosjektet interessert i å finne ut av hva ulikhetene i behandlingstilbudene har å si for den enkeltes livskvalitet. Ulikhetene i det norske og danske behandlingstilbudet gjorde meg spesielt interessert i å undersøke livskvaliteten til substitusjonsmottakere, blant annet for å se om brukerne opplever at heroinbehandling bidrar til selvopplevd bedre livskvalitet i større grad enn den norske behandlingen. Fortellingene til mine informanter er essensen i denne oppgaven.

«Hele formålet med å flytte til Danmark var å flytte til et land som hadde et behandlingstilbud som kunne hjelpe meg» Nils, Danmark.

For ni år siden flyttet Nils fra en by i Norge til København i Danmark. Han hadde et omfattende opiatmisbruk og livet til Nils var preget av stress, kriminalitet og jag etter penger og narkotika. Nils ønsket å forsøke metadonbehandling for å endre sin livssituasjon. I følge Nils førte streng kontroll i LAR til at han ikke fikk metadonbehandling slik som han ønsket og han valgte derfor å flytte til Danmark. Tre dager etter at Nils ankom København og søkte om substitusjonsbehandling, startet han opp med metadon.

I Norge ble legemiddelassistert rehabilitering innført i 1998 og ordningens formål var å gi personer med opiatmisbruk økt livskvalitet og å redusere skadene av misbruket, samt bidra til å redusere tallene på overdosedødsfall (Helsedirektoratet 2011, 18). I begynnelsen var tilbudet preget av strenge vilkår for inntak og det var relativt få som fikk tilgang til LAR-behandling, i

motsetning til i dag hvor det stilles færre krav før inntak i LAR (Skattum, 2008). Historisk sett har det vært stor entusiasme for medikamentfri behandling i Norge med rusfrihet som mål, mens en målsetning ved LAR i dag også er skadereduksjon (Helsedirektoratet 2011, 18). På bakgrunn av dette har substitusjonsbehandlingen gjennomgått en endring fra oppstart og frem til i dag. Den ruspolitiske historien i Danmark skiller seg fra den norske på flere måter, og de har en lang tradisjon med substitusjonsbehandling. Slik behandling var tilgjengelig i Danmark uten noen særlig regulering fra 1970-tallet, og det knytter seg ikke flere inntakskriterier til behandlingen utover opiatavhengighet (Frantzen 2001, 25). I 2008 innførte Danmark heroinassistert behandling som et tilbud til landets tunge rusavhengige, og dermed fikk opiatavhengige et alternativ til tradisjonell substitusjonsbehandling (Johansen 2013, 20).

Hovedårsaken til at de fleste brukere ønsker substitusjonsbehandling baserer seg på et ønske om å få bedre livskvalitet. En studie som undersøker livskvalitet blant brukere i LAR viste at det var stor avstand mellom helserelaterede mål og hva enkeltpersonene selv opplevde som mål på god livskvalitet (Havnes 2014, 32). Det at det kan være stor avstand mellom systemets og brukernes mål på hva som bidrar til bedre livskvalitet, peker mot at det vil være fruktbart å innhente brukernes perspektiv. Denne oppgaven er av betydning, fordi vi gjennom å få kunnskap om hva brukerne selv ser på som god behandling og hvordan de ønsker å bli møtt, i større grad kan bidra til å øke brukernes livskvalitet.

1.1 Problemformulering

Å forstå hvordan personer som mottar substitusjonsbehandling opplever sin livskvalitet, er utgangspunktet for min problemstilling. Problemstillingen knytter seg også til en forståelse av at substitusjonsbehandling er utfordrende, og en nysgjerrighet på hvordan heroin- og substitusjonsbehandling i Danmark fungerer. På bakgrunn av disse spørsmålene har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan opplever rusavhengige som mottar substitusjons- og heroinbehandling sin livskvalitet, og på hvilken måte opplever de at den har sammenheng med substitusjon- og heroinbehandling?

Avgrensningen av problemstillingen ble tatt på bakgrunn av mitt ønske om å forstå substitusjon- og heroinbehandlingen sin påvirkning på livskvalitet. Valg av informanter falt derfor på personer som mottar substitusjon- eller heroinbehandling og ikke på rusavhengige uten behandling. Jeg har

videre valgt å ikke definere hva som menes med livskvalitet i problemstillingen. Denne åpenheten er valgt for å romme flere aspekter ved begrepet og gi informantene mulighet til å selv definere hva livskvalitet betyr for dem.

1.2 Min forforståelse

Jeg har arbeidet i rusomsorgen i Norge i fire år, og gjennom jobben har jeg truffet mange brukere som mottar legemiddelassistert rehabilitering. Ut i fra denne erfaringen er mitt inntrykk at substitusjonsbehandling er utfordrende og at medisinen alene ikke alltid er med på å øke livskvaliteten til brukerne. Mange har fortalt at de ikke opplever å bli hørt av LAR. Noen har vært fortvilet over ikke å bli inkludert i avgjørelser som angår deres liv, og mange har opplevd å ikke mestre kravene som blir stilt. For mange er LAR-behandling likevel starten på et nytt liv. Et liv hvor man slipper å prostituere seg, utsette seg selv for annen fare eller bedrive kriminalitet.

Da jeg for noen år siden kom over en artikkel om legemiddelassistert heroinbehandling i Danmark, startet en gryende interesse for hvordan dette fungerer som et alternativ til metadon, Subutex og Subuxone. Jeg hadde lite kunnskap om heroinbehandling, men fordi mange av brukerne jeg snakket med etterspurte dette, stilte jeg meg positiv til denne behandlingsformen. Jeg innså at jeg hadde et svakt argumentasjonsgrunnlag, og at jeg ønsket å få vite mer om hvordan heroinbehandlingen i Danmark organiseres og hvordan den oppleves av brukerne.

1.3 Relevans for sosialt arbeid

Narkotikapolitikken er et felt med mange differensierte holdninger. I dette spekteret av meninger har noen et narkotikafritt samfunn som mål og det satses på restriktiv politikk og kontroll, mens andre aktører er opptatt av skadereduksjon og ønsker å redusere skadene av rusmisbruk, både for misbrukeren selv og for samfunnet (Frantzen 2001, 134). Denne debatten synes også i diskusjonen rundt substitusjons- og heroinbehandling. I Danmark har målet med substitusjonsbehandling i stor grad vært skadereduksjon, mens rehabilitering har vært hovedmålet med behandling i Norge (Skretting og Rosenquist 2010, 593). På bakgrunn av disse to holdningene vil det være interessant å se på brukernes erfaringer med substitusjonsbehandling i Norge og Danmark.

Sett fra et sosialpolitisk ståsted har diskusjonen rundt substitusjonsbehandling stor betydning for mange enkeltindivider. Hvordan politikken rundt behandlingen utformes har enormt mye å si for

den enkelte rusmisbruker. Det bestemmer hvilket medikament du har mulighet til å få, hvor mye kontroll behandlingen består av, hvilke sosiale tilbud som finnes, om du kan få heroinbehandling eller ikke. Disse bestemmelsene vil ha direkte eller indirekte påvirkning på livskvaliteten til hver enkelt og for å sette det på spissen; i noen tilfeller utgjøre forskjellen mellom liv og død. Et eksempel på dette er rusavhengige som har dødd i kø for å få behandling med metadon (Frantzen 2001, 172).

Samtidig har politikken rundt substitusjonsbehandling stor betydning på samfunnsnivå. Hvordan vi velger å utforme narkotikapolitikken har betydning for samfunnet i forhold til blant annet økonomi og kriminalitet. Det har de siste årene blitt gjort flere studier som ser på effekten av heroinbehandling i forhold til ordinær metadonbehandling. Tradisjonelt sett har denne forskningen fokusert på de samfunnsmessige konsekvensene ved heroinbehandling. Undersøkelser fra Danmark viser at utdelingen av gratis heroin har positive virkninger. Blant annet opplever de færre overdoser, mindre kriminalitet, flere av rusmisbrukerne har fått egen bolig og det observeres mindre bruk av benzodiazepiner (Wojcik, 2012). Undersøkelser fra Nederland viser også at heroinbehandling er virkningsfullt for den gruppen av misbrukere som ikke er mottakelige for annen substitusjonsbehandling (Hansen og Grønbæk 2007, 23). Både i Norge og Danmark er det gjort noen studier som tar for seg substitusjons- og heroinbehandling og opplevelse av livskvalitet, blant annet av Cathrine Schepeleren Johansen i 2013 og Marit Gryt i 2005. Det er likevel slik at det finnes relativt få undersøkelser som fokuserer på individuell opplevelse av livskvalitet og personlig opplevelse av behandlingssystemet. Ved å spørre om brukernes opplevelser knyttet til behandlingen og deres livskvalitet, kan en tilføre en viktig dimensjon til kunnskapssituasjonen i feltet.

Sosialt arbeid handler i stor grad om å arbeide med sosial utsatthet blant enkeltindivider og grupper i samfunnet (Ylvisaker 2014, 79). Rusavhengige er en slik utsatt og stigmatisert gruppe, som ofte lever i en utfordrende hverdag. Jeg arbeider i flere ulike institusjoner for bostedsløse i Oslo sentrum, hvor den største andelen brukere har tunge psykiske og rusrelaterte problemer. Det er vanskelig å få til en endring i livssituasjon og det er mange tilbakefall. Som mennesker har vi ulike definisjoner av hva god livskvalitet er, men de fleste vil si seg enige i at tunge rusavhengige lever et liv langt fra det folk flest anser for å være et godt liv. Det er interessant å undersøke om

substitusjon- og heroinbehandling oppleves å gjøre livet lettere, og om brukere i Danmark og Norge har de samme opplevelsene av livskvalitet, knyttet til to ulike behandlingssystemer.

1.4 Begrepsavklaring

Substitusjonsbehandling: Behandling for rusmiddelavhengige, hvor rusmiddelet pasienten er avhengig av erstattes av et lignende middel som i større grad muliggjør stabilisering av pasienten (Helsedirektoratet 2011, 11). I oppgaven bruker jeg begrepet substitusjonsbehandling og det er da snakk om personer som mottar metadon, Subutex eller Subuxone.

Metadon: Metadon er et syntetisk opioid. Det kan brukes som smertestillende medikament og som substitusjon ved behandling av opioidavhengighet (Forskningsrådet 2011, 12).

Buprenorfin: Medikament som har opiatvirkning sammenlignbar med andre opiater. Har en blokkerende effekt mot andre opiater som morfin, heroin og metadon. Subutex og Subuxone er eksempler på buprenorfinmedikamenter (Forskningsrådet 2011, 12).

Rusmiddelavhengighet: Det finnes ingen klar definisjon. Ofte betegnet som en samling symptomer, et syndrom, der følgene av rusmiddelbruk i perioder påvirker en persons livssituasjon slik at det forstyrrer livsførselen på en u hensiktsmessig og ofte skadelig måte (Helsedirektoratet 2011, 35). I oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet rusavhengig. Dette fordi begrepet etter min mening er et mindre belastende begrep enn rusmisbruker.

Heroin: Tilhører gruppen opioider. Opprinnelig stoffer som kom fra opiumsvalmuen, men stoffet kan også fremstilles kunstig. Sterkt smertedepende stoff (Johansen 2013, 19).

Heroinassistert behandling: Overvåket behandling med injiserbar diacetylmorfin (Heroin) (Johansen 2013, 18). Når det er snakk om heroinassistert behandling i min oppgave, refererer jeg som oftest til heroinbehandling.

Sidemisbruk: Å innta andre illegale stoffer samtidig som man er i substitusjonsbehandling (Asmussen og Kolind 2005, 55).

Bruker: En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form (Sosial- og helsedirektoratet 2006, 7). I denne oppgaven brukes begrepet bruker om personer som mottar ulike former for substitusjonsbehandling.

Pasient: «En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet» (Lov om pasient- og brukerrettigheter 2001). I oppgaven veksler jeg mellom å bruke begrepet pasient, bruker og rusavhengig om de personene som mottar substitusjon- og heroinbehandling. Dette er fordi både litteratur og fagfolk veksler mellom å bruke disse begrepene.

1.5 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis i denne oppgaven har studiens hensikt og problemstilling blitt formulert. Min egen for forståelse og studiens relevans for sosialt arbeid gjøres også rede for. I innledningen finnes også en begrepsavklaring.

I kapittel to gis det en innføring i legemiddelassistert rehabilitering, heroinassistert behandling, øvrig substitusjonsbehandling i Danmark, lovgrunnlaget knyttet til tjenestetilbudet og helsemessige konsekvenser av rusmisbruk. Det gjøres rede for likheter og forskjeller mellom det norske og det danske tilbudet knyttet til substitusjonsbehandling, samt opiatmisbruk på landsbasis i Norge og Danmark. I kapittel tre presenteres studiens metode. Dette kapittelet beskriver min empiri og den praktiske utførelsen av arbeidet, samt forskningsetikk og valg av analyse. I kapittel fire presenteres tidligere forskning knyttet til heroinbehandling, en diskusjon rundt denne forskningen og annen relevant forskning knyttet til denne oppgaven. Kapittel fem omhandler de teoretiske perspektivene som er valgt for å kunne gjennomføre analysen. De teoretiske perspektivene er brukermedvirkning, ulike forståelser av begrepet livskvalitet, Erving Gofmanns teori om stigma og Abraham Maslows behovspyramide. Analysen utgjør kapittel seks. Her presenteres informantenes opplevelser med å motta substitusjon- og heroinbehandling, deres opplevelser knyttet til brukermedvirkning, kontroll og til selve medikamentet. Informantenes tanker rundt sin egen livskvalitet og hvilke faktorer som bidrar til bedre livskvalitet diskuteres også i analysen. Utfordringene knyttet til substitusjons- og heroinbehandling diskuteres ved hjelp fra anvendt teori og informantenes forståelse. Analysen inneholder også en drøfting knyttet til muligheten for å innføre heroinbehandling i Norge. Konklusjonene finner vi i kapittel åtte. Den inneholdert en kort oppsummering og diskusjon av hovedfunnene, samt en avslutning.

2. Bakgrunn

2.1 Legemiddelassistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering, heretter forkortet LAR, er en tverrfaglig spesialisert behandling for opiatavhengighet, hvor substitusjonsbehandling brukes som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp (Helsedirektoratet 2011, 12). Behandlingen er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunal sosialtjeneste og primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet 2011, 18). Lovverket som regulerer LAR-behandling er i spesialisthelsetjenesteloven av 2. juli 1999 nr. 61 § 3-16 og i helsepersonelloven av 2. juli 1999 nr. 64 §11. § 3-16 i helsepersonelloven angir formålet med LAR, kriterier for inntak og utskriving og regler for kontrolltiltak. Videre reguleres LAR av Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering(LAR-forskriften) av 18.12.2009 nr. 1641 med hjemmel i det nevnte lovverket, samt en nasjonal retningslinje fra 2005 utformet av det daværende Sosial- og helsedirektoratet (Helsedirektoratet 2011, 3). Substitusjonsbehandling av opiatavhengighet ble forsøkt i noen få prøveprosjekter sent på 1960-tallet, men ble et permanent, landsdekkende tilbud først i 1998 (Helsedirektoratet 2011, 18). En av årsakene til at Norge valgte å innføre substitusjonsbehandling var en drastisk økning i HIV blant landets sprøytenarkomane og en tilhørende epidemifrykt. Dette førte til at debatten rundt substitusjonsbehandling ble satt på den politiske dagsorden (Frantzen 2001, 33). § 1 i LAR-forskriften beskriver selve formålet med forskriften. Formålet er en særregulering av substitusjonsbehandlingen. På grunn av at legemidlene som brukes er sterkt vanedannende, er det nødvendig å motvirke misbruk av legemidlene og forebygge skade på pasienter og tredjemann gjennom kontrolltiltak. I praksis betyr dette at LAR har ansvar for å ivareta sikkerhet i behandlingen, både i forhold til enkeltindividet, men også ovenfor resten av samfunnet.

I retningslinjen og LAR-forskriften påpekes det at formålet med LAR er å bidra til at personer med opiatavhengighet skal få økt livskvalitet og bistand til å endre sin livssituasjon, samt redusere skadene ved opiatmisbruk og faren for overdosedødsfall. LAR-forskriftens § 4 omhandler vilkårene for innskrivning i LAR. Som hovedregel skal ikke substitusjonsbehandling benyttes som det første behandlingsalternativet, med mindre det vurderes som det mest egnede og forsvarlige alternativet. Videre er pasientens alder og lengden på opiatavhengigheten faktorer som alltid skal tillegges særskilt vekt i spørsmålet om LAR-behandling skal tilbys eller ikke. Pasientens alder er et sentralt vurderingstema og desto yngre pasienten er, jo mer tilbakeholden

må spesialisthelsetjenesten være med å starte opp substitusjonsbehandling. Inntakskriteriene er langt mer restriktive enn i Danmark, og inntak basert på alder har aldri vært en del av de danske retningslinjene (Skretting og Rosenquist 2010, 593). Inntakskriteriene i § 4 begrunnes i at LAR-medikamenter er sterkt avhengighetsskapende og dermed kan føre til livslang behandling for noen pasienter (Helsedirektoratet 2011: 36). Det er viktig å påpeke at LAR-forskriften og retningslinjenes bestemmelser åpner opp for skjønnsbaserte vurderinger (Helsedirektoratet 2011, 36). § 5 i forskriften slår fast at inn- og utskrivning i LAR bestemmes av lege i spesialisthelsetjenesten. Inntakskriteriene i LAR er kjent for å være blant de strengeste i Europa og historisk sett har Norge bygget opp et behandlingstilbud uten bruk av medikamenter (Helsedirektoratet 2011, 18).

Helt siden starten i 1998 har det vært en bred politisk og faglig enighet om at rehabilitering skal være et mål med substitusjonsbehandlingen (Helsedirektoratet 2011, 18). Dette skiller seg fra substitusjonsbehandling i Danmark, hvor målet tradisjonelt sett har vært skadereduksjon (Skretting og Rosenquist 2010, 593). Helsedirektoratet definerer rehabilitering som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i samfunnet» (Helsedirektoratet 2011, 74). Fekjær (2004, 225) påpeker hvordan det kan være paradoksalt å snakke om rehabilitering av tunge rusavhengige, når det ofte handler om å etablere et funksjonsnivå som ikke var tilstede før rusen. Han skriver at mange tunge rusavhengige ikke har mestret voksenlivets utfordringer, slik som arbeid og utdanning, før de ble rusavhengige. Sett fra dette perspektivet er det ikke tilstrekkelig med medisinsk rehabilitering. En del brukere vil behøve hjelp til å bygge opp et mestringsnivå, ikke kun få bukt med selve rusen.

Det tverrfaglige samarbeidet i LAR skal sikre at pasienten får et helhetlig tilbud. Utover LAR-behandling har pasienten rett på et tilbud om behandling for andre lidelser fra spesialisthelsetjenesten. Videre skal kommunen sikre at pasienten får et tilfredsstillende tilbud, med bistand til å sikre bolig, utdanning, arbeid eller annen meningsfull aktivitet (Helsedirektoratet 2011, 13). Tilgangen til de sosiale tjenestene og ytelsene er regulert av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse og omsorgstjenesteloven) av 21.06.2013 nr. 30 og i Lov om sosialtjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.2009 nr. 131.

Sosialtjenesten, fastlegen og LAR har også ansvar for å tilby pasienten hjelp til å utarbeide en individuell plan (Helsedirektoratet 2011, 13). Individuell plan er et tilbud til alle som mottar langvarige og koordinerte sosial- og/eller helsetjenester. Retten til en individuell plan er lovfestet i Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven) av 02.07.1999 nr. 63 § 2-5 og Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.2011 nr. 1256.

2.2 Opiatavhengighet i Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning anslo i 2012 at antallet sprøytenarkomane i landet lå på 8400 personer, med et bredere estimat på 7200-10100 personer for med god sannsynlighet å dekke det egentlige tallet (Sirus 2014, 266). Ved utgangen av 2009 var det 5383 pasienter i aktiv LAR-behandling (Helsedirektoratet 2011, 20). I 2015 hadde dette tallet økt og lå følge tall fra Sirus på i overkant av 7000 personer (Sirus 2015). Forholdet mellom tallene, forteller oss at antallet personer i LAR har økt kraftig på få år. Senter for rus- og avhengighetsforskning presenterer årlig en statusrapport om LAR og pasientene i LAR. Både tidligere rapporter og statusrapporten fra 2008 viste at gjennomsnittsalderen for LAR- pasientene var 40 år, omtrent en tredjedel av pasientene er kvinner og omtrent åtte av ti bodde i egen bolig (Helsedirektoratet 2011, 19). Hver fjerde LAR-pasient hadde så dårlig fysisk helsetilstand at det gikk utover livskvaliteten de siste fire ukene og omtrent en av fem pasienter hadde vært plaget av alvorlig angst i løpet av denne perioden (Helsedierktoratet 2011, 19). Videre viste statusrapporten at tre fjerdedeler levde av ulike former for trygd eller sosialhjelp og verken var i arbeid eller utdanning (Helsedirektoratet 2011, 19). Oppsummerende viser statusrapporten at LAR-pasienter har en rekke ulike utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse, økonomi, bosted, arbeid og aktivitet. Alle disse faktorene kan påvirke den enkeltes livskvalitet.

2.3 Substitusjonsbehandling i Danmark

Substitusjonsbehandling med metadon har vært i bruk i Danmark siden begynnelsen av 1970-tallet og metadon har vært den klart mest dominerende behandlingsformen. (Sundhedsstyrelsen 1999) Frem til 1 januar 1997 ble metadonbehandlingen styrt av privatpraktiserende leger og brukerne fikk skrevet ut metadon fra privatpraktiserende leger, private klinikker eller offentlige behandlingstjenestestrukturer (Frantzen 2001, 25). I følge den danske regjeringen førte manglende regulering av metadonbehandlingen til økende metadonspredning, og mange dødsfall knyttet til

metadonforgiftning (Frantzen 2001, 25). Som en konsekvens av dette ble reguleringen av metadonbehandlingen endret i 1996 og privatpraktiserende leger ble fratatt retten til å foreskrive metadon (Frantzen 2001, 26). Forskrivningsretten for metadon ble nå overtatt av fylket eller kommunen, hvor metadonbehandlingen ble knyttet opp til egne metadonsentre med ansvar for behandlingen (Frantzen 2001, 26). I forbindelse med den nye reguleringen av substitusjonsbehandling ble kriteriene for å få substitusjonsbehandling strammet inn, blant annet i forhold til fremmøte og overvåket inntak. Fra 1996 og frem til i dag har substitusjonsbehandlingen i Danmark gjennomgått en utvikling hvor kravene for inntak og fremmøte har blitt mildere. Danmark er på nåværende tidspunkt mer imøtekommende i forhold til brukernes ønsker angående for eksempel dose og inntaksmåte (Johansen 2013: 61). De lovmessige rammene for tilretteleggelsen av substitusjonsbehandling fremgår av Sundhedsloven nr. 1202 af 14.11.2014, Lov om autorisation af sundhetspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed nr 877 af 04.08.2011, Lov om social service nr.150 af 16.02.2015, samt Lov om redsikkerhed ved forvaltningens anvendelse af tvangsindgreb og oplysningspligter nr. 442 af 09.06.2004. Reglene knyttet til substitusjonsbehandling finnes i Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitusjonsbehandling nr. 42 av 01.07. 2008. Inntakskriteriene for substitusjonsbehandling er at det skal foreligge avhengighet av opiatere og at rusavhengigen skal ha et ønske om den type behandling. I tillegg skal andre relevante behandlingsformer overveies før man starter substitusjonsbehandling. Man kan også tilby substitusjonsbehandling til gravide stoffmisbrukere, hvis avgiftning er urealistisk. Evy Frantzen skriver i sin bok «metadonmakt» at det ikke er knyttet andre kriterier til metadonbehandlingen enn opiatravhengighet (Frantzen 2001, 26). I motsetning til Norge har Danmark hatt en sterk tro på substitusjonsbehandling til rusavhengige (Skretting og Rosenquist 2010, 591).

2.4 Heroinassistert behandling

Heroinbehandling har vært gjenstand for en politisk diskusjon i Danmark siden Sveits offentliggjorde de første resultatene fra sitt heroinforsøk i perioden 1994-1995 (Johansen 2013, 37). I årene etter dette ble det foretatt flere høringer og litteraturgjennomganger, og det ble diskutert om den daværende metadonbehandlingen ikke var optimal. Det var enighet om at det fantes rom for forbedring av det systemet som eksisterte (Johansen 2013, 21). Våren 2008 vedtok Folketinget i Danmark innføringen av heroinbehandling til rusavhengige som fortsatt injiserte illegale opiatere, til tross for annen substitusjonsbehandling over tid (Johansen 2013, 20).

Innføringen av heroinbehandling var basert på argumentasjon om at det kunne hjelpe de tyngste rusmisbrukerne, de som levde på gaten og begikk kriminalitet eller prostitusjon for å finansiere rusmisbruket sitt (Johansen 2013 ,22).

Fra 2009 har behandling med legemiddelassistert heroin vært tillatt i Danmark som et ledd i substitusjonsbehandling av opiatavhengige. Rammene for heroinbehandling har sitt utgangspunkt i de samme lovene som annen substitusjonsbehandling, men er likevel underlagt et annet regime (Sundhedsstyrelsen 2013, 9). I Lov om euforiserende stoffer nr. 748 af 01.07.2008 § 1 fremgår det at Ministeren for sundhet og forebygging kan bestemme at euforiserende stoffer kan anvendes i medisinsk forstand som ledd i behandling av personer med stoffmisbruk. Reglene for heroinbehandling finnes i Sundhedsstyrelsens Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opiatavhengighed nr. 9507 af 17.09.2009 (Sundhedsstyrelsen 2013, 9). Formålet med heroinbehandling er å sikre at belastede opiatavhengige får et alternativ til annen substitusjonsbehandling. Behandlingen sikter mot å fremme brukernes livskvalitet, fysiske og psykiske helse, samt redusere inntak av illegale stoffer og kriminalitet. De overordnede rammene for substitusjonsbehandling finnes i Sundhedsloven. Av paragraf 142, stk. 1 og 2, fremgår det at kommunen er pliktig å tilby gratis behandling med avhengighetsskapende legemidler til stoffmisbrukere. Førstevalgbehandling av rusavhengige skal være buprenorfin, eller metadon som alternativ. Dette fremgår av veiledningen knyttet til substitusjonsbehandling. Hvis det fremdeles foreligger et illegalt misbruk av opiater og vedkommende ikke profitterer på metadon eller buprenorfin, kan heroinbehandling tilbys. Heroinbehandling forutsetter at pasienten er over 18 år, og ikke har en aktiv eller ubehandlet tung psykiatrisk lidelse som gjør at pasienten ikke kan medvirke i behandlingen. Pasienten må heller ikke ha en somatisk lidelse som medfører risiko ved behandlingen. Videre sier veiledningen at pasienten må være i stand til å møte opp to ganger om dagen, ikke ha et benzodiazepinmisbruk av betydning, ikke være gravid og pasienten må akseptere de krav som er satt til fremmøte og selvadministrasjon av injiseringen. Det knytter seg derfor langt flere inntakskriterier til heroinbehandling enn til den øvrige substitusjonsbehandlingen, og inntakskriteriene kan minne om Norges kriterier for inntak i LAR. Heroinbehandling tilbys nå på fem klinikker i Danmark: København kommune, Hvidovre, Odense, Århus og Esbjerg (Sundhedsstyrelsen 2013, 8). I København valgte man å etablere en selvstendig heroinklinikk, hvor alle brukerne er mottakere av heroinbehandling. De resterende

fire klinikkene er plassert i de allerede eksisterende metadonbehandlingstilbudene (Sundhedsstyrelsen 2013, 11).

Heroinbehandlingen, skal ifølge veiledningen fra Sundhedsstyrelsen, inngå som et integrert tilbud av kommunenes samlede tilbud til rusavhengige. I praksis betyr dette at heroinbehandlingen skal kombineres med et sosialt tilbud (Sundhedsstyrelsen 2007 sitert i Møller 2013, 18). Selv om det sosiale tilbudet vektlegges i stor grad, er det ikke beskrevet nærmere i veiledningen hvordan det skal praktiseres. Dette kommer blant annet til syne ved at det stilles krav til helsefaglig personell på heroinklinikkene, men ikke til sosialfaglig personell (Sundhedsstyrelsen 2007 sitert i Møller 2013, 18).

2.5 Heroinbehandling - utfordringer i praksis

I perioden fra april 2010 til desember 2012 har det vært skrevet inn 252 pasienter i heroinbehandling. Disse pasientene hadde forsøkt annen substitusjonsbehandling gjennomsnittlig 3,8 ganger før de startet heroinbehandling (Sundhedsstyrelsen 2013, 19). Ved innføringen av heroinbehandlingen, estimerte Sundhedsstyrelsen at 3-4000 brukere ville være i målgruppen (Johansen 2013, 24). Det at ikke flere brukere har tatt imot tilbudet om heroinbehandling kan skyldes at de krav som stilles i forhold til kontroll og fremmøte ikke er forenlige med målgruppens ønsker og at det derfor ikke blir et reelt tilbud (Møller 2013, 89). Kravet til fremmøte, inntak og kontroll er strengere i heroinbehandling enn i annen substitusjonsbehandling, noe som gjør at en del brukere opplever en stor innskrenking av frihet (Møller 2013, 89).

Veiledningen knyttet til heroinbehandlingen stiller en del krav til hvilke rusavhengige som kan få tilbudet, noe som gjør at ikke alle heroinmisbrukere er i målgruppen. Brukere som røyker eller sniffer heroin, brukere som på grunn av bosted eller andre forpliktelser ikke har mulighet til å møte opp i åpningstiden eller brukere som ikke ønsker å forsøke annen substitusjonsbehandling før heroinbehandlingen har ikke mulighet til å motta heroinbehandling (Johansen 2013, 23). Det beskjedne antallet personer i heroinbehandling tyder også på at ikke alle som er i målgruppen ønsker å ta imot tilbudet (Møller 2013, 6). I sin masteroppgave peker Rikke Møller på noen utfordringer knyttet til heroinbehandlingen. Åpningstidene og det daglige fremmøte gjør at pasientene opplever at det blir vanskelig å få til andre aktiviteter (Møller 2013, 53). Møller trekker frem at daglig oppmøte kan virke lite tiltrekkende for en del brukere. Selv om man kan

velge å ta fri fra behandlingen en dag eller to, oppleves ikke dette som en reell mulighet fordi det betyr å gi avkall på medisinen (Møller 2013, 54). For mange blir konsekvensen av dette manglende frihet, og tilbudet står derfor i kontrast til annen substitusjonsbehandling hvor det er vanlig å få med seg medisin for en uke av gangen (Møller 2013, 54). Brukere som ikke er villige til å injisere heroin, ekskluderes fra heroinbehandling. Dette utelukker brukere som røyker heroin eller gjør at de må bytte inntaksmåte til noe som er mer helseskadelig (Møller 2013, 59). De nevnte reglene gjør at en del brukere opplever mangel på brukervedvirkning, noe som fører til en opplevelse av at behandlingen er for preget av kontroll (Møller 2013, 61).

I praksis skal heroinbehandlingen kombineres med et sosialt tilbud (Sundhedsstyrelsen 2007 sitert i Møller 2013, 18). Det er en generell opplevelse, både for brukere og ansatte, at den helhetsorienterte innsatsen er mangelfull eller fraværende. Dette gjør at tilbudet blir oppfattet som et utleveringssted for heroin, ikke et sted hvor det er plass til noe sosialt (Møller 2013, 66). Heroinbehandlingen gir brukerne nye muligheter, men dette forutsetter at kravene som stilles aksepteres. Det stilles langt færre krav til annen substitusjonsbehandling og man er mer lydhør ovenfor brukernes ønsker for eksempel i forhold til inntaksmåte (Johansen 2013, 61).

2.6 Opiatavhengighet i Danmark

Det er i Danmark ikke foretatt noen sikker beregning av hvor mange av landets 33.000 rusavhengige som misbruker opiater, men det anslås å være ca. 13.000 injiserende opiatmisbrukere på landsbasis (Sundhedsstyrelsen 2012 sitert i Møller 2013, 15). Mens det i Norge er mest vanlig å injisere heroin, er det i Danmark en langt større andel som sniffer eller røyker stoffet. Dette faktum gjør at utregningen ikke er dekkende i forhold til den totale andelen heroinmisbrukere (Sundhedsstyrelsen 2012 sitert i Møller 2013, 15). Antallet forteller oss at en relativt stor andel av misbrukerne inntar stoffet på annet vis enn injisering (Sundhedsstyrelsen 2007 sitert i Møller 2013, 15).

En kvantitativ undersøkelse av livskvalitet hos personer i heroinbehandling foretatt av Cathrine Schepeleren Johansen viste en total forbedring på 3% fra innskrivning i heroinprosjektet og til neste intervju 6-7 måneder etter (Johansen 2013, 25). Årsaken til den lille forbedringen kan forklares i at brukerne i heroinbehandling ikke kommer rett fra gata, og at brukerne derfor har opplevd forbedring på en del områder knyttet til ordinær substitusjonsbehandling. Det er særlig to områder hvor brukerne i heroinbehandling opplevde forbedring og det er knyttet til illegal bruk

av narkotika og til kriminalitet. Dette resultatet samsvarer godt med et metadonprosjekt fra 2005, som viste at metadonbehandlingen primært hadde effekt på de samme områdene (Pedersen 2005 sitert i Johansen 2013, 169). I likhet med det norske undersøkelser av substitusjonsbehandling viser, kan man anta at heroinbehandling alene ikke er tilstrekkelig for å øke livskvaliteten og at livskvalitet er noe mer enn det å være frisk. Cathrine Schepeleren Johansen konkluderer med å si at for de fleste brukere kan ikke heroinen stå alene, men den må suppleres med psykososial støtte og behandling (Johansen 2013, 188).

2.7 Helsemessige konsekvenser av rusmisbruk

Iverksettelsen av heroin- og substitusjonsbehandling er begrunnet i at det har noen positive effekter i form av å minske kriminalitet, samt noen positive helsemessige effekter. Jeg vil i dette avsnittet beskrive noen av de helsemessige konsekvensene av rusmisbruk.

Helseproblematikken hos rusavhengige er stor og omfatter mange ulike sykdommer. Helsetilstanden hos rusavhengige påvirkes av en rekke ulike faktorer, noen knyttet til komplikasjoner ved selve sprøytebruken, andre er knyttet til livsførsel, ernæring og manglende bruk av helsetjenester (Fekjær 2004, 171). Skadevirkningene av sprøytebruken skyldes blant annet smitte gjennom deling av brukerutstyr og infeksjoner knyttet til skitne sprøyter (Fekjær 2004, 171). Sykdommer som hepatitt A, B og C, HIV, leverskader og underernæring er eksempler på sykdommer som rusavhengige er spesielt utsatt for (Fekjær 2004, 172). Det er også en stor overhyppighet av psykiske lidelser blant rusavhengige, og da særlig blant de tyngste brukerne (Fekjær 2004, 276).

Økt dødelighet kan også være en konsekvens av rusmisbruk og det er ofte tale om overdosedødsfall knyttet til heroin (Fekjær 2004, 176). Nye tall fra EU's narkotikarapport viser at Norge er blant landene i Europa med flest overdosedødsfall. I 2014 ble det registrert 250 overdosedødsfall i Norge. I Danmark var det 168 personer som døde av overdoser i 2014 (Dommerud, 2015). Årsaken til dette skyldes blant annet at injisering av heroin er utbredt i Norge, mens røyking av heroin er langt mer vanlig i andre land (Fekjær 2004, 176). Rusavhengige er ikke bare utsatt for dødsrisiko knyttet til overdoser. Ofte er rusmidler en risikofaktor og/eller forutsetning for mange dødsfall registrert som ulykker, selvmord eller drap (Fekjær 2004, 177). Forurenset heroin kan også forårsake stor skade hos rusavhengige, blant annet har det tidligere blitt rapportert om tilfeller av botulisme hos injiserende rusavhengige

(Nakken og Gimmingsrud 2014). Heroinen som brukes i heroinbehandling er derimot kjemisk fremstilt og dermed helt ren (Sundhedsstyrelsen 2013, 39). Dette tyder på at det er forbundet mindre helserisiko med heroinbehandling, enn ved illegalt heroinmisbruk.

Heroin er både ulovlig og dyrt, noe som påvirker brukerne sosialt. Mange lever en kriminell livsstil, både fordi de er avhengige av et illegalt stoff og fordi pengebehovet øker når man bruker narkotika (Fekjær 2004, 168). Det å utføre kriminelle handlinger for å finansiere rusmisbruket, kan påvirke livskvaliteten i negativ retning. Livskvaliteten og levekårene påvirkes både av den kriminelle livsstilen, samt risikoen for sykdommer og økt dødelighet.

Sykdom og helse blir i litteraturen ofte knyttet opp til livskvalitet. Helserelatert livskvalitet blir innenfor medisin brukt som et mål på fravær av sykdom og symptomer (Havnes 2014, 32). På bakgrunn av et slikt mål kan man anta at mange rusavhengige opplever svekket livskvalitet som en konsekvens av overhyppigheten av fysisk og psykisk sykdom, kriminell livsstil og økt dødelighet. Som nevnt tidligere i oppgaven og innledningsvis i dette avsnittet er formålet med heroin- og substitusjonsbehandling å bekjempe disse risikofaktorene. Ved å tilby et gratis alternativ til illegalt misbruk, samt helsetjenester og et psykososialt tilbud, ønsker man å bedre helsen og livskvaliteten hos en meget utsatt gruppe mennesker.

3. Metode

3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv - Fenomenologi

Kvalitative metoder søker ofte etter å forstå verden sett fra informantenes perspektiv (Kvale og Brinkmann 2009, 43). Dette synspunktet samsvarer med en fenomenologisk tradisjon. Grunnen til at jeg har valgt å bruke fenomenologi som perspektiv for å belyse min problemstilling, baserer seg nettopp på at fenomenologien legger vekt på å beskrive og analysere de grunnleggende trekkene ved subjektet. Jeg har her valgt å forstå subjektet som informantene. Skal vi forstå for eksempel sosiale strukturer, sosiale relasjoner eller kulturer, må vi hente inn informasjonen fra aktøren som den aktuelle problemstillingen fremtrer for. For eksempel vil det først være mulig å forstå den betydning retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering har for aktørene gjennom subjektene som er i kontakt med denne strukturen.

Fenomenologien ble en av de dominerende filosofiske retningene i det 20. århundre og har senere inspirert et hav av våre største tenkere (Zahavi 2003, 7). Innenfor fenomenologien er livsverden et svært viktig begrep. «Livsverden er den hverdagslige verden vi tar for gitt, det er den førvitenskapelige erfaringsbaserte verden som vi er fortrolige med og som vi ikke stiller spørsmålstegn ved» (Zahavi 2003, 30). Kort sagt kan vi si at livsverden er den verden vi lever i. Fenomenologer er typisk interessert i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden (Kvale og Brinkmann 2009, 33). Filosof Dan Zahavi beskriver det slik. «Hvis vi ønsker å forstå de prinsipielle betingelser som erkjennelse, sannhet, mening, referanser, og begrunnelse er underlagt, må vi først forstå/innhente første-persons perspektivet som en forutsetning for dette» (Zahavi 2003, 16). Med første persons-perspektivet menes at vi må innhente subjektiviteten hos den enkelte (Zahavi 2003, 16). Vi må altså ta utgangspunkt i aktørens perspektiv for å forstå. Hvordan våre erfaringer blir vurdert og opplevd, må altså forstås gjennom den som opplever det. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke et fenomenologisk perspektiv som et bakteppe for å forstå og analysere informantenes utsagn. Med dette menes at jeg forsøker å forstå informantene ved å ta utgangspunkt i deres forståelse.

3.2 Kvalitativ metode

En kvalitativ forskningsstrategi er som oftest basert på tekstlige beskrivelser som bygger på for eksempel utskrifter fra intervjuer og er i motsetning til kvantitativ metode basert på få enheter

eller informanter (Ringdal 2001, 24). «Forskningsspørsmål som begynner med hva eller hvordan, der formålet er å beskrive, peker gjerne mot kvalitativ metode» (Ringdal 2001, 25). Før man velger metode, er det viktig at man har reflektert rundt hva man ønsker å få vite noe om. Forskeren må tenke gjennom hva vi ønsker å vite noe om, før vi bestemmer hvordan vi vil tilegne oss denne kunnskapen (Kvale og Brinkmann 2009, 306). Formålet med kvalitative metoder er ofte å forstå informantens hverdag og opplevelse (Kvale og Brinkmann 2009, 43).

Målet er at prosjektet skal fortelle noe om hvilke faktorer brukerne selv synes er viktige i forhold til livskvalitet. Jeg har fra prosjektets begynnelse vært opptatt av om brukerne selv opplever at livskvalitet har sammenheng med medikamentet de mottar og på hvilke måter. Et delmål har således vært å undersøke om brukerne opplever at de ulike medikamentene påvirker livskvaliteten på ulik måte. Hovedfokus er den individuelle opplevelse av livskvalitet og studiens intensjon er å innhente informasjon om hvordan brukerne opplever systemet de er en del av. Prosjektet kan sies å ha en komparativ side, da den baserer seg på både danske og norske informanternes erfaringer og på den måten synliggjør ulikheter mellom Norge og Danmark. Det er likevel viktig for meg å nevne at det er informantenes betraktninger av behandling og livskvalitet som står i fokus.

3.3 Intervju som metode

Deltakende observasjon og samtaleintervju er de to klart mest anvendte teknikkene for å samle inn data i kvalitativ forskning (Ringdal 2001, 228). Deltakende observasjon går ut på at forskeren studerer et fenomen i sine naturlige omgivelser, mens samtaleintervjuets formål er å innhente informasjon fra en eller flere informanter som sitter inne med kunnskap og livserfaringer (Ringdal 2001, 242).

Da jeg ønsket å komme nærmere brukernes egne erfaringer og opplevelser knyttet til livskvalitet og substitusjonsbehandling, var samtaleintervjuet et naturlig valg. Det kvalitative forskningsintervju har som hensikt å utforske informantens meningsrammer og opplevelser (Holter og Kalleberg 1996, 16). «Respondenten sees på som en informant som sitter inne med kunnskap og livserfaringer som forskeren ønsker innsikt i» (Ringdal 2001, 242). Jeg ønsket å snakke med mennesker som er en del av behandlingssystemet og forsøke å forstå hvordan hver enkelt opplever sin livskvalitet.

I motsetning til for eksempel det strukturerte intervjuet som benyttes i spørreundersøkelser, er samtaleintervjuet preget av større grad av variasjon. Dette handler blant annet om at samtaleintervjuet for det meste består av åpne spørsmål (Ringdal 2001, 243). Ringdal forklarer hvordan fleksibiliteten i intervjuene fører til at hvert enkelt intervju blir forskjellig.

«Et semistrukturert livsverdensintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver» (Kvale og Brinkmann 2009, 47). Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av informantens livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med de fenomenene som blir beskrevet (Kvale og Brinkmann 2009, 47). Det semistrukturerte livsverdensintervju ligger nært opp til en samtale i dagliglivet, men har et formål (Kvale og Brinkmann 2009, 47). Forfatterne Steinar Kvale og Svend Brinkmann forklarer at et semistrukturert intervju betyr at det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. I likhet med andre former for kvalitative forskningsintervjuer, utføres det semistrukturerte livsverdensintervjuet i overensstemmelse med en intervjuguide som hjelper forskeren med å holde seg til oppgavens tema (Kvale og Brinkmann 2009, 47).

3.4 Utvalg og rekruttering

3.4.1 Hvem er informantene?

Som nevnt tidligere i oppgaven var målgruppen for min undersøkelse personer i substitusjonsbehandling, enten i form av legemiddelassistert heroin, eller metadon, Subutex eller Subuxone. Før jeg startet rekrutteringen ønsket jeg utelukkende å snakke med personer i Danmark som fikk heroinbehandling, men underveis i rekrutteringen valgte jeg å ikke skille mellom ulike behandlingsformer på denne måten. Grunnen til dette var at jeg også ønsket å kunne si noe om brukernes opplevelse av livskvalitet uavhengig av hvilket medikament de mottok. Jeg hadde dermed kun ett utvalgs-kriterium; informantene skulle være mottakere av heroin- eller substitusjonsbehandling. Det skal sies at en av mine informanter hadde valgt å ta en pause fra behandlingen og sto derfor uten substitusjonsbehandling da intervjuet ble gjennomført.

Videre ønsket jeg å intervju halvparten av informantene i Danmark og den andre halvdel i Norge. Mine informanter er mottakere av en medisinsk behandling i to forskjellige land og på den måten knyttet opp til to ulike systemer. Brukerne i Danmark er underlagt et annet sett av regler, rutiner og retningslinjer enn brukerne i Norge, og omvendt. For på best mulig måte å kunne belyse ulike erfaringer og forståelser var det viktig for meg å ha mest mulig lik fordeling

av antall informanter per land. Jeg endte til slutt opp med tre informanter fra Danmark og tre fra Norge, samt en informant som opprinnelig var fra Norge, men som nå er bosatt i Danmark. Jeg ønsket at informantene fra Norge og Danmark skulle være på omtrent samme sted knyttet til livssituasjon. Noe av tanken bak dette, er at jeg opplever at livskvalitet blant annet er nært knyttet til det å ha et hjem og at analysen ville bli mer relevant om jeg intervjuet brukere som bor i egen bolig. Alle informantene disponerer sitt eget bosted.

3.4.2 Hvordan komme i kontakt?

I forkant av prosjektet undret jeg meg over hvordan jeg skulle komme i kontakt med informanter i Danmark. Etter å ha forhørt meg litt bestemte jeg meg for å flytte til København i en periode, for på den måten å få tak i informanter. Videre tok jeg kontakt med Brugerforeningen for aktive rusavhengige i København og fikk mulighet til å bruke deres lokaler som en base for å oppnå kontakt med brukerne. I Norge var planen først å benytte meg av min arbeidsplass for å komme i kontakt med informanter, men grunnet risiko for rollekonflikt gikk jeg bort fra dette. Jeg kom i kontakt med informanter på flere ulike måter. En av informantene fikk jeg tak i via en brukerorganisasjon for personer i substitusjonsbehandling, mens de to resterende informantene fikk jeg tak i via en tidligere kollega som arbeider i en bydel i Oslo. For på best mulig måte å bevare informantenes konfidensialitet og anonymitet har jeg valgt å ikke nevne navnet på brukerorganisasjonen og den aktuelle bydelen.

I Danmark tok jeg kontakt med formannen for Brugerforeningen og avtalte et møte per mail. Jeg ble deretter satt i kontakt med flere potensielle informanter. Jeg fikk også muligheten til å benytte meg ubegrenset av deres lokaler og det var gjennom dette at jeg fikk kontakt med mine informanter.

Da jeg kom tilbake til Norge startet jeg med å sende e-post til ulike bruker- og interesseorganisasjoner. Jeg tok også kontakt med kolleger og tidligere kolleger og presenterte prosjektet mitt. Jeg håpet at de kunne presentere prosjektet mitt videre til potensielle informanter og at jeg på denne måten ville komme i kontakt med personer som kunne tenke seg å dele sine erfaringer med meg.

Det å få tak i informanter har uten tvil vært en krevende prosess. Jeg har likevel full forståelse for at prosjektet mitt krever høy grad av selvutlevering og at det derfor kan oppleves ukomfortabelt å

delta. Det har vært viktig for meg å være tydelig på at deltagelsen skal være fullstendig frivillig og at det ikke vil være en god ide å delta hvis man er i tvil.

3.4.3 Utvalget

Utvalget mitt består av tilsammen syv informanter som alle er mottakere av heroin- og substitusjonsbehandling. Tre av informantene er danske statsborgere og alle bosatt i København kommune. Av disse tre får to stykker heroinbehandling, mens en får Subutex. Den siste av informantene i dette utvalget er opprinnelig norsk, men har bodd mange år i Danmark og mottatt metadonbehandling der. Videre består utvalget mitt av tre norske statsborgere som alle mottar substitusjonsbehandling i Norge. En av informantene mottar metadonbehandling, mens de to siste får behandling med Subutex. Utvalget består av tre kvinner og fire menn.

Jeg har valgt å ikke oppgi informantenes alder eller navn for å bevare anonymitet. Informantenes alder spenner mellom 25 og 64 år og jeg har valgt å gi informantene nye navn. Jeg vil her gi en kort presentasjon av de syv.

«Nils» er norsk statsborger, men har bodd snart ni år i Danmark. Han har fått metadonbehandling i åtte og et halvt år.

«Maria» er dansk statsborger. Hun har tidligere fått behandling med metadon. Hun har fått Subutex i noen måneder. Hun både studerer og jobber ved siden av.

«Per» er dansk statsborger og har fått heroinbehandling i snart fire år. Tidligere fikk han metadonbehandling flere ganger, til sammen i rundt 20 år.

«Tina» er dansk statsborger. Hun har fått heroinbehandling i litt over ett år. Før dette fikk hun metadonbehandling i mange år.

«Line» er norsk statsborger. Hun har fått Subutex i syv år. Line jobber.

«Jon» er norsk statsborger. Han har fått metadon flere ganger. Denne gangen har han brukt det i litt over ett år.

«Brage» er norsk statsborger. Han har fått Subutex i tre år. Brage er student.

3.4.4 Forskningsetikk i rekrutteringen

Rusforskning er forankret både i samfunnsvitenskap og i medisin, noe som gjør at det kan være vanskelig å vurdere hvilke regler som gjelder for forskningen (Høyer 2010). Før jeg startet prosjektet var jeg i tvil om det var meldepliktig til REK, Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning, fordi informantene mottar medisinsk behandling. Jeg sendte inn elektronisk fremleggsvurdering til REK og fikk beskjed om at prosjektet ikke var meldepliktig til dem. Før jeg startet prosjektet ringte jeg til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD, og fikk beskjed om å sende inn meldeskjema for å vurdere om prosjektet mitt var meldepliktig etter personopplysningsloven. Deretter sendte jeg inn elektronisk meldeskjema til NSD og mottok etter en måneds tid en bekreftelse på at prosjektet ikke medførte videre meldeplikt eller konsensjonsplikt etter personopplysningsloven. Prosjektet ble dermed godkjent.

I Danmark har de en annen lovgivning og man behøver ikke å søke om godkjennelse eller melde inn prosjektet. Etersom jeg er student i Norge, måtte jeg likevel avvente godkjenning fra NSD før jeg kunne starte opp med intervjuene i Danmark.

Alle informantene ble muntlig informert om at prosjektet var frivillig og at det når som helst var mulighet for å trekke seg. Samtykke til å delta i prosjektet ble innhentet muntlig, etter anbefaling fra NSD. Før intervjuene startet informerte jeg informantene om hensikten ved prosjektet og om hvordan deres konfidensialitet skulle sikres under prosessen. Herunder informerte jeg om at undersøkelsen er anonym og at deres navn og/eller detaljer som kan gjøre at informantene kan bli identifisert vil bli fjernet i den ferdige oppgaven.

3.5 Intervjuene

Informantene ble alle sammen intervjuet individuelt og hvert intervju varte fra 30 minutter til en og en halv time. I Danmark ble flesteparten av intervjuene gjennomført på Brugerforeningen for aktive rusavhengige. Dette var et naturlig sted å foreta intervjuene, hvor jeg traff informantene i deres eget miljø. Et av intervjuene ble gjennomført hjemme hos informanten, etter informantens eget ønske. I Norge ble intervjuene gjennomført ulike steder, men jeg var opptatt av å treffe informantene der de selv ønsket å treffe meg, enten dette var på arbeidsplassen eller i hjemmet.

Ved flere av intervjuene i Danmark hadde jeg truffet informantene flere ganger i forkant av selve intervjuet og fra starten av informert vedkommende om hensikten med min tilstedeværelse på

Brugerforeningen. Flere av informantene hadde derfor kunnskap om prosjektet i forkant av selve intervjusekvensen. Likevel startet jeg alltid intervjuet med å fortelle kort om prosjektet, om mine tanker og mål rundt undersøkelsen. Jeg informerte også om taushetsplikten, anonymisering og deres rett til å trekke seg fra prosjektet. Alle intervjuene ble tatt opp med båndopptaker og jeg informerte om at råmaterialet ville bli slettet fortløpende etter at intervjuet var transkribert. Jeg spurte også alle informantene om de syntes det var i orden at jeg tok opp samtalen på bånd og det var ingen av informantene som hadde problemer med dette. En av de norske informantene ønsket å få tilsendt transkriberingen av intervjuet før det ble brukt i analysen. I dette tilfellet sendte jeg informanten transkriberingen og vedkommende leste gjennom og godkjente intervjuet.

Jeg utarbeidet en intervjuguide som jeg benyttet under alle intervjuene. Ettersom jeg valgte å benytte meg av et semi-strukturert intervju, var selve intervjuguiden også semi-strukturert. Et semi-strukturert intervju kjennetegnes ved at det befinner seg mellom en åpen samtale og en lukket spørreskjemasamtale (Kvale og Brinkmann 2009, 47). Intervjuguiden kan ha ulike grader av åpenhet og intervjuet foregår noen ganger uten noen styring fra forskerens side (Jacobsen 2010, 90). Jeg fulgte ikke intervjuguiden slavisk, men den var et viktig hjelpemiddel i forhold til å få svar på det jeg lurte på. Underveis i prosessen valgte jeg å endre på noen av spørsmålene i intervjuguiden da det dukket opp temaer som jeg ikke hadde tenkt på under utarbeidelsen.

Intervjuguiden rommet mange ulike spørsmål, men i hovedsak var alle spørsmålene knyttet opp til livskvalitet og substitusjonsbehandling. Jeg var opptatt av nåværende og tidligere behandling, bosted, aktiviteter, interesser og nettverk. Intervjuguiden inneholdt spørsmål knyttet til opplevelse av muligheter og begrensninger i behandlingen, og sammenheng mellom substitusjonsbehandling og livskvalitet. Jeg var også opptatt av begrepet livskvalitet og hva den enkelte informant la i begrepet. Det var heller ikke forskjell på spørsmålene jeg stilte norske og danske informanter.

3.5.1 Forskningsetikk i intervjusekvensen

«Det empatiske fenomenologiske livsverdensintervjuet kan virke harmonisk, og man har bare i liten grad vært opptatt av maktspørsmål i forbindelse med dette og andre former for kvalitative forskningsintervjuer» (Kvale og Brinkmann 2009, 52). Forfatterne beskriver hvordan intervjuet har et klart asymmetrisk maktforhold og som forsker er det svært viktig å være oppmerksom og bevisst på at dette skjeve forholdet eksisterer. Blant annet handler dette om at intervjuet er en enveisdialog. Det er en instrumentell dialog som har som formål å få frem mest mulig

informasjon knyttet til undersøkelsens problemstilling og det er intervjueren som har monopol på å fortolke informantenes utsagn (Kvale og Brinkmann 2009, 53). Ettersom livsverdensintervjuet er så opptatt av informantenes opplevelser og fortolkning av mening, er det lett å overse asymmetrien som er tilstede i relasjonen. Jeg var på forhånd klar over at jeg hadde valgt et tema som kunne frembringe vonde følelser og tidligere erfaringer, og at dette kunne gjøre det vanskelig for informantene å snakke åpent med en fremmed person. Jeg hadde derfor på forhånd bestemt meg for å stoppe intervjuet, hvis vi kom inn på temaer som vekket for sterke følelser hos informantene. I stedet opplevde jeg at informantene mine gjerne ville fortelle meg om sine opplevelser og erfaringer, og at de syntes det var viktig å synliggjøre opplevelser som de selv syntes var uakseptable. Forfatterne Steinar Kvale og Svend Brinkmann trekker frem at selve temaet for undersøkelsen ikke bare bør diskuteres i forhold til vitenskapelig verdi, men også ha som siktemål å bidra til å forbedre den menneskelige situasjon som utforskes (Kvale og Brinkmann 2009, 81). I forhold til min undersøkelse er jeg opptatt av å forsøke å finne frem til noen faktorer som kan bidra til å gjøre livssituasjonen for tunge rusavhengige lettere. Prosjektet er ikke kun knyttet til personlig interesse for hvordan ulike former for substitusjonsbehandling påvirker livskvaliteten, det er også et ønske om å øke kunnskapssituasjonen på feltet, slik at brukerne kan få et mer verdig liv.

3.5.2 Transkriberingen

«En transkripsjon er en konkret omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst» (Kvale og Brinkmann 2009, 192). Jeg brukte båndopptaker under alle intervjuene. I de tilfellene hvor det var mulig gikk jeg rett hjem og transkriberte intervjuet fortløpende. Dette var for å unngå å glemme vesentlige ting fra intervjuet, slik som stemning, latter, pust og lignende. Ved å ha intervjuet friskt i minne under transkriberingen var det lettere for meg å gjøre gode notater knyttet til intervjuene. De etiske sidene ved det å analysere transkriberingen omfatter spørsmål knyttet til om intervjupersonene bør være med på å bestemme hvordan uttalelsene deres skal tolkes (Kvale og Brinkmann 2009, 81). På grunn av mangel på tid og ressurser så jeg meg nødt til å tolke informantenes utsagn uten deres tilstedeværelse. Dette handlet også om at halvparten av informantene er bosatt i Danmark. I transkripsjonene valgte jeg å oversette de danske intervjuene delvis til norsk. Dette var for å bedre kunne forstå og analysere intervjuene. Der hvor jeg bruker direkte sitater i analysen, har jeg valgt å oversette alle sitater til norsk.

3.6 Analyse av materialet

I analysen utvikles intervjuenes mening og forskeren trekker informantenes forståelse frem. Samtidig bringer forskeren sin egen forståelse inn i arbeidet og nye sider ved fenomenet synliggjøres (Kvale og Brinkmann 2009, 203). Oppfatningen av hva som undersøkes bør bestemme hvordan man utfører analysen. For et utforskende spørsmål vil det lønne seg å gå inn på de ulike sidene i de individuelle intervjuene for å deretter tolke de på en dypere måte (Kvale og Brinkmann 2009, 199).

Det finnes mange ulike måter å utføre en analyse på. Noen analyser bygger på bestemte analyseverktøy, mens andre analyserer og gjør fortolkning uten å følge en systematisk metode eller teknikk (Kvale og Brinkmann 2009, 242). Jeg begynte med å lese gjennom intervjuene etter at disse var transkribert. Jeg forsøkte deretter å trekke ut essensen i hvert intervju og skrev forkortelser av alle syv intervjuene. Jeg forsøkte å dele intervjuene inn i sitater fra informantene, for å deretter finne frem til hovedtrekkene. Det var en utfordrende prosess, fordi det kom så mye informasjon frem i hvert intervju. Selv om jeg benyttet meg av en intervjuguide, kom informantene inn på mange ulike temaer under intervjuene. Det var mye som var viktig knyttet til oppgavens tema og derfor svært vanskelig å velge ut det som skulle brukes i analysen. Jeg tok utgangspunkt i problemstillingen, og forsøkte gjennom den å sile ut de temaene som var mest relevante.

Jeg har tatt utgangspunkt i hermeneutisk meningsfortolkning for å kunne analysere informantenes opplevelser og forståelse. Fortolkningen av intervjuene er gjort både under datainnsamlingen og i etterkant. Den hermeneutiske tradisjonen preges av at man fortolker teksten ved å veksle mellom del og helhet, og gjennom dette oppnår en dypere forståelse av meningen (Kvale og Brinkmann 2009, 217). Et prinsipp ved denne typen fortolkning er at en tekst ikke er forutsetningsløs (Kvale og Brinkmann 2009, 217). Med dette menes at forskeren vil være preget av sin forforståelse og at tekstens mening preges av dette. Jeg hadde i forkant av prosjektet en relasjon til studiens tema og min forståelse er derfor preget av tidligere erfaringer. I tråd med fenomenologisk tenkning, har jeg likevel forsøkt å sette min egen forforståelse i bakgrunnen for å bedre kunne innhente informantenes perspektiver (Kvale og Brinkmann 2009, 245). Temaene i analysen har vokst frem fra det empiriske materialet som informantene introduserte meg for under intervjuene. Andre temaer har vokst frem med utgangspunkt i anvendt teori. Stort sett analyseres disse temaene

gjennom teori, for å kunne bringe frem nye forståelser (Kvale og Brinkmann 2009, 244). Noen steder i analysen lar jeg informantenes opplevelser tale for seg selv. I disse tilfellene vil analysen bære preg av mine egne erfaringer fra feltet. Jeg har forsøkt å se fenomenene fra ulike vinkler og stille ulike spørsmål til den samme teksten.

Intervjufortolkninger blir kritisert for å ikke være objektive og at det samme intervjuet derfor kan tolkes på ulike måter (Kvale og Brinkmann 2009, 218). En hermeneutisk tradisjon tiltater denne formen for fortolkningsmangfold og peker på at det kan stilles mange spørsmål til samme tekst og at de ulike spørsmålene fører til ulike fortolkninger av teksten (Kvale og Brinkmann, 2009, 218). Hvordan jeg har valgt å fortolke i analysen og hvilken teori jeg har brukt, tar utgangspunkt i problemstillingen og mine forskningsspørsmål. Jeg gikk ikke inn i analysen med teoretiske perspektiver som allerede var bestemt. De teoretiske perspektivene som er anvendt for å analysere empirien valgte jeg etter å ha lest gjennom intervjuene flere ganger. Dette var fordi jeg ønsket at informantenes opplevelser skal bære denne oppgaven og ikke omvendt. De teoretiske perspektivene er anvendt for å berike, fortolke og beskrive informantenes opplevelser og forståelse av temaet. Det må påpekes at om andre spørsmål hadde blitt stilt til datamaterialet, kunne analysen belyst andre sider av informantenes opplevelser og den kunne fått et annet sluttresultat.

3.7 Forskningens overførbarhet

Reliabilitet, validitet og generalisering er begreper som opprinnelig var knyttet til kvantitativ forskning og som får en litt annen betydning i kvalitative studier (Thagaard 2003, 21). Det er derfor hensiktsmessig å bruke andre begreper i kvalitativ forskning. Man snakker gjerne om troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet i forbindelse med kvalitativ forskning. Troverdighet knytter seg til om forskningen er utført på en tillitvekkende måte (Thagaard 2003, 21). Det knytter seg ikke fastlagte kriterier til troverdigheten ved kvalitativ forskning, men ved å redegjøre for hvordan dataene har blitt utviklet i prosessen og argumentere for sine valg, kan forskeren bidra til å styrke troverdigheten ved studien (Thagaard 2003, 178). I forkant av studien hadde jeg et ønske om å intervju noen av beboerne på min arbeidsplass, men for at ikke intervjuene skulle påvirkes av min relasjon til beboerne, valgte jeg å gå vekk fra dette.

Bekreftbarhet knytter seg til kvaliteten ved forskningen og har samme betydning som begrepet reliabilitet (Thagaard 2003, 21). Bekreftbarhet handler om hvor god kvaliteten på den

informasjonen som studien baserer seg på er og om forståelsen prosjektet fører til, støttes av annen forskning (Thagaard 2003, 21). Thagaard påpeker at forskerens tilknytning til det miljøet som studeres kan ha betydning for studiens bekreftbarhet. Om forskeren har kjennskap til det miljøet som studeres, kan det både være en styrke og en begrensning. Det å ha kjennskap til miljøet som studeres kan bidra til en forståelse for informantenes situasjon, men tilknytningen til miljøet kan også bidra til at forskeren overser det som ikke samsvarer med ens egen erfaring (Thagaard 2003, 181). Min arbeidserfaring og min interesse for rusfeltet har bidratt til en bred forståelse av rusavhengiges livssituasjon. Samtidig er jeg klar over at mine erfaringer har ført til at jeg har klare meninger om rusfeltet og at jeg derfor måtte arbeide aktivt for å ikke la min forforståelse farge studien i for stor grad.

Overførbarhet i forskningen sier noe om hvor vidt hovedfunnene er gyldige i andre sammenhenger og dermed om kunnskapen er overførbar til andre personer enn informantene (Thagaard 2003, 21). Min oppgave består av syv informanter og antallet informanter gjør at det ikke er gitt at funnene i min oppgave gjelder for alle substitusjonsmottakere. Oppgavens lille utvalg og det faktum at undersøkelsen baserer seg på subjektiv opplevelse av livskvalitet, danner et for svakt grunnlag for å kunne si noe generelt om livskvaliteten til personer i substitusjonsbehandling. Studien har likevel potensiale til at personer i en lignende situasjon vil kunne kjenne seg igjen i informantenes opplevelser.

4. Tidligere forskning

4.1 Studier av heroinbehandling

Behandling med heroin har vært forsøkt i en rekke land, og er nå et permanent tilbud til brukere i Nederland, Sveits, Tyskland, England og Danmark (Johansen 2013, 20). Substitusjonsbehandling med metadon, Subutex eller Subuxone er innført i alle EU-landene og det er en bred vitenskapelig enighet om at disse behandlingsformene er verdifulle og fører til minsket inntak av illegale rusmidler, samt forbedret fysisk og psykisk helse (Hansen og Grønbæk 2007, 8). De senere årene har også en rekke internasjonale studier undersøkt effekten av heroinbehandling kontra metadonbehandling.

På vegne av Sundhedsstyrelsen presenterte Statens Institut for Folkesundhet en litteraturoversikt om heroinbehandling i 2007, hvor de oppsummerte den tidligere internasjonale forskningen som fantes på dette området. Litteraturoversikten tar for seg fem undersøkelser; en britisk studie fra 1980, en sveitsisk studie presentert i 1998, en nederlandsk studie fra 2003, en spansk studie fra 2006 og en tysk studie fra 2007 (Hansen og Grønbæk 2007, 4). Hovedformålet med samtlige studier har vært å undersøke om behandling med heroin kan fungere som et alternativ til annen substitusjonsbehandling, med hovedfokus på å øke helsen og livskvaliteten til den enkelte rusmisbruker, samt redusere bruken av illegale rusmidler (Hansen og Grønbæk 2007, 4). Flesteparten av studiene er randomiserte og opererer med en kontrollgruppe, altså et såkalt RCT-design (Hansen og Grønbæk 2007, 9). Noen av studiene er basert på andre typer forsøksdesign, men disse ble ikke brukt i konklusjonen til den danske forsøksundersøkelsen (Hansen og Grønbæk 2007, 4). Antallet deltagere og kriteriene for å bli inkludert i de ulike forsøkene varierer noe, men de fleste studiene hadde mislykket substitusjonsbehandling som et kriterium for å kunne bli med i forsøket (Hansen og Grønbæk 2007, 6). Ett av unntakene er det tyske forsøket fra 2003-2004, hvor et av målene var å nå frem til brukere som tidligere hadde vært utilgjengelige for behandlingssystemet (Hansen og Grønbæk 2007, 28). De fleste av de internasjonale studiene opererer med et forsøksdesign hvor man sammenligner injiserbar heroin med metadon som tas gjennom munnen. Dette gjelder det nederlandske, tyske, britiske og spanske forsøket (Hansen og Grønbæk 2007, 6). Unntaket er det sveitsiske forsøket, som undersøkte virkningen av flere legemiddelassisterte stoffer, for eksempel morfin og røykeheroin (Hansen og Grønbæk, 2007: 14).

Resultatene fra alle de internasjonale forsøkene viste at behandling med injiserbar heroin, både er praktisk og sikkerhetsmessig gjennomførbart som et alternativ til annen substitusjonsbehandling (Hansen og Grønbæk 2007, 42). Resultatene fra det britiske forsøket viste ikke et klart skille mellom heroin- eller metadonbehandling. Forfatterne påpeker at det ble gitt en relativt lav dose heroin i forsøket og at dette kan være en mulig årsak. (Hansen og Grønbæk 2007, 12). Den sveitsiske studien ble gjennomført som en før- og etterstudie og det var derfor ingen kontrollgruppe (Uchtenhagen 1999 sitert i Johansen 2013, 37). Forskerne konkluderte derfor med at man ikke kunne si at en av behandlingsformene var mer virksom enn den andre (Hansen og Grønbæk 2007, 17). Det nederlandske forsøket viste sterk evidens for at heroinbehandling er virkningsfullt for den gruppen av rusavhengige som ikke er mottakelige for andre behandlingsformer og at heroinbehandling derfor var mer effektiv enn metadonbehandling alene (Hansen og Grønbæk 2007, 43). Det tyske og det spanske forsøket leverte også solid evidens for at heroinbehandling er en mer effektiv behandlingsform for de mest belastede brukerne som ikke har profittert på annen substitusjonsbehandling (Hansen og Grønbæk 2007, 43). Det tyske forsøket viste at deltagerne i heroingruppen oppnådde signifikant bedre resultater knyttet til helsetilstand og inntak av illegale rusmidler enn metadongruppen (Hansen og Grønbæk 2007, 43).

Den danske rapporten, basert på den nevnte internasjonale forskningen, konkluderte med at det fantes evidens for at heroin var en mer effektiv behandlingsform enn metadon, spesielt for de brukerne som ikke hadde profittert på metadonbehandling (Hansen og Grønbæk 2007, 44). Det er særlig evidensen fra det tyske og det nederlandske forsøket som underbygger denne konklusjonen. I tillegg indikerer det spanske og det sveitsiske forsøket noe av det samme, men det er ikke av god nok kvalitet til å trekke en konklusjon (Hansen og Grønbæk 2007, 44).

4.2 Forskning utsatt for kritikk

Heroinbehandling er et kontroversielt tema i samfunnet og er derfor svært omdiskutert. Blant annet fordi det er et kontroversielt tema, er forskningen rundt heroinbehandling utsatt for sterk kritikk. Den internasjonale forskningen har blitt kritisert for å gi et for svakt grunnlag for å kunne innføre heroinbehandling. Dette gjelder blant annet i Norge. I 2011 ble det avholdt en konsensuskonferanse om heroinbehandling i Norge, hvor fagfolk og brukerorganisasjoner drøftet forslaget om å tilby heroinbasert behandling til heroinavhengige i Norge (Johansen 2013, 45).

Den endelige rapporten fra konferansen konkluderte med at det på bakgrunn av det som ble presentert ikke fantes godt nok grunnlag for å innføre heroinbasert behandling i Norge (Forskningsrådet 2011, 33). Det var særlig kunnskapsgrunnlaget panelet vurderte som svakt. Panelet skriver i sin rapport at det foreligger begrenset dokumentasjon som peker i retning av at utfallsmål som livskvalitet, dødelighet, helsetilstand og ringvirkninger i pasientmiljøet blir bedre med heroinbehandling (Forskningsrådet 2011, 31). Det var validiteten ved den utenlandske forskningen som panelet stilte spørsmålsteget ved, og da særlig seleksjonen av pasienter. Panelet trakk spesielt frem at det er logisk at kontrollgruppen som har forsøkt metadonbehandling og mislyktes med dette, er mindre fornøyd enn den andre gruppen som fikk mulighet til å prøve heroin. Panelet syntes heller ikke at det var overraskende at bruken av illegal heroin gikk ned, ettersom denne gruppen fikk tilført heroin i behandlingen (Forskningsrådet 2011, 29). To brukerrepresentanter som talte på konferansen, og som i dag lever velfungerende liv, uttalte at hvis det hadde vært et tilbud om heroinbehandling da de ville ut av misbruket, ville de sannsynligvis valgt dette. Panelet skrev i ettertid at på bakgrunn av hvor disse to sto i dag, så var dette urovekkende (Forskningsrådet 2011, 29). Den danske forskeren Cathrine Schepeleren Johansen skriver at det ikke kom frem hvorfor panelet vurderte dette som urovekkende og at det kunne synes som om de vurderer at det er verre å være i heroinbehandling, enn i andre former for substitusjonsbehandling (Johansen 2013, 47). I Stortingsmelding nr. 16, 1996-1997, Narkotikapolitikken, hvor det argumenteres mot å innføre heroin som behandling, legges det vekt på den symbolske ulikheten heroin og metadon representerer. Det skrives at både heroin og metadon er narkotiske stoffer og at forskjellen mellom disse i stor grad ligger på et symbolsk plan hvor metadon blir oppfattet som medisin, i motsetning til heroin (Frantzen 2001, 12). I Norge har vi også hatt en lignende diskusjon tidligere i forbindelse med innføringen av metadonbehandling. Frantzen undrer seg over begrunnelsen for at Norge først innførte et forsøksprosjekt med metadonbehandling på 1990-tallet, ettersom metadonbehandling var grundig utprøvd i utlandet og ansett som god og virksom behandling for den aktuelle gruppen (Frantzen 2001, 40). Man kan stille spørsmål ved om den behandlingen vi tilbyr landets rusavhengige er basert på den beste tilgjengelige forskning og kunnskap, eller om den er forankret i moralske og ideologiske politiske meninger.

Lørdag 18 april 2015 stemte et flertall på Arbeiderpartiets landsmøte ja til et prøveprosjekt med utdeling av heroin til de tyngste rusmisbrukerne. Påtroppende AP-nestleder Hadia Tajik uttalte at

«det ikke handler om å gi opp noen, men om å redde liv» og Gro Harlem Brundtland mente at tiden er inne for å gjøre et slikt forsøk nå (Kagge, Tjernshaugen og Glomnes 2015). Arbeiderpartiet skriver at de ønsker en forskningsbasert ruspolitikk og at det må være en medisinsk vurdering som ligger til grunn for hvilken behandling vi tilbyr, ikke en politisk. Det politiske partiet ønsker at heroinbehandling skal tilbys til de brukerne som ikke får effekt av ordinær substitusjonsbehandling og forslaget samsvarer derfor med tilbudet i Danmark. Arbeiderpartiet skriver videre at de erkjenner at ikke alle kan leve et rusfritt liv, men at alle skal få et best mulig liv, uavhengig av dette (Arbeiderpartiet 2015).

Heroinbehandling har vært og er fremdeles i søkelyset til både befolkningen og politikerne. Forfatterne Anders Gottlieb Hansen og Morten Grønbæk trekker frem at diskusjonen rundt heroinbehandling, både blant politikere og befolkning, innebærer følelsesladde holdninger, ofte knyttet til verdier, moral og ideologi, heller enn evidensbasert forskning (Small and Drucker 2006 sitert i Hansen og Grønbæk 2007, 7). Flere forskere har påpekt at kravet til evidens synes å være høyere for heroinbehandling enn innenfor andre substitusjonsbehandlinger. Den britiske forskeren Lintzeris med flere sier at dette kan skyldes at heroin som behandlingsform er spesielt utsatt for skepsis. Både politikere, det offentlige og den vitenskapelige sfære er kritiske til heroinbehandling og det kreves derfor dokumentasjon på effekt før heroinbehandling kan støttes (Lintzeris, Strang, Metrebian, Byford, Hallam, Lee 2006 sitert i Hansen og Grønbæk 2007, 9).

4.3 Annen relevant forskning

Som nevnt innledningsvis er det foretatt relativt få studier i Norge og Danmark som tar for seg substitusjonsbehandling og opplevelse av livskvalitet. Gjennom å søke i Bibsys og Google Scholar fant jeg frem til tre studier som tar for seg en lignende problemstilling som min studie. «Kontrollspørsmålet - en studie av livskvalitet hos LAR-pasienter i Oppland» undersøker livskvalitet hos opiatmisbrukere i LAR, gjennom bruk av standardisert spørreskjema (Vetlesen og Høiby 2007). Studien viste at 22 av 26 deltagere opplevde at livskvaliteten hadde blitt bedre etter at de begynte i LAR. Forfatterne trekker frem at den viktigste enkeltfaktoren er opplevelsen av økt kontroll i livet. Studien viste også at informantene hadde en opplevelse av at rus preger livet i mindre grad enn tidligere og at behovet for rus dekkes av substitusjonsbehandlingen. Informantene hadde også fått et bedre forhold til familien (Vetlesen og Høiby 2007, 20). «Et bedre liv med metadon? - En kvalitativ studie av «velfungerende» metadonbrukere i Oslo-

området» undersøker hvilke faktorer som er viktige for at man skal kunne få et bedre liv med metadon (Gryt 2005). Studien viser blant annet at et sosialt nettverk og meningsfulle aktiviteter er viktige faktorer knyttet til livskvalitet. Jeg vil også nevne at Aleksandra Bartoszko er HIOA-stipendiat og holder på med et forskningsprosjekt hvor hun forsker på heroinavhengige pasienter i LAR. Hun forsøker å finne ut av hvordan vi kan få til bedre behandling av skadelig rusmisbruk og om dette er mulig i et landskap preget av motstridende ideologier, politiske og profesjonelle mål (Balci, ukjent dato).

Cathrine Schepeleren Johansen har fulgt implementeringen av heroinbehandlingen i Danmark og undersøkt de to første årene med legemiddelordinert heroin. Studien tar for seg brukernes syn på behandlingen, personalets syn på behandlingen, organiseringen av heroinbehandlingen og hverdagslivet på heroinklinikkene (Johansen 2013, 11). En mindre del av studien tar for seg en spørreskjemaundersøkelse om brukernes selvopplevde livskvalitet ved oppstart på heroinbehandling og etter syv måneders behandling (Johansen 2013, 13). Studien viste at brukerne opplevde at heroinbehandlingen bidro til at de i langt mindre grad enn tidligere måtte begå kriminalitet for å finansiere rusmisbruket sitt (Johansen 2013, 174). Brukerne var også glade for å få heroin i motsetning til metadonbehandling (Johansen 2013, 188).

5. Litteratur

I dette kapittelet vil jeg presentere de teoretiske perspektivene som er valgt for å analysere mine data. Jeg finner det nyttig å bruke teorier om stigma, brukervedvirkning, behov og livskvalitet for å belyse min problemstilling. Begrunnelsen for valg av teori finnes i informantenes fortellinger. Først presenteres Erving Goffman sin teori om stigma. Han er valgt fordi hans teori om stigma og identitet er godt egnet til å belyse hvordan rusavhengige ofte opplever å bli stigmatisert i samfunnet og hvordan dette kan påvirke livskvaliteten. Brukervedvirkning er en sentral del av sosial arbeid og følelsen av å bli hørt henger nært sammen med opplevelsen av livskvalitet. Samtidig gjør kontrollaspektet ved substitusjon- og heroinbehandling at brukervedvirkning kan være en utfordring i praksis. Det er også interessant å se på forholdet mellom makt og hjelp knyttet til brukervedvirkning. Begrepet livskvalitet er vanskelig å definere. For på best mulig måte å kunne analysere informantenes opplevelse av livskvalitet har jeg valgt å gi en presentasjon av både subjektive og objektive sider av begrepet livskvalitet. Jeg gir også en kort fremstilling av Abraham Maslow sin psykologiske teori om behov. Hensikten er å forsøke å forstå hvilke behov som er fremtredende hos informantene, henholdsvis før og etter substitusjonsbehandling.

5.1 Erving Goffmann - Stigma

Rusavhengige er en gruppe mennesker som er utsatt for samfunnets stigma og får ved gjentatte anledninger signaler om at de ikke hører hjemme i det «normale» samfunnet. Begrepet stigma er relativt ofte brukt i samfunnsvitenskapene og sosialpolitikk, men anvendes på mange ulike måter. I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i den teoretiske tilnærmingen til Erving Goffman, opprinnelig fra 1963.

Begrepet stigma er opprinnelig fra Hellas og var et merke som ble skåret inn i kroppen på de som var slaver, kriminelle eller forrædere. Dette merket betød at personen skulle unngås og da særlig på offentlige steder. I dag beskriver begrepet stigma heller følelsen av skam og diskriminering, enn et rent kroppslig kjennetegn (Goffman 1963 sitert i Hove 2001, 8). I dagliglivet brukes begrepet stigma om enhver ille ansett person, gruppe, yrke, utseende eller aktivitet (Page 1984 sitert i Hove 2001, 8).

Erving Goffman beskriver en sosiologisk forståelse av samfunnets måte å dele mennesker inn i kategorier på. Han mener at menneskene i et samfunn blir kulturelt lært opp til å både bevisst og ubevisst oppfatte og fordele mennesker ut i fra kategorier. Disse kategoriene inneholder visse beskrivelser og egenskaper ved gruppens tilhørende individer, som formes ut i fra det Goffman kaller tilsynelatende sosial identitet. Den kategorien som individet derimot egentlig tilhører og de egenskapene som individet faktisk har, kaller Goffman for individets faktiske sosiale identitet (Goffman 2011, 10). Goffman understreker videre at stigma må sees i et relasjonelt system. Med dette menes at et kjennetegn som for en oppleves som et stigma, kan for andre være et tegn på normalitet (Goffman 1963 sitert i Hove 2001, 12). Skitten bekledning vil for eksempel ikke bli ansett som avvikende i et rusmiljø, men det oppfattes som regel avvikende i majoritetssamfunnet. Videre deler Goffman stigma inn i tre ulike hovedtyper: Kroppslig stigma, i form av fysiske misdannelser, karaktermessig stigma, slik som viljessvakhet og unaturlige lidenskaper som for eksempel stoffmisbruk og til sist det tribale stigma, som kjennetegnes på familiære trekk som rase, religion og nasjon. (Goffman 2011, 12). Felles for disse tre typene av stigma er ifølge Goffman at normale, sosiale relasjoner forstyrres fordi vedkommende bærer på noe som gjør at han eller hun avviker fra våre forventninger om normalitet og at vedkommende derfor stenges ute (Goffman 1963 sitert i Hove 2001, 12). Mange vil nok plassere rusavhengige i gruppen med karaktermessig stigma. Denne gruppen blir ofte behandlet på en nedverdiggende måte fordi man ser for seg at de selv er ansvarlige for årsaken til stigma (Page 1984 sitert i Hove 2001, 13).

Rusavhengige er først og fremst utsatt for et karaktermessig stigma, men det kan ikke utelukkes at rusavhengige også opplever et kroppslig stigma. Et langt liv som rusmisbruker kan sette sitt preg på individet og føre til fysiske, karakteristiske måter å se ut på, bevege seg på og snakke på. Når samfunnet ser den tidligere rusavhengige gjennom hans eller hennes stigma og forklarer rusmisbruket med egenskaper hos personen, kan avstanden mellom den tidligere rusavhengige og samfunnet øke. Når en tidligere rusmisbruker skal integreres i samfunnet er han avhengig av å bli mottatt, akseptert og forstått. Dette bringer oss inn på Goffmans teori om stigma som selvoppfyllende profetier, og synet på at individet blir påvirket av hvordan omgivelsene reagerer på dem. Det stigmatiserte individ har en tendens til å dele den samme identitetsopplevelse som alle andre har (Goffman 2011,19). Hvis en rusmisbruker gjentatte ganger blir oppfattet og møtt som en rusmisbruker, kan det komplisere prosessen med å se på seg selv som noe annet enn en rusmisbruker. Dette kan vanskeliggjøre integreringen og tanken om å leve en rusfri hverdag og

føre tidligere rusavhengige tilbake til rusmiljøet hvor de forstår de sosiale normene og føler seg respektert. Goffmann beskriver hvordan samfunnets reaksjoner og forståelsen av hva en rusmisbruker er og gjør, er med på å forme hvordan vedkommende ser på og forstår seg selv, noe som kan komplisere integrasjonsprosessen (Goffman 2011, 19). På denne måten fungerer stigma som en form for selvoppfyllende profetier. Stigmatiseringen blir selvforsterkende og gjør at de som blir stigmatisert kan få vanskeligheter med å tro på sine egne evner (Myhra 2012, 65).

5.2 Begrepet livskvalitet

Det knytter seg mange problemområder til rusmisbruk. For den enkelte er det forbundet med dårlig helse, tap av arbeid, økonomiske problemer og tap av sosialt nettverk. For samfunnet knytter det seg problemer til kriminalitet, økt sykkelighet, ulykker, vold og uførhet (Høyen i Mæland, Haug, Høyen og Krokstad 2011, 217). Alle disse problemområdene er for meg forenlige med dårlig livskvalitet. Spørsmålet er hva som skjer når en person kommer over i substitusjonsbehandling. Hva skal til for å bedre situasjonen? Bidrar substitusjonsbehandling til en positiv endring av livskvaliteten til den enkelte? For å kunne diskutere dette i analysen vil jeg her gi en kort presentasjon av begrepet livskvalitet og ulike teorier knyttet til dette.

Begrepet livskvalitet er for mange synonymt med hverdagslige fraser som «hva er det som gjør at livet er godt å leve?». Livskvalitet har en sterk subjektiv side, men består samtidig av ytre sosiale og materielle forhold, ofte betegnet som levekår (Solum 1993, 93). Disse to sidene ved begrepet står gjerne i et avhengighetsforhold til hverandre, hvor objektive og subjektive forhold utgjør et slags sluttprodukt. NOU 1980:20 (Siteret i Solum 1993, 94) sier følgende om levekårsbegrepet: «Levekår er en samlebetegnelse for økonomiske og sosiale goder og byrder». For å kunne sammenligne levekår sammenligner man gjerne med standarden til befolkningens levekår (Solum 1993, 95). Man kan for eksempel sammenligne standard på bolig i forhold til størrelse, tilgjengelighet og hygieniske forhold.

De siste årene har livskvalitet blitt et viktig begrep i den offentlige sektoren og i den politiske debatten. Det er stadig flere yrkesgrupper som mener at livskvalitet bør være måleenhet for behandling, forebygging og psykososial støtte (Walsh og Emrich 1988, Breslin 1991, Wortis 1988, Lanclot 1991 sitert i Ventegodt 1995, 11). Når man skal måle effekten av behandling er det ikke nok kun å se på kliniske målinger av pasientens tilstand. Like viktig er det å se på om pasienten selv opplever bedring. Særlig i forhold til kroniske sykdommer, hvor målet er å lindre

symptomer, blir pasientens opplevelse viktig (Pedersen 2005 sitert i Johansen 2013, 161). Selvpoplevd livskvalitet synes å være svært viktig når det er snakk om behandling av rusavhengige, da dette er mennesker som har flere likhetstrekk med mennesker som lider av kroniske sykdommer som for eksempel diabetes (McLellan 2000 sitert i Johansen 2013, 161). Oversikter over livskvalitetsforskning viser at begrepet livskvalitet sjeldent defineres, og det kan derfor være uklart hva som undersøkes. Det er likevel økonomi, helse, familie, venner og arbeid som blir ansett som livskvalitetsbegrepets viktigste områder (Ventegodt 1995, 25). Søren Ventegodt påpeker at det kan være vanskelig å måle livskvalitet kvantitativt, fordi livets kvalitet er noe kvalitativt. Gjennom personlige intervjuer og feltarbeid kan man fange opp individets subjektive livskvalitet, som kan være med på å bidra til forbedringer i behandlingstilbudet (Ventegodt 1995, 14).

Forestillingen om det gode liv finnes i mange av de store religiøse og filosofiske verkene. I vår tid er det særlig tre aspekter ved det gode liv som blir vektlagt. Den subjektive livskvalitet handler om hvor godt man selv synes at man har det i livet, den eksistensielle livskvalitet dreier seg om hvor godt livet er i en dypere mening, og den objektive livskvalitet handler om hvor godt livet er sett utenfra (Ventegodt 1995, 38). Den objektive livskvaliteten kommer ofte til uttrykk i levestandard, og hoveddimensjonene kan her sies å være bolig, opplæring, arbeid og fritid (Solum 1993, 96).

De livskvalitetsdimensjonene som kan sies å ha en større subjektiv side, er sosial deltagelse, verdsetting, mestring og frigjøring (Solum 1993, 102). Lav grad av sosial deltagelse kjennetegnes ved isolasjon og at man objektivt sett har små muligheter til å etablere kontakt med andre mennesker. Lav grad av verdsetting kjennetegnes ved at en person stemples eller stigmatiseres av andre og at vedkommende derfor har lav status. Solum trekker også frem at lav grad av verdsetting kommer til syne ved at vedkommende oppfattes som en som ikke kan ta ansvar for egne handlinger og som derfor ikke mestrer sin egen livssituasjon (Solum 1993, 104). Videre kjennetegnes lav grad av mestring ved at personen ikke har evner, kunnskap og ferdigheter til å mestre de daglige levekårskrav. Til slutt kjennetegnes lav grad av frigjøring ved at mulighetene til et selvstendig liv i liten grad er til stede, og at personen derfor opplever situasjonen som tvangspreget og ufri (Solum 1993, 105). De ulike aspektene nevnt ovenfor beskriver noen av faktorene som påvirker livskvalitet i vårt velferdssamfunn. Selv om livskvalitet her knyttes til en

del ytre kriterier, er livskvalitet primært et uttrykk for folks subjektive oppfatning av livet sitt (Mæland, Haug, Høyen og Krokstad 2011, 41).

Livskvalitet er nært beslektet med begrepet helse, dog som et videre begrep, og har de siste årene blitt et overordnet mål for helsetjenesten. Innføringen av begrepet livskvalitet i helsesektoren kan sees på som en humanistisk strømning, som har ført til at søkelyset rettes mot individets egne opplevelser og vurderinger (Mæland, Haug, Høyen og Krokstad 2011, 41).

Abraham Maslows behovspyramide er ikke en direkte teori om livskvalitet, men en teori som tar utgangspunkt i at vår motivasjon påvirkes av våre behov (Halse i Jerlang 1999, 242). Teorien er derfor relevant å bruke for å kunne si noe om hvordan ulike menneskelige behov kan påvirke livskvaliteten. Behovspyramiden er en sentral del av Maslows teori som innordner menneskets behov hierarkisk. Nederst i pyramiden finner vi fysiologiske behov, slik som behov for mat, vann, beskyttelse og sikkerhet. Behovene på dette nivået er en forutsetning for livets eksistens. Deretter følger nivået for sosiale behov, behovet for kontakt, vennskap og status. Det tredje nivået i pyramiden omfatter behovet for selvhevdelse slik som behovet for å kunne fungere i sosiale sammenhenger, for å prestere noe og for å vite hvem man er og hva man vil. Øverst i hierarkiet finner vi behovet for selvrealisering som beskriver det å kunne bruke sine iboende evner, være kreativ og utvikle seg selv (Halse i Jerlang 1999, 244). I følge Maslow er samtlige behov en forutsetning for å kunne utvikle seg som et helt menneske, men han påpeker at behovene vil påvirkes av alder, utvikling og den sosiale sammenheng. Med dette menes at behovet for selvrealisering vil være fraværende for et lite barn eller i et land med hungersnød, men svært tilstedeværende i et samfunn som vårt, hvor behovet for mat, vann og bolig som oftest er tilfredsstilt (Halse i Jerlang 1999, 245). Maslow skiller videre mellom mangel- og vekstbehov, hvor mangelbehov kjennetegnes av at behovet kan tilfredsstilles, slik som å drikke hvis man er tørst, mens vekstbehovene sees på som individets umettelige behov for vekst og utvikling. For å motiveres til å tilfredsstille behovet for å realisere seg selv, må mangelbehovene være tilfredsstilt (Halse i Jerlang 1999, 245). Den hierarkiske oppbygningen av behovene gjør at utilfredsstilte behov lengre ned i hierarkiet vil påvirke individets atferd, motivasjon og bevissthet frem til behovet er tilfredsstilt. Behov for å dyrke sine interesser vil for eksempel ikke være fremtredende hos en person som er sulten og mangler et sted å bo.

5.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan foregå på både system- og individnivå. Begge deler kan være en viktig komponent for å sikre god behandling og gode behandlingsresultater. I denne studien har jeg valgt å sette hovedfokus på individnivå og møtet mellom den enkelte brukeren og systemet eller tjenesteyteren. Brukermedvirkning på individnivå omhandler den enkeltes situasjon og den behandlingen vedkommende mottar. Den profesjonelle har ansvar for at brukeren får tilstrekkelig informasjon, slik at han eller hun gis muligheten til å ha innflytelse på behandlingen eller tilbudet (Myhra 2012, 68). Brukermedvirkning på systemnivå omhandler hjelpeapparatet som system eller struktur. På dette nivået løftes brukermidvirkningen opp på et mer generelt nivå og kommer gjerne til syne gjennom brukerutvalg eller brukerorganisasjoner (Myhra 2012, 69).

Brukermedvirkning er på mange måter et oppgjør med historiens holdninger, forståelse og fordommer knyttet til at rusavhengige ikke evner å ta ansvar for sin egen situasjon. Det økende fokuset på begrepet livskvalitet i helsesektoren og fokuset på pasientens egne opplevelser og vurderinger, kan sees på som et uttrykk for økt brukermidvirkning. Brukermedvirkning kan forstås som et ønske om å se folk som aktive og ressurssterke og dermed komme vekk fra et bilde av at folk er passive mottakere av bistand og behandling. I Norge, så vel som i Danmark, har brukermidvirkning utviklet seg til å bli en overordnet målsetning ved store deler av den offentlige politikken (Myhra 2012, 55). Paradoksalt nok ble ikke pasientrettigheter gjort gjeldende for ruspasienter før i 2004. Dette kan forstås som et uttrykk for at fagfolk og politikere så på rusavhengige som mindre i stand til å ta vare på sin egen helse, enn andre pasienter (Evjen, Kielland og Øiern 2012, 220). I retningslinjene knyttet til LAR-behandling står det at Brukermedvirkning er en etisk og juridisk forpliktelse for behandlere nedfelt i lovgivningen. Videre legges det vekt på at det i medisinsk behandling og sosial rehabilitering er et grunnleggende prinsipp at den som tilbys hjelp, selv skal ha muligheten til å vurdere tilbudet og ta ansvar for sin egen behandling (Helsedirektoratet 2011, 32). Det trekkes frem at brukermidvirkning i LAR er spesielt utfordrende, da det er et skjevt maktforhold mellom lege og pasient (Helsedirektoratet 2011, 32). Selv om retningslinjene anbefaler at pasientens valg og ønsker skal tillegges vekt, er det legene i LAR som avgjør hvilken behandling pasienten får tilbud om (Helsedirektoratet 2011, 32). Rusavhengige er en gruppe mennesker som har opplevd stor grad av tap av kontroll i livet på mange områder og hvor brukermidvirkning derfor kan sees på som spesielt viktig. Graden av kontroll er stor i LAR, og dette medfører at mange brukere

opplever å bli umyndiggjort (Helsedirektoratet 2011, 32). Det står eksplisitt i retningslinjene til LAR at «for behandlere forutsetter brukermedvirkning en holdning til pasienten der lydhørhet og respekt for pasientens valg står sentralt» (Helsedirektoratet 2011, 51). Det står også at «pasientens eget ønske bør vektlegges ved legemiddelstart» (Helsedirektoratet 2011, 51).

Det eksisterer flere ulike forklaringer eller begrunnelser for hvorfor brukermedvirkning er en viktig verdi i samfunnet vårt. En forklaring går ut på at det er et redskap som blir brukt for å lære borgerne å bli aktive, gode borgere. Her sees ikke brukermedvirkning som noe som kommer individet til gode, men som et middel for å nå et annet mål (Myhra 2012, 67). En annen og litt mer menneskelig tilnærming, betegner brukermedvirkning som en demokratisk rett som handler om at medbestemmelse er viktig for den enkelte. Brukermedvirkning sees her på som en form for respekt (Myhra 2012, 67). Man kan også velge å se på brukermedvirkning som en måte å jevne ut skjeve maktforhold i samfunnet på. Mange brukere er avhengig av hjelpesystemer som innebærer sterk grad av makt og kontroll og det å involvere brukerne bidrar til en balanse mellom de ulike partene (Myhra 2012, 68). Mange vil også argumentere for at brukermedvirkning er effektivt og derfor fører til bedre økonomi. Gjennom å lytte til brukernes erfaringer kan vi lettere finne frem til gode løsninger, og vi slipper å bruke penger på å «famle i blinde» (Myhra 2012, 68).

Begrepet Empowerment dukker gjerne opp i sosialt arbeid, og særlig i forhold til brukermedvirkning og brukertilnæringer (Myhra 2012, 111). Empowerment-tilnærmingen handler om å ta tilbake makten over sitt eget liv og at den enkelte selv vet best hva som skal til for å få til endring. Judy Kokkin definerer Empowerment som «En frigjøringspedagogisk metode som gjennom terapi, samtale, gruppearbeid eller kursvirksomhet øker bevisstheten hos enkeltpersoner eller grupper om hva de ønsker å oppnå og hva de kan ta ansvar for å endre i omgivelsene og egen livssituasjon» (Kokkin 2005, 62). Empowerment kan knyttes til pedagogen Paulo Freire sitt verk «De undertryktes pedagogikk». Freire la vekt på subjektets deltagelse og bevissthet i sin pedagogikk. Han beskriver hvordan individet må frigjøre seg fra undertrykkende vaner og roller for å kunne vokse som menneske og leve et verdig liv (Freire 2003, 12). Omfattende rusmisbruk kan i mange tilfeller innebære en ansvarsfraskrivelse av egne problemer og utfordringer. Man blir gradvis avhengig av velferdsstaten og hjelpeapparatet, og mister kontroll og påvirkning på sitt eget liv. Relasjonen mellom bruker og sosialarbeider er preget av asymmetri, fordi sosialarbeidere har mulighet til å kontrollere og sanksjonere brukere, samt sitter

med definisjonsmakten til å vurdere hva som er «god» behandling. Empowerment i praksis, utfordres av at rusavhengige ikke alltid besitter kompetansen som tankegangen legger opp til, nemlig at individet skal sees på som selvstendig og ansvarlig (Bjerger 2005, 53). Flere studier peker på at sosialarbeidere har makt og kontroll over ressurser, samt symbolsk makt til å definere brukernes ønsker og behov (Gosh 2007, Juhila 2010 og Prottas 1979 sitert i Ylvisaker 2014, 81). Å være mottaker av LAR-behandling kan sees på som en disiplineringsprosess, hvor man ønsker å rehabilitere rusavhengige inn i normalsamfunnet og gi dem gode, verdige liv. Empowerment og brukermedvirkning kan derfor være svært utfordrende å få til i praksis.

6. Analyse

I dette kapittelet presenterer jeg analysen av hvordan mine informanter opplever sin livskvalitet. Jeg har valgt å bruke sitater fra informantene for å på best mulig måte vise et bilde av hvordan substitusjons- og heroinbehandlingen oppleves og hvordan den påvirker livskvaliteten. Noen steder har jeg også valgt å presentere små deler av intervjuene for bedre å få frem informantenes stemmer. Med tanke på et fenomenologisk perspektiv, har jeg vært opptatt av å belyse informantenes egne opplevelser og forståelse, og forsøke å forstå hvordan behandlingen har påvirket deres liv. Gjennom å anvende teori, ønsker jeg å sette informantenes opplevelser i en kontekst og vise hvordan livskvalitet påvirkes av organiseringen. Jeg benytter meg hovedsakelig av teori som er presentert tidligere i oppgaven. Noen steder trekker jeg inn ny teori, hvor det er nødvendig for å forstå eller analysere informantenes utsagn.

6.1 Livskvalitet

6.1.1 Redusert stress

«Livskvalitet for meg betyr vel egentlig å våkne opp om morgenen og være lykkelig og ikke ha noe problem som hamrer i bakhodet ditt, som du vet at du er nødt til å fikse» Nils, Danmark

Nils utdyper videre:

«Jeg vet at det er mange narkomane, inkludert meg selv, som har gått rundt med følelsen av at livet er konstant smerte, det tjener ingen hensikt fordi alt man gjør er å skaffe og bruke rusmidler. Det å ha god livskvalitet, bortsett fra fravær av bekymringer, er følelsen av at du bruker livet ditt til noe positivt. For meg personlig er det å hjelpe andre» Nils, Danmark.

Sitatene til Nils forteller oss flere ting. For det første beskriver han substitusjonsbehandlingen som en stressreducerende faktor i livet, noe som bidrar til at han slipper å våkne opp og lure på hvordan han skal få tak i narkotika. Men som Nils sier er ikke medisinen i seg selv nok for å ha det godt med seg selv, man behøver noe mer. Metadonen er likevel døråpneren til å kunne fokusere på dette «noe mer». Maslow beskriver i sin behovspyramide hvordan de basale behovene må tilfredsstilles før individet kan realisere seg selv (Jerlang i Hasle 1994, 244). Tunge rusavhengige bruker ofte svært mange krefter på å skaffe penger og rusmidler, finne et sted å sove, et sted å være, et sted å sette neste skudd og på å beskytte seg selv, slik at behovet for å

realisere seg selv og dyrke sine interesser er ikke-eksisterende. For Nils bidrar metadonbehandlingen til at han slipper å våkne opp om morgenen og være syk, og at han dermed har større muligheter til å bruke livet sitt på noe positivt.

«Narkomane er faktisk ressurssterke mennesker, dersom man får snudd fokus fra å få tak i den neste dosen. Mange er kreative, ressurssterke mennesker, bare de kan få brukt ressursene sine på noe mer konstruktivt enn å skaffe stoff» Nils, Danmark. Vi kan også se dette i sammenheng med at et sentralt element ved livskvalitet, kan knyttes til frigjøring. Hvis man opplever lav grad av frigjøring, kan dette føre til at situasjonen oppleves som tvangspreget (Solum 1993, 106). Når man er avhengig av et rusmiddel og ikke mottar behandling, kan dette føre til at man låses i en situasjon, og hvor livet derfor oppleves som tvangspreget. Substitusjonsbehandlingen kan forstås som en frihet fra jaget etter rusmidler. Frigjøring kan også knyttes til at Nils opplever at substitusjonsbehandlingen frigjør ressurser som nå kan brukes på andre ting enn å jakte etter penger og narkotika. Når man er rusmisbruker lever man i et strengt regime. Nils beskriver at substitusjonsbehandlingen har virket frigjørende i forhold til dette. På den andre siden er man som mottaker av substitusjon- og heroinbehandling underlagt et forholdsvis strengt regime. Likevel forteller Nils at livet kun var styrt av rus da han var aktiv rusmisbruker. Nils forteller videre om hvordan hans livskvalitet ble bedre da han startet opp med metadonbehandling.

«Den gir meg litt mer struktur i livet mitt, eller ikke bare litt, det gir struktur. Det er overhodet ingen struktur i livet til en narkoman som ikke er i behandling. Han tenker kun på å skaffe stoff og når han har tatt stoff og nytt rusen, så tenker han på hvordan han skal skaffe det på nytt» Nils, Danmark

For å motiveres til å tilfredsstille behovet for å realisere seg selv, må behovene for mat, vann, husly og trygghet være tilfredsstilt (Hasle i Jerlang 1999, 245). Hvis vi ser problemet i lys av denne teorien, vil man kunne anta at det er lite rom for tunge rusavhengige til å endre sin livssituasjon før de mer grunnleggende behovene er tilfredsstilt.

«Det er bra at jeg slipper å tenke over hvor jeg skal få dopet mitt fra. Jeg vet jo, at hvis jeg bare står opp, så skal jeg bare dra ned dit å hente den. Det er en trygghet for meg» Per, Danmark. I likhet med Nils opplever Per at heroinbehandlingen gir ham en trygghet og stabilitet, fordi han vet hvor og når han skal motta medisinen sin. Dette frigjør tid og gjør at de ikke behøver å bruke kreftene på å skaffe penger og narkotika. Solum omtaler mestring som en av de sentrale dimensjonene ved livskvalitet (Solum 1993, 102). Hvis livet er preget av stress og kaos, kan det

være lett å sitte igjen med en følelse av å ikke mestre hverdagen. I likhet med Nils fremholder Per at substitusjonsbehandlingen gir ham struktur og økt kontroll i livet. Dette kan også tolkes som et uttrykk for en opplevelse av økt mestring i livet.

«Jeg vet jo ikke hvordan det ville vært uten. Men jeg tror at Subutexen hjelper meg veldig. Eller jeg vet at den hjelper for jeg har jo vært i mange situasjoner hvor jeg har kommet bort i noen som bruker dop, hvor jeg lett kunne ha tatt noe, men med Subutexen så er det bortkastet. Det er klart at enda så er det en kjempeviktig krykke i livet. For å holde meg unna heroinen» Line, Norge

Nederst i Maslows behovspyramide finnes de fysiologiske behovene, som blant annet rommer behovet for trygghet (Hasle i Jerlang 1999, 244). Line beskriver at substitusjonsbehandlingen bidrar til at hun holder seg vekk fra heroin og slik jeg tolker Lines opplevelse, fungerer Subutexen derfor som en trygghet i livet.

6.1.2 Et mindre farlig liv

Noen informanter trekker frem det at de ikke behøver å utsette seg selv for farlige situasjoner lengre, slik som prostitusjon og kriminalitet, som positivt. Danske Tina forteller om hvordan livet var før hun fikk heroinbehandling. *«Jeg måtte enten stjele eller selge meg selv, det var ikke så mye annet å gjøre. Hadde jeg hatt dyre ting, kunne jeg solgt disse, men det hadde jeg jo ikke» Tina, Danmark.* Selv om Tina hadde substitusjonsbehandling med metadon før hun fikk heroinbehandling, klarte hun ikke å leve det livet hun ønsket. Heroinbehandlingen gjør at Tina slipper å utsette seg selv for vonde og nedverdiggende situasjoner.

«Jeg føler at det er viktig at man ikke må utsette seg selv for alt mulig for å skaffe heroinen. Man har ro i hodet når man vet at man kan komme to ganger om dagen. Ja, man vet hva som skal skje når man våkner opp, det er som en ro og en forutsigbarhet. Man kan gjøre andre ting, ikke bare stresse rundt. Jeg er glad for å komme dit to ganger om dagen å få stoffet mitt. Jeg behøver ikke risikere å komme i fengsel» Tina, Danmark

Tina bruker ordene ro og forutsigbarhet for å beskrive hvordan hun har opplevd heroinbehandlingen. Hun forteller også at hun ikke lenger behøver å utsette seg selv for prostitusjon og kriminalitet for å finansiere rusmisbruket sitt. Prostitusjon er en del av livet til mange rusavhengige kvinner, og behovet for sikkerhet og beskyttelse blir ofte ikke oppfylt fordi andre behov er mer fremtredende. Beskyttelse for prostituerte rusavhengige kvinner var en viktig målsetting i Danmark ved innføringen av heroinbehandling (Johansen 2013, 22). Solum (1993, 102) betegner det å bli verdsatt som en viktig del av livskvalitet. Lav grad av verdsetting

kjennetegnes av at en person blir stemplet eller stigmatisert og at vedkommende derfor har lav status. Prostituerte kvinner kan sies å være en slik stigmatisert gruppe i samfunnet og det er sansynlig at mange kjenner på det å bli fordømt for sine handlinger. Tina beskriver at hun ikke lengre behøver å utsette seg selv for fare og at dette fører til at livskvaliteten øker. At Tina også opplever bedre livskvalitet kan knyttes til en følelse av å i større grad bli akseptert av samfunnet. Dette samsvarer med Maslows behovspyramide, hvor et av behovene handler om status og det å bli akseptert (Hasle i Jerlang 1999, 244). For å bli akseptert i samfunnet må man handle og oppføre seg på en måte som aksepteres av fellesskapet (Solum 1993, 58).

«Jeg har fått tilbake en viss stabilitet og hva jeg vil med livet. Når det kommer til livskvalitet nå så føler jeg at med LAR så klarer jeg å fungere på skolen og på fritiden. Jeg har fått en viss balanse og kontroll, ikke bare på det økonomiske, men også på det psykiske. Litt mer vesentlig i livet» Brage, Norge

Brage bruker lignende ord for å beskrive sammenhengen mellom substitusjonsbehandling og livskvalitet. Han forteller hvordan substitusjonsbehandlingen har hjulpet ham å finne en stabilitet som gjør at han kan bruke ressursene sine på å studere. For mange handler bedring om å få styring over sitt eget liv, slik at verken trangen etter rus eller psykiske symptomer beholder makten (Evjen, Kielland og Øieren 2012, 110). Brage beskriver at substitusjonsbehandlingen har bidratt til kontroll i livet og at det derfor ikke lengre er dopet som styrer livet.

«For det første tenker jeg at det viktigste er å ha det godt med seg selv. Fordi hvis du ikke har det, så kan du ikke riktig gi videre eller omgås andre, tenker jeg» Maria, Danmark. Maria beskriver følelsen av å ha det godt med seg selv som essensiell. Hun knytter det sammen med det å kunne være sosial og sier at det ikke er mulig å ha et godt forhold til andre hvis man har det dårlig med seg selv. Sosial deltagelse anses som et viktig aspekt ved livskvalitet (Solum 1993, 102). I Maslows behovspyramide nevnes også behovet for kontakt, kjærighet og tilhørighet til andre mennesker (Halse i Jerlang 1999, 244).

«Nei, livskvalitet for meg. Jeg ønsker å ha et stabilt, ålreit forhold til meg sjæl og omgivelsene mine, at jeg har helst, ikke nødvendigvis et stort, men i alle fall et lite spekter med mennesker jeg kan omgås, og ha tillit til og prate med det meste om. Det har jeg vel også fått. Det er alle tiders folk jeg har truffet her i nærmiljøet, jeg har nesten ikke sett maken». Ola, Norge

Sosial deltagelse anses som en viktig dimensjon ved livskvalitet og innebærer blant annet at man har kontakt med andre mennesker rundt seg, og at man har mulighet til å velge hvem man vil

være sammen med (Solum 1993, 103). Ola forteller at det å ha noen gode relasjoner i livet, er essensielt for hans livskvalitet.

«Hvis du ikke gjør noe i livet ditt som gir mening, så er det liksom bare som om alt sklir ut. Da er det ingenting som føles godt, hvis du ikke kan få det til å være meningsfylt. Hvis du ikke kan få livet til å være en enhet. Det som gir mening i mitt liv det er, at jeg står opp hver dag og har en plan å følge»» Per, Danmark

Per beskriver følelsen av at livet må gi mening, noe vi kan kjenne igjen i sitater fra andre informanter. Sitatet til Per synliggjør at god livskvalitet er noe mer enn substitusjon- eller heroinbehandling. Dette synspunktet støttes av litteratur fra feltet som viser at mange som starter med substitusjonsbehandling vil oppleve et løft den første tiden, men at de fleste brukere også vil behøve hjelp til å løse andre problemer i livet (Melberg m fl. i Evjen, Kielland og Øieren 2012, 144).

Selv om det er subjektivt hva som gir mening for hver enkelt, er det noen forklaringer som går igjen i datamaterialet. Utsagnene til mine informanter viser at de viktigste forklaringene på hva som gir god livskvalitet var opplevelsen av at heroin- og substitusjonsbehandlingen har fungert som en stressreducerende faktor og at dette har vært med på å bidra til bedre livskvalitet. Det er følelsen av kontroll, balanse, struktur og ro som hovedsakelig blir trukket frem av informantene. Substitusjons- og heroinbehandlingen gjør at livet i langt mindre grad styres av rus enn tidligere, selv om informantene fremdeles er underlagt en form for regime. Det å slippe å utsette seg selv for prostitusjon og kriminalitet beskrives som en medvirkende faktor til bedre livskvalitet. Videre blir det å ha et godt forhold til seg selv og gode relasjoner til mennesker rundt seg betegnet som essensielt. Mennesker med rusproblemer er personer med samme behov for sosialt fellesskap, aktivitet og selvbestemmelse som alle andre (Evjen, Kielland og Øieren 2012, 110). Informantenes beskrivelser samsvarer med denne kunnskapen og synliggjør at det å få kontroll på rusproblemet er viktig for å kunne bevege seg videre og ta fatt i andre områder i livet som påvirker livskvaliteten.

6.2 Brukermedvirkning

6.2.1 Forholdet mellom makt og hjelp

«Hele formålet med å flytte til København var å flytte til et land som hadde et behandlingsopplegg som kunne hjelpe meg» Nils, Danmark

Informanten Nils forteller at han opplevde liten grad av valgfrihet, forståelse og respekt under sin tid i LAR. Nils er opprinnelig norsk, men han følte aldri at han fikk den hjelpen han trengte i LAR og for snart ni år siden flyttet Nils til København i Danmark. Her begynte han med substitusjonsbehandling tre dager etter at han ankom byen. Det er viktig å påpeke at det er ni år siden Nils søkte om LAR og at substitusjonsbehandlingen har gjennomgått store endringer i løpet av disse årene. I 2002 var det 2000 personer i LAR, mot 7500 personer i 2013 (Waal m.fl 2014, 6). Tallene viser at det er langt flere i LAR i dag enn da Nils søkte og kan tyde på at inntakskriteriene har blitt mildere. Nils oppsummerer sitt forhold til LAR på denne måten:

«Jeg fortalte på ansvarsgruppa hva jeg ønsket, at jeg ønsket å slutte å bruke heroin og at jeg ikke hadde viljestyrke til å gjøre det uten metadon. Jeg fikk aldri forståelse for at jeg ikke ville klare å bli rusfri før jeg fikk en medisin som kunne hjelpe meg med dette» Nils, Danmark

Slik jeg tolker hans opplevelse av kontakten med det norske behandlingssystemet, opplevde han å bli mistenkeliggjort, istedenfor å bli møtt med forståelse for sine behov. Fenomenologisk tenkning som denne studien er fundert på, tar utgangspunkt i at brukers subjektive opplevelse av situasjonen skal danne grunnlag for behandlingen (Randby 2012, 54). Å være åpen ovenfor brukernes livsverden og dermed også ovenfor Nils sin forståelse av at han ikke ville klare å slutte å ruse seg før han fikk medisin, synes ikke å være tilfellet i hans opplevelse av situasjonen. En studie av 17 ungdommer som lever med rus og psykiske problemer, viste at ungdommene generelt alltid hadde måttet arbeide hardt for å få folk i hjelpeapparatet til å se deres problemer slik de selv så dem (Thommesen 2012, 163). Denne opplevelsen ser ut til å deles av Nils.

«Jeg ble tråkka på. Jeg var jo aldri i reell behandling i LAR, jeg prøvde å få behandling i LAR, men det eneste som kom ut av det var en lang rekke møter som besto i at de la frem resultatene fra forrige urinprøve også sa de at de så at jeg hadde ruset meg. Jeg følte at det bare ble lagt frem dokumentasjon på at jeg ikke fulgte reglene. Jeg opplevde at de oppfattet sin rolle og oppgave, altså som at de skulle ta narkomane i å bruke narkotika» Nils, Danmark

Avhengig av hvilken posisjon og rolle man har, kan sosialt arbeid forstås som enten hjelp eller kontroll (Ylvisaker 2014, 80). Om man oppfatter at det sosialarbeidere gjør er å hjelpe eller kontrollere, avhenger av hvem man er og hvilke erfaringer man bærer på. Nils oppfattet at det behandlerne og legene gjorde i møtene, var å utøve kontroll. Han følte seg tråkket på. LAR oppfattet sannsynligvis sin rolle annerledes enn Nils, og valgene som ble gjort var nok basert på lovverket og et genuint ønske om å hjelpe Nils. Det utspiller seg makt i løsningene og tiltakene som er tilgjengelige i systemet, og disse løsningene fremskaffes av de profesjonelle (Jarvinen og Mik- Meyer 2003, sitert i Ylvisaker 2014, 81). For at Nils skulle fått den hjelpen han ønsket fra LAR, måtte han først akseptert LAR sine retningslinjer knyttet til urinprøver og kontroll. Situasjonen synliggjør at maktforholdet mellom LAR og pasientene er skjevt fordelt og at brukermedvirkning krever en åpenhet rundt det skjeve maktforholdet. I sosialt arbeid oppfattes ofte makt som noe ubehagelig og resultatet er at kontrollfunksjonen til de profesjonelle underkommuniseres (Hennum 2010, sitert i Ylvisaker 2014, 83). For Nils resulterte dette i at han opplevde at behandlerens rolle var «å ta narkomane i å bruke narkotika», heller enn at deres rolle var å hjelpe ham med å få substitusjonsbehandling.

Line startet opp med Subutex i LAR, men har fått foreskrevet medikamentet av fastlegen sin i flere år. Hun forteller om oppstarten i LAR og hvordan hun opplevde kontrollen.

«Det er jo en del kontroll. Og en del er jo at de vil se hvordan det fungerer på folk. Man får jo litt oppfølging i begynnelsen. Også er det jo veldig kontroll. De vil se at du åpner munnen, de skal se inn i munnen din og du må ta urinprøver tre ganger i uken hvor de ser deg i et sånt speil. Dette må du gjøre ganske lenge. Jeg synes det var ubehagelig, ja man føler jo at man blir liten på en måte. Ja, litt tatt fra din egen hva skal jeg si..... rett. Også skjønner jeg jo at de må ha kontroll også, på en måte. Men andre steder hvor de ikke har det ser man jo at det går bedre. Det er ikke urinprøver som har gjort meg nykter, det er helt andre ting» Line, Norge

Line opplevde oppmøteplikten i LAR, urinprøvene og kontrollen rundt dette som begrensende og problematisk, fordi det gjorde at hun følte seg liten og avmektig. Den negative opplevelsen kan knyttes til en manglende opplevelse av selvstendighet og en innskrenkning av frihet. Samtidig sier Line at hun forstår at det må være kontroll i LAR, noe som vitner om kunnskap og selvinnsikt. Ifølge LAR sine retningslinjer kan urinprøver både benyttes til *terapeutiske formål* og til *kontrollformål*. Når det brukes som et terapeutisk formål er dette for å begrense tilbakefall og ikke som grunnlag for straff eller sanksjoner. Det skrives at urinprøver i disse tilfellene kan

virke tillitsbyggende og være nyttig i forhold til rusmestring (Helsedirektoratet 2011, 71). Basert på Lines utsagn, virket ikke urinprøvene tillitsbyggende. Nils opplevde at urinprøvene ble benyttet som en form for sanksjon og Line tolket urinprøvene som en del av kontrollen. Å bruke urinprøver som et terapeutisk virkemiddel krever åpenhet mellom pasient og behandler. Der hvor slik åpenhet finnes, kan det tenkes at urinprøver vil være overflødig. Man kan tenke seg at pasient og behandler kan snakke fortrolig om rusmestring og eventuelt sidemisbruk, uten å bruke urinprøver som et virke-/pressmiddel. Å akseptere at pasienten har et sidemisbruk, selv om vedkommende mottar substitusjonsbehandling, kan brukes som en strategi for å skape tillit mellom bruker og behandler (Asmussen og Kolind 2005, 83).

6.2.2 Henteordninger - Trygghet eller begrensning?

Ingrid Amalia Havnes skriver i sin artikkel «Medvirkning, livskvalitet og behandlingsmål» at det å leve med ytre kontroll i behandlingen, slik som utleveringsordninger og urinprøver, kan oppleves både som en trygghet og som en begrensning (Havnes 2014, 32). Kontroll og henteordninger kan altså oppleves som både positivt og negativt.

«Det som gir mening i mitt liv det er at jeg står opp hver dag og har en plan å følge. Jeg drar for eksempel til venninnen min og vi hygger oss og spiser frokost sammen. På den måten får jeg dagene til å gå og jeg slipper å bare sitte og glo» Per, Danmark. Som mottaker av heroinbehandlingen er Per knyttet opp til et forholdsvis strengt behandlingssystem, hvor han møter opp to ganger daglig med fem til seks timers mellomrom, for å injisere heroin (Johansen 2013, 22). Han beskriver at kravet om fremmøte er noe som er med på å skape en hverdag i livet og noe som bidrar til at han kommer seg ut og er sosial. *«Det jeg mener med at metadon er noe dritt, det er at det kommer ingen lengre og blander seg. Og når metadonen er ute av kroppen min, da har jeg det så godt med meg selv.»Per, Danmark.* Per beskriver heroinbehandlingen som et fast holdepunkt i livet. Per opplever det at han kommer seg ut og treffer andre mennesker som bra, motsatt opplevde Per da han fikk metadon at «ingen blandet seg» i behandlingen. Cathrine Schepeleren Johansen beskriver hvordan metadonbehandlingen har gjennomgått en utvikling hvor kravene i forhold til fremmøtehyppighet, dose og inntaksmåte, har blitt mildere fra 1996 og frem til i dag (Johansen 2013, 61). Videre viser undersøkelsen hennes at en del brukere opplever at personalet i heroinklinikkene er mer oppmerksomme på dem, enn de er vant til fra tidligere substitusjonsbehandling. Ofte er brukerne glade for oppmerksomheten, men hvis

oppmerksomheten kun retter seg mot rusmisbruk, kan det oppleves kontrollerende (Johansen 2013, 96). At «noen blander seg» blir av Per beskrevet som noe positivt. For noen brukere kan for lite inngripen virke mot sin hensikt, og ikke bidra til høyere livskvalitet. For Per oppleves organiseringen av heroinbehandlingen som tosidig. Han opplever at det er bra «at noen blander seg» i behandlingen, samtidig som han opplever at organiseringen av behandlingen bidrar til å skape en sosial hverdag.

En av de norske informantene beskriver noe av det samme. Ola er LAR- pasient og henter metadon på apoteket hver dag. Mange ønsker seg en henteordning hvor de kan få med seg medisin for lengre tid av gangen, men Ola opplever henteordningen som en medvirkende årsak til at han kommer seg ut av leiligheten sin. «*Det er for så vidt greit nok. For å komme seg ut en tur og treffe noen folk. Det er alltid noen å skravle med her nede*» Ola, Norge. Det kan virke som om det å kunne delta i en sosial arena og det å ha fått stabilitet i livet er hovedgrunnen til at oppmøteplikt og henteordninger kan oppleves som noe positivt. For andre betyr krav som daglig fremmøte at det blir vanskelig å få plass til andre aktiviteter i hverdagen.

«I den perioden jeg var i LAR og de drev og styrte så mye, så var det veldig vanskelig å få gjort noe annet. Altså å komme i gang med noe på en måte. Det var jo det at jeg måtte gå dit hver dag og de urinprøvene tre ganger i uken. Det ble veldig vanskelig å komme i gang med ting» Line, Norge

Line fortalte også om hvordan det å skulle hente medisin på sykehus og apotek hver dag gjorde at det var vanskelig å få tid til andre ting. En konsekvens av den sikkerhetsmessige kontrollen er altså at graden av selvbestemmelse opplevdes som liten eller fraværende for Line.

Tina, som er dansk og får heroinbehandling, fortalte at hun opplever oppmøteplikten i heroinbehandlingen som hemmende for hennes muligheter til å leve et aktivt og sosialt liv. «*Det er ikke noe særlig tid til fritidsaktiviteter. Dagene blir like. Man går dit og får heroin, hjem og spiser frokost og så drar man tilbake igjen. Det er ikke så mye fritid. Dagene blir monotone*» Tina, Danmark. Oppmøteplikten i heroinbehandlingen kan sammenlignes med henteordninger i LAR. Ved oppstart i LAR må man hente medisin en gang om dagen på sykehus, etterhvert blir henteordningen overført til et apotek. I heroinbehandlingen må man derimot hente medisin to ganger daglig så lenge man er i behandling (Johansen 2013, 96).

«Man blir litt trøtt og det er negativt dette med at man må komme dit to ganger om dagen. Halvparten av tiden jeg har gått på Valmuen, har jeg kun kommet en gang i døgnet» Per, Danmark. Per forteller at heroinklinikken i København (Valmuen) åpner opp for at brukerne kan velge å kun hente heroin en gang om dagen, hvis dette passer deres hverdag bedre. Grad av frigjøring antas å være en sentral del av hvordan mennesker opplever sin egen livskvalitet. Lav grad av frigjøring kjennetegnes ved at muligheten til et selvstendig liv er tilstede i liten grad og at situasjonen derfor oppleves som tvangspreget og ufri (Solum 1993, 105). Oppmøteplikten i heroinbehandlingen kan sees på som en negativ faktor i form av å binde folk fast i et institusjonalisert behandlingssystem, men om dette er en faktor som påvirker livskvaliteten i negativ retning er et subjektivt spørsmål. Både Per og Tina opplever henteordningen som noe negativt, men Per forteller også at oppmøteplikten bidrar til å skape en hverdag. Kravet til daglig fremmøte kan for noen oppleves som en frihetsberøvelse og gjøre det problematisk å leve et normalt liv med jobb, studier og aktivitet. I annen substitusjonsbehandling gjøres det en individuell vurdering på hvor ofte og hvordan brukeren må hente medisinen sin, mens heroinbehandlingen på forhånd har utelukket andre muligheter enn daglig fremmøte for å få heroin. Lav grad av frigjøring kjennetegnes også av at folk underlegges gruppevilkår og dermed fratras retten til individuell behandling (Solum 1993, 106). Det faktum at heroinbehandlingen er underlagt slike gruppevilkår, gjør at en del brukere utelukkes fra den typen behandling. Varigheten og intensiteten i behandling bør tilpasses den enkelte pasienten sin situasjon og ikke baseres på generelle antagelser om en pasientgruppes behov (Evjen, Kielland og Øieren 2012, 112). På grunnlag av dette kan den generelle oppmøteplikten i heroinbehandlingen problematiseres. Noen brukere ville kanskje være tjent med at behandlingsopplegget var bedre tilpasset deres situasjon.

Havnes konkluderer med at noen brukere i LAR selv vet hvilket nivå av kontroll som er nødvendig for å nå deres behandlingsmål, og at dette bør sees på som en ressurs i behandlingen (Havnes 2014, 33). En dialog mellom bruker og behandler er nødvendig for å få til denne formen for brukermedvirkning. Som nevnt tidligere ble ruspasienter først inkludert i pasientrettighetene i 2004 (Evjen, Kielland og Øieren 2012, 208). Dette kan sees på som en holdning til at substitusjonsmottakere ikke evner å kontrollere sitt eget behandlingsforløp.

En av de norske informantene framholder at han opplevde stor grad av brukermedvirkning i LAR. På spørsmål om han fikk være deltakende i forhold til valg av medikament i LAR sier Brage: «*De prøver best mulig å skreddersy programmet individuelt for deg. Dem tar til seg dine ønsker og prøver å få til et program basert på dine ønsker*» Brage, Norge. Dette viser at det eksisterer ulikheter i hvordan informantene opplever graden av brukermedvirkning i behandlingssystemet.

6.2.3 Om å slutte med LAR

Brukermedvirkning i LAR er spesielt utfordrende, fordi det foreligger et skjevt maktforhold mellom lege og pasient (Helsedirektoratet 2011: 32). Selv om retningslinjene anbefaler at pasientens valg og ønsker skal tillegges vekt, er det legene i LAR som avgjør hvilken behandling pasienten får tilbud om (Helsedirektoratet 2011, 32). Systemet og brukeren kan ha ulike oppfatninger av hva som er realistiske behandlingsmål, noe som kan føre til utfordringer knyttet til brukermedvirkning. Norske Ola fortalte meg at han ønsker å slutte helt med metadon på sikt.

«Jeg foretrekker å trappe meg ut av denne metadonen. Jeg gjør som jeg alltid har gjort jeg, ta bort ti milliliter av gangen. Men da virker de så merkelige, når jeg begynner å tenke på å trappe meg ned, da virker LAR så rare. Det er dem ikke vant til. Jeg har ikke fått inntrykk av at de synes det er fint å ville trappe seg av, men nei da er det masse om og men.» Ola, Norge

Ola opplever at LAR blir «rare» når han snakker om at han ønsker å trappe ned på metadon. Selv tror han at dette handler om at LAR har erfaringer med at folk mislykkes i å slutte med substitusjonsmedikamenter og at de derfor begynner å ruse seg illegalt igjen. Ola har et ønske om å slutte med metadon, men opplever at han ikke får støtte av behandlingssystemet til å gjennomføre dette. LAR sine retningslinjer sier følgende om det å slutte med substitusjonsbehandling: «Avslutning av substitusjonsbehandling er en kritisk situasjon med stor fare for tilbakefall, overdose og død. Avslutning av substitusjonsbehandling bør frarådes med mindre det er grunn til å tro at pasienten vil klare seg uten opiater» (Helsedirektoratet 2011, 90). Dokumentaren «Den siste dosen» skildrer en kvinnes kamp for å slutte med metadon og frasen «å trappe ned på metadon er å trappe opp på livet» brukes av hovedpersonen selv (Kumano- Ensby 2015). Dokumentaren skildrer en viktig side ved det å være LAR-mottaker, nemlig at det å slutte med substitusjonsmedikament er forferdelig vanskelig og ofte frarådes av LAR. Ola opplever ikke at det blir lagt til rette fra LAR sin side for at han kan trappe ned på metadon og sier at han

derfor må gjøre det på egenhånd. Dette kan tyde på uklar kommunikasjon mellom Ola og LAR, som resulterer i en følelse av manglende brukermedvirkning.

Mange av informantene har opplevd kontrollen i LAR og heroinbehandlingen som vanskelig. Urinprøver, opplevelsen av å ikke bli lyttet til og kontroll knyttet til utleveringsordninger synes å være den største grunnen til at flere av informantene opplevde liten grad av brukermedvirkning i praksis. For noen av informantene oppleves derimot daglig henting av medisinen som en pådriver til struktur i hverdagen og på å komme seg ut og være sosial. I disse tilfellene blir ikke henteordningene sett på som begrensende, men heller som en trygghet i behandlingen.

6.3 Om metadon og livskvalitet

Per: *«Min livskvalitet har blitt mye bedre. Den har blitt 10.000 ganger bedre»*

Intervjuer: *«På hvilke måter da?»*

Per: *«På alle måter.»*

Intervjuer: *«Men hvorfor har den blitt så mye bedre?»*

Per: *«Fordi jeg har holdt opp med metadonen»*

Per, som mottar heroinbehandling, sier at behandlingen har påvirket livskvaliteten hans i positiv retning. Per sier at livskvaliteten hans har blitt 10.000 ganger bedre etter at han fikk heroinbehandling. Han forteller at dette er fordi han sluttet med metadon og startet opp med heroinbehandling.

«Altså da jeg stoppet med metadonbehandling, det var som en åpenbaring for meg. Altså jeg åpnet øynene og så verden på en helt ny måte. Jeg så verden som imøtekommende og jeg fikk input utenfra, istedenfor en sånn boks over hodet hvor du bare går og tenker for deg selv og ikke er der for noen andre enn deg selv» Per, Danmark

Han beskriver de farmakologiske virkningene av metadon som vonde og bedøvende på en slik måte at han ikke klarte å kjenne på sine egne følelser. Per forteller at han er mer i kontakt med andre mennesker og at han klarer å være mer sosial etter at han sluttet med metadonbehandling. Det at Per opplever at han i større grad er sosial i heroinbehandlingen, kan knyttes til at han må hente medisin to ganger daglig, og gjennom dette treffer andre mennesker.

«Du vet når man tar metadon, eller det vet du jo ikke, men man har sånne filtre vet du. Og når de forsvinner så står verden knivskarpt foran deg. Du merker plutselig deg selv og dine følelser. Du gråter og ... ja(...)Det er mange som ikke klarer det, de har bruk for disse filtrene. De har så mange arr på kroppen. Angst eller bare hele ryggsekken deres.

Så jeg kan godt forstå at det er noen som ikke vil over på det, som heller bare vil bli på metadonen. Det er jo individuelt» Maria, Danmark

I likhet med Per forteller Maria om en lignende opplevelse med det å slutte med metadon. Maria sier at metadon skaper noen filtre og hun påpeker at det er nettopp disse filtrene som noen rusavhengige behøver. Flere av informantene fortalte om vonde opplevelser og dårlig samvittighet knyttet til hendelser fra før de begynte med substitusjonsbehandling. Å ha det godt med seg selv, som av informantene beskrives som en viktig faktor knyttet til livskvalitet, innebærer at man klarer å bearbeide vonde opplevelser og hendelser knyttet til fortiden. For noen kan substitusjonsbehandling være med på å gjøre bearbeidingen litt mindre overveldende.

Tina: *«Tidligere fikk jeg metadon. Men jeg hadde det dårlig med det. Jeg fikk hjertestans to ganger.»*

Intervjuer: *«Synes du at heroinbehandlingen fungerer bedre enn metadonbehandlingen?»*

Tina: *«Heroin fungerer bedre, det er ikke like hardt for folks hjerter. Det er mange som har fått hjertestopp av metadon.»*

Intervjuer: *«Fikk du noen andre bivirkninger av metadon?»*

Tina: *«Ja, det er litt som å ha en jernhette over hodet. Du vet, jeg var ikke riktig med i livet.»*

«Altså jeg har det ikke godt når jeg tar metadon. Jeg får prikking og stikking over hele kroppen. Men altså, jeg tar ikke metadonen jeg får utdelt til kvelden. Jeg får to metadontabletter med til kvelden, men de spiser jeg ikke» Per, Danmark. I heroinbehandlingen får pasientene med seg metadonpiller hjem til natten (Johansen 2013, 108). Både Per og Tina fortalte at de ikke var fornøyd med metadon som medikament og at det at de slipper å bruke metadon har økt livskvaliteten. Tina fikk hjertestans av metadon, og får derfor et annet morfinpreparat med hjem til natten. Per forteller at han unngår å ta metadonen han får med seg hjem fordi han føler seg så dårlig når han tar det. Feltarbeid fra USA peker blant annet på at mange av de bivirkningene som brukere opplever ved metadonbehandling, ikke blir anerkjent av behandlingssystemet (Bourgeois 2000, sitert i Johansen 2013, 107).

«Metadon gjør jo det den skal gjøre, altså den gjør det mulig å slutte med heroin uten smerter. Det som er problemet er at når du slutter med heroin, så er du avhengig av metadon. Jeg er langt fra den eneste som mener at det enkleste og sikreste, ville vært å la folk få heroin istedenfor metadon fordi heroin er faktisk, eller min opplevelse er at heroin er et lettere stoff enn metadon. Metadon er et veldig tungt stoff» Nils, Danmark

Nils har fått metadonbehandling i snart ni år, og han forteller at livskvaliteten hans har blitt langt bedre. Likevel har han en opplevelse av at metadon er et tungt stoff, som det er vanskelig å komme seg ut av.

«Egentlig synes jeg metadon er et jævla dårlig substitutt jeg altså. Det flater deg ut. Det ødelegger tilværelsen. Liksom det blir så flatt og følelsesløst og i det hele tatt. Ja lite ålreit tilværelse egentlig assa. Men det er tross alt det eneste valget jeg har(...)Klart metadonen påvirker livskvaliteten, den gjør jo det. Jeg merket jo det den tiden jeg var uten. Nei altså, den legger en demper på det hele altså. Den gjør det. Jeg skulle helst vært foruten» Ola, Norge

Ola beskriver en opplevelse av at metadonen gjør tilværelsen flat og følelsesløs. Han forteller også at han opplever at det er en negativ sammenheng mellom metadonbehandlingen han mottar og livskvaliteten hans. Ola synes at metadonen er en faktor som reduserer livskvaliteten hans, samtidig som han opplever at metadonbehandlingen er det eneste reelle valgalternativet han har. Å kunne velge sin egen livssituasjon og bestemme over denne, påvirker livskvaliteten (Solum 1993, 106). Det kan synes som om Ola opplever at det er svært begrensende å ikke ha et alternativ og at dette påvirker livskvaliteten i negativ retning. Han føler seg «tvunget» til å ta i mot metadonbehandling, selv om han ikke er tilfreds med effekten. Den negative effekten på livskvaliteten kan således knyttes til en opplevelse av mangel på frihet og valgmuligheter.

«Jeg var ung når jeg startet med LAR og jeg prøvde metadon også. Men det var akkurat som å bruke heroin. Jeg ble så rusa. Jeg fikk ikke noe utbytte av det» Brage, Norge. Samtlige informanter som tidligere har fått metadonbehandling beskriver en følelse av at metadonen hadde ubehagelige bivirkninger. Informantene bruker ord som «sløv», «å ha en hette over hodet, «ikke være tilstede i livet» og «følelsesløst» for å beskrive den negative virkningen av metadonen. En informant trekker frem at metadonen fungerer som et filter på følelser og sier at noen mennesker har behov for dette som en beskyttelse mot tidligere traumer. Brage forteller at han forsøkte metadon, men at det ikke fungerte for ham fordi stoffet gjorde ham like ruset som han var på heroin. Oppsummerende tegner informantenes sitater et bilde av at metadon er et medikament som gir en tung rus og som fører med seg noen ubehagelige bivirkninger.

6.4 Arbeid, studier og meningsfull aktivitet

I forhold til det vi kan kalle den objektive siden av livskvalitetsbegrepet, ofte omtalt som levekår, synes bolig, arbeid, opplæring og frihet å være de mest sentrale elementene (Solum 1993, 96).

Disse faktorene vil være sterkt preget av den kulturen man lever i og er i stor grad et uttrykk for vår tilpasning til den kulturen vi lever i (Ventegodt 1995, 48).

«Studiet mitt fyller ut de hullene som heroinen gjorde før. Man må ha noe til å fylle hullene igjen med, noe som vekker interesse. Det er den eneste måten» Maria, Danmark. Maria forteller at studiet hun holder på med har erstattet noe av den funksjonen som rusen hadde for henne tidligere. Hun opplever at studiet gir henne muligheter for personlig utvikling og læring. Vi kan se dette i sammenheng med behovet for å realisere seg selv i Maslows behovshierarki, hvor behovet for å dyrke sine interesser først fremtrer når behovet for eksempelvis trygghet er oppfylt (Hasle i Jerlang 1999, 244).

«Jeg liker svømming, lesing, lære nye språk og kultur, det synes jeg er ålreit. Og det er lettere, det blir mer naturlig når du ikke har avhengigheten som holder deg tilbake. For det er det den gjør, holder deg tilbake. Men skole egentlig, har jeg funnet ut at er det som er mest givende for meg personlig» Brage, Norge

Brage beskriver i likhet med Maria at han har funnet ut at det å studere er givende for ham. Han sier også at dette var noe som ikke var tilstede i livet hans før han startet med substitusjonsbehandling. Sitatet hans peker mot at denne behandlingen frigjorde en kapasitet som ikke var tilstede da han hadde et illegalt rusmisbruk. Det kan synes som om Brage opplever større grad av frihet med substitusjonsbehandling, noe som kan bidra til en følelse av økt makt og mestring i livet.

«Jeg går og funderer fælt på hva jeg skal finne på. Det er ikke så nøye med penger i første omgang, men det å komme seg litt ut og vekk herfra, det ville vært en velsignelse. Jeg har masse å bidra med. Jeg har lyst til å bidra og det synes jeg at jeg har nok av ressurser til» Ola, Norge

Ola har ikke kommet i gang med noen form for aktivitet enda, men han sier selv at han tror at å gjøre noe meningsfullt ville bidratt til å øke livskvaliteten hans. For Ola er ikke penger en viktig del av det å ha noe å gjøre, som han sier selv, det handler mer om å få lov til å bidra med noe. Hans Olav Fekjær beskriver hvordan etablering av meningsfylte aktiviteter, bør være et mål i enhver form for ettervern (Fekjær 2004, 249).

«Det å ha noen nær seg, aktivitet, at man har en jobb å gå til. For meg er det nummer en nesten» Line, Norge. Line sier at jobben hennes er svært viktig for henne. Arbeidsdeltagelse kan bidra til å redusere pasient-jeget og gi større tilfredshet knyttet til fritid, økonomi og bedre selvtilit

(Evjen, Kielland og Øieren 2012, 171). Line beskriver at arbeidet er noe mer for henne enn bare en jobb. Det er et eksempel på at man kan få tilfredsstilt flere enn et behov på samme tid. Ved å ha en jobb, får man tilfredsstilt behovet for mat og husly, samt behovet for sosial kontakt og behovet for å prestere noe (Halse i Jerlang 1999, 246).

Arbeid og utdanning er en stor del av kulturen både i Norge og Danmark, og selv om det ikke knytter seg sanksjoner til det å være arbeidsløs, blir man gjerne oppfattet som annerledes hvis man står utenfor arbeidsmarkedet. For å bli integrert i samfunnet og ikke bli oppfattet som avvikende, må man gjerne kvitte seg med det som gjør at man avviker fra det normale (Solum 1993, 67). Arbeidslinja innebærer en tro på at arbeid er nødvendig både for den enkelte og for samfunnet, og at det derfor bør være en målsetning for alle borgere (Rugkåsa i Ylvisaker 2014, 63). Spørsmålet er om man kan oppleve å ha god livskvalitet, uten å falle inn under det som blir oppfattet som normalt? Margareth Randby beskriver hvordan det er viktig å ha realistiske målsetninger når man arbeider med mennesker med rus- og psykiatriproblematikk (Randby 2012, 51). Evjen, Kielland og Øieren (2012, 124) trekker frem at en målsetting om full rehabilitering til et rusfritt liv med lønnet arbeid er urealistisk for noen, og heller kan føre til skuffelse. Basert på datamaterialet kan det synes som om rusfrihet og arbeid ikke nødvendigvis er en forutsetning for å få et bedre liv. Individuelle tanker og ønsker om et bedre liv henger ikke alltid sammen med våre standarder for hvordan et godt liv skal leves. Noen av informantene trekker ikke frem arbeid og utdanning som viktige faktorer ved livskvalitet, mens for andre er dette helt sentralt. Det som er felles for alle informantene er at det er viktig å ha meningsfull aktivitet i livet. Hva det meningsfulle er, varierer. For noen informanter er meningsfull aktivitet det å ha en plan for dagen, og det i seg selv beskrives som en viktig faktor ved det å ha det godt.

6.5 Bolig

Flere internasjonale og nasjonale studier peker på at tap av bolig er den vanskeligste konsekvensen av rusmisbruk (Museer 2006, sitert i Randby 2012, 120). På nåværende tidspunkt disponerte alle informantene egen bolig, som de trivdes med. Mange av informantene hadde hatt boligen i mange år og mangel på bosted ble ikke trukket frem som et spesielt problematisk forhold for noen av informantene. Dette gjaldt både nå og tidligere da de ikke var i behandling. På bakgrunn av dette blir ikke bolig nevnt videre i oppgaven.

6.6 Nettverk og forhold til venner og familie

Undersøkelser viser at gode støttespillere, slik som nær familie, kan være med på å styrke beslutningen om å slutte å ruse seg (Fekjær 2009 sitert i Randby 2014, 84). Erfaringer fra feltet tyder på at det å mangle et nytt nettverk gir en risiko for tilbakefall og at det å ha en familie som følger en opp har stor betydning for den enkelte (Helsedirektoratet 2011, 79).

«Da var det jo dop som var livet. Da har man ikke, selv om familien alltid har støttet meg, da holder man seg borte. Og det er jo ingen som har lyst til å være sammen med deg heller når du er helt på trynet. Det er ikke noe godt liv sånn sett og man savner jo de tingene veldig. Jeg tenkte spesielt mye på familien og datteren min. Hvordan de hadde det. Det som er verst, det er at man vet at de har det dårlig når du er på kjøret. Det er vondt å tenke på. Og det demper man med dopet. Også blir det en sånn ond sirkel» Line, Norge

Line forteller at hun trakk seg unna familien da hun var aktiv i et rusmiljø. Dette var tiltross for at familien alltid støttet henne. Line fortalte at hun tenkte mye på familien før hun startet med substitusjonsbehandling og at hun savnet å kunne være sammen med dem. Hun fortalte også om mye dårlig samvittighet i forhold til familien. Dette kan også knyttes til teori om skam og stigma, hvor en måte å unnsnippe skammen på, er tilsløring av stigma (Hove, 2001, 14). Ved å isolere seg fra familien, kan man forsøke å gjøre stigma så lite påtrengende som mulig.

«Jeg valgte å trekke meg bort fra familien min, sånn som for eksempel familieselskap andre juledag. Men de siste tre årene så har jo forholdet blitt mye bedre enn det var ti år før det igjen» Brage, Norge. Brage fortalte også at han trakk seg vekk fra familien når han var ruset. Han forteller videre at forholdet til familien har blitt mye bedre etter at han startet med substitusjonsbehandling og sluttet å ruse seg. Noen av informantene betegnet substitusjonsbehandlingen som en konkret grunn til at de har fått et bedre forhold til familien. Ola beskriver det på denne måten:

«Det er veldig godt for meg å vite at nå er de trygge på meg og jeg merker det jo også på hvordan de er ovenfor meg. Det er jo noe helt annet enn det var tidligere. De har hele tiden hatt frykten for at jeg skulle ryke utpå igjen, men nå skjønner de at det er slutt. Nå er det kroken på døra, det er ikke noe mer tull. Jeg får bra medhold fra alle sammen. Det er veldig bra. De er veldig fornøyde med at jeg har denne metadonen da. De setter veldig lit til den og foretrekker selvfølgelig at jeg fortsetter på metadon, for da er de jo sikre på at jeg ikke finner på noe tull» Ola, Norge

Ola sier at substitusjonsbehandlingen bidrar til å gi familien hans en trygghet på at han forblir rusfri. Dette kan tolkes som at behandlingen bidrar til stabilitet, gjennom å bidra til stabilitet i relasjonen mellom Ola og familien. Han forteller videre at det at familien støtter ham gir ham en god følelse.

6.6.1 Om å bygge nytt nettverk

«Det er jo familien min og kjæresten min først og fremst da. Også har jeg jo venner som ikke ruser seg, men vi treffes ikke så mye. Ja for nå er jo folk opptatt, de har sine liv, men de er jo alltid der» Line, Norge

«Jeg har bodd mange år i utlandet, så da jeg kom tilbake så hadde jeg faktisk ingen venner. De man gikk på videregående med og sånn, man lever jo vidt forskjellige liv. Man kan drikke en kopp kaffe sammen, men så har vi ikke mer til felles. Jeg har langsomt begynt å bygge opp et nettverk på skolen og fått noen venninner gjennom broren min» Maria, Danmark

Både Line og Maria sier at det kan være utfordrende å ta opp igjen kontakten med gamle venner fordi man har levd så ulike liv. Sitatet til Maria viser også at det å bygge opp et nytt nettverk er en prosess som kan ta tid. Dette kan også knyttes til stigmatiserte menneskers mindreverdige posisjon i samfunnet, som skaper sosial distanse mellom individet og «de andre» (Hove 2001, 22). Det kan tenkes at det å finne tilbake til et gammelt nettverk, preges av følelsen av å være annerledes og at dette kan komplisere prosessen med å finne tilbake til gamle venner. På en annen side kan det også tenkes at Maria ikke ønsker å bygge opp vennskapet med gamle venner, fordi deres interesser er så forskjellige. Substitusjonsmottakere kan sies å befinne seg i en vanskelig situasjon, hvor både det tidligere rusmiljøet og samfunnet forøvrig anser dem for å være annerledes. Dette kan gjøre det utfordrende å finne tilhørighet, fordi tidligere rusavhengige kan oppleve å stå med et bein i behandlingsverdenen og et bein i samfunnet.

Ola flyttet til en ny leilighet, et helt annet sted enn han bodde tidligere. Det var en stor omstilling. Sitatet til Ola synliggjør hvor vanskelig det kan være å bryte opp med det gamle miljøet.

«Jeg satt her inne i tre måneder jeg og jeg holdt på å bli helt gal. Jeg kom meg omsider ut og da løsnet det hele. Det var ikke så vanskelig å komme i kontakt med folk som jeg hadde frykta. Jeg kommer fra et helt annet liv jeg vet du. Jeg kommer fra et liv i en leilighet full av folk og stoff og i det hele tatt. Også kom jeg hit da, et år senere, og var helt nyktern» Ola, Norge

En forutsetning for å klare å leve et rusfritt liv innebærer for mange å måtte bryte kontakten med det tidligere rusmiljøet. Når kontakten er brutt står man ofte ensom tilbake og må bygge opp en

helt nytt nettverk (Randby 2012, 126). Ola måtte flytte fra sin gamle leilighet til et fremmed sted hvor han ikke kjente noen. Som han sa selv var det vanskelig å våge seg ut for å bli kjent med personer i nærmiljøet. Da han først kom seg ut, opplevde Ola at det var mindre vanskelig enn han hadde forestilt seg. Retningslinjen til LAR-behandling anbefaler at sosialtjenesten bør tilby pasienten hjelp til å bygge opp alternative rusfrie nettverk (Helsedirektoratet 2011, 79). Ola fortalte at det tok tre måneder før han klarte å komme seg ut av leiligheten og gjorde et forsøk på å bli kjent med folk i nærmiljøet. Det kan synes som om han ikke fikk tilstrekkelig støtte av sosialtjenesten til å bygge opp et rusfritt nettverk.

«Jeg har min mor, og min søster. Også har jeg en sønn. Min nevø og min svoger. Jeg har mye god familie rundt meg. Og det er viktig tror jeg. Jeg vil si at jeg er heldig. Det er mange som ikke har noen» Per, Danmark. Per sier at det er viktig å ha familien rundt seg. Han sier også at han opplever seg selv som heldig, fordi det er mange som ikke har noen. I Ventegodt (1995, 25) betegnes økonomi, arbeid, familie og venner som de viktigste områdene ved livskvalitetsbegrepet. I samsvar med anvendt teori, framholder Per og de andre informantene at å ha familie og venner er essensielt knyttet til deres livskvalitet.

6.7 Stigmatisering og identitet

Det er i stor grad enighet om at rusavhengige er en stigmatisert gruppe. Selv om man har sluttet med illegal rus, kan det fortsatt være stigmatiserende å være i LAR eller være mottaker av heroinbehandling.

Intervjuer: *«Har du noen gang følt at substitusjonsbehandlingen har påvirket nettverket ditt?»*

Line: *«Nei. Jeg har jo kjent på det å føle seg veldig utenfor liksom, men det var mer i begynnelsen, når jeg hadde kommet tilbake fra behandling. Det var en periode hvor jeg følte meg veldig utilpass med å møte folk, fordi jeg var den jeg var og fordi jeg brukte medisiner. Men nå har jeg kommet meg over det, og vi er mange, det er ingenting å skamme seg over. Og familien min har alltid støttet meg.»*

Line forteller ikke om det å bli stigmatisert, men utsagnet hennes viser at substitusjonsbehandling kan gjøre at en føler seg annerledes og utenfor. Sitatet synliggjør også at identitet er en viktig del av hvordan man har det og hvordan man oppfatter seg selv. Teorien til Goffman er nært knyttet til identitet. Han beskriver hvordan samfunnet plasserer mennesker inn i en *tilsynelatende sosial*

identitet, som ofte blir stående i motsetning til hvordan individet oppfatter seg selv, *den faktiske sosiale identitet* (Goffman 2011, 10). Dette motsetningsforholdet mellom hvem vi er og hvordan andre mennesker ser oss, skaper usikkerhet. Tidligere rusavhengige kan skape slik usikkerhet hos mange, hvor man ikke klarer å plassere folk i en kategori og dermed trekker seg unna (Randby 2010, 64). Denne reaksjonen fra samfunnet er med på å forme identiteten, og kan gjøre det krevende å forlate sin rusidentitet, når man ofte opplever å bli møtt som sitt «gamle jeg». Brage forteller om hva som er det vanskeligste med å slutte å ruse seg:

«Det vanskelige med å slutte å ruse seg, det er å legge alt til side, for at rus blir som en identitet. Du ruser bort din gamle identitet og bytter den ut mot noe du kjenner, rus. Da er det veldig lett å holde på den identiteten. Den gjør deg om til et skall av deg selv(...)Jeg valgte å slette hele den rusidentiteten og egentlig bare legge det bak meg når jeg flyttet hit. Sånn at da kunne jeg ikke ha ett bein innenfor miljøet, jeg måtte kutte kontakt med venner» Brage, Norge

Brage forteller at det for han var viktig å «slette» sin rusidentitet. Gjennom å bryte fullstendig med det gamle miljøet og ta opp igjen kontakt med barndomsvenner og familie, klarte han å bygge opp en ny identitet. Samfunnets reaksjoner og forståelse av hva en rusmisbruker er og gjør, er med på å forme hvordan vedkommende ser på og forstår seg selv, noe som kan komplisere integrasjonsprosessen (Goffman 2011, 19). Stigma henger i stor grad sammen med det å bli eller føle seg ekskludert, og i forhold til å redusere stigma blir sosial kontakt betegnet som den viktigste faktoren (Ekland og Heggen 2007, sitert i Myhra 2012, 65). For å kunne bygge opp en rusfri identitet og oppleve aksept fra samfunnet, behøver man relasjoner og mennesker rundt seg. Mange stigmatiserte mennesker trekker seg unna sosiale aktiviteter og andre steder hvor man oppnår sosial kontakt (Myhra 2012, 65). Tidligere i oppgaven har flere av informantene fortalt at de valgte å trekke seg unna familien da de var i aktiv rus. Isolasjon kan sees i sammenheng med en følelse av skam og stigma, hvor det benyttes som en strategi for å unnsnippe følelsen av skam og stigmatisering.

6.7.1 Når den gamle identiteten følger deg

Goffman snakker om tre ulike typer stigma, hvor rusavhengige kan sies å utsettes for to av dem, både et karaktermessig og et kroppslig stigma. Spesielt de som utsettes for det karaktermessige stigma blir behandlet nedverdiggende, fordi man ser for seg at de selv er ansvarlige for årsaken til stigmaet (Page 1984 sitert i Hove 2001, 13). En informant fortalte om en episode hvor hun opplevde å bli dømt på forhånd fordi hun får substitusjonsbehandling. Hun fortalte om to leger

som uttrykte bekymring ved at hun skulle jobbe et sted med medisin i kombinasjon med at hun mottok metadonbehandling. Maria er redd for at bekymringsmeldingen som ble sendt skal påvirke hennes muligheter til å fortsette å jobbe og studere. Hun beskriver det slik:

«De der to embetslegene, de forstår jo ingenting av hva som skjer, det er forferdelig. De tror jo at fordi man har nøkkel til medisinskapet så vil man stjele medisin. Og det er det jo mange som tror, men jeg mener spesielt en som meg, jeg vil jo være så påpasselig, jeg vil gå i en stor bue rundt. Så dum er jeg jo ikke. Det er veldig stressende. Å gå rundt å... altså tenk hvis de sier at jeg ikke kan fortsette. Det ville vært en forferdelig nedtur, fordi jeg elsker jobben min» Maria, Danmark

Maria er velfungerende, og studerer og jobber på lik linje med andre. Likevel opplevde hun at hennes rolle som substitusjonsmottaker gjør at hun blir sett på som annerledes og ikke skikket til å utføre jobben sin. Forskning viser at når man trer ut av rollen som rusmisbruker, har man et ønske om at den tilsynelatende identiteten forsvinner, slik at man kan bli sett som den man ønsker å være (Goffman 1975, sitert i Randby 2010, 85). Margareth Randby påpeker at det tar lang tid før omgivelsene klarer å se bort fra rusmisbrukerrollen og begynner å se på deg som en pliktoppfyllende samfunnsborger (Randby 2010, 85). Til tross for at Maria har både jobb og studier, opplever hun å bli assosiert med en rusidentitet, hvor det er risiko for at hun vil stjele og/eller misbruke medisiner. I følge Goffman er det forskjell på om stigma kan skjules eller ikke. Han skiller mellom den avslørte og den avslørbare, knyttet til om stigmaet kan skjules eller ikke (Goffman 1963 sitert i Hove 2001, 12). Et langt liv som rusmisbruker kan føre til karakteristiske måter å se ut på, bevege seg på og snakke på. I forhold til identitet og stigma kan situasjonen oppfattes noe lettere for de brukerne som ikke har et synlig stigma. I situasjonen til Line er det mer naturlig å koble årsaken til at hun opplever å bli stigmatisert til at samfunnet kobler henne til en tidligere rusidentitet, heller enn at hun ser ut som en rusmisbruker.

Informantenes opplevelser synliggjør at mange fremdeles opplever å bli sett på som rusavhengig. Å få substitusjonsbehandling kan innebære en følelse av å leve et vanlig liv, men det kan også gi en følelse av å være en bruker og derfor ikke bli ansett som normal av andre. De er ikke rusavhengige, men heller ikke vanlige borgere fordi de er i substitusjonsbehandling. Noen av informantene fortalte om ulike opplevelser knyttet til det å være annerledes, eller opplevelsen av å bli stigmatisert av samfunnet. Stigma er knyttet opp til identitet, til hvem vi blir oppfattet som og hvem vi egentlig vil være. Det å kutte kontakt med sine gamle venner, slette sin rusidentitet og bygge opp en ny identitet kan være lettere sagt enn gjort og krever mye støtte fra omgivelsene.

6.8 Psykososial behandling

Det er entydig klinisk erfaring at man oppnår bedre resultater hvis substitusjonsbehandling tilbys i kombinasjon med et psykososialt tilbud (Helsedirektoratet 2011, 74). Psykososiale tilbud kan være alt fra å tilby støttekontakt eller et sosialt samlingssted, til å tilby et utdanningstilbud eller arbeidstrening (Asmussen og Kolind 2005, 16). Det er en målsetting både i Norge og Danmark at substitusjons- og heroinbehandling bør kombineres med psykososiale tiltak og LAR sine retningslinjer anbefaler det samme (Helsedirektoratet 2011, 74). Det tverrfaglige samarbeidet i LAR skal sørge for at brukerne får sammensatte tjenester og et godt tilbud utover det medisinske (Helsedirektoratet 2011, 74). Sundhedsstyrelsens veiledning knyttet til heroinbehandling sier at behandlingen skal inngå som en integrert del av kommunens samlede tilbud til rusavhengige og det påpekes at behandlingen også må rette seg mot den enkeltes sosiale problemer (Sundhedsstyrelsen 2013, 9).

Neste avsnitt er utdrag fra intervjuet med Per, hvor han forteller om det sosiale tilbudet knyttet til heroinbehandling.

Intervjuer: *«Er det noe ved systemet som gjør at du føler deg begrenset i ditt liv?»*

Per: *«Ja, de har tatt bort alle kafeene og sånt. Det synes jeg er dårlig.»*

Intervjuer: *«Synes du at tilbudet var bedre før?»*

Per: *«Ja, helt sikkert.»*

Intervjuer: *«Så tidligere var det mer opplegg rundt det, ikke bare heroinbehandling, men mer sosialt også?»*

Per: *«Ja det synes jeg. Ja det er nesten som, hva skal jeg si. Som om de er på vei til å stenge ned eller et eller annet. Det er det som er irriterende, jeg kan ikke bli enig med meg selv om hva de vil.»*

Per har tidligere fortalt at han synes det var vanskelig med metadonbehandling, fordi «ingen kom og blandet seg». Han er glad for å få heroinbehandling, men synes at det sosiale tilbudet har blitt dårligere. Det kan også synes som om Per blir urolig fordi han ikke helt vet hvordan heroinbehandling vil utvikle seg i fremtiden. I neste sitat forteller Line om sin oppstart i LAR og hva hun tenkte om tilbudet hun fikk den gang.

«Det var jo en kjempevanskelig tid, en kjempevanskelig periode å komme i gang med noe når man starter opp med noe, da blir jo alt forandret. Man slutter med rus og da er det jo mange ting som må på plass og man vet jo ikke helt hva man vil heller. Sånn sett er det jo greit å bare ha den tiden til å komme seg på, men jeg tror kanskje jeg kunne trengt noe mer i den perioden» Line, Norge

Line beskriver at det var vanskelig å vite hva hun ville i livet i en slik omfattende endringsfase og at livet kan bli tomt i en slik periode. Line beskriver ikke hva hun mener med «noe mer», men i en slik fase kan det tenkes at mange har behov for bistand til å komme i gang med en form for aktivitet eller få hjelp til å kartlegge sine ønsker og behov for fremtiden.

Intervjuer: *«I denne vanskelige oppstarten, fikk du noen tilbud om noe sosialt?»*

Line: *«Det var veldig dårlig altså, jeg synes det. Det var en psykolog som jobbet der som hadde en sånn kvinnegruppe, men så sluttet hun og da forsvant kvinnegruppa også. Det var noen sånne ting og de har sikkert noe nå også.»*

Line savnet tilbud som ville gitt henne noe å holde på med i oppstartsperioden, hvor det kan være vanskelig å finne løsninger selv, kanskje fordi så mye i livet er nytt. Line forteller at hun opplevde at hun ikke fikk et tilfredsstillende tilbud fra LAR i denne perioden. Ola beskriver en lignende situasjon som Line.

Intervjuer: *«Har du fått tilbud av LAR om noen aktiviteter?»*

Ola: *«Neinei. Nei det har jeg ikke. Det er kun medisinsk. Så her må man ta tak i tingene selv for at det skal skje noe.»*

Ola opplever at LAR-behandlingen kun er medisinsk og at han selv må ta tak hvis han ønsker å ha noen aktiviteter i hverdagen. Tidligere har Ola beskrevet hvordan han savner aktivitet i livet og hvordan metadontilværelsen hans er preget av kjedsomhet. I Ola sitt tilfelle kan det synes som om han mangler et sosialt tilbud ved siden av medisineringsen og at dette er noe som påvirker tilværelsen hans.

Intervjuer: *«Dette med aktivitet, å ha noe å gjøre, det har vært viktig for deg i denne prosessen?»*

Brage: *«Ja å ha noe å gjøre. Når du får mye tid og ingenting å gjøre, det er da du tenker at det hadde vært deilig med en.... ja hva som helst. Hvis du bare slutter og ikke har noe å gjøre, det ser jeg ingen hensikt i.»*

Intervjuer: *«Føler du at LAR har hjulpet deg i denne prosessen, med å finne noe å gjøre?»*

Brage: *«Ja. De har investert mye tid og penger. Du kan få den oppfølgingen hvis du er villig til å be om det.»*

Intervjuer: *«Men du må be om det selv?»*

Brage: *«Ja det må du. Det er ikke alltid de kan se hva som er best for deg. Med mindre de ikke kjenner deg veldig godt da. Men altså, å ha en avhengighet er å skamme seg også da. Når du først har klart å be om hjelp, da trenger det ikke å gå så lang tid før du begynner å se bedring.»*

Brage har en litt annen opplevelse med LAR enn Line og Ola. Han opplever at LAR har gitt ham masse oppfølging utover medisinsk behandling, men en forutsetning for at du får dette tilbudet er ifølge Brage at du må be om det selv. Brage har kommet langt i rehabiliteringen og han ser på LAR som en bidragsyter til dette. Det kan virke som om Brage har fått bedre og tettere oppfølging enn andre informanter. Det ser ut som om det er variasjoner i hvor mye og hvor tett oppfølging man får utover den medisinske behandlingen. Ikke alle brukere er i stand til å se sin egen situasjon og hjelpebehov i en slik sårbar situasjon, men dette betyr ikke nødvendigvis at man ikke ønsker hjelp. Asmussen og Kolind peker på hvordan en økende grad av normalisering har ført til at det i større grad enn før er den enkelte bruker sitt ansvar å oppsøke relevant behandling (Asmussen og Kolind 2005, 59). Det kan tenkes at brukerne i større grad har blitt ansvarliggjort, noe som kan føre til at de mindre ressurssterke brukerne får et dårligere tilbud, de som av ulike årsaker ikke definerer hva de ønsker at behandlingen skal innebære.

I substitusjonsbehandlingen i Danmark eksisterer det ikke klare retningslinjer for innholdet i den psykososiale behandlingen (Asmussen og Kolind 2005, 136). Heller ikke i heroinbehandlingen utdypes det hva innholdet i psykososial behandling skal være (Sundhedsstyrelsen 2007, sitert i Møller 2013, 18). Det kan synes som om dette forholdet også gjelder for substitusjonsbehandling i Norge. Slik det fremgår av veiledningene og retningslinjen er det ikke heroinklinikene i Danmark eller LAR alene sitt ansvar å sikre at brukerne får et godt sosialt tilbud utover medisinerer. Det krever høy grad av koordinering når flere ulike instanser skal samarbeide om å gi brukerne et helhetlig tilbud, og det kan være vanskeligere å kontrollere at alle får det tilbudet de har krav på. Manglende koordinering kan medføre at brukerne ikke får den oppfølgingen de har krav på (Nygaard 2013, 50). Det at det ikke er spesifisert hva det psykososiale tilbudet i behandlingen skal romme kan virke som et problem. Basert på informantenes utsagn kan det synes som om det er store ulikheter i hvilket tilbud hver enkelt bruker får og at noen ikke har fått

et godt nok tilbud ved siden av medisinen. At det er ulikheter i tilbudet kan skyldes at det gjøres en individuell vurdering, men det kan også ha sin årsak i at det finnes tilbud som er preget av manglende psykososial oppfølging.

6.9 Informantenes tanker om heroinbehandling

De siste 30 årene har det pågått en avinstitusjonalisering i samfunnet, hvor målet har vært at personer med ulike avvik og utfordringer skulle ut av institusjonstilværelsen og hjelpes til å leve et liv så tett på det normale som mulig (Asmussen og Kolind 2005, 59). Heroinbehandlingen er tuftet på strenge krav til oppmøte og mange brukere ser på dette som besværlig i forhold til å leve et liv utenom denne behandlingen (Johansen 2013, 135). På den måten kan heroinbehandling sees på som det motsatte av avinstitusjonalisering. Som nevnt tidligere i oppgaven vises problemene i forhold til organiseringen av heroinbehandlingen også i estimatet over hvor mange brukere som ville være i målgruppen. I januar 2012 var det skrevet inn 134 brukere i heroinbehandlingen. Antallet skiller seg ganske kraftig fra Sundhedsstyrelsens estimat på at 3-4000 brukere ville være målgruppen for heroinbehandling (Johansen 2013, 24).

I Norge synes det å være en holdning som baserer seg på en frykt for at heroinbehandling vil tiltrekke seg brukere som egentlig kunne fungert godt med LAR-behandling. En undersøkelse fra Sveits viser at heroinbehandlingen der ble assosiert med noe sykt og gammelt, og derfor ikke var attraktivt for unge rusavhengige (von Aarnburg og Stauffacher 2001, sitert i Johansen 2013, 38). Påstanden om at heroinbehandling er et tilbud til en liten, utsatt gruppe, støttes også av de norske informantenes fortellinger.

Line: «Jeg vil jo gjerne at det skal komme et prøveprosjekt hit også. Ikke for min del, men for de som trenger det. Det er jo en veldig liten gruppe som kunne fått et bra liv med dette.»

Brage: «Hvis det hadde vært et alternativ, så ville jeg uansett ikke valgt det før det hadde vært siste alternativ og jeg hadde prøvd alt annet. Men for meg handler det om at jeg ikke ville bytte en avhengighet mot en annen. Jeg vil egentlig komme meg ut av det 100%. Slutte for alltid.»

De fleste informantene har et ønske om å leve et vanlig liv og at heroinbehandling ikke er noe man higer etter, med mindre det ikke oppleves å være noen annen utvei. Kanskje gjør heroinbehandlingen det vanskeligere å leve et normalt liv. Maria forteller hvorfor denne behandlingsformen ikke var aktuell for henne. «*Nei, fordi jeg vil ikke fordi jeg gjerne vil ha et*

normalt liv. Tanken streifet meg, men jeg ville aldri gjort det. Det ville tatt alt for mye av mitt liv. Jeg synes de burde gjøre om det, fordi det ikke er menneskelig.» Maria, Danmark. Maria er både i jobb og utdanning og heroinbehandlingen var ikke aktuelt for henne slik den praktiseres i dag. Det kan virke som om hun har inntrykk av at det kan være vanskelig å kombinere heroinbehandling med jobb og studier.

«Hvis jeg er på metadon fortsatt når den tid kommer, så vil jeg faktisk vurdere det selv. Om jeg vil gå over til heroin. For da ville jeg fått en helt annen livskvalitet altså. Nå er alt liksom teit, jeg orker ikke, jeg er tiltaksløs. Det er sånn at å komme seg ut det er greit nok, der har du noen kjente rundt deg, sånn er tilværelsen. Det er sånn metadontilværelsen min fungerer her. Svært lite å ta seg til egentlig» Ola, Norge

Ola er den eneste av informantene, som ikke allerede får heroinbehandling, som sier at han kunne tenkt seg å forsøke dette hvis det hadde vært en del av tilbudet i Norge. Han sier at han tror det ville påvirket livskvaliteten hans positivt, fordi han synes at han blir «slapp» og «tiltaksløs» av metadonen. Om Ola ville fått bedre livskvalitet med heroinbehandling, er umulig for meg å svare på. Det er derimot sannsynlig at Ola ville dra nytte av et tilbud med tettere oppfølging og bedre psykososial behandling, slik at livet hans hadde rommet noe utover den medisinske behandlingen.

Informantenes sitater viser at de fleste har et ønske om å leve et normalt liv, og ikke ønsker å være avhengige av et behandlingssystem. Informantene som ikke får heroinbehandling sier at de skulle ønske dette fantes som et alternativ til de som måtte trenge det, men at det ikke ville være aktuelt for dem selv. Dette begrunnes i et ønske om å leve et vanlig liv og ikke bytte ut en avhengighet mot en annen. En annen informant sier at organiseringen av heroinbehandlingen ville tatt for mye av livet hennes og gjort at det ikke hadde vært plass til andre aktiviteter, jobb og fritid.

6.10 Heroinbehandling – et alternativ i Norge?

Norge og Danmark har vektlagt ulike forhold i forbindelse med utformingen av narkotikapolitikken, noe som kommer til uttrykk i hvilke tilbud som er tilgjengelige for rusavhengige i dag. Flere europeiske land har valgt annerledes enn Norge og innført heroinbehandling. I landene hvor heroinbehandling er et tilbud, har man lagt vekt på at forskning viser at heroinbehandling både er sikkert og gjennomførbart (Hansen og Grønbæk 2007, 42). At heroinbehandling er et viktig tilbud for de tyngste misbrukerne og at behandlingen kan bidra til at

brukerne forblir i behandling, minsker bruk av illegale stoffer og illegal aktivitet og begrenser dødeligheten er også vektlagt (Ferri et al 2012, sitert i Johansen 2013, 48). Cathrine Schepeleren Johansen påpeker at det er interessant at den forskningen som lå til grunn for å innføre heroinbehandling i Danmark, har blitt møtt med skepsis og negativ tolkning i Norge (Johansen 2013, 47).

Tradisjonelt sett har Norges målsetning ved substitusjonsbehandling tatt sikte på å legge til rette for rehabilitering til et relativt rusfritt liv, mens Danmark har hatt skadereduksjon som mål (Skretting og Rosenquist 2010, 593). Der hvor Danmark har lang tradisjon for substitusjonsbehandling til rusavhengige, har Norge sitt behandlingssystem vært tuftet på behandling uten bruk av substitusjonslegemidler (Helsedirektoratet 2011, 18). Fekjær (2004, 270) peker på to årsaker til at skadereduksjon har vært kontroversielt i Norge. Skadereduksjon sidestilles ofte med avkriminalisering og legalisering og fører dermed til å utydeliggjøre visjonen om et narkotikafritt samfunn. Disse målsettingene kan være noe av årsaken til ulikhetene i dansk og norsk narkotikapolitikk. At hovedmålet med heroinbehandling neppe kan sies å være at brukerne skal slutte med stoff, men å gi dem bedre livskvalitet, kan være en av årsakene til at Norge avviser heroinbehandling. Det at heroinbehandling er tuftet på skadereduksjon og ikke rehabilitering, synes å påvirke diskusjonen i Norge. Substitusjonsbehandling ble i Norge sett på som et uttrykk for å miste troen på opiatmisbrukere og deres evne til å endre seg (Skretting og Rosenquist 2010, 591). I dag er substitusjonsbehandling anerkjent og metadon blir sett på som medisin (Frantzen 2001, 12). Dette viser at synet på substitusjonsbehandling i løpet av få år har gjennomgått en holdningsendring. Cathrine Schepeleren Johansen (2013, 48) peker på at substitusjonsbehandling er et relativt nytt fenomen i Norge og at dette kan ha påvirket hvorfor heroinbehandling ikke er aktuelt i Norge på nåværende tidspunkt.

Norge er blant landene i Europa som har flest overdosedødsfall med 250 tilfeller i 2014 (Dommerud 2015). Årsakene til dette er sammensatt, men det at det er såpass vanlig å injisere heroin, er trolig en delårsak. (Fekjær 2004, 176). Røyking av heroin er langt vanligere i de fleste andre land, blant annet i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2007, sitert i Møller 2013, 15). Injeksjonskulturen i Norge og den høye risikoen for overdosedødsfall, peker mot at Norge har god grunn til å vurdere å tilby heroinbehandling til de tyngste misbrukerne. Legemidler som brukes i LAR, kan skade pasienten dersom de ikke inntas på foreskrevet måte og de utgjør stor

fare dersom de kommer på å avveie (Helsedirektoratet 2011, 67). Flere land, blant annet Norge, rapporterer om illegal omsetning av substitusjonsmidler, med påfølgende skade og død (Helsedirektoratet 2011, 67). Etterhvert som metadon blir mer utbredt registreres det et økende antall dødsfall der metadon antas å være dødsårsak (Helsedirektoratet 2011, 67). Senter for rus- og avhengighetsforsknings statusrapport fra 2013 viste at 24 % av dødsfallene var forårsaket av metadon (Waal m.fl 2014, 11). Det antas at metadonet som er inntatt ved metadonrelaterte dødsfall i stor grad er skrevet ut til norske LAR-pasienter (Helsedirektoratet 2011, 67). Dette peker mot at noen LAR- pasienter selger metadonet sitt videre. Konsekvensene er at overdosefaren øker, både for LAR-pasienten selv og for vedkommende som kjøper metadonen. Disse forholdene indikerer at heroinbehandling vil kunne bidra til å minske antall overdoser. Ved å tilby heroinbehandling til brukerne som ikke klarer å fungere i LAR, kunne man trolig minsket faren for at LAR-medikamenter ble solgt videre og dermed også faren for overdosedødsfall. En undersøkelse fra Danmark viste at alle brukerne oppga at deres sidemisbruk hadde blitt mindre etter oppstart i heroinbehandling. Dette ble også beskrevet av personalet på heroinklinikkene (Johansen 2013, 106).

I en undersøkelse av LAR- pasienter i 2012 svarte 9-10 % av totalt 7450 personer at de hadde misbrukt andre opiater ved siden av det de fikk foreskrevet (Sirus 2014, 267). Dette kan tolkes som at noen rusavhengige ikke klarer å nyttiggjøre seg av ordinær substitusjonsbehandling. Årsakene til dette er sammensatte, men det er slik jeg ser det viktig å erkjenne at LAR ikke er et godt nok tilbud for alle. For disse menneskene finnes det et valgalternativ i Danmark. Det gjør det ikke på nåværende tidspunkt i Norge. På den andre siden viser forskning at LAR- pasienter til tross for sidemisbruk av illegale rusmidler, likevel var utsatt for mindre helserisiko og begikk mindre kriminalitet sammenlignet med de som ikke var i LAR (Sirus 2013). Dette tyder på at de som sliter med å holde seg rusfrie i LAR, likevel har nytte av behandlingen. Om skadereduksjon er målsettingen ved behandling, kan ikke innvendingen om illegalt sidemisbruk benyttes for å argumentere for økt kontroll i LAR. Med skadereduksjon som mål, kan heller sidemisbruk benyttes som et argument for at noen brukere vill dra nytte av heroinbehandling og at dette vil kunne erstatte behovet for å ruse seg på illegale opiater ved siden av LAR.

Informantene i denne oppgaven, med unntak av en, fortalte at de ikke ønsket heroinbehandling for seg selv, men som et tilbud til våre tyngste brukere. Funnene i min oppgave peker mot at vi

ved å innføre heroinbehandling med de samme retningslinjene som Danmark, vil nå ut til de mest belastede brukerne. Med dette menes de brukerne som har forsøkt LAR-behandling flere ganger uten hell og de brukerne som hittil har vært utilgjengelige for behandlingssystemet. For en del av disse brukerne kan heroinbehandling være et viktig tilbud og vil trolig være med på å øke livskvaliteten. Tidligere anvendt litteratur og funn i oppgaven tyder på at heroinbehandling støter på noen utfordringer i praksis. Dette er blant annet knyttet til en opplevelse av et snevert psykososialt tilbud, og at behandlingen er tidkrevende og derfor vanskelig å kombinere med annen aktivitet. Ved en eventuell innføring av heroinbehandling i Norge, er det viktig å være oppmerksom på disse utfordringene.

Det ser ut som om vi i mindre grad enn Danmark har valgt å legge vekt på faktiske forhold ved livssituasjonen til de tyngste rusmisbrukerne, som ikke profitterer på annen substitusjonsbehandling. Den historiske tradisjonen for medikamentfri behandling synes å påvirke ruspolitikken og kanskje må det skje en holdningsendring før heroinbehandling blir aktuelt i Norge.

7. Konklusjoner

7.1 Endring i livskvalitet

Svaret på den overordnede problemstillingen er at mine informanter opplevde at substitusjons- og heroinbehandlingen har bidratt til å øke livskvaliteten deres. Av de fleste informantene ble selve medisinen beskrevet som en viktig faktor ved det å ha fått bedre livskvalitet. De viktigste forklaringene på dette var opplevelsen av at behandlingen er stressreducerende fordi man har fått frihet fra rus, prostitusjon og kriminalitet. Informantene beskrev også at substitusjons- og heroinbehandlingen bidrar til et roligere og mer strukturert liv, og at dette er noe de setter pris på. Struktur i hverdagen bidrar til å frigjøre ressurser, som igjen kan brukes til arbeid og meningsfull aktivitet, heller enn å jakte etter penger og narkotika. Informantene fortalte at den medisinske behandlingen ikke er nok i seg selv, men at man behøver noe mer for å ha god livskvalitet. De beskrev meningsfull aktivitet, jobb, studier samt venner og familie som viktige faktorer knyttet til dette «noe mer».

7.2 Organisering av tilbudet

Undersøkelsen viser at substitusjonsbehandling er organisert på ulike måter i Norge og Danmark. Primært knytter dette seg til inntakskriterier og ulike kontrolltiltak i behandlingen, men også til at brukere i Danmark har mulighet til å få heroinbehandling. Danske rusavhengige har således flere valgmuligheter knyttet til ulike behandlingsformer enn de norske brukerne. Studien viser at informantene som får heroinbehandling opplever at behandlingen har vært med på å øke deres livskvalitet. Begge informantene knytter dette til at behandlingen bidrar til ro og forutsigbarhet, fordi de vet at de har tilgang til den medisinen de har bruk for. For begge har dette ført til et roligere liv, hvor de slipper å utsette seg selv for prostitusjon og kriminalitet. Den strenge oppmøteplikten oppleves som tidkrevende for dem begge, men er likevel med på å skape en sosial hverdag og rutine i livet. Litteratur som er brukt i denne oppgaven, viser at det strenge kravet til oppmøte gjør at behandlingen er vanskelig å kombinere med et liv utenom. Funn i min oppgave kan tyde på at dette er en utfordring ved heroinbehandling, men at informantene ønsker behandlingen til tross for denne begrensningen.

Studiens resultater viser at henteordninger i Norge og frammøteplikt i heroinbehandlingen ble opplevd på to ulike måter. For noen var det kun en begrensning og et kontrolltiltak, mens det for

andre opplevdes som en medvirkende faktor til å være sosial og skape en hverdag. Hvordan informantene opplevde henteordninger og fremmøte synes først og fremst å være individuelt. Noen faktorer kan også tyde på at de brukerne som isolerer seg reagerer mer positivt på et slikt regime og at de mer velfungerende brukerne opplever organiseringen som tvangspreget.

Et delmål ved min problemstilling var å undersøke om informantene i Norge og Danmark opplevde sin livskvalitet på forskjellige måter, knyttet til to ulike behandlingsregimer. Dette spørsmålet kan ikke besvares med et ja eller nei. Som nevnt i analysen viser denne undersøkelsen at substitusjon- og heroinbehandling bidrar til å øke livskvaliteten, men det kommer frem at livskvalitet er noe langt utover den medisinske behandlingen. Det å ha god livskvalitet henger sammen med en rekke faktorer, knyttet til arbeid, meningsfull aktivitet, trygghet, familie, venner og identitet. Av faktorer som påvirker livskvaliteten i negativ retning synes kontroll å være den mest fremtredende. Kontrollaspektet ved substitusjonsbehandling kan i noen tilfeller synes å føre til at informantene ikke opplever at de får være med på å påvirke sin egen behandlingssituasjon. Det kan synes som om substitusjonsbehandling i Norge er mer preget av disse faktorene enn Danmark og at de norske informantene derfor la større vekt på dette.

Flertallet av de norske informantene hadde opplevd stor grad av kontroll i forbindelse med LAR-behandlingen. Dette handlet om kontroll knyttet til oppstarten i LAR, til henteordninger og urinprøver. Forklaringene på redusert livskvalitet var primært knyttet til kontrolltiltakene i LAR. Studien tyder på at kontrollen i LAR gjør at noen brukere ikke opplever LAR-behandlingen som et reelt tilbud, fordi man ikke opplever å passe inn med tanke på de retningslinjene som er satt. Informantene opplevde urinprøver i behandlingen som et kontrolltiltak, ikke som et terapeutisk virkemiddel.

Mange av informantene opplevde en mangel på psykososiale tilbud, som jo skal være en del av behandlingen. Dette gjaldt både for de norske og danske informantene. En av konsekvensene av dette er at behandlingen oppleves som kun medisinsk. Det gikk igjen at psykososial oppfølging ikke var noe som kom av seg selv, men noe som informantene opplevde at de måtte be om selv. Således kan det se ut som psykososial oppfølging er et tilbud til de mest ressurssterke brukerne. Verken i Norge eller Danmark er det spesifisert hva det psykososiale tilbudet skal romme. Det kan synes å være et negativt aspekt ved behandlingen, fordi det fører til store variasjoner i tilbudet brukerne får.

7.3 Valg av medikament

Innledningsvis lurte jeg på om heroinbehandling i større grad enn øvrig substitusjonsbehandling bidrar til økt livskvalitet. Basert på anvendt litteratur og mine data, kan ikke dette spørsmålet besvares. Datamaterialet viser at både heroin- og substitusjonsbehandling oppleves å øke livskvaliteten, men hvilken behandlingsform som passer best er et individuelt spørsmål. Mine funn tyder på at behandlingen alene ikke er tilstrekkelig for å øke livskvaliteten, men avhenger av individuelle ønsker, behov og mål. For noen er livet med substitusjonsbehandling godt, mens andre har ønsker om et rusfritt liv på sikt. Hvilken behandlingsform som passer best for den enkelte knytter seg derfor til en rekke livskvalitetsfaktorer utover selve behandlingen. Mitt inntrykk er at informantene i stor grad selv besitter ressurser til å vurdere hvilken behandlingsform som passer dem best. Studien tyder likevel på at heroinbehandling, slik den praktiseres i dag, er en behandlingsform som passer best for de tyngste brukerne, som ikke har et ønske om å leve et helt rusfritt liv.

Med unntak av en norsk informant var ikke heroinbehandling ønsket av informantene for egen del. Dette ble forklart med at det ville tatt for stor plass i livet eller at man ikke ønsket å bytte en avhengighet med en annen. Informantene trakk heller frem at de ønsket at heroinbehandling hadde vært et tilbud for andre som kunne trengt det. Heroinbehandling representerer et valgalternativ til andre former for substitusjonsbehandling og når denne behandlingen ikke fungerer, ser det ut til at heroinbehandlingen bidrar til å øke livskvaliteten. Dette til tross for at heroinbehandlingen organiseres i et regime som er vel så preget av kontroll og restriktiv utdeling som LAR i Norge. Livskvalitet synes derfor å handle mer om opplevelsen av frihet og det å ha et valgalternativ, enn om kontrollen i behandlingssystemet.

Undersøkelsen viser også at informantene opplever metadon som et tungt stoff med vonde bivirkninger. Informantene som får heroinbehandling fortalte at deres livskvalitet hadde økt etter at de sluttet med metadon. Det kan synes som om metadon gjør det vanskeligere å få til en meningsfull hverdag med aktivitet og at livskvaliteten derfor er lavere hos de som mottar metadon. Det er vanskelig å si om dette er noe som kan knyttes direkte til metadon som medikament eller om det er noe som henger sammen med andre forhold som påvirker livskvaliteten.

7.4 En endring på gang?

Rusforsker Hans Olav Fækjer har tidligere påpekt at debatten rundt substitusjonsbehandling i Norge har vært preget av politikk og ideologi, og burde bli mer preget av fag og forskning (Fekjær 2004, 271). Anvendt teori og funn i denne oppgaven støtter dette ståstedet. Som nevnt tidligere i oppgaven stemte Arbeiderpartiet i april ja til å innføre et forsøksprosjekt med heroinbehandling. Forslaget er ikke vedtatt og det vil i beste fall vil ta en god stund før et prøveprosjekt vil være mulig, men forslaget vitner om en holdningsendring blant noen av de mektigste personene innenfor norsk politikk. En holdningsendring som tyder på at Norge er i ferd med å vektlegge brukernes helse og livskvalitet fremfor moralske argumenter, og som kan bety muligheten for bedret livskvalitet for en liten gruppe med utsatte mennesker.

8. Litteraturliste

- Arbeiderpartiet. 2015. *Helsedokument*.
http://arbeiderpartiet.no/file/download/7694/121728/file/helsedokument_linjenummer.pdf
(27.04.2015)
- Asmussen, Vibeke og Torsten Kolind. 2005. *Utvidet psykosocial indstas i metadonbehandling- resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter*. Aarhus: center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Balci, Sonja. Ukjent dato. *Viten+praksis*. Forskningsmagasin fra Høgskolen i Oslo og Akershus.
<http://vitenogpraksis.no/Helse/Forsker-paa-heroinavhengige>
(03.05.2015)
- Bjerge, Bagga. 2005. *Empowerment og brukerinddragelse i praksis: mellom forestillinger og det muliges kunst, en antropologisk analyse af forestillinger om «godt» socialt arbejde i relation til praksis blandt svagtstillede metadonbrugere*. Aarhus: Center for rusmiddelforskning, Aarhus universitet.
- Dommerud, Tine. 09. 03. 2015. *Norge har flest overdoser i Norden*. Aftenposten.
<http://www.aftenposten.no/helse/Norge-har-flest-overdosedodsfall-i-Norden-7925879.html>
(19.03.2015)
- Evjen, Reidun, Knut Boe Kielland og Tone Øiern. 2012. *«Dobbelt opp» om psykiske lidelser og rusbruk*. 3. utgave. Oslo: universitetsforlaget.
- Fekjær, Hans Olav. 2004. *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskningsrådet. 2011. *Heroinassistert behandling. Rapport fra konsensuskonferansen 21. juli 2011*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Forskrift av 18 desember 2009. nr 1641. *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering*. (LAR-forskriften).
- Forskrift av 16 desember 2001. nr 1256. *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.
- Frantzen, Evy. 2001. *Metadonmakt. Møte mellom narkotikabrukere og Norsk metadonpolitikk*. Oslo: universitetsforlaget.
- Freire, Paulo. 2003(1970). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Goffman, Erving. 2011. *Stigma. Den avvikandes roll och identitet*. Finland: Prentice Hall, Inc.
- Gryt, Marit. 2005. *«Et bedre liv med metadon?» - En kvalitativ studie av «velfungerende» metadonbrukere i Oslo-området*. Universitetet i Oslo: Masteroppgave i sosiologi.
- Halse, John. 1999. *Abraham Maslow og den humanistiske psykologi*. I *Udviklingspsykologiske teorier*. 3 utgave. Espen Jerlang(red). København: Socialpædagogisk bibliotek.
- Hansen, Anders Gottlieb Blædel og Morten Grønbæk. 2007. *Litteraturgennemgang til redegørelse om heroinordination*. Syddansk Universitet: Statens institut for Folkesundhed.
- Havnes, Ingrid Amalia. 2014. *«Medvirkning, livskvalitet og behandlingsmål»*. *Rus og Samfunn*, 04:31-33.
- Helsedirektoratet. 2011. *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved*

- opiatavhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet
- Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg(red).1996. *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Hove, Olav. 2001. *Stigma, teoretiske tilnærminger til stigma og til forholdet mellom stigma og sosiale ytelser- en kritisk drøfting*. Hio-rapport 2001 nr 2. Oslo: Høgskolen i Oslo, Avdeling for økonomi, kommunal og sosialfag.
- Høyer, Georg. 18. mai. 2010. *Rusmisbrukere*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.etikkom.no/fbib/temaer/forskning-pa-bestemte-grupper/rusmisbrukere/>
(Søkt 24.02.2015)
- Jacobsen, Dag Ingar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring- innføring i metode for helse og sosialfagene*. 2. utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johansen Schepeleren, Cathrine. 2013. *Heroinbehandling i Danmark- en undersøkelse af brugere og behandling*.Glostrup: KABS VIDEN.
- Kagge, Gunnar, Karen Tjernshaugen og Lars. M. Glomnes.Aftenposten. 18.04. 2015. *Ap-landsmøtet ga heroin ja*.
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/Ap-landsmotet-ga-heroin-ja-7985966.html>
(20.04.2015)
- Kokkin, Judy. 2005 *Profesjonelt sosialt arbeid*. 2. Utgave. Oslo:Universitetsforlaget
- Kumano-Ensby. 10 mars. 2015. *Å trappe ned på metadon, er å trappe opp på livet*.
http://www.nrk.no/fordypning/_-a-trappe-ned-pa-metadon_-er-a-trappe-opp-i-livet-1.12251356
(søkt 20.04.2015)
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lov af 14 november 2014. nr. 1202. *Bekendtgørelse af Sundhedsloven*.
- Lov af 04 august 2011. nr. 877. *Lov om autorisation af sundhetspersoner og om sundhetsfaglig virksomhed* (Autorisitionsloven).
- Lov af 16 februar 2015. nr 150. *Lov om social service*.
- Lov af 09 juni 2004. nr. 442. *Lov om redsikkerhed ved forvaltningens anvendelse af tvangsindgreb og oplysningspligter*.
- Lov av 2. Juli 1999. nr 61. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* (Spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov av 24 juni 2011 nr. 30. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (Helse og omsorgstjenesteloven)
- Lov av av 2 juli 1999. nr 64. *Helsepersonelloven*.
- Lov av 18 desember 2009. nr 131. *Lov om sosialtjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*.
- Lov av 2 Juni 1999. nr 63. *Lov om pasient og brukerrettigheter*(pasient og brukerrettighetsloven)
- Lov af 01 juli 2008. nr. 748. *Lov om euforiserende stoffer*.
- Myhra, Ann- Beate. 2012. *Fra bruker til samarbeidspartner. Realisering av brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mæland, Jon Gunnar, Kjell Haug, Georg Høyer og Steinar Krokstad. 2011. *Sosialmedisin*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Møller Korsgaard Froh, Rikke. 2013. *Lægeordineret heroin- udfordringer i praksis*. Speciale i kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab. København Universitet: Det sundhedsvidenskabelige fakultat.
- Nakken, Maria og Jon Gimmingsrud. 24.10.2014. *Frykter smitte fra uren heroin*.
<http://www.nrk.no/ostlandssendingen/frykter-smitte-fra-uren-heroin-1.11317167>
 (05.05.2015)
- Nygaard, Karina Aurora. 2013. «*Keiserens nye klær?*» - en studie av samarbeidet om individuell plan for rusmiddelavhengige. Høgskolen i Oslo og Akershus: Masteroppgave i sosialt arbeid.
- Randby, Margareth. 2010. *Å leve med alvorlige rus- og psykiatriproblemer. På vei mot en bedre hverdag*. Oslo: kommunebokforlaget.
- Ringdal, Kristen. 2013. *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utgave. Fagbokforlaget: Bergen.
- Sirus. 2014. *Rusmidler i Norge 2014*, s 266-267
<http://www.sirus.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/5-narkotika/#toc16>
 (28.03.2015)
- Sirus. 15. 01. 2015. *LAR-medisiner på avveie- mindre risikofylt enn tidligere antatt?*
<http://www.sirus.no/lar-medisiner-pa-avveie-mindre-risikofylt-enn-tidligere-antatt/>
 (11.03. 15)
- Sundhedsstyrelsen. 1999. *Narkotikasituasjonen i Danmark 1999*.
http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2000/narkosit_dk/inde0025.htm
 (02.02.2015)
- Sirus. 3 juli 2013. *LAR nytter*.
<http://www.sirus.no/lar-nytter/>
 (30.04.2015)
- Skattum, Marianne. 28.04.2008. *LAR*.
<http://www.bymisjon.no/Virksomheter/Gatejuristen/Prosjekter-helse-og-rehabilitering/Pasientrettigheter/Gatejuristhandbok/LAR/>
 (29.03.2015)
- Skretting, Astrid og Pia Rosenqvist. 2010. *Shifting focus in substitution treatment in the Nordic countries*. Nordic studies on alcohol and drugs. Vol. 27. 6.
- Solum, Eiliv. 1993. *Normalisering. Grunnlag for mål og omsorg*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Sundhedsstyrelsen. 2013. *Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010-2012*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thagaard, Tove. 2003. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thommesen, Hanne. 2012. *Hverdagsliv med psykiske og rusrelaterte problemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vejledning af 01 juli 2008. nr. 42. *Lov om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*.
- Vejledning af 17 september 2013. nr 9507. *Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opiatafhængighed*.

- Ventegodt, Søren. 1995. *Måling af livskvalitet. Fra teori til praksis*. 1 udgave. København: Forskningscentrets forlag.
- Vetlesen Axel, Lars Høyby. 2009. Kontrollspørsmålet. *En studie av livskvalitet hos LAR-pasienter i Oppland*. Prosjektoppgave i embetsstudiet i medisin. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2009.
- Waal, Helge, Kari Bussesund, Thomas Clausen, Atle Håseth og Pål. H. Lillevold. 2014. Seraf rapport 1/2014. *Helseforetakene- et godt sted å være?* Senter for rus- og avhengighetsforskning
- Wojcik, Jeppe. 25. 04. 2012. *Heroinklinikker giver gladere narkomaner*. <http://videnskab.dk/kultur-samfund/heroinklinikker-giver-gladere-narkomaner> (11.10.2014).
- Ylvisaker, Signe (red). 2014. *Ubehaget i sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Zahavi, Dan. 2003. *Fænomenologi*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag

VEDLEGG 1: Informasjonsskriv

Informasjon om meg:

Mitt navn er Anna Franziska Flaathe og jeg er en 25 år gammel jente fra Norge. Jeg har en bachelor i sosialt arbeid fra Høgskolen i Oslo og Akershus. De siste fire årene har jeg arbeidet som miljøterapeut på tre ulike institusjoner for rusmisbrukere og hjemløse i Oslo Kommune. Nå er jeg masterstudent ved HiOA og i gang med mitt siste år som student. I mai 2015 skal jeg levere mitt masterprosjekt. Under følger litt kort informasjon om dette.

Sammendrag:

Prosjektet er en kvalitativ studie av hvordan rusmisbrukere som mottar metadon, subutex, subuxone eller heroin opplever sin livskvalitet. Halvdelen av studien vil foregå i Danmark hvor informantene mottar heroin eller substitusjonsbehandling, den andre halvdelen av prosjektet i Norge hvor informantene mottar metadon, subutex eller subuxone. Jeg ønsker å belyse brukernes egen opplevelse av livskvalitet, blant annet knyttet opp imot den behandlingen de mottar. Jeg ønsker at prosjektet skal fortelle noe om hvilke faktorer de selv synes er viktige i forhold til god livskvalitet. Opplever de at livskvalitet har sammenheng med medikamentet de mottar?

Jeg ønsker å se etter likheter og forskjeller mellom Danmark og Norge knyttet til de ulike faktorene som påvirker livskvaliteten til brukerne. Studien har videre som mål å få vite mer om hvilke faktorer informantene opplever som de viktigste knyttet til god livskvalitet. Fokus er den individuelle brukerens subjektive opplevelse av verden og virkeligheten.

Prosjektet er en kvalitativ studie og baserer seg på informasjon fra informanter. I dette prosjektet ønsker jeg å benytte meg av 6-10 informanter. Jeg vil selv gjøre semistrukturerte dybdeintervjuer med hver enkelt informant. Intervjuene vil vare fra 30 minutter-1 ½ time.

Resultatene fra prosjektet vil bli presentert i min masteroppgave. Identiteten til hver enkelt informant vil bli anonymisert. For å bevare full konfidensialitet vil råmaterialet bli destruert etter gjeldene lover om personvern.

Kjenner du noen som kunne tenke seg å være informant i mitt prosjekt? Hvis så, be svært gjerne vedkommende om å ta kontakt for en prat.

Med Vennlig Hilsen

Anna Frannsiska Flaathe

Mail: s164997@hioa.no

Mobil: 0047 92028343

VEDLEGG 2: Intervjuguide

Intervjuguide

Presentasjon av meg selv: Navn, alder, studieretning

Presentasjon av prosjektet: Formålet med prosjektet

Informanten presenterer seg selv: Alder og kjønn

Spørsmål 1) Kan du fortelle om din behandlingssituasjon slik den ser ut i dag?

Underspørsmål (Avhenger av hvor utdypende informanten svarer på spm 1)

- a) Hvilket medikament får du og hvor lenge har du hatt dette?
- b) På hvilken måte mottar du/henter du dette medikamentet?
- c) Kan du fortelle meg litt om hva du synes om medikamentet du mottar?
- d) Får du skrevet ut andre medikamenter i behandlingen? For eksempel angstdempende eller smertestillende?
- e) Følte du selv at dine ønsker ble vektlagt da du startet din substitusjonsbehandling?

Spørsmål 2) Fikk du tidligere en annen type substitusjonsbehandling?

Hvis ja) Kan du fortelle litt om din opplevelse av disse to medikamentene?

Spørsmål 3) Kan du fortelle meg litt om bosituasjonen din per dags dato?

Underspørsmål: a) Hvor lenge har du bodd der du bor i dag?

b) Hvordan synes du det er å bo der?

Spørsmål 3) Kan du fortelle meg litt om nettverket ditt slik det ser ut i dag?

Underspørsmål (Avhenger av svar)

a) Hvem består nettverket ditt av?

b) Føler du selv at din behandlingssituasjon påvirker ditt forhold til nettverket ditt?

Spørsmål 4) Kan du fortelle litt om din personlige økonomi?

- a) Er økonomi noe som skaper problemer eller bekymringer i ditt liv?
- b) Så økonomien din annerledes ut før du startet med substitusjonsbehandling og på hvilken måte?

Spørsmål 5) Kan du fortelle meg litt om dine interesser/fritidsaktiviteter?

- a) Føler du selv at du har tid og krefter til å dyrke disse?
- b) Opplever du selv at medikamentet du mottar har noen sammenheng med dine muligheter til å gjøre det som gjør det glad?
- c) På hvilken måte?

Spørsmål 6) Kan du fortelle meg litt om hva du selv legger i begrepet livskvalitet?

- a) Hvordan vil du selv beskrive din egen livskvalitet?
- b) Hvis du anser denne som god- Kan du fortelle litt om hva det er som gjør din livskvalitet god?
- c) Hvis du anser denne som dårlig- Kan du fortelle litt om hva det er som gjør din livskvalitet dårlig?
- d) Hva tror du selv kunne bidratt til å øke din livskvalitet?
- e) Tror du din livskvalitet har sammenheng med din substitusjonsbehandling?
- f) Hvorfor/Hvorfor ikke
- g) På hvilke måter?

Spørsmål 7) Kan du fortelle litt om hvordan du føler at du har blitt/blir behandlet av det behandlingssystemet du er en del av?

Underspørsmål: a) Er det noe ved måten det er innrettet på som gjør at du føler deg begrenset i ditt liv?

- c) Opplever du selv å ha påvirkningskraft på eget liv?

Spørsmål 8) Er det noe annet du har lyst til å fortelle meg?

Spørsmål 9) Kan du fortelle meg dine tanker om heroinbehandling?

VEDLEGG 3: Tilbakemelding fra NSD

Sigrun Saur Stiklestad
Institutt for sosialfag Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 09.10.2014 Vår ref: 39736 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39736

*Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student*

*En kvalitativ studie av rusmisbrukeres opplevde livskvalitet knyttet til medikamentbehandling i Norge og Danmark
Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Sigrun Saur Stiklestad
Anna Franziska Flaathe*

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen
Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering – Kommentar

Prosjektnr: 39736

Data innhentes ved personlig intervju med rusmisbrukere. De rekrutteres ved at behandlere/institusjoner sender ut forespørsel om deltagelse på vegne av studenten. De som ønsker å delta samtykker direkte til studenten, slik at behandler/institusjon ikke vet hvem som deltar.

Vi kan ikke se at det i forbindelse med forskningsprosjektet skal behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler. Vi kan heller ikke se at det skal opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at navn ikke knyttes til sensitive opplysninger. Vi gjør oppmerksom på at samtykkeerklæringene (hvis de knyttes til prosjektet) i seg selv vil danne et personregister med sensitive opplysninger, siden utvalget består av rusmisbrukere. Samtykke bør derfor innhentes muntlig.

Personvernombudet legger videre til grunn at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme. Med anonyme opplysninger menes opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, epostadresse e.l.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Det tas høyde for at lydopptakene vil kunne inneholde personidentifiserende opplysninger (f.eks. bosted, institusjon, alder, kjønn). Men så lenge opptakene behandles isolert på en opptaker, og ikke overføres til pc eller pc-liknende utstyr (som mobiltelefon), vil denne behandlingen ikke omfattes av meldeplikt.

Lydopptakene oppbevares konfidensielt, og slettes etter transkribering (senest ved prosjektslutt). Transkripsjoner og annet skriftlig materiale skal være anonyme i tråd med definisjonen over.

Personvernombudet minner om at forskning på rusmisbrukere kan innebære flere forskningsetiske utfordringer.

Vi anbefaler å lese NESH sine forskningsetiske retningslinjer:
<https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiskeretningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>