

MASTEROPPGAVE I PSYKISK HELSEARBEID

September 2017

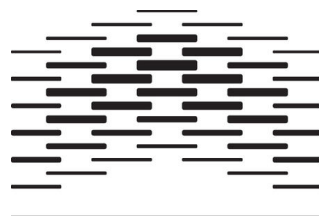
RUSEN SITTER IKKE I EN RESEPTOR I HODET, SKJØNNER DU!

En kvalitativ studie av pasienters opplevelse av å være blokkert
fra å oppnå virkning av heroin.

Grete Bjøntegaard

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

FORORD

”Altså, det går fra å overleve til å ha et liv da. Når man er på sånn opiatrusjag så overlever man, så vidt, mens med naltreksonebehandling så lever man.”

Med disse ordene fra en deltager ønsker jeg dere velkommen inn i min studie om pasienters opplevelse av behandling med blokkerende medikamenter.

Å skrive masteroppgave har vært en lang og krevende reise som har gitt meg ny og verdifull kunnskap.

En stor takk til veileder Nina Blegen for konstruktive og tydelige tilbakemeldinger. Ditt engasjement og støtte gjennom hele prosessen har vært uvurderlig.

Takk til Lars Tanum og Bente Weimand for faglige innspill og støtte i oppstartsfasen og for at dere delte av deres kunnskap.

Takk til kollegaer og ledelse ved ARA Lillestrøm for velvillighet og støtte.

Til min familie, -takk for interesse, oppmuntring og forståelse, dere er de beste.

Sist men ikke minst, tusen takk til deltagerne i studien som raust har delt med meg sine erfaringer. Dere har berørt meg.

SAMMENDRAG

Hensikten: Hensikten med denne studien er å utvikle fordypet kunnskap om heroinavhengige pasienters opplevelse av å være blokkert fra virkning av heroin over tid. Mer kunnskap om pasienters opplevelse og erfaring er nødvendig for å kunne utvikle mer helhetlige behandlingstilbud og styrke pasienters motivasjon for slik type behandling.

Teori: Teorien om rusavhengighet var det teoretiske grunnlaget jeg gikk ut fra og den omsorgsvitenskaplige teorien med vekt på menneskets verdighet ble innført som fortolkningsramme når resultatene ble tydelige.

Metode: Studien er et kvalitativt og utforskende design. Empirien er samlet ved hjelp av semistrukturerte åpne intervjuer. Analyse og fortolkning er gjennomført etter inspirasjon av innholdsanalyse.

Funn: Deltagernes opplevelser handlet om å oppdage sine egne følelser, å høre til i et fellesskap, og å bli sett og hørt som den man er i behandlingssituasjonen. De kjemper mellom liv og død, for å bli sett, hørt og for å bli en del av det menneskelige fellesskapet. Dette forstås som en kamp for egen verdighet hvor fenomenene frihet, skyld og ansvar ble tydelige.

Fortolkning av funn: Ved gjennomgang av studiens funn blir det tydeliggjort at det å være rusavhengig og i behandling er å kjempe for sin menneskelige verdighet. Å leve som heroinavhengig berører et menneskes hele livssituasjon, og beskrives som et liv med opplevelse av mye lidelse. Å være i kampen mellom livet og døden handler om både gode og vonde følelser. Til tross for sterk avhengighet til heroin er opplevelsen av befrielse og lettelse noe som tydelig trer frem ved behandlingen. Selv om behandling med blokkerende medikament var god hjelp, var det likevel ikke nok. Støtte fra familie og venner var viktig, i likhet med deltagelse i det ordinære samfunnet i form av aktivitet og arbeid. Å være en del av det menneskelige fellesskapet gir ny mening til livet.

Kliniske implikasjoner: Ensomhet, vanskelige følelser og psykiske plager som tidligere ble håndtert med rus medfører behov for behandling, hjelp og støtte fra hjelpeapparatet. Pasientenes behov er å bli sett og hørt som den man er i møte med helsepersonell. Ved å møte pasientene på en ekte og anerkjennende måte vil man styrke følelsen av fellesskap og tilhørighet. Å være ekte i møtet med pasienten, å se og gi den subjektive lidelsen plass, vil fremme bedringsprosessen.

Nøkkelord: Erfaring, Hermeneutisk, Heroinavhengighet, Kvalitativ, Naltrekson, Opplevelse.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study is to develop deepened knowledge about heroin addicted patients' experience of being blocked from the effects of heroin over time. More knowledge about patients' experience is necessary to be able to develop more holistic treatment options and to strengthen patients' motivation for such treatment.

Theory: My theoretical foundation has been the theory of drug addiction. In addition, the caring science theory with emphasis on human dignity was introduced as interpretation framework when the results became clear.

Method: The study is of qualitative and exploratory design. The material is gathered through semistructured open interviews. Analysis and interpretation is inspired by content analysis.

Results: The participants' experiences centered around discovering their own emotions, belonging to a community and to be seen and heard as they were in the treatment situation. They are fighting between life and death, to be seen and heard and to become part of the human community. This has been understood as a struggle for dignity where the phenomena of freedom, guilt and responsibility became clear.

Interpretation of results: The results of the study indicated that living with addiction, and being in treatment, is to struggle for human dignity. Living as a heroin addict affects every aspect of an individual's life situation and is described as a life with much suffering. To be in the struggle between life and death is closely connected to both good and bad feelings. In spite of the strong addiction to heroin, the experience of deliverance and relief is prominent during the treatment. Although being treated with a long-acting opioid antagonist was helpful, it was not enough. Support from family and friends was important, as well as participation in mainstream society through activity and work. To be a part of the human community gives new meaning to life.

Clinical implications: Loneliness, difficult emotions and psychological distress that previously were handled with drugs, lead to a need for treatment, help and support from the professional health care system. The patients' need is to be seen and heard as who they are when meeting with health care professionals. By meeting the patients in an authentic and approving way, the feeling of community and belonging will be strengthened. The results show that being authentic when meeting with the patient, through acknowledging their experience of suffering, will advance the process of healing.

Key words: Experience, Hermeneutic, Heroin addiction, Naltrexone, Qualitative.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INTRODUKSJON.....	7
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2	Hensikt og forskningsspørsmål.....	10
1.3	Oppgavens struktur.....	10
1.4	Avklaring av begreper.....	10
1.5	Litteratursøk/tidligere forskning.....	12
2.0	TEORI.....	14
2.1	Rusavhengighet.....	14
2.2	Teoretisk fortolkningsramme.....	18
	2.2.1 <i>Menneskets kamp mellom helse og lidelse</i>	19
	2.2.2 <i>Verdighet</i>	21
	2.2.3 <i>Stigma</i>	23
3.0	METODOLOGI.....	24
3.1	Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	24
3.2	Hermeneutikk.....	24
3.3	Forforståelse.....	25
3.4	Etiske overveielser.....	26
3.5	Presentasjon av deltagere og rekruttering.....	28
3.6	Gjennomføring av intervjuene.....	29
3.7	Transkribering.....	30
3.8	Analyse og fortolkning.....	31
3.9	Metodediskusjon.....	32
4.0	PRESENTASJON AV FUNN.....	36
4.1	Opplevelsen av egne følelser.....	36
4.2	Opplevelsen av å høre til i et fellesskap.....	42
4.3	Opplevelsen av å bli sett og hørt som den man er i behandlingssituasjonen...	47

5.0	FORTOLKNING AV STUDIENS FUNN.....	49
5.1	Å være i kampen mellom livet og døden.....	49
5.2	Å være en del av det menneskelige fellesskapet.....	52
5.3	Å bli sett og hørt som den man er i møte med helsepersonell.....	54
6.0	HELHETLIG FORSTÅELSE.....	56
6.1	Implikasjoner for klinisk praksis	59
6.2	Videre forskning.....	60
	LITTERATURLISTE.....	61
	VEDLEGG	
-	Vedlegg 1: Pasientinformasjon og samtykke for deltagelse i studien.....	66
-	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	67
-	Vedlegg 3: Godkjenning fra REK.....	68

1.0 INTRODUKSJON

Denne masteroppgaven handler om heroinavhengige pasienters opplevelse av å være blokkert fra å oppnå virkning av heroin. Alle deltagerne i denne studien er opioidavhengige, og heroin er det opioidet samtlige har vært brukere av. I fortsettelsen av oppgaven vil derfor heroin og heroinavhengighet bli brukt vekselvis med opioid, opioidavhengighet, rusavhengighet og rusmiddelavhengighet.

Politisk har dette fagfeltet fått stor oppmerksomhet den senere tid og flere partier har behandling, oppfølging og tilbud til denne pasientgruppa på dagsorden. På bakgrunn av økt erkjennelse av behovet for styrket kompetanse, er det blant annet besluttet opprettet en egen legespesialitet på rusfeltet. Ikke minst har den store andel overdosedødsfall blant narkotikabrukere ført til stor oppmerksomhet og behov for handling.

Tidligere var behandling av rusavhengige underlagt sosialtjenesten og fylkeskommunene. Fra slutten av 80-tallet og utover på 90-tallet var det økende oppmerksomhet rettet mot rusfeltet og også mot samspillet mellom rus og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012). Økende oppmerksomhet medførte at behandlingen av rusavhengige i 2004 ble overført til spesialisthelsetjenesten og de rusavhengige fikk pasientrettigheter på linje med pasienter i somatikken, også kalt Rusreformen (Bramness & Andreassen, 2014). Med rusreformen signaliseres at man ser på rusproblemer som et helseanliggende og dagens rådende samfunnssyn er at pasienter med ruslidelser er sidestilt med andre pasientgrupper.

Forekomsten av ruslidelser i psykisk helsevern er høy, og hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse viser flere utenlandske studier at livstidsforekomsten er på mellom 40% og 60% (Helsedirektoratet, 2012). En undersøkelse foretatt i Norge, hvor psykisk lidelse hos 260 rusavhengige under behandling i 2 kommuner ble kartlagt, viste en livstidsforekomst av psykiske symptomlidelser hos 91% av de rusavhengige (Landheim, Bakken & Vaglum, 2006). Tilsvarende tall for personlighetsforstyrrelser var 72%. Studier fra USA har vist en forekomst på 53% til 76% av komorbiditet mellom rusavhengighet og psykisk lidelse (Regier et al., 1990).

I 2009 var det mellom 1,2 og 1,5 millioner innbyggere med problematisk bruk av opioider i Europa, i aldersgruppen 15 til 64 år (EMCDDA, 2010). I Norge var det på samme tid mellom 6600 og 12300 personer med problematisk heroinbruk, og av disse var det mellom 5600 og 10400 som injiserte heroin (Bretteville-Jensen & Amundsen, 2009).

På 90-tallet etablerte man LAR (*Legemiddelassistert rehabilitering*), som behandling for brukere av illegale opioider, oftest heroin (Bramness & Andreassen, 2014). Indikasjoner for LAR er opioidavhengighet, slik det er definert i ICD-10 eller DSM-IV, og man skiller mellom vedlikeholdslegemidler og blokkerende legemidler (Helsedirektoratet, 2010). De vedlikeholdslegemidlene eller substitusjonslegemidlene som er godkjent i Norge i dag er metadon og buprenorfin (Helsedirektoratet, 2010). Metadon er en full agonist, som vil si at den virker på alle opioidreseptorene i hjernen. Buprenorfin er en partiell agonist, som vil si at virkningen ikke øker med økt dosering utover et bestemt nivå, som den gjør for metadon (Helsedirektoratet, 2010). Dette betyr at faren for overdoser er større ved behandling med metadon.

Behandlingen ble utviklet i USA på 1960-tallet og ble tilgjengelig i Norge først i 1998 (Helsedirektoratet, 2010). Fra 2001 har denne behandlingsformen vært kjent under navnet LAR og fra 2004, da behandlingstilbudet til rusavhengige ble organisert i helseforetakene, har den vært del av TSB (tværfaglig spesialisert behandling) (Bramness & Andreassen, 2014; Helsedirektoratet, 2010).

Substitusjonsbehandling av opioidavhengige i LAR har som mål ikke bare å tilby legemiddel, men å inngå i et helhetlig rehabiliteringstilbud. Opioidavhengiges lidelser er sammensatte og behovet for behandling og oppfølging fra mange instanser er stort (Helsedirektoratet, 2010).

Blokkerende legemidler har vært lite benyttet i Norge. Det har til nå eksistert som et legemiddel som inntas gjennom munnen, med virketid 24-48 timer (Helsedirektoratet, 2010). Frafallet med denne type behandling har imidlertid vært såpass stort at det har vært vurdert at det har liten langsiktig nytteverdi for hovedvekten av LAR pasienter (Helsedirektoratet, 2010). Det blokkerende langtidsvirkende medikamentet naltrekson, med virketid inntil 4 uker, settes som injeksjon. Dette medikamentet vil bli nærmere presentert i kapittel 1.4.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Denne studien tar utgangspunkt i deltagere i en tidligere studie. Det ble i 2012 igangsatt en randomisert kontrollert studie ved flere sykehus i Norge, hvor hensikten var å undersøke hvor godt det langtidsvirkende medikamentet naltrekson fungerer i behandling av opioidavhengige, sammenlignet med ordinær LAR behandling (Naltrekson.no). Det er herfra denne studiens deltagere er rekruttert.

Rusavhengigheten har for noen startet med medisiner for psykisk lidelse og for andre har nok rusmidler hatt en viktig funksjon som demping av psykisk smerte (Mørland & Waal, 2016). Undersøkelser i fengsler viser at mange innsatte har ruslidelser og de har i tillegg psykiske lidelser, spesielt fremheves angst, personlighetsforstyrrelser og ADHD (Mørland & Waal, 2016). Det er sterk sammenheng mellom psykiske lidelser og bruk av rusmidler, og depresjoner knyttes til alkoholbruk, mens psykosetilstander og spesielt schizofreni knyttes til illegale rusmidler og det er ofte felles belastningsforhold bak utvikling av lidelsene (Mørland & Waal, 2016).

Overdosedødeligheten i Norge er stor og LAR behandling har vært viktig for å redusere overdosedødsfall i Norge (Bramness & Andreassen, 2014; Seraf, Rapport 1/2016; Clausen, Anchersen & Waal, 2008; Stavseth, Kunøe & Tanum, 2013). Forskning viser at antall overdoser reduseres når pasienter inkluderes i LAR. Forskningen viser videre at overdosefaren øker når pasienter avslutter bruk av substitusjonsmedikamenter (Clausen, 2014). På den annen side viser det seg at det er en økning av overdoser hvor legalt forskrevne opioider inngår (Seraf, Rapport 1/2016).

Ifølge Serafs statusrapport for 2015, (Seraf, Rapport 1/2016) er fremdeles tallet på overdoser høyt og man har en antagelse om at det er mulig at man nærmer seg grensen for hva LAR kan bidra med for å hindre overdoser og overdosedødsfall. Det hevdes videre at overdosedødsfallene i økende grad skyldes bruk av legeforskrevne opioider (Seraf, Rapport 1/2016).

Opioidavhengighet fører for de fleste til fysisk, psykisk og sosial lidelse som rammer både den avhengige, deres familier og samfunnet for øvrig (Helsedirektoratet, 2010). Å behandle, hjelpe og lindre denne type lidelse er av stor betydning for landets psykiske helse generelt og enkeltindividenes psykiske helse spesielt. Å være opioidavhengig betyr for mange et liv med kriminalitet, løgn og benektelse hvor den avhengiges indre potensiale og ressurser reduseres til egen behovstilfredsstillelse. Mange av de opioidavhengige lever under svært kummerlige og uverdige forhold og har i mange tilfeller mistet all kontakt med familie. Fra samfunn og omgivelsene opplever de ofte fordømmende holdninger og hos mange vekker de avsky. Dersom det viser seg at opioidavhengige har effekt av behandling med langtidsvirkende blokade og opplever den positiv, kan den bli et viktig bidrag i behandlingen av opioidavhengighet. Samfunnsmessig fordi den kan redusere psykisk og somatisk lidelse for en stor gruppe mennesker. På individnivå fordi den kan redusere mye lidelse både hos den opioidavhengige og dens pårørende. Behandling med langtidsvirkende blokade av

opioidreseptorer er ikke en behandlingsform tilgjengelig hverken i Norge eller i Europa i dag (Helsedirektoratet, 2010; Stavseth et al., 2013). Tidligere forskning og fokus har i stor grad handlet om pasienters fysiske og biologiske dimensjoner knyttet til rusavhengighet og behandling. Det er derfor viktig å fokusere på pasienters opplevelser og erfaringer knyttet til rusavhengighet og behandling. Siden denne type behandling representerer et nytt alternativ i behandlingen av opioidavhengige er det behov for mer kunnskap om pasienters opplevelse med og mestring av å få behandling med naltrekson.

Brukerrepresentanter i psykisk helsevern har også etterlyst forskning på menneskers opplevelse da dette vil kunne tilføre ny og avgjørende kunnskap i fagfeltet (Andvig, 2010).

I denne studien vil jeg derfor utforske hvordan det oppleves å være avskåret fra å få virkning av opioider når man er avhengig av denne virkningen.

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er fordypet kunnskap om heroinavhengige pasienters opplevelse av å være blokkert fra virkningen av heroin over tid. Denne kunnskapen kan bli et bidrag i utviklingen av et mer helhetlig behandlingstilbud til de som mottar blokkerende legemidler.

Forskningsspørsmålet er: **”Hvordan kan heroinavhengige pasienters opplevelse av å være blokkert fra virkningen av heroin forstås?”**

1.3 Oppgavens struktur

I kapittel 2 presenteres teorien jeg har valgt. I kapittel 3 presenteres metodologi og i kapittel 4 presenteres funn. Kapittel 5 inneholder fortolkning av studiens funn og i kapittel 6 presenteres helhetlig forståelse. Til slutt implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning.

1.4 Avklaring av begreper

Heroin

Heroin er et syntetisk fremstilt opioid, som har stor fare for avhengighet (Bramness & Andreassen, 2014). Heroin kan inntas ved røyking og ved snorting, men den hyppigste inntaksmåten er ved intravenøs injeksjon, da oppnår man størst effekt ved at ingenting forbrennes i leveren (Bramness & Andreassen, 2014). Heroin er et illegalt rusmiddel innen

gruppen opioider. Heroin utvikles enten fra opiumsvalmuen eller fra legemidler som inneholder kodein eller morfin (Mørland & Waal, 2016). Bretteville-Jensen & Amundsen (2009) skiller mellom sporadiske brukere, eksperimentbrukere og problembrukere. Heroonavhengighet vil si at pasienten til tross for åpenbare negative konsekvenser fortsetter bruken av heroin, og avhengighet er en diagnose i diagnosesystemet ICD-10 (Biong & Ytrehus, 2016). Diagnosen er opioidavhengighet. Opioid er samlebetegnelse på stoffer som binder seg til bestemte virkesteder, særlig opioidreseptorer i hjernen (Helsedirektoratet, 2010, s. 10). Opioidreseptorer er proteiner i hjernen som molekylar fra heroin, metadon og andre opioider binder seg til og virker gjennom (Helsedirektoratet, 2010, s. 11). Blokade brukt i denne oppgaven viser til bruk av den langtidsvirkende opioid antagonist naltrekson.

Naltrekson

Deltagerne i studien mottar det langtidsvirkende legemiddelet naltrekson som blokkerer for virkning av heroin. Naltrekson er en opioidantagonist. ”En opioidantagonist er et stoff som binder seg til og blokkerer alle virkestedene (my-reseptorene) for opioider i hjernen og derved hindrer virkning av opioider. Eksempler er naltrekson og nalokson” (Helsedirektoratet, 2010, s. 10). Naltrekson finnes som legemiddel som tas per oralt. Legemiddelet vil forhindre effekt av opioider i 24 til 48 timer etter at det er inntatt (Helsedirektoratet, 2010). Naltrekson depotpreparat, med virkning inntil 4 uker er ennå ikke godkjent i Norge (Helsedirektoratet, 2010). Preparatet er godkjent i USA og gis som intramuskulær injeksjon (Stavseth et al., 2013). Indikasjon for bruk av naltrekson vil alltid være pasientens eget ønske om å seponere bruk av opioider, samt ønske om hjelp til beskyttelse mot tilbakefall (Helsedirektoratet, 2010, s.85).

Rusmiddelavhengighet

Jeg har valgt følgende definisjon på rusmiddelavhengighet:

Rusmiddelavhengighet er handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelse hvor aktøren etter nøye overveielser kan beslutte seg til å slutte, men så allikevel gjentar handlingen. Personen kan derfor fremtre ambivalent og upålitelig, men samtidig synes oppriktig fortvilet og maktesløs i sin situasjon. Kjernen er at et individ gjentatte ganger handler i strid med sitt eget beste, når alt tas i betraktning (Mørland & Waal, 2016, s. 20).

Pasient.

Pasient er definert i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), §1-3a, på følgende måte: ”en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”.

Den opprinnelige betydning av begrepet pasient er ”den lidende”, den som tålmodig holder ut og tåler (Eriksson, 2010, s.28). Lidelse var ikke bare knyttet til sykdom, men viste til at det lidende mennesket som passivt skulle tåle også kunne ha lidenskaper og lyster og det var knyttet til alle dimensjoner av menneskets liv (Eriksson, 2010).

1.5 Litteratursøk/Tidligere forskning

Litteratursøk ble foretatt i januar og februar 2017, samt i mars 2017. Litteratursøket ble foretatt ved hjelp av sykehusets medisinske bibliotek og i databasene Up to date, Cochrane, ProQuest health, Academic search, Cinahl, samt PubMed. Svemed ble brukt for å finne relevante engelske ord. Følgende søkeord er benyttet i ulike kombinasjoner: opioid addiction, opioid dependent, opioid-related disorders, opioid related disorders, opiate addiction, opiate dependent, treatment, mental health, mental disorder, naltrexone, naltrexon og experience. Det ble også søkt på norsk i Svemed, Norart og Google scholar. På norsk ble det søkt med ulike variasjoner med følgende søkeord, opioidavhengighet, opiatavhengighet, behandling, psykisk lidelse, komorbiditet, substitusjonsbehandling, naltrekson og opplevelse.

Søkene ga treff på stort antall artikler, og resultatene av søket ble gjennomgått ved lesing av titler og abstracts.

Et stort antall artikler omhandlet ulike studier vedrørende overdoseproblematikk. I USA har selvmord, hvor opioider er involvert, fordoblet seg fra 1999 til 2014 (Braden, Edlund & Sullivan, 2017). En studie fra Norge, som undersøkte heroinavhengige menns og helsepersonells opplevelse og behandling av livstruende overdoser i Oslo, viste at isolasjon var en fellesnevner (Biong & Svensson, 2009). Fra andre land enn Norge, har flere studier med heroinassistert behandling vært gjennomført. Forskning fra Sveits hevder at dødeligheten hos heroinavhengige går ned med heroinassistert behandling. Dødeligheten er også lavere ved heroinassistert behandling sammenlignet med annen type behandling (Rehm et al., 2005). Det foreligger omfattende forskning når det gjelder substitusjonsbehandling (LAR). En gjennomgang av forskning i Norge og internasjonalt, viser at risikoen for overdosedødsfall,

kriminalitet og rusrelaterte somatiske lidelser reduseres med 50% ved substitusjonsbehandling (Clausen, 2014).

Mange studier handler om bruk av naltrekson i andre sammenhenger enn opioidavhengighet, blant annet røyking og ulike somatiske sykdommer. En studie med 10 kvinner diagnostisert med fibromyalgi, som ikke brukte opioider, fant at behandling med naltrekson kan være effektivt (Younger & Mackey, 2009). En oversiktsartikkel fra 2004 konkluderer med at naltrekson er en virksom og sikker behandling for alkoholavhengige (Carmen, Angeles, Ana & Maria, 2004). I følge disse studiene ble det anvendt naltrekson i tablettform med kort halveringstid.

I en oversiktsartikkel fra 2003 angående behandling av opioidavhengige med naltrekson med kort halveringstid, er konklusjonen at nytteverdien av naltrekson i behandling av opioidavhengighet var godt dokumentert, men erfaringen var at selvseponeringen var høy (Bachs & Waal, 2003).

Noen artikler omhandlet randomiserte kontrollerte studier av bruk av langtidsvirkende naltrekson i behandling av opioidavhengighet. En dobbel-blind, placebo-kontrollert, randomisert studie fra Russland foretatt i 2008/2009, som inkluderte 355 voksne opioidavhengige pasienter, konkluderer med at behandling med langtidsvirkende naltrekson kan være et nyttig alternativ for mange opioidavhengige pasienter (Krupitsky, 2011).

I en randomisert kontrollert studie fra USA, hvor man sammenlignet naltrekson- og buprenorfinassistert avrusning, etterfulgt av injeksjon med langtidsvirkende naltrekson, så man lovende resultater ved bruk av langtidsvirkende naltrekson. Studien inkluderte 150 pasienter (Sullivan et al. 2017).

En oversiktsstudie fra 2008 konkluderte med at det ikke finnes tilstrekkelig data til å evaluere effektiviteten av behandling med langtidsvirkende naltrekson ved opioidavhengighet (Lobmaier, Kornor, Kunoe & Bjørndal, 2008).

En kvalitativ hermeneutisk studie, hvor hensikten var å undersøke hvordan det oppleves å leve med avhengighet, samt å beskrive pasienters eksistensielle omsorgsbehov, konkluderte med at det å leve med avhengighet er som å være midt i en streben med eksistensielle utfordringer (Wiklund, 2008a; Wiklund, 2008b). Paradoksalt nok fører bruk av rusmidler til lindring av lidelse samtidig som det medfører lidelse. I studien ble 9 deltagere intervjuet om sine livshistorier.

En randomisert kontrollert studie av langtidsvirkende naltrekson versus buprenorfin-naloxone for opioidavhengige i Norge, hvor man sammenlignet effekten av behandling med langtidsvirkende naltrekson versus standard substitusjonsbehandling, konkluderer med at resultatene indikerer at blokkerende behandling reduserer ulovlig bruk av opioider i større grad enn substitusjonsbehandling (Tanum et al., 2017). Det er fra denne studien deltagerne i denne oppgaven er rekruttert. Min studie kan sees som en forlengelse av den opprinnelige studien, men hvor fokus er flyttet til deltagerens opplevelse og erfaring. Det finnes i liten grad kvalitativ forskning basert på rusavhengiges egne erfaringer og det er av stor betydning å utforske opplevelser og erfaringer ut fra pasientenes ståsted for å utvikle mer helhetlige behandlingstilbud og for å styrke pasientenes motivasjon for slik type behandling.

2.0 TEORI

I dette kapitlet presenteres den teoretiske referanserammen. Ifølge hermeneutisk filosofi er forforståelsen grunnlaget og utgangspunktet for utforskningen, derfor er det umulig å ikke ha et teoretisk perspektiv. Å ha et teoretisk perspektiv vil gi retning og mening til studiens funn. Teorien om rusavhengighet var forforståelsen og grunnlaget jeg gikk ut fra, mens den omsorgsvitenskaplige teorien ble innført som en fortolkningsramme når funnene ble tydelige (Gadamer, 2012). Funnene pekte mot menneskesyn og verdighet, derfor ble det naturlig å velge dette.

2.1 Rusavhengighet

Årsakene til rusmiddelavhengighet er komplekse og må forstås fra ulike perspektiver, men det er nå bred enighet om at rusmiddelavhengighet forstås i et biopsykososialt perspektiv (Bramness & Andreassen, 2014). Utover det som skjer i hjernen ved bruk av rusmidler, må bruken forstås i et psykososialt perspektiv (Mørland & Waal, 2016).

Blandingsmisbruk, det vil si avhengighet av flere typer rusmidler er ikke uvanlig, og denne gruppen har betydelige psykiske vansker (Mørland & Waal, 2016).

Historisk tilbakeblikk

Oppfatningen av rusavhengighet har endret seg gjennom tidene. På 1800 - tallet brukes begrepet "henfallenhet" til rusmidler, ikke avhengighet som er et av de mest brukte begrepene

i dag (Fekjær, 2016). Inntil 1950 – tallet ble rusproblemet definert ut fra skade som ble forvoldt, eller atferden utløst av bruken av rusmidler, eksempelvis var man opptatt av å verne kvinner og barn mot fedre som var hensynsløse under ruspåvirkning (Fekjær, 2016).

Etter 2. verdenskrig endret synet på rusmiddelbruk seg fra hensynet til andre, til å rette fokus mot brukeren selv og de problemene han selv opplever, dette dreide seg først og fremst om bruken av alkohol (Fekjær, 2016). På 70- tallet innføres folkehelseperspektivet, hvor fokus er på helseskader alkoholbrukere påfører seg selv, og i flere tiår var dette hovedfokus (Fekjær, 2016).

På 1970 – tallet var grunnlagsforståelsen at misbruk av avhengighetsskapende stoffer ble sett på som et symptom, og at hovedproblemet var av sosiale, personlige eller familiemessige årsaker (Ervik & Biong, 2016). Til tross for dette var det på den tiden det ble bevilget penger til opprettelse av behandling av rusavhengige i psykisk helsevern (Ervik & Biong, 2016).

Fysisk

Med rusreformen og de rusavhengiges pasientrettigheter har den biologiske forståelsen og den medisinske behandlingen fått større fokus (Bramness & Andreassen, 2014; Mørland & Waal, 2016).

Somatiske lidelser kan i noen tilfeller også føre til utvikling av rusavhengighet, spesielt gjelder dette smertetilstander selv om opioider ikke anbefales ved langvarige smerte (Mørland & Waal, 2016). Andre somatiske lidelser som kan føre til utvikling av ruslidelser er de som fører til angst og søvnproblemer, dette er i hovedsak hjerte og karlidelser, men også andre lidelser som fører til engstelse.

Rusmiddelavhengige har stor forekomst av et bredt spekter av sykdommer, dette gjelder både komplikasjoner av sprøytebruk i form av infeksjoner og overføring av smittsomme sykdommer, men også fordi illegale omsatte stoffer kan inneholde helsefarlige bestanddeler (Fekjær, 2016). Et eksempel på smittsomme sykdommer er hepatitt A, B og C, samt HIV. Et annet eksempel på sykdom er lungekreft etter røyking. Svært mange har dårlig tannhelse, dette kan oppleves stigmatiserende, men også føre til vansker med ernæring og kosthold, infeksjoner og gi smerter (Mørland & Waal, 2016).

En del rusmiddelavhengige dør som følge av rusmiddelbruk, både som følge av overdoser og selvmord. I 2014 var det 266 registrerte narkotikadødsfall, av disse var 86% knyttet til bruk

av opioider (Fekjær, 2016). Svekkelse av psykomotorisk kontroll og nedsatt vurderingsevne fører ikke sjelden til ulykker, fall og skader (Mørland & Waal, 2016).

Følelser og tanker

På samme måte som at psykisk lidelse er årsak til utvikling av ruslidelser, kan rusmiddelbruk forårsake psykiske lidelser, både gjennom livet man lever og selve rusmiddelens skadevirkninger (Mørland & Waal, 2016; Fekjær, 2016). Bivirkningene av flere rusmidler kan gi både affektive og kognitive forstyrrelser (Mørland & Waal, 2016). Den rusmiddelavhengige bør få behandling for sine lidelser og viktig i den forbindelse er at behandleren både forstår den enkeltes lidelse og også har forståelse for trangen til å fortsatt ruse seg (Mørland & Waal, 2016).

Tilknytningsforstyrrelser forklares ofte som årsak til ruslidelser i psykodynamisk tenkning, og disse forstyrrelsene kan føre til at relasjonsforhold vekker smertefulle og vanskelige følelser ved nærhet (Mørland & Waal, 2016). Byrdene fra vansker, samt tidligere traumatiske hendelser, kan bli for tunge og føre til kontrollsvikt slik at rusmiddelbruken trer inn som en slags selvmedisinering. Wiklund (2008a) viser blant annet til at mange har traumatiske erfaringer som forårsaker dyp lidelse og bruker rus som en psykologisk flukt, i tillegg til at mange strever med skam, skyldfølelse og lav selvtillit.

Tidligere studier har pekt på eksistensielle utfordringer som årsak til rusavhengighet. Wiklund (2008a) hevder i sin studie at å leve som avhengig kan forstås på et eksistensielt nivå som en streben etter å møte og løse utfordringer forårsaket av en persons lidelse, men paradoksalt nok også ved personenes anstrengelse ved å lindre lidelse ved bruk av rusmidler. Hun konkluderer med at å leve som avhengig er som å være midt i streben med eksistensielle utfordringer (Wiklund, 2008a).

Hva er så gevinstene ved å bruke rusmidler? Forventninger om effekt kan være en drivkraft, men denne forståelsen må ikke føre til at man ikke aksepterer den rusavhengiges formidling av opplevd effekt, selv om effekten brukeren oppgir kan være vanskelig å forstå. I kartleggingsverktøy benyttet i behandlingssammenheng oppgis alt fra å lindre psykisk smerte til å oppnå nytelse, regulere selvfølelse og slippe hemninger (Nesvåg, 2016).

Langvarig og høyt rusmiddelinntak, med påfølgende sosiale vansker og konflikter fører til vanskelige følelser som fortvilelse og savn, og ikke sjelden fører livet som rusavhengig til en rekke krenkelser og tapsopplevelser (Mørland & Waal, 2016).

Sosialt

Mørland & Waal (2016) hevder at en lang rekke studier viser at det er sammenheng mellom vansker i oppvekst og utvikling av rusmiddelavhengighet. Rusmiddelavhengige er overrepresentert når det gjelder opplevd mobbing, vold og overgrep, flyttinger og relasjonsbrudd, barndomstraumer og omsorgssvikt sammenlignet med gjennomsnittet av befolkningen (Mørland & Waal, 2016; Fekjær, 2016). En ser altså at det er mye lidelse og smerte hos rusmiddelavhengige og slik sett kan bruken av rusmidler forstås som selvmedisinering og som demping av indre tomhet.

Genetisk sårbarhet eller psykososiale belastninger kan føre til utvikling av psykiske vansker og også sosiale vansker som kan føre til isolasjon og ensomhet (Mørland & Waal, 2016). Mangel på anerkjennelse kan føre til savn og smerte, og rusmiddelbruk kan bli en strategi for å takle belastninger og ulike krav. Avvikende bruk kan i neste omgang føre til ekskludering og isolasjon (Nesvåg, 2016).

Mange rammes når en person utvikler rusmiddelavhengighet og lever et liv i aktiv rus, ikke minst gjelder dette familien (Ytrehus, 2016). Det er ikke nødvendigvis slik at rusmiddelavhengighet vil ha negative konsekvenser for andre familiemedlemmer, men bruken av rus kan ha ødeleggende innvirkning på familien (Ytrehus, 2016). Dette kan gjelde både på praktiske, økonomiske, relasjonelle og sosiale områder, og det kan eksempelvis føre til at barn vokser opp i fattigdom (Ytrehus, 2016). Bruk av fysisk og psykisk vold, både i nære relasjoner og ellers kan man noen ganger se, dette påvirker familierelasjoner negativt (Ytrehus, 2016).

Vanskene med å bryte med livet med rusmidler kan forstås utfra den avhengiges funksjon, relasjon og tilhørighet i et fellesskap hvor man har kompetanse og status, i motsetning til et rusfritt liv som kan føre til ensomhet, lav status og liten kompetanse (Mørland & Waal, 2016).

Mangelen på evnen til å styre bruken av rusmidler har vist seg å ha sammenheng med betydelige opphopninger av belastninger i livet, og personlige og sosiale vansker kan opptre i en grad som gjør det vanskelig å se reelle alternativer, noe som kan forbindes med redusert evne til å ta hensyn til andre (Mørland & Waal, 2016). Av noen betegnet som moralsk forfall.

En rusmiddelavhengig vil ha økt behov for penger for å finansiere sitt rusmiddelbruk. Forekomsten av vinningsforbrytelser er høy i gruppen rusmiddelavhengige, men også stoffsalg utgjør en stor del av inntektene for den avhengige (Fekjær, 2016).

Oppsummeringsvis kan man si at å leve som rusmiddelavhengig for mange er et vanskelig og lite verdig liv.

2.2 Teoretisk fortolkningsramme

Denne studien fokuserer på pasienters opplevelsesdimensjon. I løpet av analyse- og fortolkningsprosessen ble en omsorgsvitenskaplig teori valgt for å fortolke funnene (Aakre & Biong, 2016; Blegen, 2015; Edlund, 2013; Elster, 2010; Eriksson, 2006; Eriksson, 2010; Goffman, 1963; Lindström, Lindholm & Zetterlund, 2010; Martinsen, 2003; Martinsen, 2006; Mørland & Waal, 2016; Nesvåg, 2016; Sælør & Bjerknes, 2016; Schibbye, 2012; St. meld. nr. 26 (1999-2000) 2000; Vatne, 2006; Waal, 2016; Wiklund, 2008a; Wiklund, 2008b; Ytrehus, 2016).

Den omsorgsvitenskaplige grunnantagelse er det flerdimensjonale menneskebildet som en udelelig enhet av kropp, sjel og ånd som også omfavner dets verdighet og hellighet (Eriksson, 2006; Lindström et al., 2010). Det er tre dimensjoner vevd i hverandre og utgjør menneskets opplevelse av å være hel og integrert. Sjelelig og kroppslig lidelse gjenspeiles i hverandres dimensjoner og i den åndelige. Kroppslig lidelse gjenspeiles i den sjelelige og åndelige dimensjonen, og sjelelig og åndelig lidelse gjenspeiles i den kroppslige dimensjonen. Sjelen er menneskets livskraft og uttrykker seg i dets følelser og tanker. Det innebærer å forstå pasienten som et helt menneske og som har en fornemmelse av å være seg selv, at han/hun har krefter og makt til å trosse ethvert forsøk på å bli redusert til noe mindre enn det han/hun er.

Menneskets verdighet er å inneha det menneskelige embetet, å tjene i kjærlighet og finnes til for andre (Eriksson, 2006; Lindström et al., 2010; Blegen, 2015). I denne studien forstås pasienten å inneha denne innsikten om sitt grunnleggende ansvar. Pasientens verdighet er knyttet til at han/hun innehar en naturlig eksistensiell frihet, men at de samtidig er tvunget til å fatte etiske beslutninger angående seg selv og andre de har en relasjon til.

Det menneskelige ansvaret er ikke knyttet til biologiske forbindelser, men til den eksistensielle og ontologiske forståelsen av å være til, skape seg selv og sitt liv av hensyn til seg selv og andre. Verdigheten er således knyttet til å erkjenne at pasienten har lov til å verne seg selv mot forsøk på å trenge inn i livet deres, for eksempel ved å definere eller bestemme hans/hennes liv.

Omsorg i vårdivitenskaplig perspektiv innebærer å inneha et moralsk ansvar både i dagliglivet med barn og familie og i yrkeslivet (Blegen, 2015). Det moralske ansvar springer ut fra menneskets situasjon og plass i verden, som avhengige av hverandre for overlevelse, vekst og utvikling.

2.2.1 Menneskets kamp mellom helse og lidelse

Å leve innebærer å lide, da lidelsen er knyttet til mennesket (Eriksson, 2010). Alt menneskelig liv innebærer lidelse. Helse eller sunnhet, stammer fra begrepet "hel" (Eriksson, 2006). Dette innebærer å være hel eller integrert. Helse og lidelse er det egentlige innhold i menneskets kamp for å overleve. Mennesket strever i helse og lidelse mellom sitt indre potensiale og hvilke muligheter som foreligger (Eriksson, 2010).

I denne oppfattelsen av livet som en helhet, ser man sjelen og ånden som gir livskraft til mennesket (Eriksson, 2006). Dette leder frem til begrepene tro, håp og kjærlighet som grunnlag for omsorg. Omsorgsbehov kan forstås som uttrykk for lidelse som omsorgsgiver må avdekke og reagere på (Wiklund, 2008b). Begrepet åndelighet er risikabelt og vanskelig å definere, og Wiklund (2008b) velger heller å beskrive ulike dimensjoner ved åndelighet. I sykepleielitteratur brukes ånd hyppig, men begrepet brukes også synonymt med begrepet eksistens.

Det å leve innebærer å lide og livet er en kamp mellom det gode og det onde og mellom lyst og lidelse, dette er kjernen i menneskets liv. Lidelsen er allmennmenneskelig, men lidende mennesker trenger medmenneskers hjelp (Eriksson, 2010).

Mennesker fungerer i relasjon til andre, og alle mennesker behøver helt konkret andre mennesker som har omsorg for en (Eriksson, 2006; Biong, 2016; Sælør & Bjerknes, 2016). Det er i relasjon med andre, enkeltmennesker eller samfunnet at man finner årsaker til menneskers handlemåter, og mennesket vil streve etter fellesskap med andre.

I nyere syn på samspill og utvikling fremheves også relasjonen til den andre som nødvendig for at barn skal utvikle seg som følende og tenkende (Schibbye, 2012). Eriksson (2006) hevder at det er i denne naturlige relasjonen til den andre, som foreldre – barn relasjonen, den naturlige omsorgen for seg selv og andre utvikles og hvor man blir i stand til å oppleve tro, håp og kjærlighet.

Avhengighet, i betydningen avhengighet av andre mennesker, har utviklet seg til å bli noe negativt i vår kultur som setter selvrealisering og mestring som idealer høyt (Martinsen, 2003). Selv om avhengighet og omsorg er begreper som hører sammen og også innebærer begrepet relasjon, assosieres avhengighet med å ikke være selvhjulpen og dermed noe negativt (Martinsen, 2003). Også på samfunnsplan kan dette vise seg ved at velferdsstatens fremvekst har ført til det noen hevder er produksjon av sosiale problemer, ensomhet og isolasjon, utstøting og psykiske lidelser (Martinsen, 2003).

Det er i relasjon til andre spenninger kan oppstå og forstyrrelser utvikles. Flere studier viser til at forstyrrelser i interpersonlige forhold er medvirkende ved utvikling av psykopatologi (Schibbye, 2012). Vanskelige relasjoner er en stor utfordring i vår tid og Eriksson (2006) undrer på om dette er den egentlige årsaken til vansker i hele den menneskelige tilværelse.

Ut fra dette forstås at evnen til relasjonell omsorg utvikles gjennom et gunstig miljø, hvor man blir møtt som et helt menneske og hvor man har friheten til å realisere sine innerste mål (Eriksson, 2006).

Omsorg forutsetter altså to parter. Sentralt er gjensidighet og likeverd. Martinsen (2002; 2003) viser til Heidegger som snakker om generalisert gjensidighet, som forklares som en gjensidighet som er uselvvisk i den forstand at man gir omsorg uten å forvente noe tilbake. Likeverd handler om at alle parter har rett til sin egen opplevelse og at denne opplevelsen respekteres (Vatne, 2006).

Omsorg krever at man forstår andre, og for at man lettere skal forstå hverandre må vi ha et eller annet som binder oss sammen. Arbeid er et eksempel på et grunnlag som binder mennesker sammen og gir utgangspunkt for forståelse av den andre (Martinsen, 2003).

Sentralt i den moralske omsorgen ligger prinsippet om ansvaret for den svake og den kjennetegnes blant annet ved at den er relasjonell, ansvarlig, holistisk, intuitiv og den er dagliglivets moral (Martinsen, 2003). Våre verdier og menneskesyn preger oss når vi skal ta moralske beslutninger og våre verdikonflikter må avklares (Martinsen, 2003).

Avhengighet og omsorg hører sammen og der hvor forholdet mellom mennesker er preget av at en part er avhengig av en annen part, kommer makt frem som et forhold som er sentralt i omsorgen (Martinsen, 2003). I forholdet mellom avhengighet og makt vil derfor moralen spille en stor rolle. Makt kan komme til uttrykk på ulike måter, den kan brukes til å myndiggjøre andre, ved å gi fra seg eller dele makt, men den kan også brukes til å ta makt over andre, den kan være skjult eller åpen (Vatne, 2006).

Innen rusomsorgen har utøvelsen av makt og respekten for den enkeltes autonomi vært utfordrende og vanskelig å forvalte (Aakre & Biong, 2016; Mørland & Waal, 2016; Nesvåg, 2016). Det å være vitne til selvdestruktiv atferd som medfører helsefare, er utfordrende og fører til dilemmaer for når man skal utøve makt og når man skal respektere den enkeltes autonomi (Aakre & Biong, 2016). Argumentet for utøvelse av makt har vært at den rusmiddelavhengige allerede er under rusmiddelets makt.

2.2.2 *Verdighet*

Mennesket forstås som en enhet av kropp, sjel og ånd. Opplevelsen av å være enheten kropp, sjel og ånd er følelsen av å være et helt menneske. I et humanistisk perspektiv forstås enhver reduksjon av denne helheten som en krenkelse av menneskets verdighet. Begrepet verdighet forstås i et omsorgsvitenskapelig perspektiv på den måten at alle mennesker, i kraft av å være menneske, har en iboende, umistelig verdi. Fra dette utgangspunktet formes verdighet i den kultur og det samfunn vi lever i (Edlund, 2013). Begrepet verdighet er komplisert og det har ingen eksakt definisjon, men forstås ut fra flere dimensjoner (Edlund, 2013). Selve ordet verdighet stammer fra latinske dignus og dignitus, som betyr troverdighet og likeverdighet (Eriksson, 2010). Begrepet verdighet er forbundet med ordet verdi, men har ikke samme betydning, verdighet vil si å ha verdi (Eriksson, 2010).

Verdighet kan deles inn i verdigheten knyttet til det å være menneske i seg selv, og som innebærer alle mennesker, og verdighet som sosialt og kulturelt fenomen (Edlund, 2013). Verdigheten koblet til menneskeverdet har den kristne humanismen som utgangspunkt, og gir følelse av mening i livet. Verdigheten ses som grunnleggende og absolutt og innbefatter moral, forpliktelser og har betydning for menneskers handlinger (Edlund, 2013). Gjennom våre handlinger kan vi ivareta både egne og andres verdighet. Verdighet som sosialt og kulturelt fenomen knyttes til aktuelle normer i den sammenhengen mennesket hører til. Det være seg språk, klær, forventninger om hvordan oppføre seg med mer. Den relative verdigheten har røtter i den absolutte verdigheten og står for det foranderlige som påvirkes av det ytre. Opplevelsen av egen verdighet blir knyttet til noe eller noen utenfor en selv, så som posisjoner, makt og ære, og avhenger av at man passer inn i konteksten (Edlund, 2013).

Menneskers verdighet blir krenket av lidelse og motsatt, menneskers krenkede verdighet forårsaker lidelse (Eriksson, 2010). Eriksson (2010) beskriver noen årsaker til menneskelig lidelse: å oppleve fordømmelse fra andre og seg selv, medfører mye lidelse, og mennesker bør

i stedet søke å forstå og tilgi. Mangel på kjærighet, som er et dypt menneskelig behov, forårsaker mye lidelse da vi gjennom å gi og få kjærighet får bekreftet vår verdighet. Ufrivillig ensomhet, enten ved at en har mistet noe man har hatt eller noe man ønsket seg, eller opplevelse av at man ikke er velkommen kan føre til så dyp ensomhet at man føler seg død og fører til sterk lidelse (Eriksson, 2010). Ved å prøve å forstå årsaken til, og meningen med lidelsen, søker mennesket å bekrefte sin egen verdighet da det trenger denne bekræftelsen.

Menneskets iboende verdighet, uavhengig av rase, kjønn, alder og livssyn kan ikke fratras oss, men verdigheten kan krenkes på forskjellige måter (Aakre & Biong, 2016). Vår atferd kan krenke både vår egen og andres verdighet (Aakre & Biong, 2016). Krenkelsen kan skje ved konkrete handlinger som eksempelvis nedlatende tiltale, utøvelse av makt i behandling av pasienter, manglende beskyttelse ved pleie, men også ved ignorering, manglende respekt og mangelfull etisk holdning (Eriksson, 2010). Behandlers verdighet kan krenkes ved opplevelsen av at pasienters verdighet krenkes i behandlingen (Eriksson, 2010; Edlund, 2013).

Ved å utøve makt, direkte eller indirekte, påføres andre mennesker lidelse. Ved å tvinge noen til noe vedkommende ikke vil, berøves vedkommendes frihet. Utøvelse av makt kan være å ikke ta en annen alvorlig, eller mer direkte tvinge noen til noe den ikke ønsker ved for eksempel å sette betingelser for hjelp (Eriksson, 2010). Et eksempel på dette kan være å legge inn en rusavhengig i institusjon uten eget samtykke og holde ham der for flere uker. For den rusavhengige kan dette føre til en opplevelse av krenkelse av verdigheten. Argumentet for handlingen er å redde liv, og at den rusavhengige uansett er underlagt den tvangen det er å være avhengig av rusmidler uten å greie å slutte.

Begrepet verdighet kan forstås i to dimensjoner, en indre og en ytre verdighet, relevant for behandling av pasienter. Den indre verdigheten er knyttet til det menneskelige embete. Til den dimensjonen hører troverdighet, æresfølelse og sømmelighet. Mennesket opplever sin verdighet ved å tjene og være til for et annet menneske. Herunder hører likeverdighet og troverdighet (Eriksson, 2010). Til den ytre verdi ligger den verdi mennesket tillegger seg selv og verdien det tillegges av andre målt ut fra normer i systemet. Følelser som skam og skyld påvirker menneskers opplevelse av verdighet, og behandlere kan også tillegge pasienter ulik verdi. Pasienters opplevelse av verdighet har stor innvirkning på helbredelsen og det er av stor betydning at behandlere hindrer krenkelse og gjør det de kan for at pasienter skal oppleve verdighet (Eriksson, 2010).

Avhengighet av hverandre er menneskets grunnleggende verdiforutsetning (Martinsen, 2006). I dette ligger å knytte bånd og inngå i relasjoner til hverandre. I denne avhengigheten som innebærer at vi er henvist til hverandre, inngår tillit, medfølelse og åpenhet, og den etiske fordringen blir å ta vare på hverandres livsmuligheter (Martinsen, 2006).

Menneskets ansvar er en viktig del av menneskets opplevelse av verdighet, heri ligger blant annet følelsen av selv å ha ansvar for sine valg og sitt liv med de muligheter som finnes (Edlund, 2013). Menneskets valg og valgmuligheter avhenger av informasjonen man har som grunnlag for valget, og som pasient er det avgjørende at man gis tilstrekkelig informasjon for å kunne medvirke og ta ansvar. Dersom man som pasient tillegges for stort ansvar, som man ikke orker leve opp til, kan også dette oppleves som krenkende. Så både det å bli pasient, få for lite og for stort ansvar kan krenke verdigheten (Edlund, 2013).

Rusavhengige møtes ikke sjelden med fordømmelse fra omgivelsene. Fordømmelse hører sammen med krenkelse av menneskets verdighet og er ofte forbundet med straff (Eriksson, 2010). Straff kan komme til uttrykk på ulike måter, blant annet ved å overse en pasients behov og ved å bestemme hva som er best for pasienten.

Pårørende er vare overfor hvordan deres familiemedlem møtes og hvordan de selv møtes, dette gjelder hele livet fra vi fødes og til vi dør, spesielt gjelder dette ved kritiske og akutte hendelser (Edlund, 2013). Pårørende til rusavhengige kan ha unødig skyldfølelse utviklet på grunn av samfunnets oppfatning av ruslidelser, og de kan på bakgrunn av dette være spesielt vare og også bli møtt på en krenkende måte (Ytrehus, 2016).

I helsetjenesten skal respekten for det sårbare og svake være kjernen i verdigrunnet, fordi vi i møtet med det sårbare og svake står i fare for å krenke menneskeverdet (St. meld. nr. 26 (1999-2000) 2000).

2.2.3 *Stigma*

Stigmatisering handler om negative egenskaper som gjør at den som innehar disse egenskapene oppfattes som avvikende fra det normale i samfunnet. Dette er en av sidene ved rusavhengighet som er vanskelig (Ytrehus, 2016). Stigma kan oppfattes i ulike former som kroppslig stigma som viser til fysiske misdannelser, stigma på gruppenivå som knyttes til eksempelvis rase og karaktermessige stigma som knyttes til rusavhengighet og psykisk lidelse (Goffman, 1963). Sistnevnte viser til egenskaper som ses på som unaturlige eller som følge av liten viljestyrke (Goffman, 1963). Liten viljestyrke eller begrepet viljesvakhet, av filosofer

forklart som å handle mot sin egen overbevisning, blir av mange forstått som en egenskap ved rusavhengige (Elster, 2010). Stigmatisering kan føre til at man møtes med negative holdninger både fra samfunnet og fra hjelpeapparatet (Ytrehus, 2016). Det kan igjen påvirke synet den rusavhengige og dens familie har på seg selv og føre til skyldfølelse, dårlig samvittighet og skam (Ytrehus, 2016). Stigmatisering kan vanskeliggjøre håndteringen av rusmiddelproblemet og bidra til at problemet opprettholdes.

”Å ta seg sammen” er en forenklet allmenn antagelse rusavhengige får høre, et utsagn som stammer fra en normativ modell ofte basert på religiøse, kulturelle eller ideologiske tradisjoner (Waal, 2016). Å ta seg sammen forutsetter et solid fundament som man som oftest ikke har når man har levd med rus, psykiske lidelser, konflikter og nederlag.

3.0 METODOLOGI

3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Denne studien har til hensikt å øke kunnskapen om pasienters opplevelse av eget liv når de er i behandling med naltrekson. Menneskets opplevelse er sentral i studien og er derfor basert i en humanvitenskaplig forskningstradisjon med et kvalitativt design. Studien har som utgangspunkt et syn på mennesket som en udelelig enhet av kropp, sjel og ånd (Eriksson, 2006; Biong, 2016). Mennesket fungerer i relasjon til andre og har behov for å ta del i et fellesskap (Eriksson, 2006). Det er i denne studien det enkelte menneskets unike liv og opplevelsen av dette, som er sentralt å få fordypet kunnskap om. Studien har derfor en fortolkende og hermeneutisk tilnærming med intervju og innholdsanalyse som metode (Elo & Kyngäs, (2007).

Studien har en induktiv tilnærming da den tar utgangspunkt i data fra den enkelte deltager for å si noe om det generelle (Malterud, 2011).

3.2. Hermeneutikk

Studiens hensikt er å utforske den menneskelige erfaringen og krever en metodisk tilnærming som makter å omfavne dette. Det handler om å bekrefte og fordype forståelsen av deltagernes opplevelser og erfaringer. I følge den hermeneutiske filosofien er fortolkning og forståelse knyttet til menneskets varen, og i denne studien betyr det å analysere og fortolke deltagernes opplevelse av eget liv når de er i behandling for rusmiddelmisbruk ved hjelp av blokkerende

behandling. Hermeneutikken beskriver relasjonen mellom den som forsker og av det det søkes kunnskap om. Det vil si at forskerens forforståelse er utgangspunktet og basis for analysen og forståelsen av deltagerens erfaringer.

I følge Gadamer (2012) kan menneskets væren forstås gjennom språket. Det er gjennom språket og samtalen menneskets forhold til verden og seg selv synliggjøres, som en fullbyrdelse av sin væren i det fellesskapet det lever i (Gadamer, 2012). I denne studien handler det om en dialog mellom forskerens væren og forforståelse, tidligere forskning, selve intervjuet med deltagerne og intervjueteksten. Språket rommer våre tanker, følelser og felles virkelighet (Gadamer, 2012). Hermeneutikkens prinsipper er sensitivitet og åpenhet for det fremmede slik at saken kan tre frem. I denne studien betyr det å la seg berøre i møte med deltagerne og senere intervjueteksten slik at deres sak kan få komme frem ut fra deres liv og situasjon.

Teksten forteller noe om noe, og er en overlevering fra fortid til nåtid (Gadamer, 2012). I den hermeneutiske sirkel foregår fortolkningen i en sirkel mellom helhet og deler. I sirkelen inngår forskerens forforståelse, kontekst og det som skal fortolkes. Fortolkningen foregår i stadig veksling mellom helhet og del. Vekslingen fører til en stadig dypere forståelse av meningsinnholdet (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2010). Det handler altså både om det som skal utforskes og den som skal utforske, og meningen er å finne i en felles meningssammenheng (Gadamer, 2003).

3.3 Forforståelse

Mennesker forstår verden ut fra tidligere kunnskaper og erfaringer, og når forskeren skal forske er det på samme måten. Forskeren går inn i forskningsprosjektet med en forståelse av det det skal forskes på (Johannessen et al., 2010).

Jeg arbeidet på 90-tallet ved en avrusningsenhet for pasienter primært avhengig av illegale stoffer. Det var gjennom mitt arbeid ved denne institusjonen jeg for alvor kom i kontakt med overdoseproblematikken, og det var her jeg for første gang ble kjent med LAR som behandlingsform. Min interesse for dette fagfeltet har siden holdt seg levende og jeg har i alle år arbeidet innen fagfeltet på ulike nivåer.

Gjennom mitt nåværende arbeid som behandler ved en ruspoliklinikk ved et av sykehusene som deltok i studien om pasienter som mottok langtidsvirkende naltrekson, hadde jeg kontakt med flere av deltagerne. Jeg samarbeidet også med forskere og ansatte, blant annet i

forbindelse med at alle deltagere skulle formelt inkluderes i LAR dersom de ikke allerede var inkludert. Jeg har en sosialfaglig utdannelse og har videreutdanning i rusbehandling. Det vokste etter hvert frem en undring i meg og en antagelse om at det måtte kunne oppleves svært vanskelig å være blokkert fra virkning av opioider over lang tid når man er opioidavhengig, ikke minst fordi jeg gjennom mitt arbeid opplever at avhengigheten til opioider er en sterk avhengighet. Min sosialfaglige bakgrunn bidrar nok også til at jeg er opptatt av disse aspektene i behandling, i tillegg til de rent medisinske aspektene samt terapisaamtalene.

Forforståelsen er ofte en drivkraft eller motivasjon for valg av forskningsområde. Fagområder man kjenner vekker interesse for å lære mer om dette området. Faren forbundet med dette er at man går inn i prosjektet med en oppfatning som blir styrende for hva man velger å fokusere på og hva man finner i sitt forskningsmateriale (Malterud, 2011). I denne studien ble det derfor viktig å være bevisst i forhold til min egen holdning, både under intervjuene og ved analyseringen av datamaterialet, slik at jeg ikke kun så etter utsagn og funn som kunne bekrefte egne antagelser. Når man søker å forstå en annen, må man leve seg inn i og sette seg inn i en annens opplevelse (Thomassen, 2006). Derfor må man ikke la forforståelsen styre en slik at en kun leter etter utsagn som bekrefter antagelsen i studien. Det kan føre til at en mister informasjon og går glipp av interessante funn.

Wicklund, Lindholm & Lindström (2002) beskriver en hermeneutisk tolkning av narrativer hvor de understreker viktigheten av at forskeren er klar over sin forforståelse og søker å nærme seg stoffet med åpent sinn. Et åpent sinn er viktig slik at en ikke hindres i å få øye på nye temaer.

3.4 Etiske overveielser

Forskning reguleres av juridiske retningslinjer og etiske prinsipper. Sentralt er Helsinkideklarasjonen som ble vedtatt i 1964 av Verdens legeförening (WMA) og er en erklæring om etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. De etiske og juridiske hensyn ble ivaretatt ved søknad og godkjenning fra REK (referansenummer 2011/1320). Videre ble informasjon gitt deltagerne både muntlig og skriftlig. Det ble gitt skriftlig informasjon om at deltagelsen var frivillig.

Flere lover omhandler forskning og behandling av sensitive data. I 2006 ble Forskningsetikkloven vedtatt. "Loven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer" (Forskningsetikkloven §1, 2006).

I denne studien, hvor jeg skulle intervjuer opioidavhengige personer, ble det i forkant av intervjuene avklart at deltageren var rusfri og samtykkekompetent i intervjusituasjonen. Det er fire former for belastning deltagerne kan utsettes for i kvalitative studier (Malterud, 2011). Psykisk uro, misbruk, fordreining og gjenkjennelse (Malterud, 2011). Det kan være spenninger eller uenigheter i behandlingen som ikke er kjent og som kan føre til uro hos deltageren. Man kan også i en intervjusituasjon komme til å si ting man egentlig ikke ønsket. Forskning på sårbare grupper knytter seg særlig til engstelse for at forskningen skal skade deltagere og hvorvidt de er samtykkekompetente (Hummelvoll, 2010). For deltagere som hører til sårbare grupper kan det derimot oppleves som krenkende å ikke bli inkludert i forskning (Andvig, 2010). Andvig (2010) viser til en brukerrepresentant som hevder at forskning i psykisk helsevern tradisjonelt har hatt et utenfra perspektiv. Brukerrepresentanten etterlyser forskning på menneskers opplevelse da dette vil kunne tilføre ny og avgjørende kunnskap i fagfeltet.

Deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien. De undertegnet samtykkeerklæring før intervjuet ble gjennomført. Det fremgikk av samtykkeskjemaet at deltagelse i studien var frivillig. Frivillighet og informert samtykke er helt sentrale krav i forskning på mennesker. Informert samtykke vil si at deltagerne skal være tilstrekkelig informert om alle sider av studien som har konsekvenser for vedkommende. Hva som er tilstrekkelig vurderes ut fra den enkelte studiens hensikt, forskningsspørsmål og design. Deltagerne i studien var godt informert om den opprinnelige studien. De fikk skriftlig informasjon om denne studien, samt utfyllende muntlig informasjon i forkant av intervjuet og mulighet til å stille spørsmål under intervjuet og i etterkant. De fikk informasjon om at det skulle skrives en masteroppgave og at dataene inngikk i den opprinnelige studien. Det er en tommelfingerregel at det ikke utelates noe informasjon som kan tenkes å endre deltagerens samtykke.

Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker. Lydopptakene vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer og i tråd med personvernombudets bestemmelser. Dataene ble oppbevart slik at det skulle være mulig å etterprøve transkripsjonen.

Gjennom studiens alle faser forsøkte jeg å være bevisst min egen rolle og hvilke konsekvenser det har for deltageren. Johannessen et al. (2010) skriver at det handler om evnen til å se og dømme klart og er en viktig forskerattferd.

3.5 Presentasjon av deltagere og rekruttering

Hensikten med studien er å få data om hvordan heroinavhengige pasienter opplever å være blokkert fra virkning av heroin over tid. Utvalget er derfor strategisk.

Strategisk utvalg setter man sammen for å få best mulig utgangspunkt for å belyse problemstillingen. Det er en fare forbundet med å benytte strategisk utvalg dersom man ikke tar hensyn til forforståelse, teoretiske referanser og meningsenighet eller meningsmotstand. Et strategisk utvalg hvor man legger vekt på mangfold kan gi flere funn og utfordre den antagelsen forskeren hadde i utgangspunktet. Videre er det viktig at utvalget må være passe stort slik at vi kan få belyst vår problemstilling (Malterud, 2011). I min studie ble dette forsøkt ivare tatt ved å rekruttere både deltagere som hadde fullført studien og deltagere som falt ut før fullført deltagelse.

Deltagerne i studien i denne oppgaven er rekruttert fra en tidligere randomisert kontrollert studie, hvor hensikten var å undersøke hvor godt langtidsvirkende naltrekson fungerte ved behandling av opioidavhengighet sammenlignet med behandling med substitusjonsbehandling for å hindre tilbakefall etter utskrivning. Deltagerne i den studien ble tilfeldig fordelt i to grupper hvor de fikk enten naltrekson eller suboxone. De ble rekruttert mens de var i et kontrollert miljø i rusbehandling eller i kriminalomsorgen. Etter 12 uker kunne deltagerne velge fritt hvilket medikament de ville ha de resterende 36 ukene av studien.

Hensikten med min studie er å få kunnskap om pasienters opplevelse av behandling med naltrekson. Jeg har derfor valgt å rekruttere deltagere både blant de som fullførte og de som avbrøt behandlingen.

Studien har 9 deltagere bestående av 3 kvinner og 6 menn. Det var ingen bevisst strategi rundt valg av kjønn. Av disse er det 3 stykker som fortsatt mottar blokkerende behandling.

Malterud (2011) skriver at det viktigste er å skaffe adekvate utvalg, ikke for mange og ikke for få. Man bør ha rikelig med data, men ikke mer enn man kan håndtere å analysere. I samarbeid med en prosjektmedarbeider fra den opprinnelige studien og med ansatte ved kommunale rusteam rekrutterte jeg deltagere.

Rekrutteringen startet ved gjennomgang av lister over deltagere som fikk sprøyter med blokkerende behandling i den opprinnelige studien. Da jeg arbeider innen fagfeltet ble det viktig å utelate de som jeg selv hadde hatt i behandling. Man kan ikke se bort fra at dataene man innhenter kan bli påvirket av at intervjuer og deltager kjenner hverandre, så for å unngå

dette ble disse ikke forespurt om å delta. Forskeren har ikke på noe tidspunkt vært behandler for noen av deltagerne.

Deretter ble aktuelle deltagere kontaktet pr. telefon, enten av meg selv eller en ruskonsulent. De forespurte som fortsatt mottar sprøyter ble kontaktet av en prosjektmedarbeider de kjenner godt og de svarte umiddelbart ja til deltagelse. Av alle de som ble spurt takket en person nei til deltagelse. Av de resterende takket de man fikk kontakt med ja til å delta på intervju. Det viste seg at noen hadde problemer med å møte og noen hadde vansker med å lage avtaler. Noen hadde på tidspunktet for intervjurunden såpass store problemer med rusinntak at det ikke var hensiktsmessig å gjennomføre intervju.

Ved rekruttering av deltagere ble det presentert et ønske om å foreta en studie om behandling med naltrekson, og jeg ba om å få intervju vedkommende om hans eller hennes opplevelse.

Det viste seg etter hvert at det var vanskelig å komme i kontakt med mange av deltagerne. Kontaktinformasjonen var ikke oppdatert og man fant dem ikke via telefonkatalog. Noen besvarte ikke telefonen eller ringte ikke tilbake. Noen hadde flyttet slik at det var praktisk vanskelig å gjennomføre intervju.

Vanskene som viste seg med rekruttering førte til at jeg måtte gå bort fra ønsket om 3 deltagere fra hver kategori ut fra lengden på deltagelse i den opprinnelige studien, men i ettertid viste det seg at jeg hadde fått deltagere som innfridde det opprinnelige ønsket.

3.6 Gjennomføring av intervjuene

Hensikten med studien er å få kunnskap om deltageres opplevelse av eget liv, det ble derfor valgt individuelt intervju som metode for datainnsamling. Intervjuet var semistrukturert, det vil si at det ble satt opp ulike sentrale tema som skulle være førende for intervjuet (Johannessen et al., 2010). På denne måten kan de tema som syntes viktig for å besvare problemstillingen følges opp og utdypes. Før intervjuet startet ble det foretatt en nøye gjennomgang av formålet med studien, oppbevaring av data, anonymitet og at deltagelsen var frivillig.

Intervjuene ble gjennomført på forskerens kontor eller på sykehuset hvor deltagerne vanligvis møtte for de månedlige injeksjoner av naltrekson. Et intervju fant sted på høyskolen og 2 intervjuer fant sted på institusjoner hvor deltagerne var innlagt på intervjutidspunktet. Sted ble valgt av deltagerne etter hva som passet dem best.

Det ble satt av en time til selve intervjuet. Deltageren var klar over tiden til rådighet. Det ble ansett som viktig at man sørget for at man ikke ble avbrutt slik at det ble ro rundt intervjusituasjonen. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, dette var deltagerne klar over på forhånd slik at de var forberedt.

For at man ikke skal bli sittende igjen med mye generelle data er oppfølgings- og utdypningsspørsmålene viktig. Det er viktig også for at man skal kunne gå i dybden og fremskaffe data som er relevante for problemstillingen og belyse denne. For å kunne stille oppfølgings spørsmål krever det at man får med seg hva deltageren formidler. Dette krevde aktiv lytting og en åpen holdning til å høre etter, ikke bare hva deltageren sa, men også til det som ble sagt, meningen i det han/hun sa. En åpen holdning krever at forskeren makter å lytte på ulike nivåer, og makter å motta og høre det uventede og ofte smertefulle (Malterud, 2011). Spørreteknikk er et annet viktig aspekt. Korte, åpne spørsmål er hensiktsmessig i kvalitativ forskning. En fallgrube og noe av kritikken som reises mot kvalitative studier er at resultatene skyldes ledende spørsmål. Ledende spørsmål kan være hensiktsmessige, men i denne studien ble det lagt vekt på å ha åpne spørsmål.

Deltagerne fikk etter intervjuene informasjon om at de var velkomne til å ta kontakt dersom de hadde spørsmål eller behov for samtale.

3.7 Transkribering

Hensikten med å overføre samtalen til tekst er å fange opp samtalen slik at den best mulig formidler det deltageren hadde til hensikt å meddele. Man må ta høyde for at ikke alt som blir sagt blir forstått, men vi må transkribere så nøyaktig som mulig og være forsiktig med egne tolkninger ved usikkerhet (Malterud, 2011). I intervjusituasjonen var samtalen preget av åpenhet og nærhet. Stemninger og meningsinnhold kom og gikk og førte samtalen på en naturlig måte. Ved å skrive samtalen ned i ord og tekst er de naturlige begivenhetene i samtalen mer flyktige. Den muntlige samtalen tilhører fortiden, mens teksten hører til tiden her og nå. Samtalene var preget av umiddelbarhet og åpenhet, mens teksten er mer preget av refleksjon og ettertenksomhet. Jeg transkriberte selv alle intervjuene. Fordelen med dette er at man sikrer seg nærheten til stoffet. Det hjelper en å huske intervjuet og man kan allerede under transkripsjonen gjøre seg meninger om analysen. Når man omgjør tale til tekst mister man informasjon som den non-verbal kommunikasjonen gir. Når forskeren transkriberer selv har han i minne denne kommunikasjonen og kan gjøre seg notater og trekke det frem i

analysen og fortolkningen. En fordel ved å transkribere selv er at man evaluerer sin egen intervjuform (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.8 Analyse og fortolkning

Analyseprosessen i oppgaven er inspirert av Elo & Kyngäs (2007) og deres innholdsanalyse. Innholdsanalyse kan brukes både på kvalitative og kvantitative data og både ved induktiv og deduktiv analyse. Denne studien er induktiv, det vil si at datamaterialet er hentet fra pasienters opplevelse av å motta behandling med blokkerende legemiddel. Induktiv analyse anbefales når det foreligger lite eller ingen kunnskap om fenomenet som ønskes undersøkt (Elo & Kyngäs, 2007).

Fortolkning foregår gjennom flere trinn i analyseprosessen. Fortolkningen av meningsinnholdet er mer enn bare strukturering av innholdet. Den går ut fra det som direkte blir sagt og finner frem til meningsenheter og strukturer som ikke umiddelbart trer frem i teksten (Kvale & Brinkmann, 2009). Underveis i intervjuet oppsummerte jeg det jeg fortolket som meningen i det deltagerne formidlet, slik at de hadde mulighet til å korrigere mine fortolkninger. Senere ble det ferdig transkriberte materialet fortolket og samlet i hovedtemaer.

Hensikten med denne studien er å utvikle ny kunnskap, ikke gjenta studier for å reprodusere kunnskap vi allerede har. Analysen består av å organisere, sammenfatte og fortolke for å skape fordypet kunnskap om meningen i pasienters opplevelse (Malterud, 2011). Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet blir det stilt spørsmål til materialet, og gjennom systematisk kritisk refleksjon blir det sett etter mønstre og kjennetegn som identifiseres og gjenfortelles. Svarene man får fra materialet avhenger av spørsmålene som stilles (Malterud, 2011).

At analysen er kvalitativ og søker informasjon i dybden, betyr ikke at analysen skal være uten struktur, og den må foregå på en slik måte at andre kan følge den veien man har gått og forstå konklusjonene (Malterud, 2011). Etter en kvalitativ undersøkelse er det vanlig å sitte igjen med en mengde data som kan gjøre det vanskelig å se noen sammenheng (Johannessen et al., 2010). Etter transkribering av de 9 intervjuene satt jeg igjen med 157 sider med tekst.

Analyseprosessen besto av tre steg. Det første steget var naiv lesning som ga meg et helhetsinntrykk av materialet (Wicklund et al., 2002). Det andre steget besto av åpen koding. Denne ble utført ved at teksten ble nøye gjennomgått på nytt og utsagn og temaer av betydning ble streket under og notater ble gjort i teksten. Deretter ble fargekoder brukt for å

kategorisere de ulike temaer. De fargekodete temaene ble gruppert og samlet på egne kodeark under egne overskrifter.

Det tredje steget ble utført ved at kategorier ble redusert og slått sammen i grupper under overskrifter. Analyseprosessen gikk så over i en mer fortolkende prosess hvor resultatene ble holdt sammen med forforståelse, tidligere forskning og teori, og følgende teser ble tydelige: opplevelsen av egne følelser, opplevelsen av å høre til i et fellesskap og opplevelsen av å bli sett og hørt som menneske i behandlingssituasjonen.

3.9 Metodediskusjon

Reliabilitet.

Reliabilitet handler om hvor pålitelig forskningsdataene er (Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). Sentralt her er hvorvidt studien kan gjentas av andre forskere til andre tider og komme til samme resultat (Kvale & Brinkmann, 2009). Reliabilitet handler derfor om nøyaktigheten rundt innsamling av data, hvilke data som benyttes og hvordan dataene bearbeides (Johannessen et al., 2010). ”Interreliabilitet” vil si at flere forskere undersøker det samme, får de samme resultat er reliabiliteten høy (Johannessen et al., 2010, s. 40).

Reliabilitet er et begrep som opprinnelig var knyttet til kvantitativ forskning. I kvalitativ forskning er testing av reliabilitet vanskelig da det ikke brukes strukturerte teknikker for innsamling av data (Malterud, 2011). I kvalitativ forskning brukes ofte begrepet troverdighet, som knytter seg til om forskningen er utført på en tillitvekkende måte (Thagaard, 2003). En kvalitativ hermeneutisk studie innbefatter alltid en brist på intersubjektivitet, fordi det er forskerens personlige tolkninger og anvendelse av sin egen refleksjonsevne i kombinasjon med kunnskapen som gis rom. I hermeneutikken ser man på sammenhengen mellom helhet og del, og hvorvidt det er en indre sammenheng som er gjenkjennbar. Analysen og fortolkningene får sin kvalitet gjennom i hvilken grad den er overbevisende og kan vise en sammenheng som leseren forstår. Kunnskapen som skapes er derfor ikke fri for forutinntatte meninger og holdninger, men den kan bli stilt spørsmål ved. Forskerens subjektivitet setter grenser for metoden, men det er ikke full sannhet som er målet, men å vise nyanser og nivåer i forståelsen av deltagerens opplevelser. I hermeneutisk fortolkning tar man utgangspunkt i teksten og fortolker dens forskjellige deler, for så ut fra fortolkningene få ny og fordypet kunnskap om helheten (Kvale og Brinkmann, 2009). I denne kvalitative studien er ikke målet å generalisere resultatene, men å skape en rik og fordypet kunnskap av opplevelsene til

heroinavhengige når de er i behandling med langtidsvirkende naltrekson. Funnene i denne studien er ikke sanne, bare mer eller mindre sannsynlig.

I denne studien brukes semistrukturert intervjuguide hvor tema styrer innsamlingen av data. Dette kan det være vanskelig for andre å gjenta på samme måte (Johannessen et al., 2010). Forskeren bruker seg selv som instrument, både i samtalene og i fortolkningen, og andre forskere kan derfor ikke tolke på samme måte (Johannessen et al., 2010). Det viktigste virkemiddelet for å styrke en kvalitativ studies reliabilitet er å gi leseren innsikt i forutsetningene i forskningsprosessen (Malterud, 2011). De ulike fasene i studien er derfor forsøkt beskrevet så nøyaktig som mulig i metodekapittelet. I hermeneutikken er fortolkning alltid subjektiv og kan vanskelig generaliseres. Det er umulig å gjenta samme studie og få samme resultat i kvalitativ forskning som baserer seg på intervju. Resultater i slike studier kan derimot gi fordypet forståelse av pasientens opplevelse i en spesiell kontekst som er mer eller mindre sannsynlig og kan ha mer eller mindre overføringsverdi. Funnene i denne studien gir fordypet forståelse av pasientens erfaringer og opplevelser. Funnene kan være sentrale i utviklingen av behandling for denne pasientgruppen.

Validitet

”Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser?” (Malterud, 2011, s.181). Hensikten med denne studien er å undersøke heroinavhengige pasienters opplevelse av å være blokkert fra virkningen av heroin.

Utgangspunktet for studien var min erfaring fra, og undring rundt temaet. Innledningsvis samarbeidet jeg med forskere fra den opprinnelige studien hvor deltagerne er rekruttert og på bakgrunn av dette ble problemstillingen utformet.

Utfordringene med å rekruttere deltagere til studien var overraskende og ga grunn til spørsmål om utvalget er representativt for gruppen som deltok i studien med blokkerende behandling. Vanskene med å komme i kontakt med aktuelle deltagere kan bety at de lever kompliserte liv fremdeles, og derfor ikke har oppdatert kontaktinformasjon. Det er derfor mulig at de deltagerne som lot seg rekruttere til studien er de deltagerne som lever mest regelmessig og derfor lar seg kontakte. Tre av deltagerne var på intervjutidspunktet innlagt i rusbehandlingsinstitusjon og tre av de andre deltagerne mottok fremdeles blokkerende behandling. Man vet ingenting om de man ikke oppnådde kontakt med og deres opplevelse av blokkerende behandling. Strategisk utvalg ble valgt for best mulig å belyse problemstillingen,

men vanskene med rekruttering kan bety at de deltagerne som ikke lot seg rekruttere har hatt begrenset nytte av behandlingen og derfor ville fortalt om andre opplevelser.

Det er ikke tatt stilling til kjønnsperspektivet i denne studien og det ble ikke lagt føringer for valg av kjønn, det er derfor usikkert om kjønnsperspektivet ville hatt betydning for dataene som fremkom.

I et forskningsintervju, som i samtaler ellers, er det en mulighet for at deltagerne snakker forbi hverandre eller misforstår hverandre (Malterud, 2011). I selve intervjuet sjekket forsker derfor ut om informasjonen var forstått, både ved å spørre direkte og ved å stoppe opp og oppsummere informasjonen som kom frem.

Jeg har selv foretatt alle intervjuer og har selv transkribert intervjuene kort tid etter at intervjuene ble foretatt. Når samtale omgjøres til tekst skjer det en forandring. Samtaler preges av en umiddelbar nærhet hvor meningsinnholdet kommer og går, og på en måte fører samtalen fremover. Ved å skrive den ned i tekst er ikke meningsinnholdet like klart sanselig tilstede, det er mer noe flyktig som kommer og går. Den muntlige samtalen tilhører fortiden, mens teksten tilhører her og nå når den går i møte med forskerens forforståelse. Mens samtals dialog er preget av nærhet og spontanitet er møte med teksten preget av refleksjon og ettertanke (Gadamer, 2010). Det er gjennom samtalen og språket menneskets væren kan forstås, da det er gjennom språket menneskets forhold til verden blir synliggjort, da språket rommer tanker og følelser.

Ved validering av en studie kontrollerer man og forholder seg kritisk til egne fortolkninger, og denne kvalitetskontrollen bør foregå gjennom alle faser i studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har gjennom hele analyse- og fortolkningsprosessen drøftet forforståelse og tilnærmingen med veileder. Innspill i veiledning har vært nyttige bidrag for å forholde seg kritisk til egne fortolkninger.

Ingen kunnskap er gyldig for alle formål overalt og til enhver tid (Malterud, 2011). Den som forsker må vurdere validiteten i forhold til hva studien sier noe om og om kunnskapen er generaliserbar. Ekstern validitet handler om overførbarheten av kunnskapen, altså hvorvidt resultatene av studien er gyldig for andre enn de som er intervjuet (Malterud, 2011). Det er ikke gitt at dataene fra denne studiens utvalg representerer opplevelsen til de som ikke ble intervjuet eller om kjønnssammensetningen eller alderssammensetningen i utvalget hadde vært annerledes. Dersom samme studien hadde blitt foretatt i et annet land kunne også funnene vært annerledes.

Min manglende erfaring med kvalitativ forskning kan være en svakhet ved studien, men kan også være en fordel da jeg ikke er fastlåst i forskningstradisjoner eller oppfatninger som kan snevre inn perspektiver og forståelsen. Min lange erfaring fra arbeid i rusfeltet og min forforståelse kunne påvirket både intervjusituasjonen og tolkningsprosessen. Det har derfor vært viktig for meg å være dette bevisst i hele prosessen. Min forforståelse har blitt utfordret eksempelvis ved deltageres opplevelse av befrielse som jeg ikke hadde forutsett.

For få deltagere er en vanlig innvending mot generalisering av resultater i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet i en kvalitativ studie er ikke å fastslå at funnene er sanne, men å vise at jeg som forsker har overveid hva de er valide om på bakgrunn av betingelsene for studien, i erkjennelse av at det finnes ulike versjoner av virkeligheten (Malterud, 2011). I kvalitative studier hvor man går i dybden og har få deltagere bør man være kritisk til kunnskapens overførbarhet, da det i denne type forskning er mer relevant med gjenkjennbarhet.

Vurderinger av validitet må gjøres gjennom hele studien, men det er ikke slik at en undersøkelses data enten er valide eller ikke. Det er mer et målefenomen som sier noe om det er samsvar mellom det som skal undersøkes og selve studien (Johannessen et al., 2010).

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

Dette kapittelet inneholder oversikt over funn: opplevelsen av egne følelser, opplevelsen av å høre til i et fellesskap, og opplevelsen av å bli sett og hørt som menneske i behandlingssituasjonen. De tre hovedtemaene er igjen delt opp i undertemaer.

4.1 Opplevelsen av egne følelser	4.2 Opplevelsen av å høre til i et fellesskap	4.3 Opplevelsen av å bli sett og hørt som den man er i behandlingssituasjonen.
Befrielse og fengsel	Relasjoner til familie og andre	Hjelp og støtte
Liv og død		Noen å snakke med
Sorg og glede		Å få riktig og viktig behandling
Skyld og skam		

4.1 Opplevelsen av egne følelser

Opplevelsen av egne følelser handlet om å bevege seg mellom befrielse og fengsel, mellom å leve og dø, mellom sorg og glede, mellom skyld og skam.

Befrielse og fengsel

Da deltagerne ble spurt om hvordan de opplevde å være blokkert fra virkning av heroin, var deres første respons å fortelle om følelsene sine. De forteller om følelsene sine knyttet til at valget om å ruse seg på heroin er borte. Befrielse holdes spontant frem som en sterk opplevelse. Å bli fratatt valget om å ruse seg på heroin oppleves som en befrielse.

...det er bare en befrielse at jeg slipper å ta det valget, ja at valget er tatt bort da, sånn at jeg vet at jeg ikke havner i de mønstrene som jeg fort gjør.

Når valget var borte ble det opplevd som å slippe unna tanker og følelser knyttet til vurderingen om å ruse seg. Dette ga en følelse av befrielse.

...jeg følte at den sprøyta var løsningen på alt... for å bli fri... for å bli fri fra opiater da... Jeg følte meg bare så nykter, det var så deilig.

Deltagerne har forsøkt å slutte med heroin tidligere og har hatt både kortere og lengre rusfrie perioder. De forteller at rusfrie perioder kan preges av engstelse for tilbakefall til heroin og for å bli avhengig på nytt, en engstelse som kan henge over dem og begrense deres fungering i hverdagen.

Sånn som nå har jeg ikke naltrekkesprøyta, hvis jeg går ned i sentrum og tar et dumt valg så, jeg er redd for det... Men jeg var ikke så veldig redd når jeg hadde den sprøyta, for... den muligheten var ikke der.

Andre forteller om lettelsen ved å slippe alt slitet ved å være avhengig av heroin. De forteller med utgangspunkt i hvordan det var å være avhengig av heroin. Avhengigheten blir beskrevet i negative ordelag, selv om gevinsten ved å ruse seg i starten opplevdes positiv. De forteller historier om hvor krevende det er å skaffe penger til å finansiere heroin. Samtlige forteller om all tid og energi de har brukt på å skaffe heroin. En forteller om den vonde følelsen av å snike seg rundt fordi man gjør noe ulovlig og må lure seg vekk fra familien for å skaffe seg heroin, og dette må holdes hemmelig for dem.

Det er jo veldig mye jobb da for å få tak i denne heroinen hele tiden, og det blir veldig slitsomt. Og så må man passe seg for politiet, og så blir man tatt av politiet og så mister du masse heroin og så mister du masse penger, og så må du begynne på nytt igjen.

Deltagerne forteller om store endringer i opplevelsen av seg selv etter å ha sluttet med heroin. De opplevde etterhvert seg selv som normale igjen, våknet friske i stedet for abstinente, og beskriver følelse av overskudd og livslyst.

Man blir jo sakte men sikkert seg sjæl da, etter hvert. Du får litt mer ønske om å gjennomføre ting. Ting som egentlig så veldig håpløst ut, som ikke er så langt unna allikevel.

Det å ikke ha muligheten til å oppnå rus med heroin ble beskrevet som en befrielse, men også at den manglende valgfriheten følte som et fengsel. Noen måtte teste ut om det stemte at virkningen var blokkert. De ruset seg på heroin og den manglende effekten ga en følelse av panikk. Heroinavhengiges sug etter heroin er sterkt, men blokkerende behandlings virkning på suget etter heroin oppleves forskjellig. Deltagerne forteller om en opplevelse av at suget etter heroin ble dempet eller helt borte, men de forteller også om det motsatte, at innimellom kom suget etter heroin.

Og heroinen er, det er psykisk og. Det er greit den ikke virker, liksom, at får den blokaden. Men det psykiske er jo der, like mye som det har vært. Suget etter stoffet, eller heroinen da. Så var det de gangene da, som du fikk skikkelig russug på heroin. Så jeg husker en gang, da kjøpte jeg 2 gram og det virka ikke. Og da husker jeg, da synes jeg det var helt fortvilende, ja jeg fikk skikkelig panikk fordi det ikke... når du vil gjerne, jeg var ikke 100% motivert for å bli rusfri da. Når det ikke virker blir man besatt i hodet av at det skal virke.

Deltagerne forteller om hvordan heroin gjør at de føler seg uklare i hodet mye av tiden. Det følte som om tiden er en eneste stor tåke eller grøt, slik at det er vanskelig å skille dagene fra hverandre. De erfarte at behandlingen med naltrekson ga en opplevelse av at tiden og dagene ble tydeligere. De deltagerne som ikke fullførte studien med blokkerende behandling opplevde også at de følte seg mer normale.

...og så har du de dagene som du fortsatt har lyst til å gå på sprøyta da, for atte du synes det var greit å kunne bare bruke amfetamin og være normal. Slippe å være så slave av rusen som du blir. Så jeg har veldig forskjellige meninger om det. Jeg er liksom todelt da.

Deltagerne fortalte at det også var vanskelig å tenke seg et liv uten å kunne dempe følelsene sine med noe. De følte at det var skremmende å tenke på at de ikke skulle bruke heroin igjen, og ikke hadde mulighet til å flykte i rusen når livet ble vanskelig.

Først så var det veldig skremmende fordi, tanken på å ikke bruke heroin igjen, det skremte meg. Men etter hvert så var det på en måte den tingen som gjorde at jeg ikke sprakk. Så det eliminerte heroin fra livet mitt så, i en såpass lang periode at da valgte

jeg å ta den (sprøyta) hver måned. Som sagt i begynnelsen skremmende, men som en trygghet etterhvert.

Liv og død

Da deltagerne skulle fortelle om sin opplevelse med blokkerende behandling tok de utgangspunkt i sin opplevelse med å leve i aktiv rus med heroin. Deltagerne beskriver livet som heroinavhengig som slitsomt, og som et jag etter neste dose for ikke å bli syk av abstinenser. De forteller at hovedgrunnen til at de ønsket å delta i studien med langtidsvirkende blokade var at de ønsket å slutte med heroin, blandet med nysgjerrighet og også en alternativ måte for å bli inkludert i LAR.

Deltagerne forteller at de hadde kommet til et punkt, hvor livet med rus artet seg slik at de følte de måtte ta et valg mellom å leve eller dø. Det handlet om hvilket liv de ønsket seg. For noen handlet det om at livet med heroin hadde blitt så slitsomt at det egentlig ikke føltes som et liv, og de fortalte at de hadde kommet til et vendepunkt som betydde at de måtte velge bort heroin for å overleve.

For jeg hadde nådd et, ja hva skal jeg si da, det var vel enten liv eller død jeg hadde igjen å velge mellom, så det var ikke så vanskelig akkurat da. Når det har gått så langt. Å være narkoman er du 24 timer i døgnet, du har ikke et sekund fred. Da når du et punkt hvor du egentlig, ja enten lever eller så blir du mett da.

Ovennevnte utsagn viser hvordan deltageren opplevde seg som mett av det livet han levde. Andre deltagere forteller om det samme. De forteller om hvor slitne og utkjørte de har vært og hvor nære på de har vært til å ta sitt eget liv. Deltagerne er overbevist om at naltrekson har reddet liv og forteller om opplevelsen da de fikk ja til deltagelse i studien.

Så tenkte jeg at det må være, ja det er et eller annet Gud har bestemt det her liksom, - at det skal gå bra med deg (navnet sitt), det skal det.

Sorg og glede

Opplevelsen av seg selv som rusfri etter langvarig bruk av heroin ble av deltagerne beskrevet som en glede.

Jeg skjønnte ikke hva som skjedde med meg, det virka nesten som jeg var gira på amfetamin, men det var jo egentlig sånn jeg var uten å bruke dop. Men jeg skjønner jo det nå, at det er sånn man skal være. Jeg klarte å følge opp avtaler og, ja deltok mer i mitt eget liv. Det var deilig, jeg var mer glad.

Den umiddelbare opplevelsen av å bli rusfri beskrives av deltagerne som en god opplevelse.

...det var bare så deilig... jeg så jo så fresh ut... så det, jeg var jo bare der oppe av energi.

Deltagerne fortalte om tap av nære familiemedlemmer og om sorgen de følte. Det opplevdes vanskelig å bli rusfri uten mulighet til å ruse vekk de vonde følelsene. De fortalte om angst og sinne som gjorde at de ikke hadde det godt med seg selv.

Jeg var veldig mye alene, jeg hadde jo venner og sånn da. Jeg var veldig mye sint på den tiden der og ja, jeg hadde det ikke så bra, gjorde mye kriminalitet. Syntes det var urettferdig at jeg skulle miste...

Deltagerne fortalte også om tristhet i tiden for oppstart av blokkerende behandling. Tristhet som var knyttet til relasjon til foreldrene, både på grunn av dødsfall og fordi kontakten var brutt grunnet rus. Manglende kontakt med foreldre opplevdes som trist og ensomt.

Skyld og skam

Deltagerne fortalte om hvordan skyldfølelsen preget livet deres. De hadde dårlig samvittighet både for handlinger de hadde utført på grunn av rusmisbruket sitt og for å ha sviktet sine forpliktelser i livet. De fortalte også om skyldfølelsen de fikk av å ikke klare å leve opp til egne og andres forventninger.

...når man alltid går rundt og har dårlig samvittighet for, ja for familie og venner og sånn, så blir man jo nedtrykt av det. Jeg har holdt på med dette i mange år, så det er klart at man har jo, hva skal jeg si, klart det, jeg er jo ikke helt samvittighetsløs ennå holdt jeg på å si.

Deltagerne fortalte om skyldfølelse knyttet til å avbryte behandling. De visste at familien ønsket at de fortsatte i behandling og at de selv visste at det var det beste for dem. Likevel valgte de å avbryte og det var vanskelig å fortelle familien om at de hadde tatt det valget. De fortalte også om dårlig samvittighet og skyldfølelse for personer i hjelpeapparatet som hadde hjulpet dem. De så på seg selv som narkomane, og erfarte også dette fra andre. Å være narkoman føltes nedverdiggende og ga følelse av skam.

Du skammer deg litt, du, ja det er vanskelig å face verden da.

Følelsen av å være stigmatisert har deltagerne opplevd i sitt liv med rus. Flere av deltagerne har tidligere brukt substitusjonsbehandling i form av subutex, suboxone eller metadon. De forteller at i enkelte miljøer oppfattes man ikke som rusfri når man går på den type behandling. Dette kan være i behandlingsmiljøer hvor man har tro på medikamentfri behandling, men også i nærmiljøer og private sammenhenger hvor folk ikke har kunnskaper om behandlingen. Noen mener faktisk at de fortsatt ruser seg, men at rusen er legal rus. Derfor hadde det også vært vanskelig å snakke åpent om at man var i substitusjonsbehandling.

Og så er det litt mer stigmatiserende der ute når du går i LAR på subutex-metadon. På den sprøyta så er det mer nøytralt da. Så slipper du den stigmatiseringa.

Deltagerne fortalte at de tidligere har utsatt familien for mye sorg, smerte og lidelse. Selv om de opplever at de ikke har vært direkte slemme mot familien, stjålet fra dem og lignende, så har de holdt seg borte i perioder med rus. Deltagernes familier har bekymret seg mye fordi de nok har visst, selv de har holdt seg borte.

Det er jo for jævlig å se mor få grå hår på grunn av det du holder på med. Det er jo det... Det er ikke noe hyggelig å se mor gråte da, for å si det sånn. Altså, hun sier jo også at hun har fått tilbake sønnen sin da ikke sant. Hun ser jo at sønnen hennes er glad og fornøyd og da blir hun glad for det.

4.2 Opplevelsen av å høre til i et fellesskap

Relasjoner til familie og andre

Deltagerne fortalte om forholdet sitt til familie, venner, kollegaer og andre. De fortalte om hvordan deres rusmisbruk hadde gjort relasjonene vanskelig. Når de ble rusfri endret dette seg fra følelsen av å være utenfor til følelsen av å være en del av familien igjen.

Deltagerne fortalte om gleden ved å kunne være sammen med barna sine og hvor viktig det er å ikke skuffe familien. Deltagerne fortalte om hvordan livet med rus begrenset samvær med barna ved at de selv, barnevernet eller familiemedlemmer satte grenser for samvær.

Jeg vil jo ikke være med hu (datter) når jeg er rusa, pluss at jeg ikke fikk lov av både mor og bestemor og sånne ting. For at rus og barn det hører ikke sammen i det hele tatt.

Samvær med barna ble opplevd som betydningsfullt og som motivasjon til å fortsette behandlingen.

Jeg var veldig tilstede for sønnen min. Og når sønnen min har det bra så blir jeg enda mer på plass.

Deltagerne fortalte om hvordan forholdet til familien ble bedre når de sluttet å ruse seg med heroin. De fortalte om gode opplevelser hvor de blir regnet med i familien igjen når familien etter hvert tør å stole på at de ikke ruser seg mer.

For når du plutselig har, ikke har du tankene på, ikke har du suget på det, ingenting da. Du liksom sakte men sikkert bearbeider forholdet til familie og venner så... Nei, man blir jo sakte men sikkert seg sjæl da, etter hvert.

Deltagerne opplevde glede og tilfredshet ved å kunne være tilstede i livet til familiemedlemmer ved alvorlig sykdom, det varmet å kunne glede familien på denne måten. De fortalte også om hvordan de har følt seg holdt utenfor, men etter å ha blitt rusfri føler de seg regnet med og inkludert, og etter hvert likt og de føler selv tilhørighet til familien.

Å oppleve tilhørighet til familien ble spesielt verdsatt. Deltagerne fortalte om hvor viktig det har vært med støtten fra familien. De fortalte om hvor knyttet de føler seg til familien og hvordan det varmer når familien tar kontakt igjen. Den gode følelsen av å bli regnet med.

Jeg har jo min relasjon til familien min jeg så det... det er jo kjempeviktig. Uten dem så er ikke livet verdt å leve.

Deltagerne fortalte om hvordan forholdet til venner forandret seg fra å være utenfor til å være en som de ville være sammen med. Livet i aktiv rus fører til at vennskap settes på prøve og venner forsvinner.

...altså det handler om, altså i forhold til venner, det er ingen som gidder å ha en kompis som sitter og dupper av og er rusa. Det er ingen som gidder å være sammen med en kar som er rusa.

Nei altså, de visste jo hva jeg dreiv med før i tida. Og de har kuttet kontakten med meg etter jeg gjorde det liksom, for atte en, hva skal jeg si for noe, kynisk heroinist han ringer og spør, ja venner og venninner, som han ikke har snakket med på lenge, kun etter en ting. Og det er kan du låne meg penger, kan jeg få penger?

Deltagerne fortalte om hvor viktig det er med vennskap og følelsen av tilhørigheten med enkeltvenner eller vennekretser. De føler seg verdsatt når gamle venner tar kontakt og de blir ønsket velkommen tilbake til vennekretsen. Det gir en følelse av glede.

Nei altså vi er mennesker da, vi er sosiale vesener. Så å være mye alene er ikke bra. Det er jo ikke det. Så altså alle må jo ha sosialt samvær. Fra jeg slutta og kom tilbake igjen har de betydd mye. Vel, betydd vanvittig mye. Du er jo ikke aleine da.

Deltagerne fortalte at aktivitet er viktig for dem av flere grunner. Aktivitet fyller noe av tiden som nå er til overs og ikke minst gir det glede i hverdagen og fører til deltagelse og følelse av tilhørighet i flere sammenhenger. Det fører til nye vennskap med rusfrie venner.

Så hadde jeg ikke hatt styrketreninga og, så hadde jeg ikke giddet. Da hadde jeg ikke hatt noe som, jeg gleder meg etter jobben å dra og trene liksom, det er noe jeg brenner for. Jeg liker å gjøre det.

Deltagerne fortalte også om hvor vanskelig det var å bli rusfri og ikke ha rusfrie venner. Mangelen på rusfrie venner fører gjerne til at man oppholder seg i rusmiljøet og da er veien til rusmidler mye kortere fordi rusmidler er så lett tilgjengelig.

Jeg hadde bare rusvenner rundt meg i den perioden der. Så det er derfor jeg tenker, kanskje være i behandling og få nyktre venner, og få et litt annet nettverk rundt seg ville hjulpet ja.

For å kunne være en del av det ordinære samfunnet er det viktig at man kan ta del i hverdagslivet på linje med andre. Deltagerne opplevde at bruk av blokkerende behandling gjorde det lettere å holde døgnrytmen, sove om natta og være våken om dagen og få mer struktur på livet sitt. På den måten fikk de en opplevelse av seg selv som aktivt deltagende i eget liv.

Etter jeg tok den første sprøyta så merka jeg litt på hjertebank og sånne ting første natta. Og etter det så var det sånn, ja begynte å stå opp tidlig, noe jeg aldri pleide å gjøre før. Tok litt tid før jeg kom inn i søvnrytmen da, men det kom etter hvert det og.

Deltagerne fortalte om et ønske om å være en del av fellesskapet og om å leve normale liv. For å føle seg som en del av fellesskapet opplevde de at arbeid er viktig.

Nei, for min del da hadde jeg, hadde jeg mista, mista jobb og muligheten til å trene og jobb generelt, mista det så hadde jeg vel, da hadde jeg nok begynt å ruse meg igjen. For da hadde jeg ikke hatt noe annet som ga meg gleder så.

Å leve et liv i aktiv rus er krevende. Det krever mye energi og mange forteller at det tar store deler av døgnets våkne timer å skulle organisere både finansiering, og anskaffelse av stoff. Det er et svært stressende liv. Det å leve rusfritt frigjør mye tid, og det oppleves som en lettelse å slippe alt stresset. Deltagerne fortalte at tankene endret seg og fokuset rettet seg mot andre områder i livet. Man blir opptatt av, og får tid til, å delta i samfunnet på linje med andre

med blant annet deltagelse i yrkeslivet. Opplevelsen er at livet endrer seg, ja det blir som natt og dag.

...det er klart det, man levde jo og ånda for opiater før og det er klart når du plutselig har masse tid til overs, så blir jo det som et helt liv vet du. Følte jeg hadde starta litt på nytt jeg.

Deltageren fortalte om hvor vanskelig det er å være i jobb samtidig som man er rusavhengig og lever et liv med rus.

Jeg har levd et veldig dobbeltliv da. Jeg har ruset meg og jobbet, jeg har ikke vært borte fra jobb en dag jeg. Jeg har vært mye ruset på jobb, men ingen har merket noen ting... Så begynte det å skli utpå, ikke sant... Jeg kunne ikke gå på jobb for eksempel, hvis jeg ikke hadde masse heroin først. Masse, ja i hvert fall nok til å klare meg ut dagen.

Deltagerne fortalte om opplevelsen av å være i jobb, noe som ble mulig fordi de nå levde rusfritt.

Jeg gjør jo det jeg elsker å gjøre. Så jeg har på en måte fått være så heldig så jeg har fått gjort det jeg elsker til en levevei. Og det kunne jeg ikke gjøre når jeg var rusa.

Deltagerne har erfart at livet med rus gjør det vanskelig å få jobb og å beholde jobben.

Hadde jeg ikke blitt med på prosjektet den gangen, så hadde jeg nok ikke hatt noen jobb i dag. Eller det veit jeg jo for å si det sånn.

Ønsket om å delta i arbeidslivet er stort og deltagerne fortalte om hvor vanskelig det var å få innpass i arbeidslivet, og om vanskelig samarbeid og lite støtte fra NAV.

Dem har drevet å pressa på meg uføretrygd og jeg har nekta, og jeg har nekta. "Nei vi bare gir dem uføretrygd så er vi kvitt dem liksom. Det er ikke vits i å sette de, sette hu på noe tiltak for at hu kommer til å sprekke allikevel".

Økonomi knyttes til jobb og deltagerne pekte på at ved å leve rusfritt har økonomien blitt ordnet. Dette opplever deltagerne som viktig for å føle seg som deltager i samfunnsfellesskapet. Et liv med rus har for mange medført kriminalitet og uærlighet. Å slippe dette er en god opplevelse.

Man slipper å lyve til andre hele tiden fordi man gjør ikke noe uærlig lenger.

Jeg synes at det var veldig godt, for at før jeg begynte med det her så var det bare problemer da. Pengeproblemer, ja hva skal jeg si for noe, kriminalitet, stjeling, miste venner, alle sånne ting.

Deltagerne fortalte at de har nedbetalt gjelden sin. De har fått oversikt og kontroll på økonomien. Stoltheten ved å bli vurdert kredittverdig var enorm. Å oppnå å bli eier av et VISA-kort gir følelse av høy mestring.

Jeg har sparekonto, det er sånn type ting som, og jeg har VISA kort. Og jeg er kredittverdig, det er 3 store ting altså.

Det å være kredittverdig åpner for deltagelse i fellesskapet som mange ikke har opplevd. De kan få mobilabonnement og nettabonnement, og dette er viktige ting for å delta i den digitale hverdagen.

For deltagerne fungerer aktivitet som mestring for å begrense og hindre grubling og negative tanker.

Når jeg har det vanskelig så finner jeg på ting å gjøre i stedet for å sitte og koke på det. Har du ikke noe å gjøre, så begynner huet ditt å spinne og så...

Deltagerne er opptatt av opplevelsen av å være en del av det ordinære samfunnet. De opplever at det ikke lar seg gjøre når man lever i rus.

...man kan ikke forholde seg til samfunnet på en ordentlig måte hvis man flyr rundt og er rusa. Det går ikke.

4.3 Opplevelsen av å bli sett og hørt som den man er i behandlingssituasjonen

For å kunne greie å leve et rusfritt liv, delta i felleskapet og fortsatt føle tilhørighet til sine nære, fortalte deltagerne om sin opplevelse av behov for hjelp og støtte, og det å bli sett og hørt. I tillegg til naltrekson trengte de noe mer. De erfarte at de trengte oppfølging fra hjelpeapparatet under deltagelsen i studien. Ikke nødvendigvis fra prosjektets medarbeidere, men fra hjelpeapparatet på ulike nivåer.

Help og støtte.

Deltagerne fortalte om opplevelse av ensomhet, manglende kontakt og interesse fra andre. Denne opplevelsen var så vanskelige at de valgte å avbryte den blokkerende behandlingen.

...opplevde det ikke som noe spesielt liksom, det var bare det at, jeg var ikke lei meg, jeg var verken trist eller, jeg var mer eller mindre lykkelig. Men så bare ble søvnen borte. Jeg ble nesten innlagt på psykiatrisk. Det var derfor jeg sluttet med det og gikk tilbake igjen på suboxonen.

Opplevelsen av manglende oppfølging og støtte bidro til å gjøre det vanskeligere å være rusfri. Valget om å ruse seg på andre rusmidler ble for fristende.

Jeg kunne egentlig trengt litt, på grunn av den sorgprosessen og alt mulig jeg var i, så kunne jeg vel trengt litt nærmere oppfølging da og kanskje hatt et tilbud ved siden av. ... Jeg hadde ingen som kom innom og brøy seg om meg, jeg hadde ikke det.

Deltagerne opplevde at det nærmest kunne føles som et sjokk å bli rusfri og man kunne bli overveldet av følelser man vanligvis brukte rusmidler for å takle. Mangelen på hjelp og støtte gjorde det vanskelig å være rusfri og førte til at man ruset seg på midler som ga virkning.

Rus sitter ikke bare i en reseptor i hodet skjønner du, det er mer enn det.

Deltagerne erfarte at de lett lar seg påvirke, og er tydelige på at hjelp og støtte er viktig for å jobbe med, og holde motivasjonen oppe for å stå i behandling.

Så det var mye på... der ser du... jeg blir veldig fort påvirka, så. Det skal ikke så mye til for å påvirke meg den andre veien heller da, for å si det sånn. Så det var vel, ja mer

oppfølging fra, uansett hvem det var, rundt meg. Så kanskje jeg hadde tenkt annerledes.

Noen å snakke med.

Deltagerne fortalte om hvor viktig den kommunale rustjenesten hadde vært som støtte. De påpeker at støtte og oppfølging fra rustjenesten blir en annen viktig støtte enn de får fra familie og venner, fordi den blir gitt av profesjonelle fagpersoner.

Jeg kan ringe til henne (ruskonsulenten), henne kan jeg ringe til og snakke om alt... Klarer ikke alt alene.

Viktigheten av å bli sett understrekes, og noen tar til orde for mer kontroll og rammer. Det er stor enighet om at man trenger ukentlig oppfølging i form av samtaler, også for å hindre at man ruser seg på andre rusmidler. Deltagerne mener at jevnlig grupper hvor man kan dele erfaringer og få svar på spørsmål vil gi dem en bedre opplevelse når de skal leve rusfritt.

Å få riktig og viktig behandling

Deltagerne peker på behovet for behandling av psykiske plager hos psykolog, og de som har hatt tilbud om behandling ved poliklinikk gir uttrykk for at det har vært viktig for deres følelse av hjelp til lindring av plager og for å kunne håndtere livet sitt som rusfri.

...da var det jo masse følelser man måtte stå i, som man vanligvis pleier å dope ned da. Ja jeg tror kanskje det var den største utfordringen, å stå i de vanskelige følelsene som kom innimellom utenom å ha noen å snakke med... Som sagt, være i behandling med profesjonelle folk rundt seg...

Deltagerne opplevde også at vansker oppsto underveis i behandlingen som krevde behandling.

Det var greit de første 5 månedene, følte ingen rustring, følte meg så motivert. Jeg hadde skikkelig trua på dette her. Så... jeg ble dårligere og dårligere, mistet matlysten, spiste ikke, var bare deprimert, følte meg ikke motivert til noen ting. Det tok nervene mine rett og slett. Jeg måtte jo, jeg måtte ha noe for nervene hele tida jeg. Faktisk.

5.0 FORTOLKNING AV STUDIENS FUNN

Studiens hensikt er å utforske heroinavhengige pasienters opplevelse av å være blokkert fra å oppnå virkning av heroin. I dette kapittel presenteres forståelsen av studiens empiri sett gjennom studiens teori og fortolkningsramme. På bakgrunn av denne fortolkningen ble følgende teser formulert: å være i kampen mellom livet og døden, å være en del av det menneskelige fellesskapet, å bli sett og hørt som den man er i møte med helsepersonell.

5.1 Å være i kampen mellom livet og døden

Å være i kampen mellom livet og døden handler om å kjenne befrielse, men samtidig føle det som et fengsel. Alle rusavhengige, i likhet med alle andre mennesker, er unike og bærer med seg sine egne personlige historier som er formet av uendelig mange variabler. Rusens funksjon beskrives ulikt. For noen handler det om å dempe negative følelser og for andre er det en "time out" eller flukt fra vanskelige liv. Avhengigheten og bruken av heroin beskrives oftest i negative ordelag, selv om gevinsten ved å ruse seg i starten oppleves positivt. Livet som rusavhengig beskrives som et liv med opplevelse av mye lidelse. Å leve som heroinavhengig berører et menneskes hele livssituasjon. Katie Eriksson (2010) betegner det som en livslidelse når lidelsen påvirker alt som innebærer det å leve, altså når man er et menneske blant mennesker. Å lide vil si å pine og plages, det er noe ondt man må holde ut og leve med (Eriksson, 2010, s.24). Lidelse har også sammenheng med lyst, nytelse og glede, og er drivkrefter i menneskers utvikling, men kan også utvikle seg til fristelser som fører mennesker inn i vansker (Eriksson, 2010). Trangen til å ruse seg på heroin er så sterk at til tross for all lidelse det medfører, har heroinavhengige store vansker med å avstå fra heroin. Mennesker ønsker ikke å lide, og vil forsøke å lindre sin lidelse på forskjellige måter. Eriksson (2010) skriver at en måte å lindre lidelse på er å flykte fra eller på andre måter forsøke å slippe unna lidelsen. Rusmidler demper vonde følelser, og fungerer som en midlertidig flukt når livet blir vanskelig. Avvikende bruk av rusmidler fører i sin tur til mer marginalisering, smerte og lidelse, og deltagerne havner i en sirkel som er vanskelig å bryte (Nesvåg, 2012; Mørland & Waal, 2016). Når muligheten til å oppnå virkning av heroin er blokkert kan det oppleves som et fengsel, fordi muligheten til å slippe unna og flykte fra lidelsen ved bruk av rus er borte. Til tross for sterk avhengighet til heroin og behovet for å flykte fra lidelsen ved hjelp av rus, kan det se ut som følelsen av lettelse og befrielse blir en drivkraft i lidelsen. Livet som heroinavhengig og aktiv bruker av heroin beskrives med mye

livslidelse, men likevel med så stor trang til fortsatt bruk at det kan synes som det driver den rusavhengige inn i en indre konflikt mellom å være underlagt heroinens makt og sin egen selvstendighet og frihet.

Befrielsen og lettelsen knyttes til å slippe å dvele ved muligheten til å velge, samt å slippe det slitsomme rundt anskaffelse av heroin. Mørland & Waal (2016) hevder at de som avstår fra bruk av opioider ofte har en ustabil livssituasjon og de trenger lang tid for å stabilisere seg, samtidig som deres bruk av heroin er sammenvevet med problemer og ulike livsvansker. Faren for tilbakefall er stor både etter kortvarig og langvarig avholdenhet fra heroin. På mange måter kan man si at heroin har makt over den rusavhengige. Avhengighet av rusmidler kjennetegnes blant annet ved trang til å innta stoffet, samt påvirkning på impuls kontroll og kognitiv svekkelse (Nesvåg, 2016). Langtidsvirkende blokade bidrar til å hindre tilbakefall til heroin og oppleves som en trygghet og hjelp i arbeidet for å bli rusfri. Befrielsen og lettelsen knyttes til frykten for tilbakefall og fornedrelsen ved å leve som heroinavhengig. Når mennesket ikke lenger ligger under for heroinens makt og tilhørende krenkelser styrkes dets indre frihet og opplevelse av sitt eget liv. Opplevelsen av eget liv er knyttet til opplevelsen av selvstendighet og frihet.

Livet som heroinavhengig medfører så store lidelser at det ikke lenger oppleves som å ha et liv. Til slutt blir livet styrt av rus og lidelse, og det vil medføre døden. Livslidelsen kan på den måten i sin ytterste konsekvens anta slike dimensjoner at den er en trussel mot hele menneskets eksistens (Eriksson, 2010). Mennesker med store lidelser kan ha vansker med å finne meningssammenheng i tilværelsen, både på grunn av mangel på oppgaver i livet og fordi man opplever å miste sin verdi som menneske. Mennesker som gir opp livet fordi man er trett av å kjempe og ikke lenger orker håpløsheten ser man ofte i omsorgssituasjoner (Eriksson, 2010). Deltagerne i studien har vekslet mellom håp og håpløshet gjennom flere forsøk på å bli rusfri. Wiklund (2008a) konkluderer i sin studie med at å leve med avhengighet viser seg på to måter. På den ene siden fører bruk av rusmidler til at man kan håndtere livet. På den andre siden lindrer ikke bruk av rusmidler følelsen av ensomhet, skyld og skam. På et dypere nivå handler det om en streben mellom liv og død. Opplevelsen av å komme til et punkt som handler om enten å leve eller å dø, er av Wiklund (2008a) beskrevet som "the turning point", og som et viktig fenomen hvor endring i atferd og synet på seg selv er nødvendig.

Å leve uten rus og avhengighet til heroin skapte opplevelse av stor glede. Samtidig ble det forbundet med stor sorg. Ved å mestre å bli rusfri, samt det å leve livet som rusfri lever man

opp til samfunnets normer og krav, og opptrer som et redelig og hederlig menneske. Å oppleve seg selv som hederlig og redelig styrker selvaktelsen. Det skaper opplevelse av kontroll i eget liv og motiverer til å streve for seg selv og sin egen frihet. Ved å kjenne seg betydningsfull og ha følelsen av å være noen, bekrefter de seg selv (Edlund, 2013). Å gjøre godt for seg selv og for andre er å gjenreise egen selvaktelse.

Erfaringen som rusavhengig førte til opplevelsen av skyld og skam. Følelsen av skam var knyttet til egen person og hvem man var som menneske, mens skyld ble erfart i relasjon til familie og nære venner. Det opplevdes tungt å ha såret og skuffet mennesker man er glad i. Det å påføre andre mennesker lidelse, bevisst eller ubevisst, er samtidig en krenkelse av både den andres og ens egen verdighet (Eriksson, 2010). Å ikke motta hjelpen man blir tilbudt ved å avbryte behandlingen fører til skam over hvem man er. Å leve et liv med rus fører sannsynligvis til at man har forårsaket andre menneskers lidelse, noe som vil medføre følelse av skyld og skam.

Mennesker med alvorlige rusproblemer møtes ofte med liten respekt og omtanke i samfunnet (Aakre & Biong, 2016). Stigmatisering er en vanskelig side ved det å være rusavhengig og mange rusavhengige har opplevd negative holdninger fra både samfunnet og hjelpeapparatet. Stigmatisering dreier seg om egenskaper som blir sett på som negative og som avviker fra det normale (Ytrehus, 2016). Samfunnets syn på rusavhengighet kan påvirke den rusavhengiges selvforståelse på den måten at han eller hun tar innover seg det negative synet som formidles. Dette kan igjen føre til manglende åpenhet og i verste fall hindre at man søker hjelp (Ytrehus, 2016). Behandling med substitusjonsmidler ble holdt skjult da det i enkelte miljøer oppfattes som at man ikke er rusfri. Det gjaldt både enkelte behandlingsmiljøer og samfunnet for øvrig. Wiklund (2008a) skriver at oppfattelsen av seg selv som mindreverdige når man sammenligner seg med andre, samt følelsen av å være fremmedgjort både fra seg selv og andre, samtidig som man kan være redd for å bli avslørt som sårbar, kan være motiver for å ruse seg. Wiklund (2008a) hevder videre at rus endrer selvoppfatningen og fører til mer lidelse, skam og lav selvfølelse. ”Å ta seg sammen” er en holdning rusavhengige kan møte i miljøer preget av normative tradisjoner (Mørland & Waal, 2016). Når den rusavhengiges følelse av mindreverdighet sammenholdt med at man tar innover seg andres holdning og ser seg selv gjennom deres øyne, bidrar følelsene til lidelse og dette kan vanskeliggjøre rehabilitering (Wiklund, 2008b). Følelsen av skyld og skam knyttes til menneskelig samvittighet når man strever med hva som er og hva som burde være.

5.2 Å være en del av det menneskelige fellesskapet

Graden av belastninger og byrder i familier som har familiemedlemmer med rusproblemer er omfattende (Ytrehus, 2016). Å skuffe familien er en påkjenning og det oppleves som viktig å ikke gjøre det i fortsettelsen. Familieband er sterke og familiens bidrag er viktig i absolutt alle faser i livet, men hos den rusavhengige blir band revet og satt på spill. Premisset for de følelsesmessige bånd i en familie er følelser, tillit og et sett regler (Schibbye, 2012). Også internasjonalt legges det nå vekt på familiens betydning i den rusavhengiges liv (Ytrehus, 2016).

Støtten fra familien var viktig i arbeidet med å bli rusfri. Man vet ikke så mye om hvordan mennesker med rusavhengighet opplever forholdet til andre medlemmer av familien, men en kan tenke seg at forholdet til familien medfører at man ikke bare forholder seg til rusmiljøet alene. Slik sett kan familien bidra til å redusere risikoatferd og eskalering av rusproblemer (Ytrehus, 2016). På samme måte kan familien også være en motivasjonsfaktor og bidra med uvurderlig hjelp for å få behandling for sine rusproblemer. Livet som rusavhengig er som å leve i en krevende kamp med eksistensielle utfordringer, hvor behovet for lindring av plager kan komme i konflikt med andre verdier (Wiklund, 2008a). Slik sett kan familiens støtte være av stor betydning for den rusavhengige. Vi mennesker er henvist til hverandre for å ta vare på hverandre, det er menneskenes grunnleggende verdiforutsetning (Martinsen, 2006). Å inngå i relasjoner er nødvendig for å ta vare på hverandre og yte eller motta omsorg. Denne grunnleggende relasjonen til andre omfattes av naturlig omsorg, og dersom denne relasjonen fungerer kan den profesjonelle omsorgen reduseres (Eriksson, 2010).

Å føle seg verdiløs og betrakte livet sitt fra det perspektivet, gjør det vanskelig å etablere kontakt med andre mennesker (Wiklund, 2008b). Å føle seg utenfor andres fellesskap, og fra selve livet, fører til lidelse og aktualiserer behov for samvær og kontakt med andre mennesker. Å bli ønsket velkommen tilbake av gamle venner etter å ha blitt rusfri gir en følelse av tilhørighet. Å være alene oppleves ikke bra, da vi mennesker er sosiale vesener. Samværet med gamle venner ga følelsen av å være verdsatt. Følelsen av tilhørighet er et grunnleggende behov for å overleve, og tilfredsstillelsen av dette behovet er nært knyttet til omsorgsrelasjonen. Omsorgsrelasjonen kan gi grunnlag for utviklingen av trygg tilknytning (Wiklund, 2008b). Når trygg tilknytning til en annen person er etablert blir det mulig for den rusavhengige å utforske egne følelser, anerkjenne egen lidelse og finne ny mening i tilværelsen.

Å bygge og bevare sunne sosiale nettverk er viktig for alle grupper mennesker, men tidligere rusavhengige kan oppleve lavere grad av sosial støtte enn andre på bakgrunn av livet de har levd (Mørland & Waal, 2016). Dette kan føre til sosial isolasjon. Relasjon menneske til menneske er grunnleggende og naturlig i omsorg. Det er et uttrykk for kjærlighet til mennesket, og er et ønske og en vilje om å gjøre noe godt for andre (Eriksson, 2010). Når mennesker møtes i noe felles menneskelig skapes en opplevelse av fellesskap og en følelse av at man ikke er alene. Biong (2016) påpeker viktigheten av å oppleve sosiale relasjoner som deltager i forhold til den andre, ikke bare som tilskuer.

Å være en del av det ordinære samfunnet oppleves som viktig. Biong (2016) hevder at man kan anta at nettopp hverdagslivet kan utgjøre en viktig ramme for å skape mening og bidra til gode endringsprosesser. Han hevder videre at historier fortalt av personer som har oppnådd bedring fra sin rusavhengighet viser at endringsarbeidet krever stor innsats over lang tid. Nettopp derfor er hverdagslivet en viktig arena for å skape mening og innhold for blant annet å fylle tomrommet etter rusen. I hverdagslivet er det også mulig med aktiviteter for å kunne være noe for andre. Et anerkjennende perspektiv, hvor den rusavhengiges egen kunnskap om hva som er vanskelig og hva som er hjelpsomt er viktig (Shibbye, 2012).

Deltagelsen i arbeidslivet og samværet med venner på aktivitet har vært viktig for å kunne leve rusfritt. Dette ga så store gleder i hverdagen, at uten dette kunne veien tilbake til rus blitt kort. Edlund (2013) konkluderer i sin studie med at ved å delta i et genuint fellesskap med andre og aktivt delta i en omsorgsrelasjon, kan ny mening tilføres både lidelsen og livet. Hun skriver videre at når mennesker erfarer aksept fra, og fellesskap med andre, vil det bidra til en erfaring av frihet, både til å være seg selv og til å opptre som ansvarlig menneske. Når mennesker opplever mening i tilværelsen og føler samhørighet og frihet, samtidig som de opplever seg som ansvarlige mennesker, vil de også oppleve å ha kontroll i stedet for å streve med kaos. Å organisere livet med rus ble opplevd stressende. Det tar mye tid og energi å skaffe det stoffet man trenger. Som rusfri makter man å være i jobb. Å ha en jobb man elsker gir enormt mye glede. Motsatt oppleves det vanskelig å ikke få innpass i arbeidslivet. Å bli tilbudt uførestønning av NAV oppleves som om samfunnet prøver å bli kvitt deg. Man blir ikke regnet med som et ansvarlig menneske som kan gjøre nytte for seg i samfunnet.

Å bli kredittverdig igjen ga følelse av stolthet. Å bli regnet med i samfunnet som kredittverdig gjør en selvstendig og gir frihet. Å være kredittverdig åpner for deltagelse i samfunnet ved at man kan få eksempelvis mobilabonnement og nettilknytning. Dette er viktig for å kunne delta i den digitale hverdagen og gir en følelse av tilhørighet til samfunnet.

5.3 Å bli sett og hørt som den man er i møte med helsepersonell

Å motta blokkerende behandling var god hjelp, men likevel ikke nok. Behovet for behandling, hjelp og støtte utover blokkerende behandling var fremdeles tilstede.

Hjelp og støtte fra andre på flere områder var helt nødvendig. Mange har mistet jobb og bolig, og noen har aldri vært etablert. Ikke sjelden ser man at mennesker med rusavhengighet kan ha kognitive svekkelser av flere årsaker og av varierende varighet (Mørland & Waal, 2016). For noen har de grunnleggende ferdighetene for deltagelse i normalsamfunnet aldri vært tilstede. Det handler om å se det som ligger bak rusavhengigheten.

Behovet for psykisk helsehjelp viste seg å være stort, til tross for blokkerende behandling. Depresjonsplager og andre psykiske plager ble opplevd i varierende grad. Behovet for behandling endret seg også underveis i behandlingen med blokkerende medikamenter ved at de psykiske vanskene tiltok. Psykologisk behandling for psykiske lidelser var verdifullt for de som mottok det, men ikke alle ble møtt på dette behovet. Uløste livsvansker og psykiske lidelser gjør det vanskelig å redusere bruken av rusmidler, uavhengig av om lidelsene oppsto forut for rusavhengigheten, eller oppsto som en konsekvens av rusavhengigheten (Mørland & Waal, 2016). Fortsatt bruk av rusmidler vil etter hvert medføre rusbrukslidelser som trenger behandling, uavhengig av motivet for å starte med rusmidler eller motiver for å fortsette med rusmidler.

Vi mennesker er like som mennesker. Selv om vi er fremmede for hverandre, nærmer vi oss hverandre med forventning om å bli tatt imot og ikke slått hånden av (Martinsen, 2002). Dette er likt for både pasienten og den som skal hjelpe. Den rusavhengige, eller pasienten, har behov for å bli sett med hjertets øye. Å se med hjertets øye innebærer å se med hele kroppen, derav begrepet ”det skjærer en i hjertet”. Det betyr å bli berørt sansemessig. Sansingen er total åpenhet mot verden og vi berøres før vi forstår den andre (Martinsen, 2002). Når man ser med hjertets øye trer den andre frem som betydningsfull, følgelig vil han/hun føle seg betydningsfull. Sansingen følges av den etiske fordringen om å handle praktisk når man står overfor en annen som behøver hjelp. Sansingen er tett sammenvevd med forståelse. Når vi sanser søker vi å gjenkjenne og forstå. Sansingen og forståelsen skjer samtidig, men forståelsen skjer på sansingens vilkår. Det handler om å se likheten i det forskjellige, at vi er mennesker, men vi er forskjellig (Martinsen, 2002). Å bli sett og bekreftet i mellommenneskelige sammenhenger er avgjørende for opplevelse av egen verdighet

(Eriksson, 2010). Å forstå den andre, her pasienten, vil kreve aktiv lytting, fagkunnskap og empati, som igjen vil danne grunnlag for omsorgsfulle handlinger (Vatne, 2006).

Den profesjonelle hjelper har både fagligheten og makten på sin side (Martinsen, 2002). Pasienten kan appellere om å bli sett og tatt hånd om, men han/hun kan også bli fortvilet over å bli oversett som et helt menneske, og dermed lukker for å ta imot andres hjelp. Å bli sett av en profesjonell hjelper som kombinerer sin fagkunnskap med berørthet og klokskap vil gi opplevelse av helhet og selvaktelse (Martinsen, 2002).

I behandling av rusavhengige ser man at sterke og genuine relasjoner kan være viktig, og for helsepersonell er relasjonen til pasientene svært viktig for å finne mening i arbeidet (Sælør & Bjerknes, 2016). I den relasjonelle omsorgen, hvor gjensidighet er sentralt, vil også anerkjennelse av den andre inngå. Gjensidig anerkjennelse i den relasjonelle omsorgen vil skape trygghet, ved at den er bekreftende, aksepterende, tolerant og også innebærer lytting og forståelse (Vatne, 2006). Når pasienten opplever å bli sett, lyttet til og anerkjent opplever man seg bekreftet. Å ha en ruskonsulent en kjenner godt, som har tid til en, oppleves som viktig. Spesielt det å kunne ta kontakt når en ønsker og snakke om alt en har behov for å snakke om.

Pasienter har behov for å bli sett som den man er. Dette oppnås når pasientens behov for følelse av fellesskap og tilhørighet, samt bekreftelse og respekt, blir ivaretatt (Wiklund, 2008b). Når pasienten opplever å bli møtt med ekthet og aksept fremmes bedringsprosessen.

Mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv, trenger noens omsorg. Dette kan i likhet med rusavhengige gjelde barn, handikappede, gamle og syke (Martinsen, 2003). Man trenger noe mer enn bare å bli synes synd på, omsorg er også praksis som kommer til uttrykk i konkret omsorg (Martinsen, 2003). Denne omsorgen får man uten betingelser fra omsorgsgiver ut fra egen situasjon og uten at det forventes gjennyttelser. Man får uten å måtte gi noe igjen (Martinsen, 2003). I den praktiske omsorgen, som i all omsorg, er helhetssynet på mennesket viktig. Hvis man blir oppfattet som en kropp eller diagnose er det en krenkelse av egen verdighet (Eriksson, 2006; Martinsen, 2002).

I rusomsorgen, som ellers, er det en fare for at pasienten oppfatter helsepersonellet som eksperter (Aakre & Biong, 2016). Følelsen av at andre vet bedre om ens eget liv kan skape følelsen av å bli redusert til noe man ikke er (Eriksson, 2010). Da er sannsynligheten stor for at pasienten ikke får den hjelpen han/hun har behov for.

Å bli utsatt for bruk av makt er sentralt i omsorgen for rusavhengige. Rusavhengige opplever mange situasjoner hvor de blir utsatt for kontroll. Tiltak for å kontrollere rusfrihet har blitt

opplevd som hjelpsomt, da man ved å vise at man følger opp avtaler også får tillit og blir gitt mer ansvar selv. Det er allikevel ikke slik at kontrolltiltak alltid oppfattes positivt.

Menneskelige relasjoner preges av avhengighet og makt, men dersom maktutøvelsen er ansvarlig tar den utgangspunkt i ansvaret for den lidende part (Martinsen, 2003). Martinsen (2003, s. 56) snakker om den ”moralske hederligheten”. Hun viser til tre prinsipper, for det første innebærer det at vi aldri er nøytrale i møte med andre mennesker, for det andre handler det om å ta parti for hvem man skal være trofast mot og for det tredje graden av trofasthet. Unødige kontrolltiltak kan oppfattes som mistillit, og en oppfattelse om at en ikke er et ærlig og hederlig menneske.

Lidelse kan oppstå i selve omsorgssituasjonen, eksempelvis når pasienter blir utsatt for fordømmelse eller handlinger som kan oppfattes som straff (Eriksson, 2010). Kontrolltiltak som urinprøver tatt under påsyn og inntak av legemidler under påsyn, kan oppleves som en krenkelse og unødvendig utøvelse av makt. Denne type kontrolltiltak kan også oppleves som manglende omsorg, eller som Martinsen (2006) beskriver som den moralske siden ved omsorg. Den moralske siden ved omsorg kan vise seg på forskjellige måter i hvordan omsorgen utøves. Omsorg kan gå fra den ene motsetningen til den andre, fra likegyldighet og til formynderi (Martinsen, 2006). Dette er omsorgens dilemma, men med det faglige som rettesnor kan vi holde oss på rett vei.

6.0 HELHETLIG FORSTÅELSE

I dette kapittelet presenteres en dypere forståelse av pasientenes opplevelse sett i relasjon til forforståelsen, teorien og den teoretiske fortolkningsrammen. Å kjempe mellom liv og død, å oppleve seg som en del av det menneskelige fellesskapet og å bli sett og hørt som den man er i møte med helsepersonell, er knyttet til menneskets opplevelse av verdighet. Gjennom fortolkningsprosessen har funnene fra intervjuene, sammenholdt med min egen forforståelse og belyst med teori, ført til fordypet kunnskap om at å være rusavhengig og i behandling med langtidsblokkade er å kjempe for sin menneskelige verdighet. Verdighetsbegrepet rommer frihet, skyld og ansvar (Eriksson, 2010; Blegen, 2015).

Frihet og skyld

Å være i kampen mellom livet og døden handler om fristelser, vansker, smerte og mye lidelse, men også om selvstendighet og frihet. Livet som rusavhengig ble kanskje i utgangspunktet valgt for å få en opplevelse av frihet, men ble for mange et liv i ufrihet. Livet i ufrihet førte til valg som skadet både dem selv, familie og venner. Skyldfølelse for lidelse man har påført andre har medført følelse av skam over det menneske man er. Å påføre andre mennesker lidelse, bevisst eller ubevisst, er samtidig en krenkelse av både den andres og ens egen verdighet, da det å være et ansvarlig menneske innebærer at man ikke påfører det andre mennesket lidelser (Eriksson, 2010). Følelsen av skyld preger derfor mange som kommer seg ut av avhengigheten. Dette resulterer ofte i en trang til å hjelpe andre mennesker når man blir rusfri, både for å betale tilbake og gjøre ting riktig, men også for å gjenreise egen følelse av verdi og verdighet (Wiklund, 2008a). Å kunne gi tilbake bidrar til følelse av gjensidighet i relasjonen til den andre. Deltagernes følelse av skyld og skam var i tråd med min egen forforståelse, og som nok henger sammen med klinisk erfaring med pasientgruppen.

I utgangspunktet forstår man i et omsorgsvitenskaplig perspektiv at alle mennesker har en iboende, umistelig verdi, i kraft av å være menneske (Edlund, 2013). I tillegg har alle mennesker en oppfatning av egen verdi og egen verdighet som handler om hvordan man ser på seg selv (Eriksson, 2010). Erfaringer som gir følelse av skam og skyld påvirker opplevelsen av egen verdi negativt.

Befrielsen og lettelsen ved å etter hvert mestre et liv som ikke lenger er dominert av rus, fører til at selvaktelsen stiger. Selvaktelsen og verdigheten mennesket opplever er sterkt knyttet til dets selvstendighet, frihet og egenkontroll (Edlund, 2013). Strevet etter å klare seg selv og få kontrollen over eget liv, ja sin frihet, handler om menneskets verdighet. Min forforståelse var preget av en antagelse om at det måtte oppleves vanskelig å være blokkert fra virkning av heroin når man er avhengig av heroin. Deltagernes felles opplevelse av befrielse og lettelse var uventet og positiv. Selv de deltagerne som ikke fullførte studien erfarte dette.

Å være en del av det menneskelige fellesskapet og bli møtt med forståelse og respekt er viktige dimensjoner i menneskers liv. Det å kjenne seg betydningsfull og å være noen bekrefter ens verdighet (Edlund, 2013). Å oppleve seg selv som mindreverdige sammenlignet med andre, samt opplevelsen av liten respekt og negative holdninger fra samfunnet er vanskelige sider ved rusavhengighet. Personer med rusavhengighet blir ofte møtt med liten respekt og omtanke, og opplever å ha lite innflytelse (Aakre & Biong, 2016).

Stigmatiseringen fører til manglende åpenhet og bekrefter følelsen av håpløshet (Ytrehus, 2016). Den rusavhengige kan oppleve å bli sett på som bare den rusavhengige, han/hun blir gjort til et objekt. Å bli sett på denne måten fører til umyndiggjøring og tap av frihet og selvspekt (Aakre & Biong, 2016). Å bli møtt på denne måten fører til krenkelse av menneskers verdighet. Uten krenkelser styrkes friheten og selvstendigheten.

Den relative verdigheten formes av kulturen og samfunnet det enkelte menneske lever i. Relasjonen til andre har derfor stor verdi i utformingen av den relative verdigheten. I denne relasjonen er det viktig at man blir sett som den man er (Edlund, 2013). Å gi omsorg og være til støtte for både egne barn og for syke familiemedlemmer var viktige dimensjoner i livet. Det å være noe for andre, bety noe for mennesker man er glad i og kunne gjøre en forskjell for dem, skapte gode følelser. Å gjøre det gode for seg selv og andre fører til at man gjenreiser seg i verdighet. I relasjon til andre er det viktig at det blir sett at også disse sidene er en del av den man er. Dette har kommet i bakgrunnen for tidligere uforståelige valg, handlinger og fornedrende situasjoner som har vært styrt av avhengigheten til rus.

Å bli sett og hørt som menneske i møte med helsepersonell i behandlingssituasjonen handler om behovet for hjelp og støtte, å bli sett og hørt og å få viktig og riktig behandling. Omsorg er å knytte bånd, i det ligger å inngå i relasjoner (Martinsen, 2006). Relasjoner og avhengighet er grunnleggende da ikke noe menneske er noe i seg selv alene. Vi mennesker er henvist til hverandre for å ta vare på hverandre. I relasjon med andre ønsker alle mennesker å bli møtt med respekt og aktelse (Edlund, 2013). På den måten opplever man seg bekreftet som den unike personen man er. Når man føler at man fortsatt betyr noe og kan leve et liv man er fornøyd med, vil verdigheten bevarer. Å ikke bli møtt som den man er, men å bli sett på som rusavhengig vil bli opplevd som krenkende (Edlund, 2013). Resultatet kan bli at man ikke opplever å ha betydning og derfor velger ensomheten. Å føle seg ensom er en trussel mot verdigheten. Vi kan aldri frata et menneske dets verdighet, men menneskets verdighet kan krenkes av oss ved vår atferd (Aakre & Biong, 2016). Tidligere forskning har konkludert med at helsepersonell bør fokusere på aspekter som vil hjelpe den rusavhengige til å føle seg levende, samt føle samhørighet og fellesskap med andre (Wiklund, 2008b).

Ansvar

Den ytre verdighet omfatter dimensjoner som rang, stilling, utseende og anseelse, i motsetning til den indre verdighet som omfatter troverdighet og æresfølelse (Eriksson, 2010).

Mennesket er omfattet av både den ytre og den indre verdighet. Til den ytre verdighet hører hvordan mennesket oppfatter seg selv, samt den verdighet det tillegges av andre. Dersom man ikke blir regnet med som et ansvarlig menneske som kan gjøre nytte for seg i samfunnet gir det en opplevelse av å ikke bli regnet med, og dette fratår følelsen av verdighet. Opplevelsen av verdighet knyttes til det å delta i hverdagslivet på linje med alle andre mennesker.

Menneskets iboende verdighet baserer seg på et menneskesyn om at alle, uansett rase, nasjonalitet, livssyn, seksuell legning, kjønn og hudfarge er bærere av iboende, ukrenkelig verdi (Aakre & Biong, 2016, s. 85). Menneskets absolutte verdighet er forbundet med det menneskelige embetet (Eriksson, 2010; Blegen, 2015). Den absolutte verdigheten omfatter medlidenhet, forpliktelse, frihet og et uendelig ansvar. Det er når mennesket kan tjene og eksistere for et annet menneske det opplever sin absolutte verdighet. Dersom mennesket fratår sitt ansvar mister det en del av sin verdighet (Eriksson, 2010). Ansvaret er en viktig del i menneskets verdighet og dersom mennesket ikke tar sitt ansvar mister det også en del av verdigheten (Edlund, 2013). Menneskets ansvar kommer til syne på ulike nivåer og i ulike uttrykk. Dersom du som menneske må delta i, eller se på, fornedrende behandling uten mulighet til å gripe inn, krenkes verdigheten (Edlund, 2013). Å bli sett og møtt som menneske i behandling for rusavhengighet innebærer å få og ta ansvar. Dersom det legges for stort ansvar på pasienten som hun/han ikke er i stand til å leve opp til, er det risiko for at det hele mislykkes (Edlund, 2013). Men dersom pasienten ikke blir gitt ansvar ved at alt tas fra ham, er dette også en krenkelse av verdigheten. Her er utfordringen å finne balansen. Historier fra personer som har oppnådd bedring fra rusavhengighet viser til at erkjennelsen av eget ansvar var helt nødvendig for å endre kursen (Waal, 2016).

6.1 Implikasjoner for klinisk praksis

Denne pasientgruppen kan forventes å øke i omfang dersom behandling av heroinavhengige pasienter med blokkerende behandling blir tillatt i Norge. Hjelp og behandling er viktig, men denne hjelpen må være riktig i forhold til den enkeltes individualitet, ressurser, muligheter og problemer. Det er et viktig premiss i behandlingen at den som trenger hjelp og behandling opplever seg verdsatt og sett som den han/hun er.

Det kan se ut som dagens behandling i stor grad legger vekt på det fysiologiske, dermed utelates dimensjonene som er vesentlig for opplevelse av seg selv som et verdig menneske. Helsepersonell forstår ikke alltid den eksistensielle krisen man er i som rusavhengig, og som

rusavhengig i behandling. Det er viktig at disse temaer knyttet til menneskets eksistensielle dimensjon løftes frem i behandlingssituasjonen. Det er viktig at omsorgsgivere i behandlingen forstår menneskets ulike dimensjoner og kan fokusere på hva som er sentralt og viktig for pasienten. Dersom dette ikke skjer er det fare for at pasienten forstås kun ut fra omsorgsgivers forståelser og ikke ut fra seg selv.

Rusavhengiges opplevelse av krenkelser og stigmatisering er kjent. Et viktig budskap for å hindre dette er forståelse, toleranse og respekt.

6.2 Videre forskning

Studien har fremskaffet kunnskap om deltageres opplevelse av å være blokkert fra virkning av heroin over tid. Via historiene som deltagerne fortalte, viser det seg at det også er mange utfordringer knyttet til livet som heroinavhengig og til livet i behandling for rusavhengighet. Manglende treff på litteratursøk sannsynliggjør at dette kan være en av de første studiene i sitt slag, og det finnes i liten grad kvalitativ forskning basert på rusavhengiges egne erfaringer generelt.

Da det er av stor betydning å utforske opplevelse og erfaringer ut fra pasienters ståsted for å utvikle mer helhetlige behandlingstilbud, samt for å styrke pasienters motivasjon for slik type behandling, anbefales det å gjennomføre ytterligere studier. Det anbefales studier med bredere og større utvalg som legger vekt på pasientens subjektive erfaring. Gjennomføring av flere studier er nyttig for å danne større forskningsgrunnlag.

LITTERATURLISTE

- Aakre, M., Biong, S. (2016). Etske utfordringer og etisk kompetanse – om makt, verdighet og dømmekraft i rusomsorgen. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Cappelen Damm.
- Andvig, E. (2010). Å forske på eller forske sammen med mennesker som hører til ”sårbare Grupper” – gjør det en moralsk forskjell? I Hummelvoll, J. K., Andvig, E. & Lyberg, A. (Red.), *Etske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bachs, L. & Waal, H. (2003). *Behandling av opioidavhengige med naltrekson*. Hentet fra www.tidsskriftet.no/2003/06/oversiktsartikkel/behandling-av-opioidavhengige-med-naltrekson
- Biong, S. & Svensson, T. (2009). *Bridging the gaps: Experiencing and preventing life-threatening heroin overdoses in men in Oslo*. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17482620902880075>
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2016). Rusproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Cappelen Damm.
- Blegen, N., E. (2015). *Kallet til livets embete*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Braden, J. B., Edlund, M. J. & Sullivan, M. D. (2017). *Suicide deaths with opioid poisoning in the United States: 1999-2014*. American Journal of public health, march 2017, 107(3), 421-426.
- Bramness, J. G., & Andreassen, O. A. (2014). Rus og avhengighet. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, I. Melle, & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bretteville-Jensen, A. L., Amundsen, E. J. (2009). *Heroinforbruk og heroinbeslag i Norge*. SIRUS-Rapport nr. 8/2009. Oslo, Norway; 2009.
- Carmen, B., Angeles, M., Ana, M., Maria, A. J. (2004). *Efficacy and safety of naltrexone and Acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review*. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2004.00763.x/full>
- Clausen, T. (2014). *Hvor godt virker LAR, og hva er utfordringene?* Norsk farmaceutisk Tidsskrift 10/2014.

- Clausen, T., Anchersen, K., Waal, H. (2008). Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug and alcohol Dependence*, April 1, 2008. 94(1-3), 151-157.
- Edlund, M. (2013). Vårdighet. I Gustin, L. W. & Bergbom, I. (Red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S., Kyngäs, H. (2007). *The qualitative content analysis process*. *Journal of advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Elster, J. (2010). Viljesvakhet og viljestyrke. I Bramness, J., Blindheim, M., Clausen, T., Mørland, J., Ravndal, E. & Welle-Strand, G. (2010). *Følelser og fornuft. Festskrift til Helge Waal*. SERAF.
- EMCDDA. Annual report on the state of drug problems in Europe. Lisbon, Portugal: European monitoring centre for drug and drug addiction (EMCDDA); 2010 Nov 1.
- Eriksson, K. (2006). *Omsorgens idé*. København: Munksgaard Danmark.
- Eriksson, K. (2010). *Det lidende menneske*. København: Munksgaard Danmark.
- Ervik, R. & Biong, S. (2016). Politikk og konsekvenser for praksis. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Cappelen Damm.
- Fekjær, H. O. (2016). *Rus, bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forskningsetikkloven. (2006). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (forskningsetikkloven)*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-20060630-056.html>
- Gadamer, H. G. (2003). *Forståelsens filosofi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Gadamer, H. G. (2012). *Sannhet og metode*. Oslo: Pax Forlag.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. (IS – 1701 Nasjonale faglige retningslinjer).
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. (IS – 1948 Nasjonale faglige retningslinjer).

- Hummelvoll, J. K. (2010) Forskningsetikk i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer. I Hummelvoll, J. K., Andvig, E. & Lyberg, A. (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstract.
- Krupitsky, E., Nunes, E. V., Ling, W., Illeperuma, A., Gastfriend, R. D. & Silverman, B. L. (2011). *Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence: a double-blind, placebo-controlled, multicentre randomised trial*. *The Lancet*, april-may 2011.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landheim, A., Bakken, K. & Vaglum, P. (2006). *Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties*. *BMC Psychiatry* 2006, 6:44.
- Lindström, U. Å., Lindholm, L., & Zetterlund, J. E. (2010). Theory of Caritative Caring. In Alligod, M. R. & Tomey, A. M. (eds.), *Nursing Theorists and their work*. Missouri, s. 191-223. Mosby Elsevier, USA.
- Lobmaier, P., Kornor, H., Kunoe, N. & Bjørndal, A. (2008). *Sustained-Release Naltrexone for opioid dependence*. The Cochrane Library, DOI: 10.1002/14651858.CD006140.pub2
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2002). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe as.
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Naltrekson.no. (2012). Norsk naltreksonforskning. Hentet fra: <http://naltrekson.no/prosjekter/>
- Nesvåg, S. (2016). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I Biong, S. & Ytrefhus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Cappelen Damm.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990). *Comorbidity of mental disorders with Alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment area (ECA) Study*. Journal of the American Medical Association, November 21, 1990. 264(19), 2511-2518.
- Rehm, J., Frick, U., Hartwig, C., Gutzwiller, F., Gschwend, P. & Uchtenhagen, A. (2005). *Mortality in heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2000*. Drug and Alcohol Dependence (2005). 79(2), 137-143.
- SERAF Rapport 1/2016. Statusrapport 2015. *Mot grensene for vekst og nytte?* Hentet fra: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2016/serafrapport-nr-1-2016-statusrapport-2015.html>
- Schibbye, A-L., L. (2012). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. (2. utg., 2. oppl). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stavseth, L. S., Kunøe, N., Tanum, L. (2013). *Langtidsvirkende naltrekson – en ny vei ut av opiatavhengighet?* Tidsskriftet Den norske legeforening, 2013/11.
- St. meld. nr. 26 (1999-2000). (2000). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/3c27979f412e4c7fbd494634a5280c74/no/pd/fa/stm199920000026000dddpdfa.pdf>
- Sullivan, M., Bisaga, A., Pavlicova, M., Choi, C. J., Mishlen, K., Carpenter, K. M., Levin, F. R., Dakwar, E., Mariani, J. J., Nunes, E. V. (2017). *Long-Acting Injectable Naltrexone Induction: A Randomized Trial and Outpatient Opioid Detoxification With Naltrexone Versus Buprenorphine*. The American Journal of psychiatry, 2017. 174(85), 459-467.
- Tanum, L. H., Opheim, A., Solli, K., Sharma-Haase, K., Latif, Z-e-H. & Kunoe, N. (2017). *Optimal prevention of relapse among opioid users: A 12-week randomized controlled Trial of extended-release naltrexone injections versus daily buprenorphine-naloxone*. Drug and Alcohol Dependence 171 (2017).
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, T. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Waal, H. (2016). Rusmiddelproblemer og avhengighet er ingen livstidsdom. I Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (2016). *Et bedre liv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wicklund, L., Lindholm, L., Lindström, U, Å. (2002). *Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data*. Nursing Inquiry 2002; 9 (2).
- Wiklund, L. (2008a). *Existential aspects of living with addiction – Part I: Meeting Challenges*. Journal of Clinical Nursing, 17(18), 2426-2434.
- Wiklund, L. (2008b). *Existential aspects of living with addiction – Part II: Caring needs. A Hermeneutic expansion of qualitative findings*. Journal of Clinical Nursing, 17(18), 2435-2443.
- Younger, J., Mackey, S. (2009). *Fibromyalgia symptoms are reduced by low-dose naltrexone: a pilot study*. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1526-4637.2009.00613.x/full> .
- Ytrehus, S. (2016). Familiens situasjon. I Biong, S. & Ytrehus, S. (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Cappelen Damm.

VS_ NTX-masterstudie Pasientinformasjon

Intervju om behandling med naltrekson – versjon 1. - 30.12.2016

Samtykke for deltakelse i intervju-undersøkelse

Dette er en forespørsel til deg som tidligere har deltatt i forskningsprosjektet “Forebygging av tilbakefall og overdose etter utskrivning fra kontrollert miljø” og skrevet under samtykke for slik deltakelse.

Denne spørreundersøkelsen søker å kartlegge den følelsesmessige opplevelsen av å bli behandlet med langtidsvirkende naltrekson. Dette gjelder både opplevelsen av selve behandlingen og hvordan det føltes å ikke ruse seg på heroin eller andre opiater over lengre tid. Undersøkelsen vil kunne gi oss verdifull informasjon om hvordan vi bedre kan hjelpe deg som er opiatavhengige i en situasjon hvor du forsøker å klare seg uten rusmidler. Videre ønsker vi å samle mer informasjon om hva du savnet under behandlingen med naltrekson og hva som var mest vanskelig å takle mens sto på denne behandlingen.

Resultatet av undersøkelsen vil vi bruke for å bedre det tilbeholdningstilbudet vi har i dag for personer som ønsker å komme ut av sin opiatavhengighet og rusbruk. Vi ønsker også å kunne publisere resultater av undersøkelsen slik at behandlere både i Norge og utlandet kan få denne informasjon, og bruke den til å forbedre sin behandling av rusavhengige.

Det er helt frivillig å svare på spørsmålene og opplysningene vil bli behandlet anonymt (avidentifisert).

Dersom du skriver under på at du vil delta i denne tilleggs-studien, samtykker du også til at disse opplysningene om deg kan brukes til forskning.

Jeg er villig til å delta i studien

(signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien)

Intervjuguide

Forsknings spørsmål: ”Hvordan kan heroinavhengige pasienters opplevelse av å være blokkert fra virkning av heroin forstås?”

Introduksjonsspørsmål:

- Hvordan har det vært for deg å motta naltreksoneinjeksjoner?
- Hvordan var det for deg å miste muligheten til å oppnå rus med opioider?
- Hvorfor ønsket du å delta i studien med blokkerende behandling?
- Hva var utfordringene med å være blokkert?
- Hva var positivt med å være blokkert?
- Var det alltid bare enkelt/bare vanskelig?
- Utforskende spørsmål: Var det alltid slik?

Har du eksempler?

Var det noen ganger annerledes?

For de som fullførte studien/fortsatt mottar blokkerende behandling:

- Hva var viktig for at du greide å fullføre deltagelsen?
- Hva kunne ha ført til at du hadde trukket deg fra videre deltagelse?

For de som avbrøt studien før planlagt:

- Hva kunne hjulpet deg til fortsatt deltagelse i studien?
- Hva førte til at du valgte å avslutte?

Avslutningsvis:

- Opplevde du disse spørsmålene som meningsfulle?
- Var spørsmålene relevante for din erfaring?
- Er det noe du ikke er spurt om som du vil belyse?

Vedlegg 3



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Mariann Glenna Davidsen	Telefon: 22845526	Vår dato: 20.01.2017	Vår referanse: 2011/1320/REK sør-øst B
			Deres dato: 14.01.2017	Deres referanse: 2011-002858-31

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Lars Håkon Tanum
Avd. Forskning & Utvikling Psykisk Helsevern

2011/1320 Forebygging av overdose etter utskriving

Forskningsansvarlig: Senter for Rus- og Avhengighetsforskning, Sørlandet Sykehus Kristiansand, Sykehuset Østfold HF, Stavanger Universitetssykehus, Haukeland Universitetssykehus
Prosjektleder: Lars Håkon Tanum

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 14.01.2017 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

De omsøkte endringene er beskrevet i skjema for prosjektendringer og gjengis her:

*Ny prosjektmedarbeider:
Grethe Bjøntegaard, Behandler i ARA Akershus universitetssykehus HF*

*Innhenting av nye data fra samme utvalgsgrupper
Det søkes om å få gjøre et en-gangs intervju, med varighet 60 minutter, av inntil 30 deltakere i NTX-SBX behandlingsstudien. Det vil bli hentet inn kvalitative data under intervjuet med fokus på pasientens opplevelse av behandlingen. Særlig emosjonelle og sosiale faktorer som pasientene opplevde som enten fasiliterende eller hemmende for behandlingen og for den langvarige avholdenheten fra opioider. Dette er informasjon som er viktig for å forstå hvorfor noen pasienter dropper ut mens andre blir over tid en slik behandlingsstudie. Slik informasjon er ikke tidligere innhentet fra pasienter som mottar behandling med langtidsvirkende naltrexone over tid. Slik kartlegging er viktig for i fremtiden å kunne legge enda bedre til rette for optimalisert behandling med naltrexone. På grunn av de strenge regler som gjelder for RCT studier, var det ikke mulig å kombinere slike intervjuer med samtidig kvantitativ datainnsamling. Å innhente slik informasjon far en andel av pasientene post-hoc ansees ikke å kunne forstyrre eller påvirke data innsamlingen i hovedstudien.*

Komiteens vurdering

Komiteen har ingen innvendinger mot at deltakere i studien blir forespurt om denne tilleggsstudien. Når det gjelder deltakere som har trukket seg fra studien vil komiteen påpeke at det ikke gis anledning til å kontakte disse for ny deltakelse, med mindre deltakerene har samtykket til å bli kontaktet i ettertid, jf. helseforskningsloven § 16. Tilbaketrekking fra en studie skal kunne skje uten at deltakerne må grunngi dette. Tilbaketrekking skal respekteres, og det skal ikke innhentes fremtidige opplysninger om deltakerne som har trukket seg.

Komiteen setter følgende vilkår for studien:

- De deltakerne som aktivt har trukket seg skal ikke forespørres om tilleggsprosjektet, med mindre et slikt samtykke er avgitt tidligere.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikk.no
Web: <http://helseforskning.etikk.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Vedtak

Komiteen godkjenner endringen i prosjektet i henhold til helseforskningsloven, med forutsetning om at ovennevnte vilkår oppfylles, jf. § 11.

Når vilkåret er oppfylt gjelder godkjenningen under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
professor, dr. med.
leder REK sør-øst B

Mariann Glenna Davidsen
rådgiver

Kopi til:

- *Forskningsdirektør Jørgen Bramness, Senter for Rus- og Avhengighetsforskning*
- *Forskningsleder Øistein Kristensen, Sørlandet Sykehus Kristiansand*
- *Forskningsleder Sverre Nesvåg, Stavanger universitetssykehus HF*
- *Avdelingsleder Ola Jøsendal, Haukeland universitetssykehus HF*
- *Sørlandet Sykehus Kristiansand ved øverste administrative ledelse*
- *Stavanger universitetssykehus HF ved øverste administrative ledelse*
- *Helse Bergen HF - Haukeland universitetssykehus ved øverste administrative ledelse*
- *Universitetet i Oslo ved øverste administrative ledelse*
- *Universitetet i Oslo, medisinsk fakultet ved øverste administrative ledelse*