



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## «LAR – ET BEDRE LIV?»



Bachelor i sosialt arbeid

SA 203S / SA 205S

4. juni 2014

Kandidatnummer:

107 og 234

## INNHALDSFORTEGNELSE

Innholdsfortegnelse .....	i
1.0 Innledning.....	1
1.1 Problemstillingen .....	1
1.2 Avklaring av begreper .....	2
1.3 Legemiddelassistert rehabilitering .....	2
1.3.1 Historikk om LAR.....	3
1.3.2 Veien inn i LAR .....	3
1.4 Oppgavens oppbygning.....	4
2.0 Teori .....	5
2.1 Rusavhengighet .....	5
2.2 Rusmidlene.....	6
2.2 Rus og psykiatri – lidelser.....	7
2.3 Motiverende Intervju.....	8
2.4 Brukermedvirkning .....	8
2.4.1 Empowerment .....	9
2.4.2 Individuell plan .....	9
2.4.3 Ansvarsgrupper .....	9
2.5 Nettverk.....	10
2.6 Stigmatisering.....	11
2.7 Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opiatavhengighet.....	11
2.8 Boligpolitisk Handlingsplan 2014 – 2017 Bodø kommune .....	12
2.9 SERAF – rapporten 2013 .....	12
3.0 Metode.....	12

3.1 Valg av metode.....	13
3.2 Utvalg .....	14
3.3 Intervjuguide .....	14
3.4 Intervjuene.....	15
3.5 Bearbeiding av datamaterialet.....	16
3.6 Validitet.....	17
4.0 Analyse.....	17
4.1 RUSMESTRING .....	17
4.1.1. Sidemisbruk.....	18
4.1.2 Kontrolltiltak .....	19
4.2 Psykiske og Somatiske lidelser .....	20
4.2.1 Ernæring .....	20
4.2.2 Tannhelse .....	21
4.2.3 Rus og Psykiatri-lidelser .....	21
4.3 Brukermedvirkning .....	22
4.4 Nettverk.....	24
4.4.1 Limbo .....	25
4.5 Bolig.....	26
4.5.1 Evnen til å bo.....	27
4. 6 Sysselsetning .....	28
4.6.1 Tiltak i Bodø.....	28
4.6.2 Aktiviteter.....	29
4.7 Økonomi.....	29
5.0 Avslutning .....	30
5.1 Oppsummering av funn .....	31

5.2 Hva vi har lært.....	32
Litteraturliste .....	34
Vedlegg 1: .....	36
Vedlegg 2: .....	37

## 1.0 INNLEDNING

Tema vi har valgt for denne oppgaven er Legemiddel Assistert Rehabilitering, heretter forkortet til LAR. I løpet av studiet har LAR vært nevnt, men vi sitter igjen med mange spørsmål om hvordan dette fungerer i praksis. Vi har, gjennom media, blitt presentert LAR som vidundermiddel mot overdoser og LAR som direkte årsak til overdoser. Som i Bergens Tidens nettavis fra august i fjor, hvor en debattant presenterer det positive med LAR og neste presenterer de negative sidene ved LAR. Så hva er LAR, og hvilke utfordringer er det med bruk av LAR?

*«Formålet med Legemiddel Assistert Rehabilitering er å bidra til at personer med opiatavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skaden av opiatavhengighet og faren for overdosedødsfall.» (Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering § 2)*

## 1.1 PROBLEMSTILLINGEN

I 2014 ga Helsedirektoratet ut 4. opplag av den nasjonale retningslinjen for Legemiddel Assistert Rehabilitering. Denne retningslinjen gir en rekke anbefalinger til hvordan LAR bør fungere. I denne retningslinjen er det blant annet sagt at «Behandling av opiatavhengighet bør kombinere behandling med substitusjonslegemiddel med psykososiale tiltak» (Helsedirektoratet 2014:74). En av oss har gjennom sin arbeidserfaring vært i kontakt med LAR pasienter, og har i den anledning reflektert mye over hvorvidt de psykososiale tiltakene virkelig fungerer eller ikke. Dette var noe vi ønsket å vite mer om. Så dette ønsket bunnet ut i denne problemstillingen:

***«Hvordan foregår oppfølging innenfor Legemiddel Assistert Rehabilitering?»***

Vi ønsker å se på de ulike områdene som retningslinjene peker på som viktige å arbeide med. Disse er psykisk/somatiske lidelser, nettverk, bolig, sysselsetting, økonomi og brukermedvirkning. Vi ønsket også å se nærmere på hvordan de ulike kontrolltiltakene, som urinprøver og medisinerer under tilsyn, innvirker på pasientens rehabilitering. Vi kunne valgt å gå i dybden på ett av disse områdene, men vi ønsket heller å få et bredere bilde og en

mer helhetlig forståelse av hva oppfølgingen bør omfatte. Det viktigste for oss er å få et bedre inntrykk av hvorvidt innskriving i LAR gir pasientene et bedre liv.

## 1.2 AVKLARING AV BEGREPER

Når vi startet arbeidet med denne oppgaven brukte vi litt tid på å reflektere over hvilken betegnelse vi kunne bruke på de som mottar LAR. Under intervjuene ble det brukt ulike betegnelser. Spesialisthelsetjenesten referer til dem som *pasienter*, noe som er naturlig når de er under behandling der. Ved bokkollektivet ble de naturlig nok omtalt som *beboere*, for det er der de bor. Hos kommunen ble ordet *bruker* anvendt. Bruker i den forstand at de er brukere av kommunens tjenester, ikke rusmisbrukere. Denne forskjellige ordbruken, om enn forståelig, gjorde oss litt forvirret i forhold til hvordan vi ønsker å omtale denne gruppen. Er de pasienter selv om de ikke lenger er under spesialisthelsetjenesten, alle i LAR er heller ikke beboere ved bokollektiv, og ordet brukere følte vi kunne ha en litt negativ klang. Vi har valgt å bruke den betegnelsen som er riktig i forhold til konteksten vi beskriver, det vil si vi bruker begrepet pasient dersom det dreier seg om tilbud som angår spesialisthelsetjenesten, og bruker dersom det dreier seg om kommunale tjenester.

Videre føler vi det nødvendig å avklare en del begreper som ofte brukes i rusomsorgen og som vil bli brukt i denne oppgaven. Det første begrepet som allerede er nevnt i innledningen, er psykososiale tiltak. Med psykososiale tiltak menes tiltak med tanke på bolig, økonomi, sysselsetting, nettverk og tiltak knyttet opp mot psykisk/somatisk helse. Videre vil begrepet sidemisbruk forekomme, dette viser til det misbruk av rusmidler pasienten har i tillegg til LAR-medikamentene.

## 1.3 LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING

Legemiddelassistert rehabilitering er et behandlingsopplegg for opiatavhengige, som kombinerer medikamentbasert behandling med psykososiale tiltak. LAR er basert på et trepartssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten i kommunene og fastlegen. Medikamentene som blir brukt er metadon og buprenorfin (subutex el. subuxone).

*«Metadon er en full agonist (virker fullt ut på alle opiatreseptorer i hjernen). Det vil si at effekten er sterkere jo høyere dosering som brukes. Buprenorfin er en partiell agonist, og virkningen øker ikke med økt dosering utover et bestemt doseringsnivå.(...) Dette medfører at metadon lettere kan føre til overdosering enn buprenorfin.»*  
(Helsedirektoratet 2014:49)

Helsedirektoratet anbefaler at buprenorfin er førstevalget av medikament i LAR (Helsedirektoratet 2014).

### 1.3.1 HISTORIKK OM LAR

Substitusjonsbehandling med metadon ble utviklet i USA på 1960-tallet av legen Vincent P. Dole og psykiateren Marie Nyswander. Disse erfarte at ved bruk av metadon ble ruspreget atferd redusert og flere rusavhengige etterspurte rehabiliteringstiltak. Disse erfaringene ligger til grunn for videre substitusjonsbehandling (Helsedirektoratet 2014).

Opprinnelsen for LAR i Norge var prøveprosjektene HIV-Met, for aidsyke i Oslo som startet i 1991, og MiO (Metadon i Oslo) som startet i 1994. Disse prosjektene viste at metadonprogram med streng kontroll og tett oppfølging med psykososiale støttetiltak ga gode resultater. Men bakgrunn i dette vedtok Stortinget å gjøre behandlingstilbudet landsdekkende i 1997. Og siden 1999 har tilbudet vært allment tilgjengelig. LAR som startet med noen få godkjente LAR sentra med regionsansvar i 1998, er nå en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling under spesialisthelsetjenesten (Lossius 2011).

Tidligere har rusmiddelmissbruk blitt sett på som en sosial lidelse. Behandling var bygget på medikamentfri behandling. Mange mente at bruk av metadon var å gi rusavhengige rusmiddel, og at de ikke ville bli rusfrie, siden metadon kan sees som et rusmiddel. Og mange fryktet det kunne føre til en nedtrapping av de medikamentfrie behandlingstilbudene (ibid).

### 1.3.2 VEIEN INN I LAR

Det å starte opp i LAR er en prosess. Og i den prosessen er det en rekke faser pasienten må gjennom.

*Henvisningsfase:* Sosialtjenesten og primærlege er henvisende instans. Videre er det Tverrfaglig Spesialisert rusbehandling, heretter kalt TSB, som foretar en vurdering om hvorvidt LAR er beste behandlingsalternativ for pasienten. TSB hører til under spesialisthelsetjenesten og de vurderer momenter som rushistorikk, bruk av andre rusmidler, behandlingserfaring, en beskrivelse av pasientens aktuelle situasjon, sykdomshistorie både fysisk og psykisk, pasientens ønske og motivasjon, og den henvisende instans vurdering av pasienten (Lossius 2011).

*Planleggingsfase:* Videre er det viktig å planlegge veien videre med pasienten. I forhold til sosiale forhold og boligforhold, organisering av medikamentutdeling og urinprøvetaking og kartlegging av nettverk. Og vurdere eventuelt behov for avrusning. Videre blir det fortatt legesjekk og valg av medisin. Man etablerer ansvarsgruppe og utformer en individuell plan eller tilsvarende (ibid).

*Oppstartsfase:* For mange foregår oppstart i institusjon. Der blir pasienten avruset og startet opp på LAR medikamentet. Det er også en gylden mulighet til å planlegge veien videre med en rusfri pasient.

*Stabiliseringsfase:* Varer tre til seks måneder. Omfatter daglig henting av medikamenter, jevnlig urinprøvetaking, ansvarsgruppemøter og nærmere kartlegging av rus og psykisk problematikk, med andre ord, tett oppfølging er sentralt i denne perioden (ibid).

*Videreføringsfase:* Når det er oppnådd stabilitet i forhold til optimalt funksjonsnivå, overføres oppfølgingen/rehabiliteringen til den kommunale helse- og sosialtjenesten. I rehabiliteringen vil det være mange individuelle forskjeller i forhold til hvilke mål som blir satt. Håpet er at flest mulig skal jobbe med å skaffe seg et rusfritt nettverk, stabil økonomi, meningsfulle aktiviteter og bedre helse. Ved tilbakefall bør spesialisthelsetjenesten gå aktivt inn i behandlingen igjen (ibid).

## 1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING

Denne oppgaven er delt i fem deler. En innledning, en teoridel, et metodekapittel, en del som presenterer resultatene og drøfter disse og til slutt en oppsummering. I innledningen har vi sett at vi presenterer valg av tema og hvorfor vi har valgt dette temaet. Vi forklarer hvordan temaet ble til vår problemstilling, og hvilke avgrensninger vi har foretatt i forhold til



problemstillingen. Videre avklarer vi noen sentrale begreper, og vi presenterer noen faktaopplysninger om tema. I teoridelen tar vi for oss teorier som vi ønsker å benytte som analytiske verktøy i drøftingsdelen, samt litt om de ulike dokumentene som er sentrale i oppgaven. I metodekapittelet redegjør vi for hvilken metode vi har tatt i bruk, og hvordan vi har gått frem for å finne svar på vår problemstilling. I drøftingsdelen tar vi i bruk det datamaterialet vi har samlet inn og drøfter det opp mot de teoriene vi presenterte i teoridelen. Og til sist, i oppsummeringen, vil vi oppsummere hvilke funn som ble gjort og skrive litt om hva prosessen som sådan har lært oss.

## 2.0 TEORI

I denne delen ønsker vi å presentere relevante teorier som er med på å belyse vår problemstilling. For å kunne forstå rehabiliteringsprosessen til LAR-pasienten er det viktig å vite noe om hvilke utfordringer de sliter med. Derfor har vi valgt å ta for oss emnene rusavhengighet og Rus og Psykiatrilidelser for å oppnå større forståelse for disse utfordringene. Videre har vi sett på teorier som er viktig i forhold til selve rehabiliteringsprosessen. Vi har også beskrevet de offentlige dokumentene vi har sett på i forhold til vår problemstilling.

### 2.1 RUSAVHENGIGHET

«Rusavhengighet er komplekse tilstander som involverer genetiske, neurologiske, fysiske og miljømessige forhold.» (Lossius 2012:26)

Det er påvist en stor sannsynlighet for at vår genetiske sammensetning kan gi en disposisjon for å utvikle avhengighet (Jellestad 2012). Det vil ikke si det samme som at alle med denne disposisjonen blir rusavhengig. For de fleste rusavhengige har det vært elementer ved deres oppvekst som har innvirket på utviklingen av rusavhengighet. Kjente risikofaktorer er ustabil hjemmemiljø, ubehandlet AD/HD, alvorlige traumer, alvorlig angst, med mer (Lossius 2012).

Rent neurologisk sett påvirker rusmidlene det området i hjernen som er relatert til funksjoner som næringsinntak og forplantning. Altså funksjoner som er avgjørende for vår overlevelse.

Langvarig rusavhengighet fører til høyere toleranse. Dersom inntaket opphører vil dette føre til abstinenssymptomer. Langvarig rusavhengighet skader også det området i hjernen som er viktig for motivasjon og dømmekraft, et område som ikke er fullt utviklet før man er i 25 års alderen. Dette gjør ungdom mer utsatt for å utvikle rusavhengighet enn voksne (Jellestad 2012).

## 2.2 RUSMIDLENE

LAR er for personer som lider av opiatavhengighet. Opiater er stoffer som utvinnes fra opiumsvalmuen, som morfin, heroin og kodein. Man kan også fremstille opiatere kjemisk, som metadon, petidin og buprenorfin (Evjen m.fl. 2012). Opiater virker smertestillende, gir en lystopplevelse og er svært avhengighetsdannende (Jellestad 2012) Langvarig bruk av opiatere kan føre til reduksjon av kjønnshormoner, menstruasjonsforstyrrelser, redusert fruktbarhet, redusert libido, redusert matlyst, vekttap og dårlig ernæring. Det er også stor risiko for overdose, særlig i kombinasjon med benzodiazepiner. Heroin er et stoff man ofte setter med sprøyte. Sprøytebruken fører til ødelagte blodkar, skade av vev, blodpropp i armer og ben, hudinfeksjoner, hepatitt, HIV, blodforgiftning som kan gi infeksjon i hjerteklaffene (Evjen m.fl. 2012).

Flere av de som har en opiatavhengighet vil også benytte andre rusmidler, som amfetamin og cannabis. Amfetamin er et sentralstimulerende stoff som gir økt følelse av energi og våkenhet (Fekjær 2011). Langvarig bruk av amfetamin fører til økt risiko for hjerneblødning, hjerteinfarkt og vekttap (Evjen m.fl. 2012). Cannabis er en plante. I Norge brukes ofte hasj som er plantedeler av cannabis presset til klumper. Cannabis kan gjøre en rolig og mindre utagerende (Fekjær 2011). Langvarig bruk av cannabis kan gi hormonforstyrrelser, immunsvikt, hjerteinfarkt og kognitiv svikt. Cannabis røykes og røykingen kan gi lungeproblemer som KOLS og lungekreft (Evjen m.fl. 2012). I tillegg vil et langvarig rusmiddelmisbruk være knyttet til livsstilsproblemer, som dårlig ernæring, som kan skyldes vaner og livsstil, men også er en direkte bivirkning av rusmiddelet. Dårlig tannhelse er også et problem som kan skyldes dårlig kosthold, dårlig tannhygiene og en virkning av stoffer som amfetamin og opiatere (Evjen m.fl. 2012). I tillegg kan alle rusmidler utløse psykotiske symptomer. Noen rusmidler, som cannabis og amfetamin, gjør det oftere og raskere enn andre (Grønningsæter 2014).

Bivirkningene på LAR medikamentene er heller ikke ubetydelige. Buprenorfin, som er virkningsstoffet i Subutex og Subuxone, særlig i kombinasjon med benzodiazepiner kan føre til overdose (Evjen m.fl. 2012). Metadon er en full agonist, som vil si at effekten blir sterkere ved høyere dose (Helsedirektoratet 2014). Det vil si at det er mulig å ta overdose på metadon.

## 2.2 RUS OG PSYKIATRI – LIDELSER

Rus og psykiatri lidelse, heretter kalt rop-lidelser, er når en person som har en rusavhengighet også lider av en alvorlig psykisk lidelse. Det kan være vanskelig å behandle dem siden det vil være usikkert hva som kom først. Er den psykiske lidelsen forårsaket av rusen eller ruser personen seg for å dempe den alvorlige psykiske lidelsen? Det kan da være, for å behandle Rop-lidelser, at en må tenke forebyggende arbeid i form av opplysnings- og holdningskampanjer for å forhindre rusmisbruk (Kringlen 2011). Ifølge Kringlen må det foreligge en detaljert sykdomshistorikk for å kunne få et bedre bilde av årsakssammenhengen mellom rus og psykiatri.

Ifølge Fekjær (2011) er pasienter med Rop-lidelser vanskeligere å behandle enn andre pasienter, og dette kan være fordi pasientene ofte viser en svakere effekt av behandlingene både medikamentbehandling og miljørettet behandling. Det vises ofte at siden hjelpeapparatet har en dårlig erfaring med behandling av disse pasientene så fører det til at de får en dårligere behandling enn andre pasienter. Før var det mye fokus på at hjelpeapparatet måtte behandle rus og psykiatri-lidelsene hver for seg, men dette er noe man har gått bort ifra i dag. I dag er tanken at man skal foreta en integrert behandling av begge lidelsene på en gang. Men ifølge Fekjær er det ofte slik at de som er psykotisk ofte behandles i psykiatrien, mens de som har en antisosial personlighetsforstyrrelse ofte behandles i rustiltak (Fekjær 2011).

Det kan også være utfordrende å skulle behandle pasienter med Rop-lidelser akutt, da det er vanskelig å si hvilke rusmidler en er påvirket av. Det kan være vanskelig å skille mellom en rusutløst psykose og en «ordinær» psykose. For pasienter som starter opp i LAR, som også har en Rop-lidelse, vil det være viktig at også de behandles for sin psykiske lidelse. For eksempel med medikamenter, dersom fordelen med medikamentet er større enn ulempen med medikamenter. Hos pasienter med en Rop-lidelse vil det ofte være andre ting som står i fokus,

og det vil da kunne være viktig med medikamenter for å få kontroll på det sosiale kaoset som ofte følger med en Rop-lidelse (Evjen m.fl. 2012).

## 2.3 MOTIVERENDE INTERVJU

Manglende motivasjon til endring er et av de vanligste problemene som man møter ved behandling av personer med Rop-lidelser. Derfor kan Motiverende intervju være en metode som kan brukes for å styrke brukerens motivasjon til å endre sin livsstil. Ved bruk av Motiverende intervju på personer med Rop-lidelser vil det primære målet være å få brukeren til å forstå at det er rusmisbruket som forhindrer dem i å nå målene sine. Motiverende intervju kan også brukes i familiebehandlinger og gruppebehandlinger (Mueser m.fl. 2006)

Motiverende intervju er sentralt å bruke i rusbehandling da motivasjonen til brukerne ofte er ambivalent. Når man bruker motiverende intervju er det viktig å vise *empati, bygge mestringstillit, «rull med motstanden», påvise motsetninger og akseptere ambivalens*. Man viser empati i Motiverende intervju ved at man som behandler viser en forståelse for hvordan klienten ser verden. Man skal vise en aksept for klienten og dens tanker og følelser. Å bygge mestringstillit vil si å hjelpe klienten til å bli bevisst egne muligheter for å endre seg. «Rull med motstanderen» vil si at man prøver å få klienten til å finne egne løsninger på problemene sine. Påvise motsetninger handler om å få klienten til å se at små endringer kan føre til å bedre hverdagen deres. Ved at behandleren aksepterer at klienten er ambivalent kan det føre til at klienten får en opplevelse av selvbestemmelse om endringer i sin levemåte (Fekjær 2011)

## 2.4 BRUKERMEDVIRKNING

Mennesker bør ha en rett til å bestemme over sitt eget liv, rett til å være med på å ta avgjørelser som angår dem. Ifølge Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opiatavhengighet er brukermedvirkning noe som bør stå sentralt i rehabiliteringen. Brukermedvirkning i Lar gjør at pasienten har mulighet til å bestemme aktivt hvordan rehabiliteringen skal foregå og hva han/hun ser for seg skal til for å lykkes i å oppnå stabilitet i hverdagen.

### 2.4.1 EMPOWERMENT

Empowerment innebærer at pasienten gis makt til å ta kontroll over sitt eget liv. Målet ved Empowerment er at pasienten skal klare å øke makten sin slik at en kan klare å endre de forholdene som har ført til problemet. Gjennom Empowerment/myndiggjøring drar man frem de ressursene som pasienten besitter fra før av. Når man bruker Empowerment betrakter man pasienten som en som skal kunne ta beslutninger over eget liv. Man skal høre på hva pasienten mener er problemet og hva pasienten mener kan være løsningen, slik at pasienten får kontroll og makt over eget liv. Empowerment er en sentral holdning som det bør jobbes etter i sosialt arbeid (Slettebø 2000).

### 2.4.2 INDIVIDUELL PLAN

Individuell plan kan være en form for brukermedvirkning der det er brukeren sine ønsker og behov som blir vurdert. Når man skal sette opp en Individuell plan er det brukeren som selv bestemmer hva den skal inneholde og hva han/hun selv mener en trenger hjelp til.

*«Pasientrettighetsloven paragraf 2-5 regulerer retten til individuell plan og innebærer at personer som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerende tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan» (Glavin og Erdal 2013:161).*

Individuell plan skal gi en oversikt over behov som den enkelte bruker har. I en individuell plan skal det være en koordinator som har den overordnede oversikten over at planer fungerer slik det er tenkt (Glavin og Erdal 2013).

### 2.4.3 ANSVARSGRUPPER

Ofte blir det satt opp en ansvarsgruppe rundt brukeren slik at hjelpe- apparatet kan få et tettere samarbeid og hjelpe brukeren til å nå sine mål. Ansvarsgrupper er en sammensatt gruppe på kommunalt nivå som består av en gruppe tverrfaglige personer som jobber rundt en bruker som har et sammensatt hjelpebehov. I ansvarsgruppen blir det ofte jobbet etter Individuell plan (Glavin, Erdal, 2013). Deltakere i denne gruppen kan være fastlegen, representant fra Nav, representant fra Ruseheten, psykolog og familie.

## 2.5 NETTVERK

Sosialt nettverk handler om relasjoner mellom mennesker. Å ha et trygt sosialt nettverk er viktig for at vi mennesker skal kunne danne vår identitet. Nettverket vårt kan si noe om hvem vi er og det vi gjør (Fyrand 2010).

Ifølge Schiefloe sin teori om det sosiale behovstrianglet kan man se hvordan våre sosiale behov kan ha en innvirkning på vår trivsel og vår fungering i nettverket. Schiefloe beskriver videre i sin teori at det 3 tilstander som er viktig for å nå målene slik at en kan fungere i nettverket. For å kunne nå målet om å bli en del av *felleskap*, få *anerkjennelse* og få *forståelse* må en kunne *føle trygghet*, *ser mening i tilværelsen* og *føle tilhørighet* (Fyrand 2010). For en person som er en del av en rusnettverk kan det tenkes at det er der han kan føle en tilhørighet, det er der han blir akseptert for den han er. Det vil ikke være noe press på han om å måtte bli rusfri, eller endre sin livsstil. Ofte er det slik at familie og andre nære personer gir opp og trekker seg bort fra rusmisbrukeren. Det kan bli for tøft å skulle stå i en slik situasjon over tid, det vil da ofte være mange brutte løfter og det kan tenkes at det vil være et stort psykisk press for familien.

Fyrand (2010) beskriver i sin bok Sosialt nettverk at det å føle at man mestrer noe i livet fører til bedre selvtillit, og god selvtillit er noe som er med på å bedre den fysiske og psykiske helsen vår. Et godt støttende nettverk er med andre ord viktig for å kunne opprettholde en god helse. Videre forklarer Fyrand at forholdet mellom et godt nettverk og helse kan forstås ut ifra direkteeffektteorien og bufferteorien. *Bufferteorien* forteller oss at det å ha sosial støtte hjelper oss til å danne en buffer mot ulike typer av negative påkjenninger i livene våre slik at vi klarer å takle dem på en bedre måte. Ifølge *direkteeffektteorien* er det å ha støttende relasjoner i nettverket vårt med på å ha en forebyggende effekt på sykdommer. Det kan derfor være viktig å kartlegge nettverket til en bruker for å bedre hans livsstil. På den måte kan de viktige personene i nettverket hans forsterkes slik at han skal kunne føle en positiv tilhørighet til dem, slik at han skal kunne få en bedre motivasjon til å komme seg bort fra rusen og inn i et bedre nettverk. Man kan da på et ansvarsgruppemøte hjelpe brukeren til å sette opp et nettverkskart for å kunne klare å se de negative og de positive sidene med nettverket sitt. Det handler da om å hjelpe han til å ta tak i de positive relasjonene som han har rundt seg og sanere de negative.

## 2.6 STIGMATISERING

Stigmatisering handler om hvordan personer knyttet til et avvik ser på seg selv, men også hvordan de oppfattes av samfunnet.

*«Stigmatisering er en prosess hvor mennesket formes av avviket og omgivelsens fortolkning av dets konsekvenser for den som er merket.» (Solstad 2011:57)*

Det å oppleve seg som stigmatisert fører, for den enkelte, til tap av selvrespekt og verdighet og er med på å ekskludere den fra det store fellesskapet (Solstad 2011). Det å ruse seg på illegale rusmidler kan defineres som en form for avvik. Dermed vil de fleste rusavhengige oppleve seg som stigmatisert. Og i samfunnet vil man oppleve å bli behandlet som en rusavhengig, ikke som en likeverdig.

## 2.7 NASJONAL RETNINGSLINJE FOR LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING VED OPIATAVHENGIGHET

Fra 2003 til 2004 ble det gjennomført en evaluering av LAR. I evalueringen ble det påvist store regionale ulikheter i LAR i Norge, som må skyldes sedvane og ideologi mer enn forskningsbasert kunnskap. Det ble også påvist at en stor andel LAR-pasienter ikke fikk den sosialfaglige oppfølgingen de hadde behov for. Og med utgangspunkt i disse funnene ble det startet en utarbeidelse av en felles faglig retningslinje og en forskrift (Helsedirektoratet 2014).

Målet med retningslinjene er å sikre at LAR tilbudet samsvarer med forskningsbasert kunnskap, å rette opp uønskede regionale forskjeller, og harmonisere LAR tilbudet med rusreformen og få brukermedvirkning sterkere inn i regelverket rundt LAR (ibid).

Retningslinjene legger føringer i forhold til hvordan LAR skal organiseres, hvordan hele prosessen med innskriving i LAR skal fungere, og hvordan kontroll og oppfølging bør gjennomføres. Retningslinjen inneholder også LAR – forskriften med merknader som vedlegg.

Retningslinjene er et nyttig oppslagsverk for alle tjenesteutøvere som arbeider med LAR-pasienter.

## 2.8 BOLIGPOLITISK HANDLINGSPLAN 2014 – 2017 BODØ KOMMUNE

Boligpolitisk handlingsplan er et strategisk og styrende dokument for kommunens boligpolitiske arbeid. Det inneholder 3 målområder: Generell boligutvikling, Bolig sosiale forhold og organisering, samarbeid og kompetanse.

I kapittelet om boligsosiale forhold har de nevnt en rekke utfordringer Bodø kommune har i forhold til mangel på kommunale boliger, etterslep i forhold til enkelte grupper og ugunstige forhold i enkelte kommunale boligområder. Og det er satt opp en handlingsplan frem mot 2017 som adresserer noen av utfordringene.

Bolig er et eget kapittel i Retningslinje for legemiddelassistert behandling, og vi mente derfor det var interessant å se på hvilke planer som er tenkt, fra kommunalt hold, i forhold til LAR-pasientene.

## 2.9 SERAF – RAPPORTEN 2013

Senter for rus og avhengighetsforskning, SERAF, gir årlig ut en rapport om LAR. Rapporten gir en statistisk oversikt over situasjonen innenfor LAR, fra hvor mange som er i behandling, menn/kvinner, til hvor mange som har bolig, er i jobb, osv. Vi bruker denne rapporten for å få tallfestet en del forhold ved LAR, for eksempel hvor mange som er i jobb og hvor mange som har egen bolig.

## 3.0 METODE

I følge Jacobsen (2013) går enhver undersøkelse gjennom klare faser. Den første er utviklingen av problemstillingen. For å komme frem til en problemstilling måtte vi først bli enig om et tema eller forskningsobjekt. Vi valgte LAR siden det var et tema en av oss hadde erfaring med, og den andre ønsket å vite mer om. Det neste i prosessen var å finne frem mest mulig informasjon om emnet. Dette gjorde vi gjennom å foreta litteratursøk på universitetsbibliotekets søkemotorer. Det var mye informasjon om tema men ingen med helt



den samme vinklingen som vi ønsket. Vi tok utgangspunkt i denne vinklingen og formulerte vår problemstilling. Selve formuleringen var en liten prosess i seg selv. Vi visste hva vi ønsket å undersøke, men å få det formulert i en presis setning var ikke lett.

### 3.1 VALG AV METODE

Neste skritt på veien var valg av metode. For oss falt valget umiddelbart på kvalitativ metode. Dette var for oss det mest naturlige valget i forhold til vår problemstilling. Kvantitativ metode ville ikke gitt oss det samme innblikket i fagpersonenes synspunkter og engasjement. Vår problemstilling stiller spørsmål om hvordan noe foregår. Dette er en type eksplorerende problemstilling, altså en utforskende problemstilling. Ved en slik eksplorerende problemstilling, må man velge en metode egnet for å få fram mange nyanser, det kreves konsentrasjon om noen få enheter. (Jacobsen 2013). Med utgangspunkt i dette valgte vi semi-strukturert intervju, med intervjuguide.

*«Formålet med et intervju er å fremskaffe fylldig og beskrivende informasjon om hvordan andre mennesker opplever ulike sider ved sin livssituasjon.» (Dalen 2013:13)*

Gjennom intervjuene håpet vi å få bedre innsikt i hvilken oppfatning personen som jobber i rusfeltet har til LAR, hva oppleves som vellykket ved oppfølgingen i LAR, og hva som er utfordringene til oppfølgingen i LAR. Vi ønsket å se og føle engasjementet og eventuelt frustrasjonen bak svarene. Dette håpet vi å oppnå gjennom å observere informantens kroppsspråk og aktivt lytte til hva informanten sier og hvordan det blir sagt.

Vi vurderte egentlig aldri å intervju pasientene i LAR, og vi reflekterte litt over hvorfor. Vi mente det ville være lettere å få et bredere perspektiv fra fagfolkene. Pasienter i LAR vil naturligvis være opptatt av sin egen situasjon, og muligens ikke like fokusert på de overordnede utfordringene ved deres rehabilitering. Vi kunne sikkert oppnådd en dypere forståelse for hvordan det er å være pasient i LAR, men det var ikke dette perspektivet vi ønsket i denne studien.

## 3.2 UTVALG

Etter å ha utformet problemstillingen og valgt metode startet arbeidet med å skaffe informanter. En av oss jobber innenfor rusfeltet og ble tipset av sin sjef om hvilke instanser vi burde ta kontakt med. Det var viktig for oss at informantene skulle representere en bredde i rusfeltet. Så vi valgte å foreta et utvalg etter breddeprinsippet. Breddeprinsippet handler om å få en representant fra alle områdene som er relevante for vår studie (Jacobsen 2013). Vi ønsket representanter fra hele LAR prosessen, både fra spesialisthelsetjenesten, rehabiliteringsfeltet og oppfølgingsfeltet. Det var også viktig for oss at de hadde direkte kontakt med LAR pasientene, og ikke bare rusfeltet som sådan. Vi endte opp med et utvalg på fem, som er relativt få, men representerer en bredde i feltet. Siden vårt hovedfokus er oppfølging, er også hovedvekten av informantene hentet fra oppfølgingsiden av hjelpeapparatet.

Informantene jobber ved LAR avd. Nordlandssykehuset, kommunens oppfølgingstjeneste, kommunens rusenhet, og et bokollektiv for pasienter i LAR drevet av en ideell organisasjon. Informantene representerer også en bredde i forhold til utdannelse, alder og kjønn.

Informant 1 er mann, 35 år, utdannet psykolog. Informant 2 er mann, 59 år, utdannet sosionom. Informant 3 er kvinne, 50 år, utdannet psykiatrisk sykepleier. Informant 4 er kvinne, utdannet sosionom med videreutdanning innen rus og psykiatri. Informant 5, som var med på det fjerde intervjuet, er mann og utdannet sosionom. Alle hadde forholdsvis lang erfaring i feltet.

## 3.3 INTERVJUGUIDE

Parallelt med arbeidet for å skaffe informanter startet vi utarbeidelsen av intervjuguiden. Vi valgte bevisst at den skulle være ganske åpen og fleksibel. Dette fordi vi ønsket fri flyt i samtalen, og at informanten selv skulle få formulere seg mest mulig fritt. Samtidig var det viktig for oss å komme innom de samme temaene i hvert intervju, for å ha et materiale å sammenligne. Temaene hentet vi fra Retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering. I utformingen hadde vi «Traktprinsippet» i bakhodet, vi startet med spørsmål i randsonen i forhold til de mer sentrale temaene (Dalen 2013). Dette gjorde vi for «å varme opp» informanten, noe som gjør inngangen til intervjuet mer komfortabelt.

### 3.4 INTERVJUENE

Vår første kontakt med informantene var en telefonsamtale. I den samtalen presenterte vi prosjektet vårt kort, og spurte om de var interessert i å delta på et intervju. Vi avtalte tid og sted over telefon med de som ønsket å delta, og sendte bekreftelse på avtale via mail. Noen trengte litt betenkningstid i forhold til hvem som kunne stille, så dem måtte vi ringe opp etter noen dager, men alle var positive til å delta. I mailen la vi ved en litt grundigere beskrivelse av prosjektet, samt en samtykkeerklæring, med informasjon om deres rettigheter som informanter.

Vi valgte å intervju dem på deres arbeidsplass. Dette gjorde vi bevisst fordi vi tenkte det ville gjøre dem mer avslappet og trygg, siden de var på hjemmebane. Og fordi det tidsmessig ville være enklere for dem. Vi merket i vår ringerunde at dette var en gruppe som hadde mye å gjøre, og det ønsket vi å ta hensyn til.

Før intervjuene snakket reflekterte vi over viktigheten av å lytte oppmerksom og ikke gi uttrykk for våre egne meninger i intervjuet. I følge Dalen (2011) er det å lytte og la intervjuobjektet får tid til å snakke uavbrutt viktig for å kunne bruke intervjuet i forskningssammenheng.

Vi møtte opp til intervjuene opplagte og presentabelt kledd. Vi ønsket å fremstå som profesjonell. Etter en hilserunde og en kort samtale om prosjektet ba vi om tillatelse til å foreta lydopptak av intervjuet. Før intervjuene ble vi enig om å utelate den første delen av intervjuet, som omhandlet informantens stilling og utdannelse, fra lydopptaket. Dette for å sikre informantens anonymitet enda bedre.

Vi var nervøse før det første intervjuet, ingen av oss har noe erfaring med dette fra tidligere. Nervøsiteten lå nok i luften ei stund ut i intervjuet, men informanten var veldig imøtekommende og hyggelig så vi fikk til en ganske god samtale likevel. Nervøsiteten førte også til en uventet munntørrhet hos en av oss, noe som gjorde det vanskelig for henne å stille spørsmål. Men den andre tok over, så vi fikk den informasjonen vi trengte. Informanten fremsto som profesjonell og faglig sterk. Han forholdt seg til fakta og intensjonene ved LAR, uten å vise noe sterkt følelsesmessig engasjement. Men vi opplevde ham samtidig som veldig ærlig på hvilke utfordringer det var i forhold til oppfølgingen av LAR pasientene.

Ved det andre intervjuet var vi mindre nervøse. Vi sørget for å drikke godt med vann før vi gikk inn, og takket ja til tilbudet om drikke fra informanten. Dette var også med på å lette

stemningen noe. Det å snakke over en kopp kaffe gjorde samtalen mer naturlig. Denne informanten opplevde vi som veldig engasjert, og veldig opptatt av å stille seg selv i et godt lys. Han snakket veldig mye, hadde mange historier, og hadde forholdsvis sterke meninger. Vi trengte nesten ikke stille spørsmålene våre, men kom innom alle temaene likevel.

I det tredje intervjuet ble vi servert vann, så ingen munntørkhetsproblemer her. Vi fikk tidlig i intervjuet vite at informanten ikke hadde så mye direkte kontakt med LAR pasientene lengre. Likevel viste hun stor innsikt i forhold til alle temaene vi var innom, og har tidligere lang erfaring med denne gruppen. Informanten var profesjonell, men virket litt mer nølende i sine uttalelser. Vi var usikker på om det var et tegn på usikkerhet eller bare et personlighetstrekk.

I det fjerde intervjuet ble vi overrasket med en ekstra informant, slik at vi intervjuet to informanter samtidig. Dette gjorde hele intervjuet mye mer interessant. Gjennom å observere samspillet dem imellom ble nyanser som blikk og andre gester med på å understreke meninger og holdninger som kom frem. De utfylte også hverandres uttalelser, noe som gav oss mer informasjon enn vi ville fått i et individuelt intervju.

Siden dette kom litt overraskende på oss hadde vi ikke fordelt oppgaven som observator og intervjuer. Noe som kanskje førte til at vi gikk glipp av enkelte detaljer i deres samspill, siden det naturlige er å se på den som snakker og ikke den som lytter. Alt i alt opplevde vi dette som et godt intervju.

Etter hvert intervju brukte vi litt tid på å reflektere over hva som ble sagt. Det var ikke alltid vi var helt enige om riktigheten i det som ble sagt. Dette kommer nok av at en av oss har erfaringer med LAR pasienter, og i så henseende har flere forforståelser i forhold til tema. Mens den andre av oss ikke har noe erfaring med dette, og hører det som blir sagt uten å bli farget av tilsvarende forforståelse. Denne forskjellen i erfaring innenfor feltet gjorde at vi utfylte hverandre. Og diskusjonene som oppsto etter hvert intervju gav oss en dypere forståelse av hva som var sagt.

### 3.5 BEARBEIDING AV DATAMATERIALET

Analysen startet ved å transkribere intervjuene. Hvert intervju ble skrevet ned ordrett slik det ble sagt. Vi tok også med lyder i form av sukking, lange pust, latter og «tenkelyder» som hm, eh og sss. Deretter kodet vi informasjonen i forhold til de temaene vi ønsket å drøfte videre.

Temaene hentet vi fra Retningslinjen, der temaene er nevnt som viktige elementer i rehabiliteringsprosessen. Vi utformet et dokument for hvert tema hvor vi delte inn utsagnene etter hvem som kom med dem. Videre har vi plukket ut de viktigste utsagnene fra hvert tema, og benyttet dem enten som direkte sitat eller som bearbeidet tekst i analysedelen.

### 3.6 VALIDITET

I dette kapitlet har vi prøvd å gi en så nøyaktig beskrivelse av undersøkelsesprosessen som mulig. Vi har også nevnt de vurderingene vi har gjort underveis. Vi har valgt teorikilder som er oppdaterte og relevante for tema. Vi har intervjuet relativt få informanter, men føler de representerer en slik bredde i fagområdet at funnene likevel vil kunne være generaliserbar.

## 4.0 ANALYSE

I denne analysedelen tar vi for oss den data vi har hentet inn, og ønsker å belyse disse med utgangspunkt i de teoretiske perspektiver som tidligere er presentert. Vi har valgt å drøfte informantene utsagn opp mot hverandre for å få frem enigheter og uenigheter, fellestrekk og forskjeller. I presentasjonen av informantenes utsagn har vi brukt en kombinasjon av direkte sitat og bearbeidet tekst. Vi har valgt å dele inn analysedelen i overordnede temaer, basert på krav til god oppfølging i Retningslinjen.

### 4.1 RUSMESTRING

«Det foreligger ikke dokumentasjon på at urinprøvekontroller bidrar til å redusere uønskete hendelser i substitusjonsbehandling. Overvåkede urinprøver anses som svært integritetskrenkende av mange pasienter. På den annen side er det viktig å sikre at substitusjonsbehandlingen ikke påvirkes av rusmidler som kan redusere sikkerheten i behandlingen. Urinprøver bidrar derfor, sammen med en klinisk vurdering, særlig i en oppstartsperiode, til å sikre en forsvarlig behandling av pasienten.»

(Helsedirektoratet 2014)

Helsedirektoratet(2014) er relativt moderate i sine forventninger til urinprøvekontrollen. I følge dem er hensikten med urinprøvene et tiltak for å sikre riktig medisinerings. Slik har det ikke alltid vært. Tidligere risikerte LAR pasientene å bli kastet ut av LAR dersom de viste urene prøver. «Der LAR sånn historisk sett var mer sanksjonsbasert, det var et krav om rusfrihet og nådde man ikke det så blei man skrevet ut.» forteller en informant.

*«Det blir et etisk problem hvis vi skulle ha skrevet noen ut for om de røyker cannabis eller amfetamin eller hva det skulle være. At de potensielt kan risikere å dø som følge av det.» (Informant 1)*

Informanten mener det kan sammenlignes med å skrive ut en pasient fra psykiatrien fordi vedkommende viser angst eller psykosesymptomer. Og det kan nok stemme ganske bra. Et sidemisbruk er en del av rusavhengigheten. Selv om pasienten får medisin til å døyve suget etter opiat, vil ikke det fjerne behovet for andre rusmidler som pasienten kanskje alltid har brukt ved siden av opiatet. Informant 1 ønsker heller et fokus på å motivere til endring. Og ut i fra de konsekvensene en langvarig rusavhengighet har rent nevrologisk sett, ifølge Jellestad (2012), vil dette sannsynligvis være utfordrende nok.

#### 4.1.1. SIDEMISBRUK

Alle informantene forteller at de fleste LAR pasientene har et sidemisbruk. En av informantene mener ikke alle ønsker å slutte med alt av rusmidler. Dette, tror vi, kanskje handler mer om en manglende motivasjon til å gjennomgå den prosessen det å bli helt rusfri krever.

*«Det er for mye uro, og særlig med folk som går på amfetamin, den uroen når de skal jage sine spøkelser og demoner så er det mer rus. Også blir de helt apekatter og sprellemenn altså.» (Informant 2)*

En annen informant forteller om pasienter som har et sidemisbruk fordi de er urolige og plaget med angst. Så slik vi tolker det kan sidemisbruk være en indikasjon på underliggende psykiatriske lidelser som pasientene selvmedisinerer med rusmidler.

#### 4.1.2 KONTROLLTILTAK

Urinprøvene som tas av pasienter i LAR har til hensikt å kartlegge sidemisbruket, og få et bilde av pasientens rusmestring. Slik som situasjonen er i dag, i følge en av informantene, kan konsekvensen av et sidemisbruk føre til at det blir gjort vurderinger i forhold til type medikament, utleveringsordning og hyppigere urinprøvetaking.

*«Vi ser bare at det kravet som de har for å levere jevnlig urinprøver en eller opptil to ganger i uken og da e det jo stort sett på legevakta at det skal foregå, det e der de tar imot dem. Og æ var der for en måneds tid siden og da fikk æ litt oversikt over korsn ting foregår der, av cirka 100 stykk, 100 personer som skal levere jevnlig så var det i februar, æ trur det var mellom 12 og 15 stykk som har vært innom og levert urinprøver. Det blir ikke noe reaksjon ifra LAR sin side på det.» (Informant 4)*

Men vi tenker det kanskje kan få alvorlige konsekvenser for pasienten ikke å møte til urinprøvetaking. Fordi vi vet at kombinasjonen mellom rusmidler og LAR-medikamentene i verste fall kan føre til overdose. En av informantene opplever at det er mange ulike meninger om sanksjoner i LAR. Han forteller at noen ønsker et strengere system, fordi de mener det var mye bedre før og mindre rus. En annen reflekterer over hvorvidt man burde vært mer rigid på kontrollorganet i forhold til urinprøver og henteordninger. Men hun ser samtidig at det vil virke innskrenkende på friheten til folk dersom de er nødt å hente medisin og ta den under tilsyn hver dag.

*«Men det e jo med på å hindre at andre blir hekta på den her medisinen, videresalg og sidemisbruk ...» (Informant 4).*

Så da spør vi oss, hva bør veie tyngst menneskets rett til frihet eller samfunnets, og for den saks skyld pasientens, behov for beskyttelse? Dersom pasienter i LAR får utlevert sine medikamenter for en uke av gangen, kan de velge hvorvidt de ønsker å ta den selv eller selge den videre, og heller ta for eksempel amfetamin. En av informantene forteller at de ser lekkasjen, for de opplever at enkelte blir rekruttert inn i et misbruk på tunge opiater. Og han opplever at dersom de strammer inn på henteordningene kommer det flere nye søknader til LAR.

## 4.2 PSYKISKE OG SOMATISKE LIDELSER

*«Det man vet om LAR som er godt dokumentert så er det å redusere risikoen for overdose betraktelig. Redusere kriminalitet også sykkelighet og det er bedre for oss og det er bedre rusmestring. Det er de parameterne vi vet mest om. Også kan man jo si at altså ut i fra det at LAR gir et fundament for at man skal få en bedre livskvalitet. Men det er ikke noe som er gitt, det e altså viktig å si at selv om man tar et medikament så vil ikke verden bli annerledes av den grunnen, det gir en mulighet for en stabil hverdag. Du har ikke det behovet eller rushet for å skaffe deg, skaffe deg opiater»*  
(Informant 1).

Informanten mener at de som startet i LAR har en høyere sykkelighet både somatisk og psykisk enn populasjon for øvrig. Dersom man har år som rusmisbruker bak seg vil det sannsynligvis ha en negativ innvirkning på helsen vår. Den livsstilen som mange rusmisbrukere har kan også ha innvirkning på den somatiske og psykiske lidelser.

*«Vi erfarer at de sliter med angst, depresjon, med sorg og tapsopplevelser, brutte relasjoner, hepatitt C, kroniske fysiske lidelser, sår og underernæring.»* forteller informant 3. Ofte kan det være flere faktorer som spiller inn i hvordan en LAR pasient har det både psykisk og somatisk. Vi vet at rusen gjør skader på kropp og sinn. For hjelpeapparatet kan det være vanskelig å behandle disse lidelsene da det kan være utfordrende å skille hva som har forårsaket hva. Kommer psykosen som en psykisk lidelse eller er det rusen som har utløst den. For en LAR pasient kan dette føre til at han/hun føler seg sviktet av hjelpeapparatet da en ikke alltid får den hjelpen en trenger i forhold til de psykiske lidelsene som mange har  
(Fekjær 2111).

### 4.2.1 ERNÆRING

*«En som hadde tatt doktorgrad på det med ernærings status og at mange overdose dødsfall kunne ha vært unngått hvis folk hadde en bedre ernæring, fikk spist regelmessig og riktig mat. Da snakker vi om det at Bodø er så heldige at vi har Bymisjon og Frelsesarmeen som har matservering på alle hverdager, de dekker opp hverandre men veldig mange rekker jo ikke åpningstiden, det her med å kunne ha hatt noe på kvelden altså være mere, tenke litt mere ut fra når folk er å treffe»*

(Informant 1).



Det kan være at denne pasientgruppen har ekstra vansker med å forholde seg til avtaler, da det ofte kan være andre ting som står i fokus. Stresset de kan føle i hverdager i forhold til blant annet psykiske utfordringer, kan gjøre at det å spise ikke blir like viktig som det er nødvendig. Det vi vet at mange benytter seg av matserveringen på disse stedene. Det kan også tenkes at det er bra at det er faste åpningstider slik at de er nødt til å forholde seg til dem og at det blir stilt krav om at de må møte innenfor en gitt tidsramme, ellers er det ingen servering.

#### 4.2.2 TANNHELSE

Ifølge Helsedirektoratet 2014 så kan dårlig ernæring føre til dårlig tannhelse. Det vil derfor være viktig for mange å få ordnet på tennene sine. År med rusmisbruk kan også føre til tannproblemer. Økonomiske problemer kan gjøre at mange ikke prioriterer tennene sine, da det kan tenkes det er andre ting de heller trenger penger til.

Informant 4 og 5 snakker om noe som virkelig fungerer med LAR og det er ordningen med dekt tannlegebehandling for LAR pasienter. «Det er faktisk en ting som vi opplever kanskje fungerer best, utrolig smidige og flotte tannleger» sier informant 5. Han sier også at til motivasjon kan være at det ofte ligger litt «Benzo» i luften. Det kan da være at mange sliter med «tannlege skrekk» slik at de ikke kommer seg til tannlegen uten å ha beroligende stoffer i seg slik som Benzodiazepiner. Ifølge Helsedirektoratet 2014 advares det mot å skrive ut Benzodiazepiner til LAR pasienter da disse kan svekke effekten av LAR medisin.

#### 4.2.3 RUS OG PSYKIATRI-LIDELSER

*«Rus og psykiatri skal gå i lag men e det på psykiatriske poster så vil de ikke har rusen og omvendt. På rusinstitusjoner så vil de ikke ha psykiatrien. Så det blir veldig vanskelig ...» (Informant 4)*

Det kan være vanskelig for skille om hva som kom først, har en ruset seg til en psykisk lidelse eller har man en psykisk lidelse som man prøver å ruse bort. Dette kan føre til at pasienter går rundt med ubehandlet angst, ADHD og mer. Det man vet er at pasienter som har en psykose bør behandles i psykiatrien mens de som har en antisosial personlighetsforstyrrelse bør behandles i rustiltak (Fekjær 2011).

I følge de fleste informantene har mange LAR pasienter en Rop-lidelse. Informant 4 «Det e vell ingen trur æ som ikke har psykiske lidelser, som er i LAR. Det går jo hånd i hanske.»

Han sier og: «Alle har jo sosial angst, agorafobi og sosial angst det får de på blå resept hos legen sin.» Det kan da være at hvis du ikke har en psykisk lidelse fra før så kan du få det som følge av rusen, og hvis du har en psykisk lidelse så kan det føre til rusmisbruk i form av å ruse den vekk.

*«Men når den psykiske delen blomstrer opp og kommer veldig til uttrykk igjen, så kommer rusen igjen, og sånn går no dagen.» (Informant 2)*

Det kan da tenkes at når en person starter sin ruskarriere med selvmedisinering vil den psykiske lidelsen komme tilbake når han/hun ikke ruser seg. Det kan da være bra med en utredning slik at det kan settes inn miljørettede tiltak som en del av rehabiliteringen.

### 4.3 BRUKERMEDVIRKNING

«Brukermedvirkning i vid forstand – myndiggjøring (Empowerment) – kan defineres som en prosess der pasienten oppnår kontroll over viktige deler av livet sitt.» (Helsedirektoratet 2014)

For å myndiggjøre pasienten er viktig at pasienten blir behandlet med respekt og får komme med sine ønsker og behov for hva pasienten mener er viktig for kunne bedre sin egen livssituasjon. Det kan ses i form av tankene om Empowerment, der man gir makten til pasienten i forhold til rehabiliteringen. Den beste måten å gi makt til pasienten er å se pasienten som en part.

*«Lar i spesialisthelsetjenesten, for det e jo viktig å si at LAR e jo et samarbeidsprosjekt. En eller fire parts modell. Ehh ofte formulert som et trepartssamarbeid, ta men pasienten selv så er det firepartssamarbeid som æ tenke e viktig. Ehh det e LAR i spesialisthelsetjenesten, det e fastlegen, det e kommunen og det e pasienten. Og limet her e på en måte Individuell plan og ansvarsgruppe.» (Informant 1)*

Informant 4 sier, i forhold til oppfølging, at: «utgangspunktet e jo ansvarsgruppemøter og det e nu forskjellig ka den enkelte klient har behov for.» Hvis pasienten ikke opplever å bli møtt med respekt av hjelpeapparatet på ansvarsgruppemøte kan det være vanskelig å klare å motivere til endring.

Individuell plan er noe alle LAR pasienter har rett til å ha. Det er noe som skal hjelpe pasienten og hjelpeapparatet til å få en bedre oversikt over hva pasienten ønsker og har behov for. Det kan da være viktig at hjelpeapparatet, gjennom arbeidet med å utforme en individuell plan, motiverer til endring. Og viser forståelse for hva pasienten mener skal til for endring i forhold til rusmestring, sysselsetting og liknende utfordringer.

*«Det e jo flere som ikke vil ha, som ikke vil på individuell plan, individuell plan tenker æ e en rettighet som pasienten har, og på lik linje har rett å si nei til.» (Informant 1)*

Individuell plan er noe som en pasient kan si både nei og ja til. Når pasient ikke ønsker Individuell plan kan det på den ene siden være en del av brukermedvirkningen å akseptere at han/hun ikke ønsker noe bistand utover LAR-medisinen sin. På den andre siden så handler det om ikke å gi opp, men å fortsette å motivere pasienten til endring og da vil Individuell plan være et viktig arbeidsverktøy for å få en oversikt over behovet. Det kan være en fordel at pasienten har Individuell plan slik at hjelpeapparatet har mulighet til å få en oversikt og prøve å gi den hjelpen som pasienten har behov for.

Motiverende intervju kan være en metode for å motivere pasienten til endring. Ved å bruke motiverende intervju kan man sammen med pasienten komme frem til løsning som kan være med på å danne en videre vei mot et bedre liv (Mueser m.fl. 2006). Får å få til en endring kan det være bra å hjelpe pasienten til å se at det er alle de små endringene som til sammen fører til et bedre liv. På den andre siden kan det være vanskelig hvis pasienten har mange og sammensatte utfordringer til å klare å se de små endringene i det store bildet. Om det å skape vekst sier informant 2: «vi legger opp individuelle planer som kan skape vekst hos hver enkelt.» Og han forteller videre at gjennom samtaler, samvær og aktiviteter kartlegges behov, man finner ut hvor de er og de motiveres for videre tiltak.

Informant 2 forteller også at etter år i ansvarsgruppe, hvor ting fremdeles står på stedet hvil og man er i ferd med å gi opp, da først kommer beboeren med innspill om hva som den mener vil hjelpe og da må man prøve det og.

*«Vi har også jobbet frem en individuell plan. Ja og få ta del i utfordringer som jeg tror mange brukere opplever (...) har drømmer og mål men på grunn av en kaotisk hverdag og rusavhengighet er det vanskelig å få til.» (Informant 3).*

Og informant 3 forteller videre at: «Brukeren strever så pass mye med sitt rusproblem, og også psykiske lidelser, at det blir vanskelig å forholde seg til avtaler.» Informant 3 har og en

opplevelse av at: «Hverdagen går med på å overleve (...) mange er så syke at de blir kasteballer mellom NAV, rusbehandling og psykiatri.» Dette kan forklares gjennom det vi vet om at langvarig rusmiddelavhengighet kan føre til at motivasjon blir hemmet og at evnen til å planlegge reduseres. Det kan da bli vanskelig for pasienten å forholde seg til avtaler når han ofte blir møtt på en nedverdiggende måte. Informant 3 forteller at «de sliter både med egen motivasjon til å holde ut et frivillig opplegg og kanskje også bli avvist når de kanskje en dag NU vil æ gjør noe med livet mitt. Men sånn fungerer ikke behandlingstilbudet i Norge».

*«... noen kan jo ønske oss dit peppern gror selvfølgelig men dagen etter så er det ...  
Og det kan jo handle om så mange ting og frustrasjon og skuffelser og ja.»* (Informant 3)

Pasienten må selv få lov til å bestemme om en skal ta imot hjelp og ikke. Det er kanskje ikke alltid det passer. For pasienten kan det være viktig å bli behandlet med respekt og få en følelse for at en selv bestemmer over eget liv, samtidig så er det ikke greit å ønske noen dit pepperen gror. Hvis hjelpeapparatet viser en forståelse overfor pasienten slik at de forstår at det nødvendigvis ikke noe personlig i slike uttalelser og heller bare å fortsette å tilby hjelp og motivere han/hun til å se hva som skal til for å få til en endring i situasjonen.

#### 4.4 NETTVERK

«Nettverksbygging anses som viktig for at rusmiddelavhengige pasienter skal oppleve sosial tilhørighet utenfor rusmiljøet.» (Helsedirektoratet 2014)

Alle informantene snakker om et utslitt nettverk, om brente broer til familie. «De har svidd av alt av nettverk» sier en av informantene, og med det tenker han nok særlig på familie. Dette gjelder spesielt de eldre pasientene som en annen informant uttrykker det: «De som e eldst av de brukerne vi har, de pasientene som er i LAR, så står de stort sett alene. De har ikke noe nettverk.» Ifølge Retningslinjene som viser til en kvalitativ studie kan dette føre til at de opplever å være ensom uten et nettverk. Dette kan man se i forhold til Bufferteorien og direkteeffektteorien. Ifølge bufferteorien ville pasientene i LAR kunne ha hatt en bedre forutsetning for å takle rehabiliteringen på en god måte dersom de hadde hatt et støttende nettverk. Direkteeffektteorien kan også gi oss en forståelse her. Det kan tenkes at hvis LAR pasientene hadde klart å danne seg et støttende nettverk ville de ha vært bedre rustet til å kunne stå imot sykdommer som er forbundet ved langvarig rusmisbruk.

*«Så e det jo også stor variasjon fra pasienter som er i full jobb og fungerer og ikke ville kunne se noen ting på i det hele tatt hvis man møt dem på gata, til pasienter som vil bære preg av og fortsatt slite med rusproblematikk». (Informant 1)*

Det kan være at grunnen til at akkurat disse pasientene har klart seg, og kommet seg ut av rusnettverket, er at de har de støttende nettverk rundt seg utenfor rusnettverket.

#### 4.4.1 LIMBO

En av informantene sier at ved å komme inn i LAR, hvis man ikke har et rusfritt nettverk, så kommer man fort inn i en slags limbo der man verken er rusavhengig eller en del av det ordinære samfunnet. Derfor velger kanskje mange å vende tilbake til rusnettverket. Flere av de andre informantene er enige om at nettverket forblir det samme etter at de er kommet i LAR, de forblir i rusnettverket. «Den statusen du har etter 25 år e vanskelig å gi slipp på» sier informant 5.

Etter lang tid i et nettverk kan det være vanskelig å komme seg videre og klare å danne seg et nytt nettverk. Det kan være at man søker til det som er kjent, der man føler en trygghet og man har en tilhørighet.

Som rusmisbruker kan det også være at man føler seg stemplet som rusmisbruker og dermed har ekstra store vansker men å komme inn i et nytt og mer stabilt nettverk. Informant 1 hevder at «... et dårlig nettverk, et rusnettverk, er på sett og vis bedre enn ikke å ha noe nettverk.» Informant 3 beskriver hvilken nytte de kan ha av hverandre:

*«... jeg har liksom tenkt litt på det det der med, noen vil jo ha med en annen bruker i et møte og vi blir litt sånn går nå det ann da. Kanskje det er veldig godt å ha med noen som vet hva det handler om.» (Informant 3)*

Det kan tenkes at en rusmisbruker møter på mye stigmatisering rundt i samfunnet, da mange kan ha en holdning om at de ikke er til å stole på. Blant annet fordi de ofte kan har vansker med å holde avtaler. Det kan da være lettere hvis man er to, at de har med seg en som skjønner og de er på samme nivå og det kan være en trygghet i å være to. Men samtidig er dette et miljø de fleste informantene beskriver med ord som kynisk, ingen tillit, uærlighet, stjeling og utnytting.

Hjelpeapparatet prøver å bedre situasjonen for sine pasienter. «Så vi bygger jo nettverkskart da, og begynner å skape relasjoner mot det som har gått tapt.» Forteller informant 2. Det kan være viktig å få sett på de positive og de negative sidene ved nettverket til pasienten slik at en kan ha en mulighet til å beholde de positive relasjonene som den kanskje har igjen i nettverket sitt. Det kan tenkes at dette også kan brukes for å få kontakt med brutte gode relasjoner. Viktigheten av å ha noen positive relasjoner i nettverket sitt kan sees i det sosiale behovstrianglet (Fyrand 2010). Som sagt føler sannsynligvis LAR pasientene seg stigmatisert i samfunnet. Det vil være viktig at dem å ha noen trygge relasjoner utenfor rusnettverket slik at dem kan føle en tilhørighet til samfunnet.

## 4.5 BOLIG

«Det er bred klinisk enighet om at hjelp til bolig og intensiv oppfølging, fortrinnsvis i et rusfritt miljø, er avgjørende for god rehabilitering i LAR.» (Helsedirektoratet 2014)

«Jeg tenker alle har en drøm og et håp om egen bolig.» (Informant 3). Situasjonen i Bodø i dag er slik at det er mangel på kommunale boliger. Alle informantene nevner dette som et stort problem. Også Bolig politiskhandlingsplan for Bodø kommune (2014) sier dette er en stor utfordring. Den oppgir at pr. september 2013 er det 220 personer/husstander i boligkø. Personer med utfordringer innen rus og psykiatri utgjør 31 % av de som har kommunal bolig. Boligpolitisk handlingsplan forteller og at personer innen rus og psykiatri tilhører en gruppe boligsøkere som ikke har blitt prioritert i Bodø kommune de siste årene. Men likevel har 76 % av LAR-pasientene egen bolig ifølge en informant som også sier at «da e det ikke så mørkt som noen kanskje ønske å fortolke det.» Men det vil fortsatt si at 24 % er uten fast bolig.

Hvilken type bolig disse 76 % bor i er ikke nevnt. Er det, som retningslinjene antyder er best, bolig i et rusfritt miljø? I Boligpolitisk handlingsplan oppgis det at det har utviklet seg kommunale boligområder preget av mye uro og støy. Flere av informantene tar også opp dette problemet.

«Og da sa vedkommende sjøl at visst jeg flytter ut dit så er jeg rett i salaten med en gang, så jeg sier nei takk.» (Informant 2)

Utsagnet viser at pasientene selv ikke ønsker å bo i et rusbelastet miljø. De frykter tilbakefall. De frykter kanskje å forbli i et marginalisert miljø, de innser kanskje at dette gjør det vanskeligere å komme ut av rusmiljøet. En av informantene mener at disse kommunale

boligområdene nesten har bidratt til økt stigmatisering. Hun mener videre det har ødelagt for folk at Bodø Kommune ikke har planlagt godt nok. Hun sier det å kunne ha leiligheter i vanlige borettslag og ha en tett oppfølging er noe Bodø kommune skal bli bedre på. Og Bodø kommune har, ifølge Boligpolitisk handlingsplan, blant annet planer om å kjøpe inn fire enkelt boliger i året til blant annet denne gruppen.

*«2.2.5: Anskaffe inntil fire boliger årlig spredt i ordinære bomiljø for målgruppe personer som returnerer fra rusbehandling/rehabilitering eller fengsel, jf. handlingsdel til rusmiddel politisk plan 2011-2016.*

*- Tiltaket ses i sammenheng med tiltak 2.4.3*

*- Finansiering av tiltaket søkes innarbeidet i økonomiplan 2015-2017»*

En av informantene mener at boligmangelen ikke bare handler om politikken i Salten men realpolitikken i Norge generelt. Han sier at «I Norge skal alle eie bolig. Det gjør at det er veldig få boliger som er til leie.» Og med den begrensede tilgangen på boliger til leie vil LAR pasientene stille ganske langt bak i køen for en utleier som i praksis kan velge å vrake.

#### 4.5.1 EVNEN TIL Å BO

En annen utfordring informantene tar opp er evnen til å bo. De fleste LAR pasientene har vært rusavhengig siden ungdomsårene. Og har dermed ruset seg igjennom viktige læringsfaser i livet.

*«Vi erfarer stadig vekk at vi tar for gitt at, dette kan du. Så gir vi deg oppdrag også viser det seg at, nei dette har du aldri lært.» (Informant 2)*

Han forteller også om pasienter som kommer ut i egen hybel eller leilighet som ikke vet hvordan de skal utføre oppgaver knyttet til det å bo. Som snømåking, gulvvask, hente posten, pusse tenner, vaske hender og holde orden rundt seg generelt. Han mener at dette er noe naboene ser, og dermed ekskluderer dem selv. En annen informant forteller om brukere som er kastet ut, gang på gang, for å ha knust, rasert og ødelagt leiligheten.

*«Erfaringsmessig er det meget uheldig å gi bolig til LAR pasienter i hybelhus og lignende der det bor personer i aktiv rus. Likeledes viser erfaring at mange Pasienter i LAR har behov for bolig med tilpassede tjenester og trenger mye oppfølging i bolig for å mestre boligsituasjonen over tid.» (Helsedirektoratet 2014)*

Og kommer videre med følgende anbefaling: «Kommunen bør sørge for tilfredsstillende oppfølging i bolig som et ledd i rehabiliteringsarbeidet.» Likevel påpeker en av informantene at det er personer som risikerer å bli bostedsløse og som allerede bor på gata.

Så det vi ser er at det er en rekke utfordringer i forhold til bolig for LAR-pasienten. Ikke bare er det mangel på kommunal bolig, men det er også utfordringer knyttet til flere av de eksisterende kommunale boligene. Samtidig kan man stille spørsmål ved hvorvidt de evner å bo i egen bolig. Er egen kommunal bolig løsningen, eller bør man satse på flere bemannede omsorgsboliger med bo-trening?

## 4. 6 SYSSELSETNING

«Et overordnet mål i LAR er at pasienten i størst mulig grad skal leve et selvstendig liv. Økt økonomisk uavhengighet gjennom egen arbeidsinntekt oppfattes som et sentralt element i selvstendigjøringen.» (Helsedirektoratet 2014)

I følge Seraf rapporten er 68,5 % av LAR pasienter i region Nord (UNN og Nordlands-sykehuset) uten beskjeftigelse. Og 86,3 % har ikke et dagtilbud. Dette er høye tall. En av våre informanter mener at det ikke er så mange man klarer å dra ut i arbeidslivet. Og kanskje er det noe i det. Retningslinjene sier at erfaringer fra MARY-prosjektet (Metadonassistert rehabilitering i yrkeslivet) viste at det som hindret LAR pasientene å komme inn i en stabil arbeidssituasjon er manglende samtidig oppfølging av psykiatriske utfordringer og for kort tidshorisont (Helsedirektoratet 2014). Så da er man tilbake til det med ubehandlet psykiatri og «Ting tar tid».

### 4.6.1 TILTAK I BODØ

I følge informantene er det en rekke sysselsetningstiltak i Bodø kommune. De som er nevnt er Jobb 1, Ren by, Kom i Jobb, Bodø Industri og Ny Giv. Informant 3 forteller at Jobb 1 og Ren by er prosjekt hvor folk kan møte opp å få penger på dagen for å utføre en jobb.

*«Så Bodø kommune har jo for eksempel mange ulike attføringstiltak og det passa for en god del. Også e det alltid noen som ikke får, ikke finn tilbud.» (Informant 1)*



Informanten beskriver også kirkens bymisjon sine alternativer som best egnet for de som er i aktiv rus. Og dette er jo et viktig poeng, for LAR pasientene som vil ut av miljøet vil ikke disse alternativene være aktuell. En annen informant etterlyser en arbeidsplass som ikke er vernet men som likevel tar hensyn til persons behov. Slik at de kan bli sosialisert inn i andre ting som ikke er preget av deres problematikk. Samtidig vil vi tro det kanskje oppleves som mindre stigmatiserende å ha en «vanlig» jobb. Informanten mener også at det vil være redusert arbeidsevne på de eldste pasientene, og sier «De fleste er jo ut i enten sosialstønad eller uføretrygd.» Så kanskje tenker noen at det er sent for enkelte av de som kommer i LAR, kanskje er de for satt i sin rusatferd til å kunne rehabiliteres fullstendig.

#### 4.6.2 AKTIVITETER

Alle informantene snakker om viktigheten av å tilby aktiviteter til LAR pasientene. Informant 1 sier «Det kan fort bli en ensom tilværelse visst man ikke har et ganske stort fokus på hva skal hverdagen nu innehold.» I tiltaket Ny Giv, som driftes av Kirkens bymisjon, tar man utgangspunkt i personens interesser og kobler dem opp mot en veileder. For eksempel er du interessert i maling kan du kobles på en kunstner og få ordentlig opplæring. Dette kan høres ut som enkel jobb, men det er det ikke nødvendigvis. Sett i sammenheng med den innvirkningen langvarig rusmisbruk har på hjernen, vil det å motivere LAR pasienten til slike aktiviteter ta lang tid. Informant 5 har en formening om at de fleste har et ønske om å kunne gjøre noe på fritiden sin, men de makter ikke å få den stabiliteten i livet som gjør at de kan gjennomføre. «*Ting tar tid*» sier informant 2 og forteller at det tok et par år før de fikk pasientene med i grillhytta, og flere måneder før de ble med i svømmehallen. Han hevder at dersom tilbudet om en aktivitet er stabilt slik at det blir en rutine så forventer beboerne at det skal være der og begynner etter hvert å benytte seg av det. Og slik vi ser det snakker han her om det vi ville definert som enkle aktiviteter, som foregår rett utenfor døra til LAR pasienten. Alt pasienten trenger å gjøre er å ta på seg sko å gå ut i hagen. Men som informanten vår sier: «*Ting tar tid*».

#### 4.7 ØKONOMI

*«Erfaringsmessig vil fokus på økonomi kunne bidra til en bedre rehabiliteringsprosess i LAR» (Helsedirektoratet 2014)*

De fleste av LAR pasientene har økonomiske utfordringer, de lever på uføretrygd, arbeidsavklaringspenger eller sosial stønad. Dette skal dekke vanlige utgifter som husleie, mat, telefon, strøm og røyk. Og som informant 5 sier: «*Det e blitt dyrt å bo i Norge.*» Samtlige av våre informanter driver med økonomisk rådgivning, men det kan være en utfordrende gruppe å hjelpe. Kanskje henger det sammen med de skadeeffektene langvarig bruk av rusmidler har på hjerne. God økonomi krever planlegging, og muligheten til å tenke fremover og se konsekvenser. I tillegg har de en rekke økonomiske utfordringer knyttet til sitt tidligere rusmisbruk, og kanskje også sitt sidemisbruk. Rusmisbrukere generelt vil ha problemer med å prioritere andre utgifter en de som går til rusmidler (Solstad 2011). Som informant 5 sier: «Har du 20 år som misbruker så har du også 20 år med høy gjeld rundt omkring.» Dette er et faktum som støttes av retningslinjene som sier: «mange pasienter i LAR har gjeldsproblemer.»

*«Hvor er stereoanlegget ditt, og datamaskinen din, og de fine høytalerne dine. Jeg har bare en høytaler igjen så jeg får ikke hørt på noe musikk for forsterkeren er borte og alt ... Ja men hvor er det da? Jeg hadde rusgjeld til en kompis ...»* (Informant 2)

Slik vi ser det vil denne gjelden kunne være med på å binde dem i rusmiljøet, det kan oppleves som vanskelig å bryte løs. Imidlertid sier informant 5: «Vi snakka om det med dårlig økonomi men det frigir også en del penger til andre ting som du ikke har hatt før.» Og det er klart, å dekke sitt behov for heroin er dyrt. «Bruker du heroin så e det relativt kort halveringstid som gjør at de treng alltid, både penga, og å få tak i en ny dose.» (Informant 1). Med halveringstid mener han tiden det tar før konsentrasjonen av stoffet i kroppen er halvert. Så når de starter opp i LAR, og ikke lenger har behov for å skaffe seg heroin eller morfin, så frigjøres disse pengene til annet bruk. I følge Fekjær (2011) ligger gateprisen på 1g heroin rundt 1000 kr, en brukerdose er på 100 – 200mg.

## 5.0 AVSLUTNING

I tråd med vår problemstilling: *Hvordan foregår oppfølgingen innenfor Legemiddelassistert rehabilitering?* har vi prøvd å få svar på hvordan oppfølgingen av LAR pasienter foregår. Gjennom å intervju de 5 personene som jobber tett opp på LAR pasientene fikk vi muligheten til å danne oss et bilde over hvordan LAR foregår i Bodø. Underveis i

forskningsprosessen fant vi ut at det var mange elementer som spiller inn for å få rehabiliteringen til å bli den beste for hver enkelt pasient. Dette gjorde at vi fikk mer lyst til å gå dypere inn i hvert enkelt tema, vi så at vi kunne ha valgt å basere hele oppgaven på bare ett tema. Det førte til mange diskusjoner over disse elementene som vi begge føler vi har lært mye av. Med den tiden vi hadde til rådighet og oppgaven sin størrelse så var ikke det mulig. Vi valgte å holde oss i overflaten på de fleste temaene og på den måten fikk vi en videre forståelse for hva som skal til for å få LAR rehabiliteringen til å fungere. Gjennom denne forskningsoppgaven så har vi fokusert på de ulike områdene som Retningslinjen peker på som viktig å arbeide med. Gjennom det våre 5 informanter fortalte oss og retningslinjen har vi prøvd å svare på oppgavens tittel «LAR et bedre liv?». Vi tenker at begge to sitter igjen med en større forståelse for hvordan det er å jobbe med denne pasientgruppen på godt og vondt.

## 5.1 OPPSUMMERING AV FUNN

Vi fant ut at mange ting fungerer godt med rehabiliteringen mens andre ting ikke blir jobbet så mye med. I forhold til rusmestring var det to tema som kom frem i denne forskningen. Det ene var sidemisbruk det andre var kontrolltiltak. Vi fikk vite at de aller fleste pasienter i LAR har et sidemisbruk, og ikke alle ønsket å slutte med alt av rusmidler. Informantene knytter sidemisbruket opp mot de underliggende psykiatriske lidelsene. I forhold til kontrolltiltakene, som urinprøvetaking og innskrenkninger på henteordningen, ble dilemmaet mellom innskrenking av frihet til pasientene og behovet for kontroll adressert. Vi fikk vite at det var veldig få som møtte opp til urinprøvetaking, uten at det fikk noen konsekvenser. Vi fant også ut at LAR-medikamenter lekker ut til andre, og at den lekkasjen er direkte knyttet til kontrolltiltakene.

Gjennom forskningen fant vi ut at mange av LAR pasientene har en ROP-lidelse og at hjelpeapparatet mener det er vanskelig å behandle disse pasientene. Det fører til at LAR pasienter ofte blir «kasteballer» mellom rus institusjoner og psykiatri institusjoner. Vi fikk vite at LAR medisinen er med på å redusere overdosedødsfall, redusere kriminalitet, gir bedre rusmestring og det er bedre for samfunnet. Vi har fått vite at rusmidlene har en negativ virkning både på den somatiske og den psykiske helsen. Det kom også frem at det som fungerer best ved LAR rehabiliteringen er det at pasientene får dekt tannlegebehandlingen sin.

Informantene forteller oss at brukermedvirkning er viktig når man jobber med LAR pasientene og at mange har individuell plan som det jobbes etter på ansvarsgruppemøtene. Vi fikk også vite at denne pasientgruppen ofte har vansker med å holde avtaler siden de ofte streber med psykiske lidelser. Ut ifra det som informantene sa så har vi fått en forståelse for at Empowerment er viktig i arbeidet med rehabiliteringen av LAR pasienter.

I temaet nettverk fant vi ut at de fleste LAR pasientene forble i det samme rusnettverket etter oppstart i LAR, de som kom seg ut av rusnettverket klarte ikke å danne et nytt sosialt nettverk. Informantene snakket om at mange ble i en slags LIMBO der de ikke lengre var rusavhengige eller en del av det ordinære samfunnet. Hjelpeapparatet gjør så godt de kan for å bedre situasjonen til LAR pasientene men det er mye stigmatisering rundt i samfunnet.

I forhold til bolig ble det nevnt en rekke utfordringer. Det er stor mangel på kommunale boliger i Bodø, noe som fører til lang ventetid på tildeling av kommunal bolig. Det er få boliger til leie på det private markedet og vanskelig for LAR pasientene å få leid. Vi fikk vite at det er store utfordringer til enkelte av de eksisterende kommunale boligområdene, i form av mye rus og uro. Slik at LAR pasienter har sagt at de ikke ønsker å flytte dit. De vil ikke bo i et aktivt rusmiljø, og det er knyttet til økt stigmatisering. Samtidig risikerer flere å bli bostedsløse, og noen bor allerede på gata. Videre fikk vi vite at ikke alle LAR pasientene har den kunnskapen som kreves for å bo alene.

Informantene fortalte om en gruppe med stor gjeld knyttet til rusmiljøet, og med dårlig økonomi generelt. Det å starte opp LAR gir noe mer penger til overs, siden de slipper utgiften til opiater.

## 5.2 HVA VI HAR LÆRT

Det vi har fått inntrykk av er at de fleste LAR pasientene ikke skiller seg mye fra andre rusavhengige, trolig på grunn av sidemisbruket deres. Dette er med på å gjøre dem til en utfordrende gruppe å jobbe med. De har problemer med å holde avtaler, de møter ofte ikke til urinprøvetaking. Det er utfordrende å motivere dem, til å bli rusfri og til å delta på aktiviteter.

Vi ser at alle de områdene som er anbefalt i retningslinjen har innvirkning på hverandre og det er noe som gjør jobben utfordrende. Mange pasienter får ikke den hjelpen de trenger for å klare å gå gjennom rehabiliteringen, men samtidig er det mange som bare ønsker LAR-

medisin for så å fortsette i samme rusnettverk. Kanskje man må innse at ikke alle klarer å finne motivasjonen til å komme seg ut av rusnettverket og at samfunnet ikke gjør nok for denne pasientgruppen.

Vi fikk en forståelse for at det er mye stigmatisering rundt omkring i samfunnet, noe som kan gjøre det vanskeligere for en LAR pasient å komme seg videre. Vi tenker også at hvis hjelpeapparatet kunne stilt med bolig etter endt avrusning, hvis pasienten hadde fått bedre hjelp til nettverksbygging, hadde fått tilbud om et arbeidstiltak uten rus så hadde kanskje flere hatt en bedre forutsetning for å klare å bli rehabilitert. Som svar på «LAR et bedre liv?» har vi funnet ut at når en bruker kommer inn i LAR så reduserer medisinen faren for overdosedødsfall. Det gir pasienten en mer stabil hverdag hvor en slipper jaget etter å skaffe neste skudd. Som en av våre informanter sa «LAR gir et fundament for et bedre liv.» Det kreves en stor innsats både ifra pasienten og fra hjelpeapparatet for å lykkes helt. Selv om det er vanskelig å komme seg helt ut av rusnettverket så er det viktig å huske på dem som faktisk har klart det. Det er mulig å bli rusfri selv om det er svært få som klarer det. Vi mener det er viktig å vite at «et bedre liv» nødvendigvis ikke er det «perfekte», men det handler om en bedre hverdag der en slipper å begå kriminelle handlinger, en slipper jaget etter rusmidler, slipper å føle stigmatiseringen på kroppen og en får den hjelpen en trenger i forhold til psykiske lidelser.

## LITTERATURLISTE

- Bodø kommune (2014). *Boligpolitisk handlingsplan*. [www.Bodo.kommune.no](http://www.Bodo.kommune.no)
- Dalen, Monica (2013) *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlag
- Evjen, Reidunn; Kielland, Knut B.; Øiern, Tone (2012). *Dobbelt opp – om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Fekjær, Hans O.(2011). *Rus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fyrand, Live (2010). *Sosialt nettverk - teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Glavin, Kari; Erdal, Bodil (2013) *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget
- Grønningsæter, Anne (2012) *Psykoselidelser og rus*. I: Lossius, Kari (Red.) *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Helsedirektoratet (2014). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opiatavhengighet*. Oslo
- Helse og omsorgsdepartementet (2009) *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering*. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
- Jacobsen, Dag Ingvar (2013) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jellestad, Finn K.(2012) *Hjernen og rusavhengighet*. I: Lossius, Kari (red.). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kringlen, Einar (2011) *Psykiatri* Oslo: Gyldendal akademisk
- Lossius, Kari (2012) *Om å ruse seg*. I: Lossius, Kari (red.). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Mueser, Kim T.; Noordsy, Douglas L.; Drake, Robert E.; Fox, Lindy(2006) *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget
- Slettebø, Tor (2000) Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. *Nordisk Sosialt Arbeid*.20(2):75-85
- Bergens Tidene (oppdatert: 8.8.2013) [http://www.bt.no/meninger/debatt/Utilstrekkelige-LAR-2943375.html#.U3uF4vl\\_uSo](http://www.bt.no/meninger/debatt/Utilstrekkelige-LAR-2943375.html#.U3uF4vl_uSo) [Lokalisert: 20.05.14]

Bergens Tidene (oppdatert:8.8. 2013) [http://www.bt.no/meninger/debatt/LAR-gir-farredodsfall-2939185.html#.U3uGK\\_1\\_uSo](http://www.bt.no/meninger/debatt/LAR-gir-farredodsfall-2939185.html#.U3uGK_1_uSo) [Lokalisert: 20.05.14]

## VEDLEGG 1:

### **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en Bacheloroppgave.**

Vi er to bachelorstudenter i sosialt arbeid ved Universitetet i Nordland og holder nå på med den avsluttende bacheloroppgaven. Tema for oppgaven er legemiddelassistert rehabilitering, og vi ønsker å undersøke hvordan oppfølgingen av LAR brukere fungerer nå sett fra de profesjonelles synspunkt.

I den forbindelse vil vi utføre 4-5 intervjuer av personer som jobber tett opp mot brukergruppen. Spørsmålene vil dreie seg om hvilket syn den profesjonelle har på LAR, hvordan brukernes hverdag ser ut, hvordan samarbeidet mellom de ulike instansene fungerer, hvilken oppfølging får brukerne og hvilke eventuelle utfordringer finnes det i forhold til oppfølging.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du ønsker å trekke deg etter at intervjuet er gjennomført vil all innsamlet data bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene slettes når oppgaven er ferdig, innen 04.06.14.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til en av oss.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe ..... På tlf.: ....., eller ..... På tlf.: ..... Eller sende en e-post til: ..... Eller .....

Med vennlig hilsen

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur ..... Telefonnummer .....



## VEDLEGG 2:

### INTERVJUGUIDE

1. Introduksjon
  - a. Introdusere oss selv og hva vi tenker å skrive om.
  - b. Informere om at vedkommende har muligheten til å avbryte intervjuet når som helst.
  - c. Hvordan informasjonen vil bli brukt: Hvordan presenterer vi svarene, hvordan behandler vi den innsamlede data, anonymisering, osv.
2. Bakgrunn
  - a. Hvilken utdanning/ekstra utdanning har informanten.
  - b. Hvilken stilling?
  - c. Hvor lenge har informanten vært i den stillingen?
3. Brukerkontekst
  - a. Hvilken rolle har du i forhold til brukerne av LAR
    - i. Har du direkte brukerkontakt
    - ii. Hva er ditt ansvar overfor brukerne
4. Spissede spørsmål rettet direkte mot det vi ønsker informasjon om:
  - a. Hvilket syn den profesjonelle har på LAR
    - i. Oppnår brukerne et bedre liv
  - b. Hvordan brukernes hverdag ser ut
    - i. Hyppighet av ansvarsmøter
    - ii. Hvordan distribueres medisinen
    - iii. Sidemisbruk
    - iv. Urinprøver
    - v. ... konsekvenser av urene prøver, ikke oppfølging av avtaler/møter
  - c. Hvordan samarbeidet mellom de ulike instansene fungerer
    - i. Hvilke instanser samarbeider dere med
    - ii. Ansvarsgruppe møter – hvem møter
  - d. Hvilken oppfølging får brukerne
    - i. Somatiske lidelser
    - ii. Psykiatriske lidelser
    - iii. Bolig
    - iv. Sysselsetning – aktivisering og kvalifisering
    - v. Nettverk
    - vi. Økonomi
    - vii. Individuell plan – har de det?
    - viii. Ansvarsgruppe?
  - e. Hvilke eventuelle andre utfordringer finnes det i forhold til oppfølging
5. Historier/Drømmer:
  - a. Hva kan gjøre LAR enda bedre? (Ved positive svar tidligere)
  - b. Hva skal til for at LAR skal fungere? (Ved negative svar tidligere)