

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Behandling av hepatitt C og endringer i rusmiddelbruk – en kvalitativ studie

Karoline A. Olsen-Søviknes

Psykiatrisk sykepleier og fagleder
Fyllingsdalen behandlingssenter, Bergen kommune

Lennart Lorås

Professor
Institutt for velferd og deltaking, Høgskulen på Vestlandet

Lars Thore Fadnes

Forskningsleder og professor
Avdeling for rusmedisin, Haukeland universitetssjukehus og Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Siv-Elin Leirvåg Carlsen

Forsker
Avdeling for rusmedisin, Haukeland universitetssjukehus

Rusmiddelavhengighet

Hepatitt C-virus – HCV

Kvalitativ studie

Blodsmitte

Sykepleien Forskning 2023;18(91190):e-91190

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2023.91190](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.91190)

Abstract

Bakgrunn: Hepatitt C er en kronisk sykdom som ofte gir få og uspesifikke symptomer i flere tiår før komplikasjoner oppstår. I Norge er målet å redusere nysmitte av hepatitt C-virus (HCV) med 90 prosent innen 2023. Målet er også at ingen skal dø eller bli alvorlig syk av HCV. Personer som injiserer rusmidler, er den største risikogruppen for HCV-smitte fordi de deler brukerutstyr som sprøyte, nål, kokeskje og bomull. Med dette som bakteppe ble det gjennomført en studie i Bergen og Stavanger, kalt INTRO-HCV-studien. Der ble HCV-behandling integrert med legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengige.

Hensikt: Studiens hensikt var å undersøke hvilken betydning gjennomgått HCV-behandling har for pasientens rusmiddelbruk.

Metode: Et kvalitativt studiedesign med en hermeneutisk tilnærming ble valgt. Dataene bygger på 19 semistrukturerte intervjuer. Deltakerne var personer som injiserte eller hadde injisert rusmidler, var i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) eller i kontakt med lavterskeltilbud for rusavhengige i Bergen kommune, og som var virusfrie etter HCV-behandling. Vi benyttet Braun og Clarkes tematiske analyseprosess.

Resultat: Deltakerne oppga at i noen situasjoner var det vanskeligere å unngå å dele brukerutstyr, da rusmisbruket og avhengigheten overskygget smitterisikoen. I tillegg hadde de varierende kunnskap om hvordan HCV smittet. Myter i rusmiljøet ble hos noen forvekslet med kunnskap. Deltakerne gjorde i varierende grad endringer i rusmiddelbruken. Noen hadde gjort endringer før HCV-behandlingen startet, noen gjorde endringer under behandlingen, mens andre ikke foretok noen endringer. Endringene besto som oftest i å redusere eller avslutte rusmiddelbruken, endre inntaksmåten eller bytte typen rusmiddel.

Konklusjon: Studien viser at HCV-behandlingen hadde betydning for rusmiddelbruken til noen deltakere, da det å bli virusfri gjorde det lettere å ta tak i rusmiddelavhengigheten. I denne sammenhengen er det å motivere til endring samt gi informasjon og veiledning viktig for sykepleiernes helsefremmende arbeid.

Introduksjon

Hepatitt C-virus (HCV) smittes via blod og forårsaker alvorlig leversykdom, som kan medføre tidlig død (1). En kronisk fase med få symptomer kan vare i tiår før komplikasjoner som levercirrhose, leverkreft og leversvikt oppstår (1, 2). Per i dag finnes det ikke vaksine mot hepatitt C slik det gjør mot hepatitt A og B (3).

Fra 2016 har imidlertid behandlingstilbudet gradvis blitt bedre grunnet flere effektive legemidler og anbudskonkurranse, som har presset ned innkjøpsprisene. Norges målsetting er at ingen skal dø eller bli alvorlig syk av HCV, og at forekomsten i hele befolkningen reduseres med 90 prosent innen 2023 (4). For å oppnå dette målet må personer i risikogruppen testes og behandles (4, 5).

I 2010 levde cirka 10 000 personer med kronisk HCV i Norge (6). Forekomsten har vært nedadgående, spesielt de siste årene (7, 8). Personer som injiserer rusmidler, er en høyrisikogruppe for HCV-smitte (4) på grunn av kulturen med å dele brukerutstyr som sprøyte, nål, kokeskje og bomull (6). Personer med aktiv rusmiddelbruk er vanskelige å nå med tradisjonell helsehjelp (4, 9).

Noen forebyggende tiltak er gratis utdeling av brukerutstyr (2) og substitusjonsbehandling som legemiddelassistert rusbehandling (LAR) til opioidavhengige (10). Fordi symptomer på HCV kan være lite merkbare, kan man leve, gjerne ubevisst, i årevis med smitten. Det kan medføre økt smitte i samfunnet og mer omfattende leverskader for den smittede (1).

Blant LAR-pasientene i Bergen har 48 prosent HCV (11). INTRO-HCV-studien undersøker effekten av HCV-behandling integrert i LAR-sentre og lavterskeltilbud i Bergen og Stavanger (12, 13). Studiegruppen får HCV-behandling ved et LAR-senter/lavterskeltilbud, mens kontrollgruppen får standard behandlingsoppfølging på en sykehuspoliklinikk. Alle får samme medikamentelle alternativ, en åtte- til tolvukers tablettkur (12).

Å være rusmiddelavhengig samt ha HCV-relaterte helseplager som utmattelse, muskelsmerter og depresjon eller angst påvirker den helserelaterte livskvaliteten negativt (13). Sammenliknet med befolkningen generelt har rusmiddelavhengige lav livskvalitet (14), og kronisk HCV påvirker deres fysiske, psykiske og sosiale velvære og fungering (13).

Vi har bygget vår forståelse etter et rammeverk av Dowsett og medarbeidere for å forstå hvordan det er å leve med HCV, inkludert hvordan det påvirker livskvaliteten, fysiske symptomer, opplevd stigma med mer (15).

Livskvalitet er et viktig tema for sykepleiere, som er opptatt av mennesket i sin helhet (15). I sykepleiernes arbeid er det derfor viktig å øke livskvaliteten til rusmiddelavhengige.

Hensikt og forskningsspørsmål

For å få økt innsikt i LAR-pasienters erfaringer etter HCV-behandling hadde studien følgende forskningsspørsmål:

«Hvordan beskriver rusmiddelavhengige sitt eget rusmiddelbruk etter HCV-behandling og oppnådd virusfrihet?»

Metode

Studien hadde et beskrivende design. Vi gjennomførte individuelle intervjuer (16). SRQR-retningslinje for rapportering av kvalitativ forskning er fulgt.

Utvalg

Dataene ble innhentet gjennom semistrukturerte intervjuer, som ga mulighet til å følge opp temaer som kom frem i intervjusituasjonen (16). Utvalget besto av personer som deltok i INTRO-HCV-studien, og som hadde virusfri blodprøve etter endt HCV-behandling (17).

Deltakerne ble rekruttert av forskningssykepleiere og førsteforfatteren. Det var et strategisk utvalg med mål om å få bredde i bakgrunn, alder og kjønnsfordeling. Prosjektgruppen i INTRO-HCV-studien utviklet intervjuguiden, der et av temaene var rusmiddelbruk etter endt HCV-behandling.

Prosjektgruppen besto av forskningssykepleiere, leger og forskere med god kjennskap til rusfeltet. Intervjuguiden ble utviklet på bakgrunn av tidligere forskning på feltet – empiri – og erfaringer fra INTRO-HCV-studiegruppen, som inkluderte forskningssykepleiere, seniorforskere og brukerrepresentanter. Vi foretok metodologiske tilpasninger etter den tematiske analyseprosessen som var planlagt.

Intervjuguiden dekket temaer knyttet til hvorvidt de hadde fått kunnskap om HCV som var av betydning for eget rusmiddelbruk, og hvorvidt behandlingen hadde påvirket deres bruk av rusmidler, og i tilfelle hvordan.

Datasamling

Vi gjennomførte intervjuene på botreningssentre, ved lavterskeltilbud eller i et av lokalene til Helse Bergen. Tungtveiende momenter for valg av intervjusted var muligheten for å gjennomføre et uforstyrret intervju og lett tilgang for deltakerne.

Intervjuene ble gjennomført i perioden juni til september 2020 og tatt opp på lydbånd. Seks intervjuer ble gjennomført av førsteforfatteren og 13 intervjuer av forskningssykepleiere fra INTRO-HCV-studien. Førsteforfatteren transkriberte to intervjuer, mens de resterende ble sendt til en profesjonell transkriberer.

Deltakere

Studiedeltakerne var personer som: a) injiserte eller hadde injisert rusmidler, b) var i LAR eller i kontakt med et lavterskeltilbud for rusmiddelavhengige i Bergen kommune, eller c) var virusfrie etter HCV-behandling ved INTRO-HCV.

Totalt deltok 19 personer: sju kvinner og tolv menn. Deltakerne var i alderen 35 til 65 år. Seks deltakere fikk behandling gjennom et lavterskeltilbud, mens 13 deltakere fikk behandling og oppfølging i LAR.

Analyse

Førsteforfatteren analyserte datamaterialet i samarbeid med sisteforfatteren. Vi benyttet Braun og Clarkes tematiske analyseprosess i seks faser (18).

I første fase gjorde førsteforfatteren seg kjent med innholdet i datamaterialet ved å lese gjennom alle intervjuene. I fase to ble de innledende kodene laget, mens i fase tre ble kodene samlet, og bredere temaer ble laget. I fjerde fase gjennomgikk første- og sisteforfatteren temaene på nytt sammen med de kodede datautdragene for å analysere hvert av utdragene opp mot konteksten i temaet.

Temaene som er presentert i analysen, ble definert og avgrenset i fase fem. I siste fase ble analysen sluttført, og vi valgte ut hvilke sitater som skulle brukes. En illustrasjon av analyseprosessen vises i tabell 1.

Tabell 1. Illustrasjon på analyseprosess

Tema	Eksempel på koder	Eksempel på utdrag
Endringer i bruk og inntaksmåte av rusmidler	• Endring etter behandling av hepatitt C • Deler ikke brukerutstyr	«Jeg passet på min egen hygiene rundt det med å injisere. Sluttet jo helt å dele sprøyter, uansett om de skulle ha min etter meg, jeg tok aldri imot etter noen andre. Og jeg ble litt mer obs på sånne ting. Hvis det var andre som satte seg et skudd hjemme hos meg, så fikk de ta sine egne sprøyter, så jeg var ikke interessert i å kaste dem hjemme hos meg, da måtte de ta det med seg ut.»
Kunnskap om hepatitt C	• Kunnskap om hepatitt C • Deler brukerutstyr • Prioriterer rusen	«Det er generelt god kunnskap, men folk gir faen. Det er jo blod-smitte, og – ja. Folk deler nåler over en lav sko. Det viktigste er å få 'driten' [rusmidlene] i seg, og har du først fått den hepatitten. så er det samme faen.»
Avhengighet	• Rusmiddelbruk	«Jeg har aldri vært så voldsom som nå, bare for å si det sånn. Jeg bruker mer enn noensinne. [...] ikke synes jeg det er så særlig kjekt, det er bare det at jeg er blitt så forbanna avhengig. Jeg liker ikke engang at jeg tar rusen engang. Jeg liker [det] ikke. Det går to minutter, så angrrer jeg på [det] Ja, men jeg klarer likevel ikke stoppe med det.»

Etiske overveielser

Deltakerne ble informert om formålet med studien. Vi opplyste også om at det var frivillig å delta, at sensitiv og personlig informasjon ble anonymisert, og at deltakerne uten grunn kunne trekke seg når de måtte ønske. Skriftlig informert samtykke til studiedeltakelsen er innhentet til INTRO-HCV-studien hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-nummer 2017/51), som denne delstudien omfattes av.

Selv om deltakerne var samtykkekompetente, vurderte vi før hvert intervju om deltakeren var i stand til å gjennomføre intervjuet, og om de var betydelig ruspåvirket på en måte som kunne svekke dømmekraften og samtykkekompetansen.

Resultater

Gjennom analyseprosessen identifiserte vi tre temaer: 1) Avhengighet, 2) Kunnskap om HCV, og 3) Endringer i bruk og inntaksmåte av rusmidler.

Avhengighet

Noen deltakere injiserte rusmidler under og etter fullført HCV-behandling. I noen situasjoner var det vanskelig å unngå å dele brukerutstyr. Ifølge en deltaker kunne søndager være spesielt utfordrende da alle oppfølgingstilbud var stengt, og rent brukerutstyr vanskelig å få tak i.

Enkelte beskrev det å leve med rusmiddelavhengighet som å være i en evig sirkel der de alltid tenkte på neste dose. Selv om de ikke ønsket å injisere, opplevde flere at de ble «styrt» av avhengigheten. Sett utenfra kan det virke irrasjonelt å risikere å bli smittet av HCV eller andre smittsomme sykdommer ved å injisere rusmidler. Men rusens kraft kunne bli altoverskyggende, slik at de prioriterte å dempe rusuget ved å innta rusmidler fremfor å unngå å dele brukerutstyr. «Andreas» fortalte i den forbindelsen:

«Jeg har aldri vært så voldsom som nå, bare for å si det sånn. Jeg bruker mer enn noensinne, ikke synes jeg det er så særlig kjekt, det er bare det at jeg er så forbanna avhengig blitt. Jeg liker [det] ikke. Det går to minutter, så angrer jeg. Men jeg klarer likevel ikke stoppe med det.»

«Marianne» beskrev følgende:

«Jeg har jo til og med skutt metadon to–tre ganger bare fordi at da har jeg vært med så mange rusede naboer og sånn, at i stedet for å gå ned og skaffe meg heroin, så har jeg heller skutt litt metadon. For jeg har vært så fristet.»

Utsagnene kan illustrere hvor sterk avhengigheten oppleves, både til selve rusmidlet, men også til det å injisere, at anger og dårlig selvfølelse etter rusmiddelinntak ikke er til hinder for nytt inntak. Utsagnet til «Marianne» viser hvordan rusmiddelavhengige kan oppleve omgivelsene som «triggere», som kan føre til injisering, og at det er vanskelig å holde seg borte fra rusmidler og injisering i slike settinger.

Kunnskap om HCV

Deltakerne hadde varierende kunnskap om hvordan HCV smittet. Selv om flere visste at HCV smittet via blodkontakt og deling av sprøyter, visste få at deling av kokeskje og bomull eller seksuell kontakt også var mulige smittekilder. Flere fortalte at det var vanlig å dele kokeskje. Personer som hadde tillit til hverandre, eksempelvis nære venner eller kjærester, delte ofte brukerutstyr.

Noen mente at den varierende kunnskapen om HCV blant deltakerne og andre i rusmiljøet kunne relateres til alder. De yngre brydde seg mindre om konsekvensene og smitterisiko ved HCV, og de prioriterte rus og delte brukerutstyr og hadde mindre bekymring for smitte. «Morten» fortalte:

«Folk på min alder, de vokste opp med andre prinsipper. Vi vet hvordan hepatitt smitter, men de unge, de har veldig lite kunnskap om det fra før av [hvordan HCV smitter]. De bytter fortsatt på sprøyter. [De har ikke kunnskap] verken om hepatitt C, om hiv eller om andre sykdommer.»

Myter kan forveksles med kunnskap, og i rusmiljøet verserte det flere myter om HCV. En myte var at man kan smitte seg selv ved å bruke egne sprøyter flere ganger. En annen myte handlet om at hvis man hadde gjennomført tradisjonell HCV-behandling, var man blitt immun mot HCV. Troen på immunitet gjorde at de fortsatte å dele brukerutstyr, som igjen kan ha ført til at de ble smittet på ny. I den forbindelsen fortalte «Inge»:

«Hadde jeg hatt hepatitt én gang, så får du det ikke to ganger.»

I tillegg hadde de flere teorier om hvordan brukerstyret skulle renses for å unngå å bli smittet. «Siri» sa følgende:

«Noen mener at hvis du bruker kaldt vann til å vaske pumpen med, noen mener at du må bruke varmt, og noen mener at du må koke opp vannet og så suge opp kokt vann. Så det er veldig forskjellig [hva den enkelte tenker].»

Disse mytene kan illustrere at manglende kunnskap kan bidra til å opprettholde smittespredningen i rusmiljøet. Samtidig illustrerer mytene også hvor viktig det er å gi oppdatert kunnskap i dette miljøet.

Endringer i bruk og inntaksmåte av rusmidler

Noen deltakere hadde endret rusmiddelbruken og/eller inntaksmåten før HCV-behandling, mens andre foretok en endring under behandlingen. Likevel var enkelte av den oppfatningen at det ikke var sammenheng mellom det at de var blitt rusfrie, og HCV-behandlingen. Andre igjen var tydelig på sammenhengen: å bli virusfri frigjorde dem for psykiske og fysiske belastninger, og de fikk dermed overskudd til å ta tak i rusavhengigheten. I den sammenhengen fortalte «Nils» dette:

«For å klare å komme deg ut av rusen, så må du føle deg frisk og at du har noe bedre [i vente]. Det gjør du ikke så lenge du er syk, du reagerer hele tiden, svetting om nettene, du sover dårlig, og det går ut over appetitten igjen.»

Å bli virusfri innebar for mange deltakere opplevelsen av å få bedre helse. Dermed ble det viktig for dem ikke å bli gjensmittet. De fortalte om ulike måter å unngå gjensmitte på, eksempelvis ved å planlegge eller utsette rusinntaket til de hadde rent brukerstyr, eller slutte å injisere eller innta rusmidlet ved heller å røyke eller svelge det. Dessuten viser funnene at deltakerne var bevisst på sin egen hygiene ved injisering og på hvordan de skulle få tak i rent brukerstyr. I den forbindelsen fortalte «Kim»:

«Deling av brukerstyr liker jeg ikke. Går det an å unngå det, så unngår jeg det. Hvis jeg må ta vare på et skudd inne i en pumpe og vente to dager før jeg får en ny nål, i stedet for en brukt nål, så gjør jeg heller det. Men jeg har jo tatt stoffer på andre måter, fordi har jeg ikke fått fatt i noe annet, har jeg vært nødt til å sniffe eller drikke det i stedet for.»

Utsagnet belyser at deltakeren var mer bevisst på å unngå å bli gjensmittet med HCV. Det krever mer planlegging, og man må unngå impulsivt rusmiddelinntak. For å unngå gjensmitte holdt noen deltakere seg unna rusmidler. «Stian» fortalte i den sammenhengen:

«I og med at jeg ikke har lyst til å gå gjennom den kuren [med behandling for HCV] en gang til, bruker jeg ingenting [av illegale rusmidler]. Jeg bruker kun metadon [forkrevet LAR-medisin].»

Diskusjon

Studien viser at deltakerne opplevde at HCV-behandlingen påvirket hvordan de tenkte og handlet rundt bruken og inntaksmåten av rusmidler. I tillegg unngikk flere deltakere situasjoner som kunne trigge rusmiddelbruk.

Kunnskap og endringer

Selv om mange i rusmiljøet visste at HCV smittet via blod, spesielt ved sprøytebruk, var det overraskende at de manglet kunnskap om at HCV også smitter via annet brukerstyr. Å unngå å dele brukerstyr er ikke lett i alle situasjoner, noe som understreker viktigheten av forebyggende tiltak med utdeling av brukerstyr. Men deltakerne delte i mindre grad brukerstyr etter HCV-behandlingen.

Dette funnet står i kontrast til Midgard og medarbeidere (19), som fant at det ikke var noen endring i deling av brukerstyr, verken under eller etter HCV-behandlingen. En australsk studie viste at deling av nåler og sprøyter ikke endret seg etter HCV-behandlingen (20), men at delingsfrekvensen av kokeskje og bomull ble redusert. Svært få av våre deltakere trakk frem kokeskje eller bomull når de snakket om brukerstyr, noe som muligens kan illustrere manglede kunnskapen om disse som smittevei.

Seksuell kontakt er en smittevei deltakerne snakket lite om, noe som også samsvarer med tidligere forskning (21). At nære venner og kjærester ofte delte brukerstyr, kan tolkes på ulike måter. En fortolkning kan være at den seksuelle intimiteten overføres til det å dele brukerstyr.

En annen fortolkning kan være at venner eller seksuelle partnere som lever tett på hverandre og deler mye ellers i livet, også kan dele brukerstyr. Utdeling av sprøyter som forebyggende tiltak eksisterer allerede, men man bør kanskje stille spørsmål om hvorvidt utdeling av kokeskje og bomull også burde vært inkludert i denne forebyggende strategien.

I likhet med tidligere forskning (19) fant vi at enkelte sluttet å injisere rusmidler. Å bli virusfri ga dem fysisk og psykisk styrke som gjorde det lettere å holde seg rusfri. Samtidig kan det å bli virusfri ha gitt en økt bevissthet om egen helsestatus.

Denne fortolkningen sammenfaller med Batchelder og medarbeidere (22), der deltakerne ble mer opptatt av livet og helsen etter HCV-behandling. Forbedret helse kan bidra til økt livskvalitet hos deltakerne, noe som understøttes av Batki og medarbeidere (13), som viser at personer i LAR med HCV har dårligere helserelatert livskvalitet enn den generelle populasjonen.

Vi vet også at rusmiddelavhengiges selvstigmatisering, det vil si internalisering av stigma, sammen med mye psykisk stress påvirker deres sosiale fungering negativt, og livskvaliteten svekkes (23). Derfor kan bedre relasjoner til familie og venner samt ikke å være styrt av rusmiddelbruk bidra til økt livskvalitet for mange (24).

Ønsket om å redusere eller slutte med rusmiddelbruk etter gjennomgått HCV-behandling kan gi et handlingsrom sykepleiere bør være seg bevisst på, da de gjennom motivasjonsarbeid kan bidra til at den rusmiddelavhengige reduserer rusmiddelbruken eller får behandling for rusmiddelbruken, og dermed øke personens livskvalitet (25).

Generasjonsskille

Det kan være ulike forklaringer på rusmiddelavhengiges varierende kunnskap om hvordan HCV smitter. I denne sammenhengen trakk deltakerne frem alder som sentralt. Deltakerne ga uttrykk for et generasjonsskille i rusmiljøet – et skille mellom de som var unge i rusmiljøet på 80–90-tallet, som hadde høy bevissthet om og frykt for hiv og aids, og dagens unge rusmiddelavhengige, som er mindre opptatt av dette.

Videre kan deltakere i 50–60-årene ha vært i en endringsprosess der de etter et langt liv i rusmiljøet ønsket å trekke seg bort fra rusmiljøet og dermed var mer opptatt av helsen enn de yngre deltakerne. Det virket dessuten som om de eldste deltakerne brukte kunnskapen om HCV-smitte mer aktivt enn de yngre, eksempelvis ved å unngå å dele brukerutstyr.

Dette funnet understøttes også av Cook og medarbeidere (26), som fant at deltakerne med færre enn fem års injiseringsbruk hadde større sannsynlighet for å dele brukerutstyr enn deltakere med lengre injiseringshistorikk.

Myter må oppklares

Myten om at gjennomgått HCV-behandling gir immunitet, må avkreftes, da slike myter kan resultere i mer smitte. Informasjon om leverskader ved HCV-infeksjon blir ofte ikke oppfattet eller misforstått (27). Variasjonen i kunnskapsnivået om smitteveier i vår studie kan muligens forklares ved at deltakerne ikke forsto informasjonen som ble gitt dem, og at mytene derfor lever videre.

En velkjent strategi for å bekjempe myter er å gi faktakunnskap til rusmiddelavhengige og personer i deres nærmiljø. Ulike former for informasjonskampanjer er tidkrevende og har ofte liten effekt (27), da informasjon i seg selv ikke nødvendigvis medfører atferdsendring.

Det betyr ikke nødvendigvis at man bør slutte å informere, men informasjonen må være forståelig og lettfattelig. Muntlig og skriftlig informasjon bør gis regelmessig, da rusmiddelavhengige kan leve kaotiske liv og ha ulike kognitive utfordringer (28). Sykepleiere som på ulike arenaer arbeider tett på personer med rusavhengighet og gir helsefremmende informasjon, er derfor svært viktige.

Styrker og begrensninger ved studien

En styrke ved studien er antallet intervjuer, det brede aldersspennet og det at begge kjønnene er godt representert. Den metodiske tilnærmingen gjorde at vi fikk frem ulike perspektiver HCV-behandlingen hadde hatt for en eventuell endring i rusmiddelbruken.

En mulig begrensning ved studien er intervjuenes lengde. I gjennomsnitt varte intervjuene i 40 minutter. Ved å bruke lengre tid kunne vi muligens fått mer dybdeforståelse og utforsket og dvelt mer ved hvert spørsmål. Men Fadnes og medarbeidere (29) viser at hukommelsestap og selektiv hukommelse påvirker deltakernes svar, og for en del deltakere ville et lengre intervju vært utfordrende og vanskelig å gjennomføre på grunn av deres konsentrasjonsvansker, manglende hukommelse og rastløshet.

Forskernes forforståelse kan være en styrke og en svakhet. Analysen ble utført av forfattere med god kjennskap til mennesker som bruker rusmidler. Denne forkunnskapen kunne påvirke tolkningen av dataene, eksempelvis ved at uttrykk og slangord som ble brukt i intervjuene, ble tolket og brukt i analysen.

En slik forforståelse ser vi på som en styrke. Imidlertid kan den også være en svakhet, da enkelte begreper kan tas for gitt, slik at man ikke utforsker hva den enkelte legger i alle begrepene. På den måten kan man i enkelte tilfeller misforstå hvordan de ulike begrepene brukes.

Objektivitet etterstrebes ofte i forskningen. I kvalitative studier er vi bevisst på at forskningsbrillene påvirker studien, og på at forskernes forståelse ikke alltid samstemmer med deltakernes. I denne studien har vi gjennom hele analyseprosessen hatt et bevisst forhold til hvordan vårt bidrag kunne påvirke forskningen. Gjennom å ha en datadreven induktiv analyseprosess, flere forskningssykepleiere som intervjuet deltakerne, og andre fra prosjektgruppen som bidro i analyseprosessen, har vi prøvd å spre muligheten for at forskernes forforståelser skal ha dominert.

Konklusjon

Rusmiddelavhengiges behov for å lette på abstinenser og eventuelt rustrang kan medføre deling av brukerutstyr, spesielt hvis rent utstyr ikke er lett tilgjengelig. Selv om noen endrer rusmiddelbruken i forkant av HCV-behandlingen, er det flere som gjør endringer under og etter behandlingen. Disse endringene kan komme som en følge av at deltakerne ønsker å ivareta sin egen helse og dermed endre livsstilen sin med blant annet mindre skadelig rusmiddelbruk. Noen få sluttet også helt å bruke rusmidler.

HCV-behandling gir oss sykepleiere en mulighet til å motivere rusmiddelavhengige til å endre sitt rusmiddelbruk. Det er spesielt viktig for sykepleiere å ha kunnskap om dette handlingsrommet for å kunne drive godt forebyggende og helsefaglig arbeid.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



KAN GI TIDLIG DØD: Hepatitt C-virus (HCV) smitter via blod og forårsaker alvorlig leversykdom. Sykdommen gir rusmiddelavhengige ekstra psykiske og fysiske belastninger. *Illustrasjon: Marina_UA/Mostphotos*

1. Seeff LB. Natural history of chronic hepatitis C. Hepatology. 2002 desember;36:35–46. DOI: [10.1053/jhep.2002.36806](https://doi.org/10.1053/jhep.2002.36806)
2. Kielland KB, Delaveris GJM, Rogde S, Eide TJ, Amundsen EJ, Dalgars O. Liver fibrosis progression at autopsy in injecting drug users infected by hepatitis c: a longitudinal long-term cohort study. Journal of Hepatology. 2014 februar;60(2):260–6. DOI: [10.1016/j.jhep.2013.09.022](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2013.09.022)
3. Verdens helseorganisasjon (WHO). Hepatitis C: Key facts. Genève; WHO; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c> (nedlastet 17.01.2023).
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi mot hepatitter: 2018–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/0a7db35f049c46e8b368ad9751f0c870/nasjonal-strategi-mot-hepatitter.pdf> (nedlastet 21.09.2020).
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Hepatitt C skal elimineres som folkehelseproblem. Oslo: Regjeringen; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/hepatitt-c-skal-elimineres-som-folkehelseproblem/id2645405/> (nedlastet 28.09.2020).
6. Folkehelseinstituttet. Hepatitt C. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/hepatitt/hepatitt-c/> (nedlastet 20.02.2021).

7. Meijerink H, White RA, Løvlie A, Freiesleben de Blasio B, Dalgard O, Amundsen EJ, et al. Modelling the burden of hepatitis C infection among people who inject drugs in Norway, 1973–2030. BMC Infectious Diseases. 2017 august;17(541). DOI: [10.1186/s12879-017-2631-2](https://doi.org/10.1186/s12879-017-2631-2)
8. Aas CF, Vold JH, Skurtveit S, Odsbu I, Chalabianloo F, Okland JM, et al. On the path towards universal coverage of hepatitis C treatment among people receiving opioid agonist therapy (OAT) in Norway: a prospective cohort study from 2013–2017. BMJ Open. 2020;10(8). Tilgjengelig fra: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/8/e036355> (nedlastet 28.03.2022).
9. Vold JH, Aas C, Leiva RA, Vickerman P, Chalabianloo F, Løberg EM, et al. Integrated care of severe infectious diseases to people with substance use disorders; a systematic review. BMC Infectious Diseases. 2019 april;19(306). DOI: [10.1186/s12879-019-3918-2](https://doi.org/10.1186/s12879-019-3918-2)
10. Midgard H, Kielland KB, Dalgard O. Eliminasjon av hepatitt C er mulig. Tidsskriftet for Den norske legeforening. 23.03.2018. DOI: [10.4045/tidsskr.18.0099](https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0099)
11. Vold JH, Gjestad R, Aas CF, Chalabianloo F, Skurtveit S, Løberg EM, et al. Impact of clinical and sociodemographic factors on fatigue among patients with substance use disorder: a cohort study from Norway for the period 2016–2020. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 2020;15(93). DOI: [10.1186/s13011-020-00334-x](https://doi.org/10.1186/s13011-020-00334-x)
12. Fadnes LT, Aas CF, Vold JH, Ohldieck C, Leiva RA, Chalabianloo F, et al. Integrated treatment of hepatitis C virus infection among people who inject drugs: study protocol for a randomised controlled trial (INTRO-HCV). BMC Infect Diseases. 2019 november;19(943). DOI: [10.1186/s12879-019-4598-7](https://doi.org/10.1186/s12879-019-4598-7)
13. Batki S, Canfield KM, Smyth E, Ploutz-Snyder R. Health-related quality of life in methadone maintenance patients with untreated hepatitis C virus infection. Drug Alcohol Dependence. 2009;101(3):176–82. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2008.12.012](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.12.012)
14. Laudet AB, Becker JB, White WL. Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. Substance Use and Misuse. 2009;44(2):227–52. DOI: [10.1080/10826080802714462](https://doi.org/10.1080/10826080802714462)
15. Dowsett LE, Coward S, Lorenzetti D L, MacKean G, Clement F. Living with hepatitis c virus: a systematic review and narrative synthesis of qualitative literature. Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2017;3268650. DOI: [10.1155/2017/3268650](https://doi.org/10.1155/2017/3268650)
16. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
17. Fadnes LT, Aas CF, Vold JH, Leiva RA, Ohldieck C, Chalabianloo F, et al. Integrated treatment of hepatitis C virus infection among people who inject drugs: A multicenter randomized controlled trial (INTRO-HCV). 2021 juni;18(6). PLOS Medicine. DOI: [10.1371/journal.pmed.1003653](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003653)

18. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2008 juli;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
19. Midgard H, Haiarizadeh B, Cunningham EB, Conway B, Bruggmann P, Bruneau J, et al. Changes in risk behaviours during and following treatment for hepatitis c virus infection among people who inject drugs: The ACTIVATE study. 2017 mai;24:230–8. *International Journal of Drug Policy*. DOI: [10.1016/j.drugpo.2017.05.040](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.040)
20. Alavi M, Spelman T, Matthews GV, Haber PS, Day C, Beek IV, et al. Injecting risk behaviours following treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs: The Australian Trial in Acute Hepatitis C. *International Journal of Drug Policy*. 2015 oktober;26:976–83. DOI: [10.1016/j.drugpo.2015.05.003](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.05.003)
21. Tsui IJ, Barry MP, Austin EJ, Sweek EW, Tung E, Hansen RN, et al. Treat my whole person, not just my condition: qualitative explorations of hepatitis C care delivery preferences among people who inject drugs. 2021;16(1):52. *Europe PMC*. DOI: [10.1186/s13722-021-00260-8](https://doi.org/10.1186/s13722-021-00260-8)
22. Batchelder AW, Peyser D, Nahvi S, Arnsten JH, Litwin AH. «Hepatitis C treatment turned me around:» Psychological and behavioural transformation related to hepatitis c treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015 august;153:66–71. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2015.06.007](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.007)
23. Cheng C-M, Chang C-C, Wang J-D, Chang K-C, Ting S-Y, Lin C-Y. Negative impacts of self-stigma on the quality of life of patients in methadone maintenance treatment: The mediated roles of psychological distress and social function. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019 april;16(7):1299. DOI: [10.3390/ijerph16071299](https://doi.org/10.3390/ijerph16071299)
24. Brekke M, Vetlesen A, Høiby L, Skeie I. Livskvalitet hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2010;130:1340–2. DOI: [10.4045/tidsskr.09.1117](https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.1117)
25. Stendal MB. Slik kan sykepleiere motivere rusmisbrukere til et bedre liv. *Sykepleien*. 2019;107(77320):e-77320. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.77320](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77320)
26. Cook PA, McVeigh J, Syed Q, Mutton K, Bellis MA. Predictors of hepatitis B and C infection in injecting drug users both in and out of drug treatment. 2001;96:1787–97. DOI: [10.1046/j.1360-0443.2001.961217878.x](https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.961217878.x)
27. Goutzamanis S, Doyle JS, Thompson A, Dietze P, Hellard M, Higgs P. Experiences of liver health related uncertainty and self-reported stress among people who inject drugs living with hepatitis c virus: a qualitative study. 2018;18(151). *BMC Infectious Diseases*. DOI: [10.1186/s12879-018-3057-1](https://doi.org/10.1186/s12879-018-3057-1)
28. Verdejo-Garcia A, Garcia-Fernandez G, Dom G. Cognition and addiction. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2019;21(3):281–90. DOI: [10.31887/DCNS.2019.21.3/gdom](https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/gdom)

29. Fadnes LT, Taube A, Tylleskar T. How to identify information bias to self-reporting in epidemiological research. The Internet Journal of Epidemiology. 2008;7(2):1–9.

Tilgjengelig fra: <https://ispub.com/IJE/7/2/9194> (nedlastet 23.04.2021).