

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Pasienters opplevelse av livskvalitet i heroinassistert behandling

[Tiril Kyrkjebø-Urheim](#)

Spesialsykepleier og rådgiver
Forsknings- og utviklingsavdelingen, Helse Bergen

[Christina Dahl Andersen](#)

Spesialsykepleier og nasjonal studiekoordinator
NORCATS, Seksjon Forskning, Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen

[Rune Ellefsen](#)

Forsker
RusForsk, Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo

[Rusmiddelavhengighet](#)

[Heroinassistert behandling](#)

[Brukerperspektiv](#)

[Livskvalitet](#)

[Kvalitativt intervju](#)

Sykepleien Forskning 2024;19(97141):e-97141

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2024.97141](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2024.97141)

Sammendrag

Bakgrunn: Heroinassistert behandling (HAB) er en substitusjonsbehandling for pasienter med heroinavhengighet. HAB innebærer overvåket inntak av medisinsk heroin (diacetylmorfin) to ganger daglig. Sykepleiere følger opp pasientenes behandling i det daglige. HAB ble etablert i Norge i 2022 som et femårig prøveprosjekt i Bergen og Oslo. Livskvalitetsforskning blant pasienter med rusmiddelavhengighet har i hovedsak vært kvantitativ. Internasjonalt har pasienters erfaring med HAB vært underrapportert.

Hensikt: Å få kunnskap om HAB som behandlingsform og hvilke konsekvenser behandlingsformen kan ha for pasientenes livskvalitet. Denne kvalitative studien er den første i Norge som undersøker hvordan HAB påvirker pasientenes opplevde livskvalitet.

Metode: Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer med seks HAB-pasienter i Bergen – én måned og seks måneder etter behandlingsstart. Datamaterialet ble analysert ved at vi utførte refleksiv tematisk analyse som beskrevet av Braun og Clark. Vi utviklet to hovedtemaer som rommer hovedmønstre i datamaterialet som angår pasientenes livskvalitet. Hovedtemaene omfatter en kjerneidé og er organisert rundt et overordnet begrep.

Resultat: Etter en systematisk gjennomgang av datamaterialet identifiserte vi to hovedtemaer: Tema 1 «HAB – et etterlengtet tiltak som gir et bedre liv» handler om hvordan informantene opplever at HAB gjør livet bedre enn det var før – tilgang til heroin gjør livet mindre stressende, og de føler seg tryggere og mer stabiliserte. Tema 2 «HAB – et høyintensivt tiltak som krever mye av pasientene» handler om at det daglige oppmøtet og møtene med de ansatte og andre pasienter i klinikken kan være utfordrende. Informantene uttrykte likevel at fordelene med å være i HAB overgår ulempene.

Konklusjon: Som et stabiliserende tiltak kan HAB bidra til at pasientene opplever bedre livskvalitet ved å redusere belastningen knyttet til det å ha en heroinavhengighet. Med stabil og trygg tilgang på medisinsk heroin får de mer tid og penger, og pasientene føler seg friere. Behandlingsopplegget er krevende, men de synes det er verdt bryet. Utfordringer som informantene trekker frem, er knyttet til heroinavhengigheten og kan trolig reduseres ytterligere ved å anerkjenne kompleksiteten i avhengighetslidelsen og øke den psykososiale oppfølgingen av hver enkelt pasient.

Introduksjon

Opioidavhengighet er en alvorlig lidelse som påvirker fysiske, psykiske og sosiale aspekter ved livet (1). Avhengigheten kjennetegnes ved at man ikke klarer å regulere bruken av for eksempel heroin til tross for negative konsekvenser (2). Personer med opioidavhengighet mottar oftere uførepensjon og har fire til sju ganger høyere risiko for tidlig død (3–9). De rapporterer også om dårligere livskvalitet enn befolkningen for øvrig (10–13).

Høye overdosetall viser at personer med rusmiddelavhengighet ikke får tilstrekkelig hjelp, og i 2023 var det 363 narkotikautløste dødsfall (14). Flest dødsfall var knyttet til heroin og andre opioider. I «Nasjonal overdosestrategi 2019–2022» kom Helsedirektoratet med tiltak for å forebygge overdosedødsfall og øke livskvaliteten til denne pasientgruppen (15). Tiltakene var blant annet å gi bedre tilgang til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og utvikle heroinassistert behandling (HAB).

HAB er et femårig prøveprosjekt som evalueres av blant annet Seksjon for klinisk rus- og avhengighetsforskning (RusForsk) ved Oslo universitetssykehus. Denne studien av HAB i Bergen ble gjort som et mastergradsprosjekt ved Høgskulen på Vestlandet i samarbeid med RusForsk. Vinteren 2022 ble HAB startet opp i Oslo og Bergen som en del av eksisterende LAR-programmer.

HAB innebærer at pasienter mottar medisinsk heroin (diacetylmorfin) fremfor andre substitusjonslegemidler. Behandlingen er organisert som en poliklinikk der pasientene møter opp to ganger daglig for inntak av medisinsk heroin via injeksjon eller tablett. Behandlingen er mer høyintensiv enn øvrige LAR. Pasientene får tildelt en primærsykepleier som følger opp behandlingen i det daglige. Pasientene kan også få psykososial oppfølging av en sosionom eller psykolog i klinikken. Behandlingen er tiltenkt pasienter med opioidavhengighet som ikke har hatt god nok effekt av ordinær LAR-behandling (16).

Heroinassistert behandling tilbys blant annet i Danmark, Sveits, Tyskland og Nederland. Internasjonal forskning viser at behandlingen har en god, stabiliserende effekt (17, 18), at heroin har bedre effekt på livskvaliteten enn metadon, at behandlingen gir større tilfredshet (12, 19), samt at HAB kan føre til redusert bruk av illegal heroin (18, 20). HAB har likevel vært en omstridt behandlingsform både i Norge og andre land.

Det finnes få kvalitative studier om livskvalitet og HAB internasjonalt (21, 22). Det er gjort mye kvantitativ forskning både på rusfeltet og pasienters livskvalitet. Det etterspørres imidlertid mer kvalitativ forskning som omfatter brukerperspektivet og en subjektiv tilnærming til livskvalitet (10, 21, 23). Denne studien bidrar med slik kunnskap.

Studiens hensikt

Første- og andreforfatteren samarbeidet om mastergradsstudien, som denne artikkelen er basert på. Studien var et av de første bidragene i forskningen på HAB i norsk sammenheng. Formålet var å få kunnskap om HAB som behandlingsform og hvilke konsekvenser HAB i Bergen kan ha for pasientenes livskvalitet. Studiens problemstilling var følgende:

«Hvordan opplever pasienter i HAB at behandlingen påvirker livskvaliteten deres?»

Det finnes mange ulike definisjoner av livskvalitet. I denne artikkelen velger vi å ha hovedvekten på livskvalitet som et psykologisk subjektivt fenomen. Livskvalitet anses da som psykisk velvære – som den enkeltes opplevelse av å ha det godt (24). En persons livskvalitet er høy når vedkommendes bevisste kognitive opplevelser, som vurderinger, tanker og oppfatninger, er positive, og lav når de affektive opplevelsene, som følelsesmessige tilstander, er negative (24).

RusForsk har nylig publisert en artikkel som tar for seg pasienters tilfredshet med HAB, både i Bergen og Oslo (25). RusForsks artikkel er basert på deler av det samme datamaterialet som første- og andreforfatteren samlet inn til studien vår.

Metode

Utvalg og rekruttering

Det var kun ti pasienter som var begynt i HAB da vi skulle rekruttere informanter til studien. Dermed gjorde vi et strategisk utvalg av disse og inkluderte de som samtykket til å delta. Seks av de ti pasientene samtykket, like mange kvinner som menn. Medianalderen for utvalget er 43 år.

Andreforfatteren var på rekrutteringstidspunktet ansatt i HAB. I jobbsammenheng informerte hun pasientene om studien, innhentet samtykke og avtalte intervjutidspunkt. Hvordan dette asymmetriske maktforholdet kan ha påvirket datamaterialet, kommer vi tilbake til.

Intervjuer

Første- og andreforfatteren foretok semistrukturerte, individuelle intervjuer med tre informanter hver. Intervjuene ble gjennomført én måned etter oppstart i behandling, og så seks måneder etter oppstart. Én informant avbrøt behandlingen og kunne ikke delta videre i studien da andre intervjurunde skulle gjennomføres. Dermed ble det til sammen elleve intervjuer.

Intervjuguiden var utformet av RusForsk, og vi inkluderte egne spørsmål om livskvalitet, for eksempel: «Hvordan påvirker HAB din opplevelse av livskvalitet?» Vi vurderte det som mest hensiktsmessig å gjennomføre intervjuene i klinikken etter at informantene hadde inntatt dosen med medisinsk heroin, da de ville være friske fra abstinenser. Intervjuene varte fra 15 til 60 minutter. Vi tok lydopptak av våre egne intervjuer og transkriberte dem ordrett.

Dataanalyse

Første- og andreforfatteren brukte refleksiv tematisk analyse av Braun og Clarke (26–28) på det kvalitative datamaterialet. Denne analysemetoden innebærer seks faser hvor man lager koder og utvikler temaer som identifiseres på tvers av datamaterialet. Vi hadde en induktiv tilnærming og søkte å utvikle koder og temaer som gjenspeilte positive og negative forhold ved HAB som kunne påvirke informantenes livskvalitet.

Analysemetoden legger vekt på at forskeren er *refleksiv*, det vil si subjektiv, nysgjerrig og kritisk til sin egen forforståelse. Underveis diskuterte vi hvordan våre forforståelser og erfaringer fra rusfaglig arbeid kunne påvirke studiens analyse.

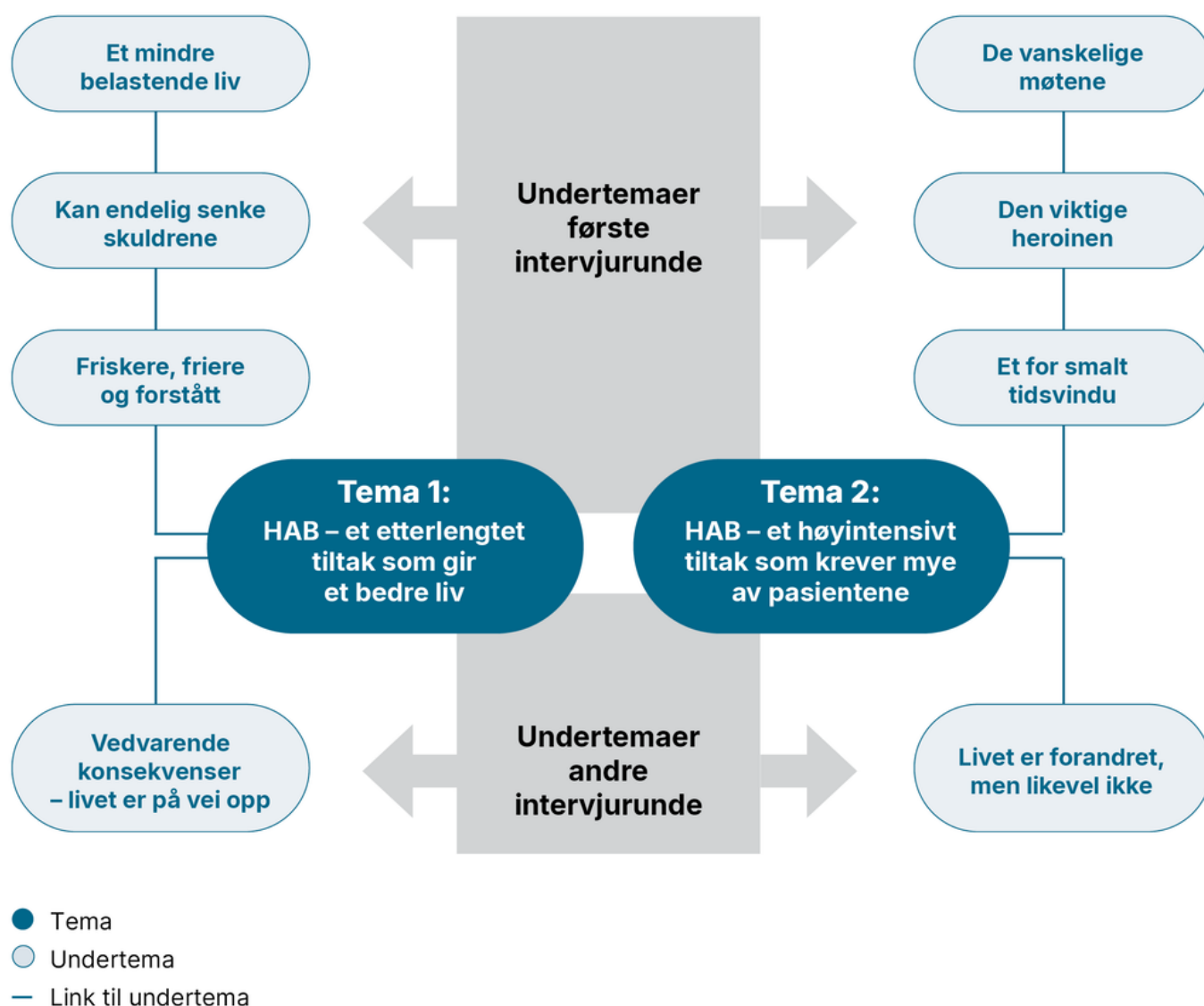
Forskningsetiske vurderinger

Denne studien inngikk i RusForsks forskningsprosjekt, som er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), referansenummer 195733. Forskningsprosjektet er også godkjent av personvernombudet ved Oslo universitetssykehus (OUS) og ved Haukeland universitetssjukehus. Vi fulgte RusForsks og OUS' forskningsprosedyre for datainnhenting og -lagring for å sikre personvern og sikker datahåndtering. Når vi gjengir utdrag fra intervjuene, bruker vi pseudonymer.

Resultater

Temakartet (figur 1) viser analysens funn. Det skiller mellom to hovedtemaer: «HAB – et etterlengtet tiltak som gir et bedre liv» og «HAB – et høyintensivt tiltak som krever mye av pasientene». Undertemaene fra første intervjurunde ses i kartets øverste del, mens undertemaer fra den andre intervjurunden er plassert i nedre del av kartet.

Figur 1. Heroinassistert behandling (HAB) og livskvalitet



HAB – et etterlengtet tiltak som gir et bedre liv

Det første hovedtemaet som fremkom av analysen, beskriver opplevelser og følelser rundt HAB som bidrar til å fremme livskvalitet for pasienten. Informantene fortalte at de søkte seg til HAB på grunn av heroinavhengigheten, det å kunne få heroin gratis og lovlig i trygge rammer, og ønsket om et bedre og mer stabilt liv. De fire undertemaene beskrives kort i det følgende.

Undertemaet «Et mindre belastende liv» handler om direkte konsekvenser av HAB, som at informantene opplever å frigjøres fra stresset og angsten knyttet til det daglige rusjaget. Andre konsekvenser er mindre illegal rusmiddelbruk samt mindre involvering i kriminalitet. De trenger heller ikke å finansiere heroinbruken i et rusmiljø som kan påføre dem psykiske og fysiske skader.

Disse faktorene førte igjen til bedre økonomi, bedre helse og bedre tid i hverdagen. Dette funnet tolker vi som at informantene opplever en forbedret livssituasjon som innebærer økt livskvalitet:

«Hvor mye enklere hverdagen min ble, da, etter at jeg begynte her. Når jeg tenker over det, hvor mye tid jeg egentlig bruker på rusjag, og hele dagene går jo med på å holde seg frisk, og det der jaget, da» (Tore, første intervju).

«Kan endelig senke skuldrene» tar for seg de mer indirekte konsekvensene av heroinavhengighet og hvordan den er altoppslukende i livet når man ikke får riktig hjelp. HAB gir en opplevelse av trygghet og forutsigbarhet ved å forsørge informantene med heroin daglig. HAB gir også rutine og stabilitet i livet, der frigjort tid fra rusjag kan brukes på andre lystbetonte aktiviteter. Tilværelsen blir mer avslappet, noe som bidrar til bedre livskvalitet:

«Jeg bare merker hvor mye enklere det er å komme seg ut nå og få gjort noe hjemme, og spiser mer, og ja, litt mer avslappet» (Tore, første intervju).

«Friskere, friere og forstått» handler om indirekte konsekvenser av HAB av en mer følelsesmessig karakter. Undertemaet inkluderer det å føle at livet har blitt bedre, å få bedre selvfølelse, mer mening, tilhørighet, anerkjennelse av heroinavhengigheten og føle seg friere og friskere. De følte seg friskere i den forstand at de hadde god effekt og lite bivirkninger av medisinsk heroin, samt mindre abstinenser gjennom døgnet:

«Det har egentlig bare gått riktig vei, eller den veien jeg håpte. Setter pris på å få være med, og ja, gjør det som sagt mye bedre og enklere, litt mer frisk og oppegående og får gjort ting (Tore, andre intervju).

«Vedvarende konsekvenser – livet er på vei opp» er undertemaet fra andre intervjurunde. Like etter oppstarten i HAB var informantene mer opptatt av de direkte konsekvensene av den medisinske heroinen de mottok. Etter seks måneder var de mer opptatt av konsekvensene HAB hadde for livet deres. De fleste aspektene i første intervjurunde ved behandlingen som var positive for livskvaliteten, vedvarte i andre runde.

HAB – et høyintensivt tiltak som krever mye av pasientene

Det andre hovedtemaet som kom frem av analysen, beskriver opplevelser og følelser rundt HAB som kan være hemmende for livskvaliteten. Eksempler på slike opplevelser og følelser er det å møte andre fra rusmiljøet i HAB, å møte ignoranse hos de ansatte samt det hyppige oppmøtet. De fire undertemaene beskrives kort nedenfor.

«De vanskelige møtene» tar for seg møtene med de andre pasientene i HAB og med personalet. Når informantene kommer til HAB-klinikken, må de ufrivillig ha samvær med andre fra rusmiljøet som de kan ha et dårlig forhold til. De etterspurte skjermingsmuligheter og uttrykte bekymring for at personer fra rusmiljøet som vil utnytte tiltaket, blir inkludert. De mente også at personalet kunne sanksjonere og stille urimelige krav. Personalet kunne mangle forståelse for og kunnskap om avhengighet samt heroinens effekt og funksjon for den enkelte pasienten:

«Jeg kommer ikke til å si til de [ansatte] hvis jeg har en sprekk på piller, det får de finne ut av selv. Jeg kan bli straffet for det hvis jeg sier noe så. De setter deg ned i noe, i tillegg så forlanger de at du skal klare å holde deg helt fin, når grunnen til at jeg da tok [annet rusmiddel], var å forsterke den dosen jeg hadde» (Lisa, første intervju).

«Den viktige heroinen» handler om at heroinen oppleves så viktig at informantene prioriterer oppmøte på klinikken til tross for at hyppigheten gjør det utfordrende og er til hinder for å planlegge andre aktiviteter. Mange av informantene, spesielt de med lang reisevei, synes det er slitsomt og begrensende for friheten deres å være så bundet til klinikken. Noen forventet kraftigere effekt av den medisinske heroinen:

«Det er dette med at du må møte her to ganger, det må du hele tiden ha i bakhodet» (Ruth, første intervju).

I undertemaet «Et for smalt tidsvindu» fortalte informantene om rigide åpnings- og oppmøtetider som ikke samsvarte med deres behov og rytme. De uttrykte ønske om å kunne motta en tredje dose heroin samt tilbud om måltid mens de oppholder seg i klinikken. HAB i Bergen tilbyr ingen av delene per nå, noe som de syntes var begrensende.

«Livet er forandret, men likevel ikke» er undertemaet fra andre intervjurunde. De negative aspektene fra første intervjurunde vedvarte etter seks måneder i HAB. Informantene delte mer om hvordan livet med avhengighet preget dem i hverdagen, som sidemisbruk for å døyve ubehagelige følelser og vonde opplevelser fra livet i rusmiljøet, både knyttet til vold og utnyttelse. HAB bøter ikke på slike aspekter som gir redusert livskvalitet. Livet er fortsatt vanskelig.

Resultatene viser at informantene både har positive og negative affektive og kognitive opplevelser knyttet til HAB. De beskriver at den medisinske heroinen gjør at de føler glede, eufori, trygghet, tilhørighet og anerkjennelse. Dette er eksempler på positive affektive opplevelser. De er mer tilfreds med livet sitt fordi HAB tilfører stabilitet og rutine. De har bedre selvfølelse og kjenner seg friskere og friere. Dette er eksempler på positive bevisste kognitive opplevelser. Informantene fortalte samtidig at HAB bidrar til å redusere negative affektive opplevelser som angst, tretthet, skam og stress.

De fortalte også at å være i HAB oppleves slitsomt og tidkrevende. Det involverer ufrivillig samvær med andre fra rusmiljøet. Dette er eksempler på negative bevisste kognitive opplevelser. Både de positive og de negative forholdene ved HAB som informantene fremhevet, samsvarer med resultater i internasjonale studier (21, 22).

Diskusjon

Resultatene viser at medisinsk heroin er en stor, viktig og delvis positiv del av livet til informantene. De illustrerer kompleksiteten i avhengighetslidelser da heroinbruk generelt sett oppfattes ensidig negativt, og rusfrihet idealiseres. Målet med HAB er imidlertid ikke rusfrihet og å bli frisk fra avhengighet, men å få tilgang til medisinsk heroin og håndtere avhengigheten på en forsvarlig måte innenfor helsevesenets rammer. Som resultatene viser, kan imidlertid disse rammene oppleves som rigide og for lite tilpasset pasientenes behov.

Livskvalitet og avhengighet

Inntak av rusmidler har en kraftig effekt på hjernens dopaminutskillelse og gir hjernen en stor gevinst i forhold til annen naturlig dopaminutskillende atferd. Dette vil over tid kunne endre hjernens motivasjons- og belønningssystem, slik at også motivasjonen for nye inntak øker. Da blir den positive affektive opplevelsen ved inntak av heroin så sterk at den kan overskygge de fleste aspektene i livet hos personer som har utviklet avhengighet (7, 29, 30, 31).

Når informantene oppgir heroin som det viktigste aspektet ved det de opplever som bedre livskvalitet, bør det forstås i denne konteksten. Tilgangen til medisinsk heroin i HAB gjør også at informantene ikke lenger trenger å bekymre seg for abstinenssymptomer eller stresset med å finansiere illegal heroinbruk.

Medisinsk heroin i HAB gir en umiddelbar positiv affektiv opplevelse av eufori og reduserer negative kognitive opplevelser av å være syk med abstinenser samt stress og angst knyttet til rusjag. Både selve inntaket av heroin og tryggheten og forutsigbarheten ved at HAB forsørger dem med medisinsk heroin, gir en opplevelse av økt livskvalitet. Informantene slipper usikkerheten og risikoen ved å innta illegal heroin, og inntaket av medisinsk heroin overvåkes og skjer i trygge omgivelser.

Informantene sa også at HAB gjør at heroinbruk går fra å være en kriminell handling til å bli helsehjelp. Det kan bidra til å redusere skammen forbundet med rusmiddelavhengighet og øke følelsen av at heroinavhengigheten anerkjennes av behandlingsapparatet og samfunnet for øvrig (32).

Informantene vektla også at HAB gjør det mulig for dem å unngå å oppsøke rusmiljøet for å skaffe illegal heroin. Dette beskrives som en av grunnene til at de opplever økt livskvalitet. Selv om det å få dekket det fysiologiske behovet for heroin er viktig, ser det ut til at det kreves mer for å klare å distansere seg fra rusmiljøet.

HAB gir bedre livskvalitet – reelt eller ikke?

Behandling av rusmiddelavhengighet er komplekst. På den ene siden må pasientenes fysiologiske avhengighet behandles med medisin for å tilpasse toleransenivået og unngå abstinenser. På den andre siden må det psykososiale aspektet ved avhengighet få tilstrekkelig oppmerksomhet i behandlingen. Denne pasientgruppen trenger hjelp til å endre atferdsmønsteret og vanene som opprettholder lidelsen.

Denne studiens funn samsvarer med internasjonal kvantitativ forskning der pasienter i heroinassistert behandling er mer fornøyd med medikamentet enn pasienter som mottar annen type substitusjonsbehandling (19).

Gjennom kvalitative intervjuer får vi imidlertid en dypere innsikt som viser at selv om man er fornøyd med medikamentet, vil manglende helhetlig behandling gjøre det vanskelig å bedre livssituasjonen for øvrig. Dette poenget samsvarer med en internasjonal litteraturgjennomgang som anbefaler økt oppmerksomhet i klinisk praksis på livskvaliteten til personer som er i rusbehandling (10).

Informantene beskrev hvordan de syntes det daglige oppmøtet var slitsomt og noe som kunne bli en hindring for å realisere andre lystbetonte aktiviteter. Dette kan ha en negativ effekt på deres opplevde livskvalitet. Selvrealisering anses som et viktig aspekt ved god livskvalitet (24, 33). Det kan fremstå som om behandlingsintensiteten i HAB begrenser muligheten til å gjøre aktiviteter utover å være i behandling.

Det hyppige oppmøtet i HAB gjør at informantene ufrivillig må tilbringe tid med andre fra rusmiljøet, noe som kan trigge russug for å regulere vonde følelser. Dessuten føler noen informanter at personalet ikke forstår avhengigheten og heroinens effekt godt nok. Disse forholdene kan gjøre det vanskelig for informantene å unngå skamfølelse knyttet til sin avhengighet. Skamfølelsen ved rusmiddelavhengighet er ofte både utgangspunkt for og en konsekvens av inntak av rusmidler (34). Det er en fare for at både russug og skamfølelse opprettholdes i klinikken.

Det å skulle stabiliseres på én døgndose og ikke lenger få rusfølelse kan også gi utfordringer. Rusingen har gjerne en funksjon som strekker seg lenger enn biologisk og kjemisk nytte. Funksjonen blir også å holde ubehagelige følelser på avstand, som angst, skam og skyld.

Toleranseutvikling og stabilisering kan for noen gjøre at heroinens funksjon kun blir å holde seg frisk fra abstinenser. Negative følelser blir ikke lenger nødvendigvis dempet, og heroinen kan tillegges mindre verdi. Det å mestre og håndtere hverdagen kan dermed bli tøft og noe pasientene trenger hjelp til. Avhengigheten blir mer kompleks, og behandlingen må tilby noe mer. Kun medikamentell behandling i HAB kan bidra til et forenklet syn på rusmiddelavhengighet som sykdom. Dermed kan behandlingsformen bli utilstrekkelig i det å møte pasientens øvrige behov som er nødvendige for å bedre livskvaliteten.

Når heroin går fra å være et rusmiddel til å bli medisin, har det konsekvenser. Det psykososialfaglige og miljøterapeutiske kan komme i skyggen av det medisinskfaglige behovet for kontroll rundt administrering og vurdering av medisinsk forsvarlighet.

Man må huske at denne behandlingen er tiltenkt personer med heroinavhengighet som er i aktiv rus, og som ikke har tilfredsstillende effekt av ordinær LAR: de mest sårbare og vanskeligste å behandle. Man kan ikke forvente at de er kontinuerlig stabiliserte, fordi verken avhengighet eller stabilisering er strømlinjeformet. Pasientene kan hjelpes gjennom å anerkjenne dette faktumet og minske kontrollbehovet.

Relasjonsbygging, forebygging av sidemisbruk og andre utfordringer blir enklere hvis psykososial oppfølging vektlegges, prioriteres og utvikles i større grad for å dekke pasientenes sammensatte behov utover det medisinske. Det bør tilrettelegges for at sykepleiernes kompetanse også benyttes til god psykososial oppfølging, da de er tettest på pasientene.

Metodiske vurderinger

I denne studien har vi vært opptatt av refleksivitet, det å være bevisst på hvordan vi som forskere har påvirket forskningsprosessen og resultatene. Tre aspekter ved prosjektet har vært spesielt viktige: det å intervju informanter som er ruspåvirket, vår erfaring som sykepleiere innen rusfaglig arbeid og andreforfatterens dobbeltrolle som HAB-ansatt og forsker.

Intervjusituasjonen og det å intervju personer i aktiv rus, som er mer eller mindre ruspåvirket, var ingen enkel oppgave med tanke på det ideelle kvalitative forskningsintervjuet. Vi opplevde å bli møtt med tilbakeholdenhet, vennlig avvisning, nærtakenhet samt mangel på lyst til og erfaring med å snakke om livet. Ofte var det vanskelig å tyde hva som ble sagt. Disse faktorene reiser spørsmål om dataenes gyldighet og kvalitet.

Vi mener dataene gir viktig innsikt og er representative for informantenes virkelighet. Når man forsker på denne pasientgruppen, må man også ta høyde for at gruppen er påvirket av de rusmidlene de er avhengig av. Vi behandlet informantene annerledes enn vi ville gjort med intervjuobjekter som verken tilhører en marginalisert gruppe eller er ruspåvirket. De ville vi utfordret mer.

Det er rimelig å sette spørsmålstegn ved om informantene følte seg presset til å delta i studien. Andreforfatteren hadde en dobbeltrolle som HAB-ansatt og forsker og var samtidig den som informerte, innhentet samtykke og avtalte intervjuene.

Informantene ble informert om at en eventuell deltakelse og informasjon som ble gitt i intervjuene, ikke ville påvirke behandlingen deres. De kan likevel bevisst eller ubevisst ha ønsket å gjøre et godt inntrykk på andreforfatteren.

De kan også ha vurdert HAB mer positivt enn negativt fordi de håpet på at behandlingen skulle bli etablert etter prøveprosjektperioden. Disse forholdene samt det faktumet at dataene ikke nødvendigvis er dekkende for HAB i Oslo, bør tas i betraktning når denne studiens datamateriale og resultater vurderes. Studien gir likevel viktig og unik innsikt i hvordan HAB påvirker pasientenes livskvalitet.

Konklusjon

Studiens resultater viser at HAB har en positiv innvirkning på informantenes opplevde livskvalitet, spesielt gjennom tilgangen til medisinsk heroin og fraværet av rusjag. Samtidig er det flere aspekter ved HAB som kan forbedres for å tilpasse seg pasientenes behov ytterligere. Vi mener dette handler om at HAB i Bergen per nå ikke er godt nok tilrettelagt for en helhetlig behandling der det sentrale er relasjonsbygging, miljøterapi og psykososial oppfølging.

Det er indikasjoner på at HAB i Oslo er bedre tilrettelagt for helhetlig behandling (25). Det kan med fordel tilrettelegges bedre for at sykepleierne i HAB i Bergen også får bruke sin kompetanse innen disse arbeidsområdene.

Det positive ved HAB veier imidlertid tyngre for pasientene enn det negative. Dessuten kan HAB bidra til at denne gruppens identitet blir mindre preget av stigma og skam ved at heroinavhengigheten og heroinbruken som informantene opplever, anerkjennes og gyldiggjøres. Når administrering av heroin flyttes fra gaten til klinikken, blir bruken tryggere, og overdosedødsfall kan motvirkes.

Målet med HAB er blant annet økt livskvalitet. Alt i alt er HAB et viktig tiltak for å bedre livskvaliteten til denne gruppen. Men dersom HAB blir *for* medikalisert, kan det føre til at pasientene kun blir fungerende i hverdagen og ikke nødvendigvis får til større endringer som gir dem et bedre liv.

Vi ser et forbedringspotensial for HAB i Bergen. Vi mener det trengs en tydeligere avklaring knyttet til HABs mandat og målsetting. Slik kan man vurdere om og i hvilken grad HAB i Bergen kan tilpasses ytterligere til pasientenes behov og ha en helhetlig tilnærming til den enkelte pasienten. Da vil pasientgruppen kunne oppleve enda bedre livskvalitet gjennom HAB og være bedre rustet til å få til gode endringer i livet sitt.

Interessekonflikter

Under studien arbeidet Christina Dahl Andersen ved Heroinassistert behandling (HAB) i 60 prosent stilling.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



HEROINASSISTERT BEHANDLING (HAB): Pasienter i HAB mottar medisinsk heroin, diacetylmorfin, via injeksjon eller tablett ved å møte opp to ganger daglig. Her er det sykepleier Simen Roaas Bergheim ved HAB i Oslo som trekker opp diacetylmorfin.

Illustration photo: Erik M. Sundt

1. Skoglund A, Biong S. Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I: Skoglund A, Biong S, red. Helsehjelp til personer med rusproblemer. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2018. s. 178–92.
2. Verdens helseorganisasjon (WHO). ICD 11 for mortality and morbidity statistics – 6C43.2 Opioid dependence [internett]. Genève: WHO; u.å. [oppdatert 2021; hentet 21. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1120716949>

3. Andreas JB, Lauritzen G, Nordfjærn T. Co-occurrence between mental distress and poly-drug use: a ten year prospective study of patients from substance abuse treatment. Addict Behav. 2015;48:71–8. DOI: [10.1016/j.addbeh.2015.05.001](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.05.001)
4. Den norske legeforening. Innspillsrapport 2015: Et fullverdig liv. Rus og psykisk helse – bedre hjelp til de sykeste [internett]. Oslo: Den norske legeforening; 2015 [hentet 21. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/cfc76ddd8c2145b1b572e28434d899d8/i-et-fullverdig-liv.pdf>
5. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, Næss Ø, et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. PLoS One. 2018;13(8):e0202028. DOI: [10.1371/journal.pone.0202028](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202028)
6. Lewer D, Jones NR, Hickman M, Nielsen S, Degenhardt L. Life expectancy of people who are dependent on opioids: a cohort study in New South Wales, Australia. J Psychiatr Res. 2020;130:435–40. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2020.08.013](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.013)
7. Mørland J, Waal H. Rus og avhengighet. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
8. Svendsen K, Fredheim OM, Romundstad P, Borchgrevink PC, Skurtveit S. Persistent opioid use and socioeconomic factors: a population-based study in Norway. Acta Anaesthesiol Scand. 2014;58(4):437–45. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2020.08.013](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.013)
9. Van Amsterdam J, Pennings E, Brunt T, Van den Brink W. Physical harm due to chronic substance use. Regul Toxicol Pharmacol. 2013;66(1):83–7. DOI: [10.1016/j.yrtph.2013.03.007](https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2013.03.007)
10. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature. Int J Drug Policy. 2010;21(5):364–80. DOI: [10.1016/j.drugpo.2010.01.010](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.01.010)
11. Helsedirektoratet. Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjeneste [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [hentet 21. november 2022]. IS-2076. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20-%20Veileder.pdf

12. Karow A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Vertheim U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2010;112(3):209–15.
DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2010.06.009](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.06.009)
13. Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvarós J, Castillo C, et al. Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Subst Use Misuse.* 2004;39(9):1353–68. DOI: [10.1081/JA-120039392](https://doi.org/10.1081/JA-120039392)
14. Gjersing L. Narkotika i Norge. Narkotikautløste dødsfall 2023 [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 9. juni 2021 [oppdatert 30. mai 2024; hentet 9. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/?term=#tall-for-20182022>
15. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler: Kapittel 14 Avrusning fra opioider: 14.1. Om opioider og deres virkninger [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [oppdatert 13. mai 2016; hentet 21. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/avrusning-fra-opioider/om-opioider-og-deres-virkninger>
16. Eide D, Müller A, Bukten A, Clausen T, Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf). Behandling av opioiddominert ruslidelse: Et prøveprosjekt med heroinassistert behandling [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet 21. november 2022]. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behandling-av-opioiddominert-ruslidelse-et-proveprosjekt-med-heroinassistert-behandling/Heroinassistert%20behandling%20\(pr%C3%B8veprosjekt\)%20%20Behandling%20av%20opioiddominert%20ruslidelse.pdf/_/attachment/inline/2b9decac18-47e0-9889-a5eb0e673302:6a4c59a6603f045785e5e5858f48fa36cb5cfcfb/Heroinassistert%20behandling%20av%20opioiddominert%20ruslidelse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behandling-av-opioiddominert-ruslidelse-et-proveprosjekt-med-heroinassistert-behandling/Heroinassistert%20behandling%20(pr%C3%B8veprosjekt)%20%20Behandling%20av%20opioiddominert%20ruslidelse.pdf/_/attachment/inline/2b9decac18-47e0-9889-a5eb0e673302:6a4c59a6603f045785e5e5858f48fa36cb5cfcfb/Heroinassistert%20behandling%20av%20opioiddominert%20ruslidelse.pdf)
17. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2011;12:CD003410.
DOI: [10.1002/14651858.CD003410.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003410.pub4)
18. Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A, Van den Brink W, Haasen C, Schechter MT, et al. Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *Br J Psychiatry.* 2015;207(1):5–14. DOI: [10.1192/bjp.bp.114.149195](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149195)

19. Marchand KI, Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, Marsh DC, Schechter MT. Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. BMC Health Serv Res. 2011;11(1):174. DOI: [10.1186/1472-6963-11-174](https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-174)
20. Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, Lauzon P, Guh D, Anis A, et al. Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. N Engl J Med. 2009;361(8):777–86. DOI: [10.1056/NEJMoa0810635](https://doi.org/10.1056/NEJMoa0810635)
21. Riley F, Harris M, Ahmed D, Moore H, Poulter L, Towl G, et al. 'I feel like I found myself again' – Rethinking 'recovery' in a qualitative exploration of Heroin Assisted Treatment (HAT) service users' experiences [preprint]. Harm Reduct J. 28. november 2022. DOI: [10.21203/rs.3.rs-2310440/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2310440/v1)
22. Johansen KS. Heroinbehandling i Danmark. Rus & samfunn. 2013;7(4):18–22. DOI: [10.18261/ISSN1501-5580-2013-04-08](https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2013-04-08)
23. Nes RB, Hansen T, Barstad A. Livskvalitet: anbefalinger for et bedre målesystem [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [hentet 21. november 2022]. IS-2727. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%E2%80%93Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%E2%80%93>
24. Næss S. Språkbruk, definisjoner. I: Næss S, Moum T, Eriksen J, red. Livskvalitet: forskning om det gode liv. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2011. s. 15–47.
25. Ellefsen R, Wüsthoff LE, Arnevik EA. Patients' satisfaction with heroin-assisted treatment: a qualitative study. Harm Reduct J. 2023;20:73. DOI: [10.1186/s12954-023-00808-8](https://doi.org/10.1186/s12954-023-00808-8)
26. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
27. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qual Res Sport Exerc Health. 2019;11(4):589–97. DOI: [10.1080/2159676X.2019.1628806](https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806)
28. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: a practical guide. 1. utg. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2021.
29. Bramness JG. Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelproblemer [internett]. Utposten. 2009;4;22–6 [hentet 21. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.utposten.no/asset/2009/2009-04-22-26.pdf>

30. Pedersen W. Bittersøtt. Nye perspektiver på rus og rusmidler. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
31. Aarre TF. Rusmiddelproblemer. I: Aarre TF, red. Psykiatri for helsefag. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018. s. 261–87.
32. Fekjær HO. Skam ved rus- og spilleproblemer. I: Gulbrandsen P, Fugelli P, Stang GH, Wilmar B, red. Skam i det medisinske rom. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.
33. Normann-Eide T. Følelser. Kjennetegn, funksjon og vrangsider. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020.
34. Kaufman G. The psychology of shame. Theory and treatment of shame-based syndromes. London: Routledge; 1993.