

Hvilke erfaringer har pasienter som mottar
legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med helsevesenet?

Kandidatnummer: 772

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8989

Dato: 03.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 03.01.2023
<p>Tittel:</p> <p>Hvilke erfaringer har pasienter som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med helsevesenet?</p>	
<p><u>Innledning</u></p> <p>Temaet for oppgaven er pasienterfaringer med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Sykepleiere møter personer med rusmiddellidelser i hele helsevesenet. Pasientgruppen er en sammensatt gruppe med stort behov for sykepleie. Sykepleiere har en behandlende funksjon, der den terapeutiske mellommenneskelige prosessen er viktig for personsentrert sykepleie. Problemstillingen for oppgaven er: hvilke erfaringer har pasienter som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med helsevesenet?</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Jeg har gjort en generell litteraturstudie for å svare på problemstillingen. For å finne forskningslitteratur, har jeg søkt i databasen CINAHL. Der har jeg gjennom et strukturert søk på 122 treff, funnet fire forskningsartikler som jeg bruker til å svare på problemstillingen.</p> <p><u>Resultat</u></p> <p>Resultatene fra de inkluderte studiene viste at pasienter som mottar LAR opplever mye stigma i helsevesenet. Mange pasienter har internalisert stigma og opplever mye skam. Stigma fra sykepleiere kan føre til at pasienter holder tilbake informasjon eller unngår å oppsøke helsehjelp. Pasientene opplever å bli møtt med skepsis og mistillit.</p> <p><u>Diskusjon</u></p> <p>Stigma fra helsetjenesten kan føre til at pasienter internaliserer stigma. Stigma kan føre til tap av verdighet for pasienten. Sykepleieren har et ansvar for å ivareta pasientenes verdighet. Tap av verdighet kan bli en barriere for pasienter i LAR. Manglende tillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier kan føre til mangelfull etterlevelse og frafall i LAR. Pasienter opplever kontrollordningene i LAR stigmatiserende og som en barriere i behandlingen. Fra et sykepleiefaglig perspektiv kan kontrollordningene være nødvendig for å sikre faglig forsvarlig behandling. Informasjon og kommunikasjon er viktig for etterlevelse i LAR. LAR er den viktigste behandlingen av opioidavhengighet og frafall fra behandling kan resultere i overdosedødsfall, økt dødelighet, sykелighet og kriminalitet. Stigma, mistillit, tap av verdighet og et mangelfullt samarbeid med helsetjenesten er barrierer for å bli i og oppsøke LAR.</p>	

Totalt antall ord: 302

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans.....	2
1.3	Hensikt og problemstilling	2
1.4	Avgrensning.....	2
1.5	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Opioidavhengighet	4
2.1.1	Historie	4
2.1.2	Rusmiddellidelser	4
2.2	Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	5
2.3	Brukerperspektivet	7
2.3.1	Stigma.....	7
2.3.2	Verdighet	8
2.3.3	Makt og avmakt	8
2.4	Sykepleiens funksjon, rolle og rammer	9
2.4.1	Etikk	10
2.4.2	Sykepleierens terapeutiske funksjon og Joyce Travelbee.....	10
3	Metode	12
3.1	Litteraturstudie	12
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av studier	12
3.2.1	Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler.....	13
3.3	Øvrige fag- og forskningsartikler	15
4	Resultater	16
4.1	Presentasjon av artikler i matrise.....	16
4.2	Syntese av resultatene.....	18
5	Diskusjon.....	19
5.1	Resultatdiskusjon	19
5.1.1	Pasienter som mottar LAR opplever å bli stigmatisert av sykepleiere	19
5.1.2	Pasienter opplever at sykepleiere møter dem med skepsis og lite tillit	20

5.1.3	Pasienter som mottar LAR opplever relasjonen mellom pasient og sykepleier som avgjørende for etterlevelse i behandling.....	22
5.1.4	Barrierer for å bli i og oppsøke LAR.....	23
5.2	Metodediskusjon	26
5.2.1	Egen metode	26
5.2.2	Styrker og svakheter ved inkluderte artikler.....	27
6	Konklusjon.....	29
7	Referanseliste	30
8	Vedlegg 1	35
9	Vedlegg 2	39
10	Vedlegg 3	43
11	Vedlegg 4	47

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Skadelig bruk av rusmidler er et utstrakt problem, både på verdensbasis og i Norge. Skadelig rusmiddelbruk setter brukeren i fare for en rekke psykiske og somatiske sykdommer. Det kan føre til sosial funksjonssvikt og gå ut over arbeidsliv, familieliv og egen helse. Personer med rusmiddellidelser er en sårbar gruppe, og møter mye stigma i samfunnet. Det er en pasientgruppe med et sammensatt behov for sykepleie (Mørland & Waal, 2016, s. 171, 342). Opioider er et svært avhengighetsskapende stoff med stort misbrukspotensial. I 2021 var antallet narkotikautløste dødsfall i Norge 241, der 83% av dødsfallene skyldtes opioider (Amundsen, 2022). Opioidavhengighet kan behandles med substitusjonsmedikamenter i spesialisthelsetjenesten, kalt legemiddelassistert rehabilitering (LAR). LAR har også som formål å redusere skadevirkningene av opioidavhengighet og faren for narkotikautløste dødsfall. LAR sikter på å øke livskvalitet og at pasienten skal få hjelp til å endre livssituasjon (LAR-forskriften, 2009, § 2). I desember 2021 var det 8198 pasienter i LAR i Norge (Bech et al., 2022, s. 1). En omfattende metaanalyse gjennomført av Sordo et al (2017) fant at dødeligheten sank betraktelig hos pasienter som mottok LAR (Sordo et al. 2017, s. 7). LAR ser ut til å fungere til formålet det var tenkt, likevel er det mange pasienter som er misfornøyde med rammene i LAR og opplever mye stigma knyttet til behandlingen (Waal et al., 2018, s. 9, 10). Folkehelseinstituttet skriver i en systematisk oversikt at pasienter i LAR opplever stigma også i møte med sykepleiere (Steiro et al., 2020 s. 47, 48). Sykepleiere har mye kompetanse i sitt fag, men stigma og fordommer kan skape en barriere for etterlevelse i behandling. Sykepleieren har også et ansvar for å behandle pasienter med respekt og verdighet. Pasientenes egne opplevelser gir viktig informasjon om hva som påvirker pasientenes etterlevelse i behandling (Heggestad, 2016, s. 24). Det kan tyde på et behov for økt kunnskap og stigmareduserende tiltak om pasientgruppen blant helsepersonell. Grunnen til at jeg valgte å skrive om personer med rusmiddellidelser, er at det er en pasientgruppe med et komplekst behov for sykepleie. Det er et viktig tema som med fordel kunne hatt mer plass i sykepleierutdannelsen.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Personsentrert sykepleie er viktig i utøvelse av all sykepleie. Personsentret sykepleie handler om å sette mennesket først, i stedet for diagnosen. En sykepleier må møte pasienten som et unikt menneske og med interesse og nysgjerrighet. Personsentrert sykepleie handler om å bidra til at pasienten er delaktig i egen behandling og å ha tillit til at pasienten er ekspert på seg selv (Skovdahl, 2022, s. 94, 95). Personer med rusmiddellidelser er en relativt stor pasientgruppe. Personer med rusmiddellidelser har ofte et sammensatt behov for sykepleie, og sykepleiere møter denne pasientgruppen i flere deler av helsetjenesten (Mørland & Waal, 2016, s. 314). Pasientene har ofte både psykiske og somatiske plager, og kan også ha en rekke sosiale problemer som kan forverre pasientens helsetilstand. Sykepleieren trenger god kunnskap i møte med personer med rusmiddellidelse til opioider for å kunne utøve god sykepleie (Skoglund & Biong, 2018, s. 178, 179).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan forskningslitteraturen beskriver pasienter som mottar LAR sine opplevelser og erfaringer i møte med sykepleiere og helsevesenet. Min problemstilling er: Hvilke erfaringer har pasienter som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med helsevesenet?

1.4 Avgrensning

I oppgaven har jeg pasienterfaringer som utgangspunkt fordi pasienten selv er best egnet til å beskrive egne subjektive erfaringer. I oppgaven vil jeg avgrense til pasienter som mottar LAR fordi dette er den primære behandlingen av opioidavhengighet i Norge i dag. Jeg velger å ha en vid kontekst som omfatter hele helsevesenet, fordi sykepleiere og annet helsepersonell møter denne pasientgruppen i hele helsevesenet. For å begrense omfanget av oppgaven vil jeg ikke ta for meg brukere av andre rusmidler enn opioider selv om disse pasientene også er hyppig innom helsevesenet (Steiro et al., 2020). Jeg vil ikke gå inn på det nye prosjektet med heroinassistert behandling (HAB) siden dette er veldig nytt i Norge og fremdeles er et prøveprosjekt (Eide et al., 2019).

1.5 Begrepsavklaring

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)- er et helhetlig behandlingstilbud til pasienter med opioidavhengighet. Behandlingen handler om å erstatte rusmiddelet med et langtidsvirkende opioid. Dette kalles substitusjonslegemiddel og dreier seg hovedsakelig om metadon eller buprenorfin (Helsedirektoratet, 2022).

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg aktuell teoretisk kunnskap som er nødvendig for å besvare problemstillingen. Kunnskapen jeg presenterer i dette kapitlet skal bidra til å øke forståelsen for tematikken. Jeg vil først gå kort inn på historien rundt opioider og avhengighet til rusmidler. For å skape forståelse for tematikken vil jeg forklare hvordan LAR fungerer og hva behandlingen dreier seg om. Deretter vil jeg ta for meg sentrale pasientfenomener jeg mener er aktuelle for å forstå problemstillinger personer med rusmiddellidelser kan møte. Til slutt tar jeg for meg sykepleierens funksjon, rolle og rammer for å belyse sykepleierens ansvar i møte med pasientgruppen og sentrale etiske ansvarsområder som er viktig i utøvelsen av personsentrert sykepleie. Jeg har brukt sykepleieteoretikeren Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold som grunnlag for sykepleierens møte med personer med rusmiddellidelser.

2.1 Opioidavhengighet

2.1.1 Historie

I Norge begynte bruken av opioidet heroin rundt 1980-tallet. I Norge og EU var det omtrent 1 million mennesker som brukte opioider i 2020 (EMCCDA, 2022, s. 36). Opioider er kjent tilbake til ca. 2000 år f.Kr på Kreta. Opiumsvalmuen ble allerede da brukt til rusformål. Siden spredte bruken seg østover og ble utpreget i Kina og India. Rusproblemene begynte å øke etter hvert som opium ble bearbeidet slik at det kunne røykes. Opiumsbruk ble et økende problem også i Europa, og rusmiddelbruken eskalerte. Rundt århundreskiftet 1800-1900 begynte handelen å reguleres, og all bruk som ikke var forskrevet av lege ble til slutt forbudt. Etter dette var bruken av opioider lav, frem til rundt 1970-tallet. Da økte den illegale importen som følge av økt rusmiddelbruk (Mørland & Waal, 2016, s. 166).

2.1.2 Rusmiddellidelser

Mange av begrepene som har blitt brukt og blir brukt om avhengighet egner seg dårlig fordi det gir implikasjoner om at avhengigheten er selvpåført. Tidligere ble personer med rusmiddellidelser omtalt som narkoman eller rusmisbruker, og disse begrepene er fremdeles en del brukt i dagligtale. Dette er nedsettende begreper som man har gått bort i fra. Folkehelseinstituttet anbefaler å bruke rusmiddellidelser (Bramnes, 2022, s. 2,3). Jeg bruker rusmiddellidelser eller opioidavhengighet i denne oppgaven.

Rusbrukslidelse med opioider i ICD-10 har diagnosekode F11.1-9. Det sentrale i avhengighet til rusmidler, handler om å gjenta en handling som er til skade for en selv eller andre man bryr seg om. Mørland & Waal (2016, s. 20) har i samarbeid i et tverrvitenskapelig forskningsprosjekt arbeidet med å definere avhengighet:

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

Denne beskrivelsen viser til rusmiddellidelse som en sammensatt lidelse, der mer enn den fysiske avhengigheten spiller inn. Beskrivelsen gir en mer subjektiv forståelse av avhengighet, og tar pasientens perspektiv (Mørland & Waal, 2016, s. 20).

2.2 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er et helhetlig behandlingstilbud for pasienter med ruslidelse og avhengighet til opioider. Formålet med LAR er å legge til rette for at personer med opioidavhengighet skal kunne endre sin livssituasjon ved å bedre livskvalitet og mestrings- og funksjonsnivå. LAR skal bidra til å redusere skadevirkningene av opioidavhengighet samt redusere narkotikautløste dødsfall (LAR-forskriften, 2009, §2). Behandlingen av opioidavhengighet med substitusjonsmedikamenter, begynte på 1960- tallet i USA. Behandling med avvenning og rehabilitering av heroinavhengige lyktes sjelden, og dødelighet og kriminalitet økte etter tilbakefall. Etter hvert begynte man å behandle med langtidsvirkende opioider. Det viste seg at pasientene i større grad ønsket rehabilitering og at de heller ikke etterspurte høyere doser. Dette prinsippet dannet grunnlaget for den moderne behandlingen i LAR i dag (Mørland & Waal, 2016, s 174).

Behandling av opioidavhengighet har to hovedretninger. Den ene har mål om at pasienten avslutter bruken av opioider fullstendig. Dette er en krevende behandling som krever avvenning og behandling av abstinenssymptomer som kommer når pasienter slutter med opioider. Pasientene trenger ofte mye støtte for å mestre sin rustrang og mange har hyppige tilbakefall (Mørland & Waal, 2016, s 171). Den andre behandlingen sikter på å erstatte

rusmiddelet med et langtidsvirkende opioid som tar vekk rustrang uten å gi rus. Opioidene som brukes mest i Norge er metadon og buprenorfin. Et langtidsvirkende opioid gjør at konsentrasjonen i kroppen er stabil slik at pasienten ikke opplever abstinenser eller rus. Hverdagen kan bli mer forutsigbar slik at underliggende helseproblemer kan behandles (Mørland & Waal, 2016, s 172). Skadereduksjon er også viktig behandlingsretning dersom rehabilitering ikke lar seg gjennomføre. Skadereduksjon er et tilbud til opioidavhengige der pasienten kan motta substitusjonsbehandling uten krav om rusfrihet. Dette bidrar til å redusere sykkelighet, dødelighet og kriminalitet knyttet til rusmiddelbruk (Mørland & Waal, 2016, s 178, s. 179).

Den nasjonale retningslinjen for behandling i LAR har mottatt kritikk, og mange pasienter har vært misfornøyde med rammene rundt behandlingen. I 2022 kom det en ny nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengighet, der det har kommet flere endringer siden den forrige versjonen. Den nye faglige retningslinjen gir føringer for økt grad av brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2022).

I 2018 erklærte regjeringen at de ønsket å gjennomføre en rusreform som skulle gi et bedre tilbud til personer med rusmiddellidelser. Det innebar at straff for besittelse og bruk skulle erstattes med helsehjelp. Dette endringsforslaget vedkjenner at rusproblematikk hovedsakelig er en sak for helsetjenesten, og ikke skal tilhøre justissektoren. I proposisjonen står det videre at straffeforfølgelse av bruk og besittelse av illegale rusmidler bidrar til å forsterke eksisterende stigma rundt gruppen. Straff rammer også ofte sosialt skjevt, der allerede marginaliserte og stigmatiserte grupper opplever hovedtyngden av stigmaet som rusmiddelbruk bærer. Det bidrar til ytterligere stigma og negative holdninger som kan skape barrierer for å oppsøke hjelp (Prop. 92 L 2020–2021, s 7). Rusreformen ble imidlertid ikke vedtatt.

LAR er i utgangspunktet en vedlikeholdsbehandling som varer livet ut, eller til pasienten selv ønsker å slutte. Behandlingen sikter ikke på å helbrede opioidavhengighet (Waal et al., 2018, s. 2). Norske registerstudier viser entydig at LAR reduserer dødelighet, sykkelighet og kriminalitet. Pasienter opplever ofte betydelig bedring i rusrelaterte problemer etter oppstart med LAR. Det er likevel en økt interesse fra pasienter som ønsker å avvenes fra LAR. En rekke kunnskapsoppsummeringer og studier har undersøkt effekt av avvenning. De fant at tilbakefall er hyppig og det medfører en betydelig risiko for overdosedødsfall og skader (Waal et al., 2018, s. 8, 9). Waal et al. (2018) konkluderer med at LAR hovedsakelig skal være uten

tidsbegrensning. Prognosen for å avslutte behandling er dårlig, men sterke ønsker om avvenning skal tas alvorlig. Avvenning skal skje i tett samarbeid med LAR, og med langsom nedtrapping. De skriver videre at det er behov for mer forskning og kompetanse om vellykket avvenning (Waal et al., 2018, s. 14).

2.3 Brukerperspektivet

I pasient og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) står det at pasienten har rett til medvirkning i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har rett til medvirkning i valg av tilgjengelig undersøkelses- og behandlingsmetoder. I § 3-2 (1999) står det at pasienten har rett på informasjon. Pasienten skal gis den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsehjelp, samt informeres om mulig virkning og bivirkning (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3).

2.3.1 Stigma

Stigma er et begrep som viser til et uønsket avvik hos en person. Erving Goffman skriver om hva som skjer med mennesker som blir stemplet eller stigmatisert for egenskaper som er lite ønskelig i et samfunn:

«Det drejer sig i alle de nævnte tilfælde om et individ, som i almindeligt socialt samkvem ville være blevet accepteret uden vanskelighed, men som besidder en egenskab, der ikke kan undgå at tiltrække opmærksomhed, og som får de af os, der møder ham, til at vende sig bort fra ham og til at se bort fra hans øvrige egenskaber, som ellers kunne berettige ham til et fællesskab med os. Han besitter et stigma, han afviker fra vore forventninger på en måde, der gør ham uønsket.» (Goffman, 1975, s. 17).

Denne betegnelsen viser til hvordan stigmatiserte mennesker på et vis mister sin verdi og verdighet som menneske fordi de mangler eller har uønskede kvaliteter. Det er en fremmedgjøring som skaper et skille mellom oss og dem. Denne fremmedgjøringen er med på å validere forskjellsbehandling og diskriminering fra allmennheten (Goffman, 1975, s. 17).

Sykdom oppfattes i de fleste samfunn som et avvik fra normal funksjon. Normalitet er kulturelt betinget og hva som oppfattes som avvik varierer stort. Avvik kan forsterkes ytterligere og ofte utvikle seg til stigma fordi sykdommen er forbundet med brudd på

moralske prinsipper eller kulturelle verdier. Personer som har en stigmatisert sykdom, kan oppleve stigmatisering på bakgrunn av sin sykdom og at sykdommen blir kjennetegnet ved personen. Rusmiddellidelser er et eksempel på en pasientgruppe som opplever stigma. Rusmiddelbruk betraktes i de fleste samfunn som avvikende adferd og et brudd med moralske prinsipper (Ingstad, 2016, s. 37, 38). Å bære et stigma kan føre til at personen ikke blir sosialt akseptert og slik mister tilgang på å ta del i samfunnet på lik linje med andre mennesker (Ingstad, 2016, s. 139).

2.3.2 Verdighet

Verdighet er et sentralt pasientfenomen. Det er en subjektiv opplevelse som ikke kan måles. Den kan krenkes i mange ulike situasjoner og stå på spill i rollen som pasient. Sykepleieren har et ansvar for å ivareta sine pasienters verdighet, samt være bevisst på sin rolle i et ubalansert maktforhold til pasienten (Heggstad, 2016, s.23). Opplevelse av verdighet er sterkt knyttet til helse og sykdom, den kan også påvirkes av å være syk. Sykdommer med tilhørende stigma, som HIV, en rekke psykiske lidelser eller rusmiddellidelser er sterkt knyttet til dette. Verdigheten kan også krenkes i møte med andre mennesker, som for eksempel sykepleiere. Det er vist at pasienter som blir møtt med empati og verdighet blir fortere friske (Heggstad, 2016, s.27). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er det forankret at: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene». (NSF, 2019). Den viser til tanken om at alle mennesker har en ukrenkelig og iboende verdighet (Heggstad, 2016, s. 24). God helse forutsetter på mange måter at ens verdighet ivaretas, både av samfunnet og i møte med helsepersonell.

2.3.3 Makt og avmakt

Makt i forskjellige former eksisterer i alle lag av samfunnet og i relasjoner. Det er både positive og negative sider ved makt. Makt er i mange tilfeller helt nødvendig i relasjonen mellom pasient og helsepersonell (Ingstad, 2021, s. 156). Makt kan komme til uttrykk på mange ulike måter, men sosiologen Max Weber definerte det slik: «Makt er ett eller flere menneskers mulighet til å påtvinge andre en atferd, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand.» (Weber, 1971, s.53). Denne definisjonen av makt viser

til tydelige forskjeller i styrke mellom partene i en maktsituasjon. Maktforhold finnes overalt, også i helsevesenet. Helsepersonell har makt i kraft av at de innehar kunnskap om sykdommer og behandling, samt at de har mulighet til å behandle sine pasienter. Pasientene er på grunn av sin sykdom eller lidelse sårbare og i en avmaktsposisjon fordi de er avhengig av andre for å få hjelp. Det er viktig at sykepleiere er bevisst på sin maktsposisjon i møte med pasienter. I møte med pasienter rusmiddellidelser er det viktig å være klar over at stigma også medfører en ytterligere maktskjevhet (Ingstad, 2016, s. 159). Makt og avmakt er et gjensidig avhengighetsforhold og det ene eksisterer ikke uten det andre. Når makt utøves, er det noen som står i en avmaktsposisjon. Avmakt fører til redusert handlingsrom for den som opplever det. Både pasienter og sykepleiere kan oppleve avmakt. Pasienter kan stå i en avmaktsposisjon som en syk og hjelpetrengende pasient, fordi man har redusert makt over egen livssituasjon. Samtidig kan en sykepleier eller lege oppleve avmakt hvis de av ulike grunner ikke får til å utføre arbeidet sitt slik de ønsker. Dette kan være at mangel på ressurser gjør at de ikke kan gi pasientene det de har behov for. En annen grunn kan være at sykepleieren opplever at alt er prøvd for å hjelpe en pasient, men at ingenting fører frem. En sykepleier kan også oppleve avmakt dersom pasienten ikke tar imot råd eller hjelp. Det kan føre til frustrasjon og en følelse av maktesløshet (Ingstad, 2016, s. 171,172).

2.4 Sykepleiens funksjon, rolle og rammer

Sykepleieren har et viktig ansvar for å bidra til å fremme helse både på individ- og samfunnsnivå. Tanken om pasienten som ekspert på eget liv og sykdom er viktig i et helsefremmende arbeid. En helsefremmende omsorg skjer gjennom tett samarbeid mellom pasient og sykepleier. I arbeid med pasienter med rusmiddellidelser er helsefremming viktig. Det er en sammensatt pasientgruppe med et sammensatt behov for sykepleie. Det gjør et tett samarbeid særlig viktig for å kunne hjelpe pasienten på en god måte (Tveiten, 2020, s. 26).

Sykepleie skal utøves med faglig forsvarlighet og omsorg for pasienten. Sykepleiere er lovpålagt til å innrette seg etter de krav om faglig forsvarlighet som arbeidets karakter tilsier (Helsepersonelloven, 1999, §4).

2.4.1 Etikk

Sykepleiere arbeider innenfor rammer som styrer yrkesutøvelsen. Disse rammene omfatter lover, retningslinjer, forskrifter og etikk. De yrkesetiske retningslinjene står sentralt i sykepleieetikken. Sykepleiens grunnlag dannes av respekt for alle menneskers verdighet og utøver arbeidet med omsorg (NSF, 2019, §1). Personer med rusmiddellidelser er en sårbar gruppe og sykepleiere har et særskilt ansvar for å ivareta sårbare grupper i samfunnet. Utenom et komplekst behov for sykepleie, har pasienter med rusmiddellidelse lav sosioøkonomisk status som skaper ytterligere barrierer for god helse (NSF, 2019, §6).

2.4.2 Sykepleierens terapeutiske funksjon og Joyce Travelbee

Sykepleiere har flere særegne funksjoner og ansvarsområder. Blant disse er den behandlende funksjonen svært aktuell i psykisk helsearbeid og i direkte møte med pasienter med rusmiddellidelser. Den behandlende funksjonen handler om å hjelpe pasienten med å fjerne eller redusere deres plager (Kristoffersen et al., 2021, s. 20). Sykepleierens behandlende funksjon i psykisk helsearbeid handler i stor grad om den mellommenneskelige og problemløsende delen av sykepleieprosessen. I den behandlende funksjonen inngår også sykepleierens terapeutiske funksjon. Den terapeutiske funksjonen innebærer også rehabiliterende, habiliterende og lindrende funksjoner som står sentralt i arbeid med pasienter i LAR (Gonzalez, 2020, s. 52,52). Å arbeide kunnskapsbasert står sentralt i sykepleien og her står det teoretiske kunnskapsgrunnlaget sterkt. Travelbee (2001, s. 44) skriver at sykepleierens evne til å bruke seg selv terapeutisk, kjennetegner den profesjonelle sykepleieren. Det dreier seg delvis om å ha kunnskap om det teoretiske grunnlaget for ulike sykdommer, men først å fremst om hvordan egen adferd kan påvirke pasienten. Hun skriver at ved å forstå hvordan en kan bruke sin personlighet og kunnskap kan man frembringe endring hos pasienten. Å arbeide terapeutisk viser til at forandringen vil føre til å lindre pasientens plager. Sykepleieren skaper et forhold til pasienten ved å bevisst bruke sin personlighet (Travelbee, 2001, s. 44).

Travelbee skriver om hvordan sykepleieren kan bruke seg selv terapeutisk:

«Hun må ha kommet til klarhet over og være i stand til å drøfte sine egne forestillinger og oppfatning om sykdom, lidelse og død, og hva disse oppfatningene betyr for henne. Hun må forstå at hennes egne åndelige verdier, eller hennes livssyn, menneskesyn og syn på sykdom og lidelse vil være avgjørende for i hvilken grad hun makter å hjelpe andre til å finne mening (eller ikke mening) i disse situasjonene.» (Travelbee, 2001, s. 45).

Travelbee forstår det som en forutsetning for å kunne bruke seg selv terapeutisk at sykepleieren er bevisst sitt eget verdisyn og egen forforståelse for å ikke la det overskygge pasientens behov for sykepleie. Det krever god selvinnsikt og fornuft (Travelbee, 2001, s. 45). Alle mennesker har fordommer og det hjelper oss til å sette opplevelser i en kontekst og forstå sammenhenger. Det er umulig å kvitte seg med alle fordommer. Som sykepleier er det likevel viktig å være bevisst egne fordommer og holdninger for å forstå hvordan det påvirker vurderinger av situasjoner som oppstår i møte med pasientene. Ved å være bevisst på egen forforståelse. Er en sykepleier bedre i stand til å gjøre vurderinger uavhengig av disse (Gonzalez, 2020, s. 64).

Joyce Travelbee skriver i sin bok om mellommenneskelige forhold i sykepleie at «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene.» (Travelbee, 2001, s. 29). Hun viser til sykepleie som et yrke der mennesket står i sentrum. Hun skriver videre at sykepleie er en dynamisk og foranderlig prosess som ikke står stille. Sykepleieren og pasienten forholder seg til hverandre og påvirker hverandre hele tiden (Travelbee, 2001, s.30). Travelbee trekker frem at et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie handler om erfaringene og opplevelsene mellom sykepleieren og pasienten. Pasientenes sykepleiebehov preger disse erfaringene, og sykepleieren bør tilstrebe å opprettholde dette forholdet. Sykepleieren ivaretar disse behovene ved å bruke sin fagkunnskap og ved å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 41).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er gjennomført med generell litteraturstudie som metode. Popenoe et al. (2021) definerer en generell litteraturstudie som en syntese eller analyse av publisert forskning om et relevant klinisk tema. En generell litteraturstudie handler om å analysere resultater av flere studier for å beskrive kunnskap om et spesifikt emne for å kunne sammenfatte kunnskap som kan være til nytte i en klinisk kontekst (Popenoe, 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av studier

Jeg begynte å søke i PubMed for å få oversikt over forskning som fantes om temaet. Deretter gjorde jeg strukturerte søk i databasen CINAHL i perioden 24/10-2022 - 1/11-2022.

Søkeordene jeg har brukt er valgt med utgangspunkt i problemstillingens nøkkelord. LAR er et norsk begrep og lar seg vanskelig oversette direkte til engelsk. LAR kan omtales på flere måter, men jeg har valgt opioidavhengighet og substitusjonsbehandling for å finne relevante emneord på engelsk, i tillegg til pasienterfaringer. Jeg fant også artikler jeg vurderte som relevante og så hvilke søkeord de brukte for å beskrive LAR. Dette gjorde at jeg til slutt kom frem til følgende søkeord med kombinasjoner: «Patient Attitudes» AND «Substance Use Disorder» AND «Substance Use Disorder / Drug Therapy» OR «Substance Abusers / Psychosocial Factors».

Emneordene for substitusjonsbehandling er avgrenset med underordnende temaer for å begrense antall treff, og fordi disse temaene ga flest relevante treff.

Jeg avgrenset søket til engelsk språk, og artikler fra 2018 og frem til i dag. Dette søket ga 122 treff. Jeg avgrenset til artikler fra 2018 og fremover for å få en håndterlig mengde artikler, og fordi LAR-behandling er i stadig endring. Siden det kom en ny faglig retningslinje i 2022, er det mulig at pasienterfaringene rundt behandlingen også kan endre seg. Jeg har derfor vurdert at den nyeste forskningen er mest relevant for min generelle litteraturstudie (Helsedirektoratet, 2022). Jeg har avgrenset søket til studier fra Norden, Europa, Storbritannia, Canada, New Zealand og Australia for å sikre overførbarhet til norsk klinisk praksis.

Inklusjonskriterier for søket er artikler som handler om pasientperspektivet for å få frem pasientenes opplevelser. Pasienterfaringer er subjektive og kan best beskrives fra et førstehåndsperspektiv. Jeg har derfor valgt å inkludere artikler som handler om både pasientperspektiv og sykepleieperspektiv for å ikke utelukke relevante funn. Jeg har valgt å ekskludere artikler som kun handler om sykepleieperspektivet fordi jeg vil undersøke pasientens subjektive opplevelse (Heggstad & Knutstad, 2016, s. 18).

Jeg har kun inkludert artikler der deltakerne hadde opioidavhengighet som rusmiddellidelse fordi opioider er den gruppen med rusmidler som forårsaker flest dødsfall i Norge. I 2021 var 83% av narkotikautløste dødsfall forårsaket av opioider (Amundsen, 2022, s. 5).

Videre inklusjonskriterier i søket er pasienter som mottar LAR. Jeg har valgt å ekskludere opioidavhengige som kun bruker illegalt, eller andre rusmidler. Det er fordi LAR er den viktigste behandlingen i opioidavhengighet og har vist seg å være effektiv. Det gjør det svært viktig at pasienter forblir i behandling. Tallene for narkotikautløste dødsfall for pasienter i LAR i 2021 var 6 personer (Bech et al. 2022, s. 46). Stigmatisering av pasientgruppen kan øke barrieren for å oppsøke eller bli i behandling (Steiro et al, 2020, s. 47). Alle artikler som er vurdert, er publisert i et fagfelle-vurdert tidsskrift.

3.2.1 Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CINAHL, 01/11-22
Søkeord og kombinasjoner	MM "Substance Use Disorders (+)" AND MH "Patient Attitudes" AND MH "Substance Use Disorder"/ "Drug Therapy" OR MH "Substance Abusers"/ "Psychosocial factors "
Avgrensinger i søket	Publiseringsår: 2018- til i dag, Engelsk språk
Antall treff totalt	122
Antall gjennomleste titler	122
Antall gjennomleste abstrakt	40
Antall gjennomleste fulltekstartikler	15

Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Inklusjonskriterier: Studier fra Europa, Norden, Canada, Storbritannia og Irland, Australia og New Zealand.
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	4
Inkludert artikkel nummer 1	Garpenhag L, Dahlman D. Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study. <i>Subst Abuse Treat Prev Policy</i> . 2021 Oct 26;16(1):81. doi: 10.1186/s13011-021-00417-3.
Inkludert artikkel nummer 2	O'Byrne P, Jeske Pearson C. Methadone maintenance treatment as social control: Analyzing patient experiences. <i>Nurs Inq</i> . 2019 Apr;26(2):e12275. doi: 10.1111/nin.12275.
Inkludert artikkel nummer 3	Solberg H, Nåden D. It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders. <i>J Clin Nurs</i> . 2020 Feb;29(3-4):480-491. doi: 10.1111/jocn.15108.
Inkludert artikkel nummer 4	Hall, Le, L., Majmudar, I., & Mihalopoulos, C. (2021). Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , 221, 108651–108651. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108651

3.3 Øvrige fag- og forskningsartikler

I oppgaven har jeg valgt ut fagbøker som har stått på pensumlistene til Lovisenberg Diakonale Høyskole gjennom bachelorstudiet med studieplanen som gjelder fra 2020. *Rus og avhengighet* (2016) skrevet av Mørland & Waal har stått som kjernelitteratur om temaet på studiet. Mørland er professor emeritus i farmakologi, og Waal er professor emeritus i psykiatri og begge har vært sentrale i rusfeltet. For å styrke det sykepleiefaglige perspektivet i oppgaven har jeg bruk Gonzalez' bok *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gonzalez er professor i klinisk sykepleie ved universitetet i Sørøst-Norge og NTNU. I tillegg har jeg brukt Biong & Ytrehus' (2018) bok *Helsehjelp til personer med rusproblemer*.

Jeg har valgt å bruke Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie (2001). Travelbee er en anerkjent sykepleieteoretiker. Teorien beskriver sykepleierens terapeutiske funksjon og har et innenfraperspektiv. Heggstad (2016), skriver i *Sykepleieboken 2* om pasientfenomenet verdighet. Heggstad er sykepleier og førsteamanuensis på Oslo Met, og er medredaktør i boken som har vært sentralt i kjernelitteraturen på pensum i studiet. For å belyse personsentrert sykepleie i oppgaven har jeg brukt kapitlet til Skovdal (2022) om personsentret sykepleie i *Sykepleieboken 1*. De sosiologiske perspektivene i oppgave har jeg belyst med Ingstads (2021) bok *Sosiologi i helsefag og sykepleie*. Ingstad er sykepleier og professor i sosiologi ved Nord universitet. Stigma er et sentralt begrep i oppgaven, her har jeg brukt Goffmans (1975) bok om *Stigma- Om afvigerens sociale identitet*. Goffman er en anerkjent kanadisk sosiolog og sosialantropolog. For å belyse temaet ytterligere har jeg tatt i bruk flere forskningsartikler som jeg har funnet utenom søk. Steiro et al, (2020) har skrevet en systematisk oversikt på oppdrag fra Folkehelseinstituttet som jeg brukt mye i oppgaven.

Til metodediskusjon har jeg brukt Malteruds (2017) bok *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* og Dallands (2017) bok *Metode og oppgaveskriving*.

4 Resultater

4.1 Presentasjon av artikler i matrise

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/ metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Solberg, H., Nåden D., 2020. Norge	It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders	Å få innsikt i betydningen av verdighet hos pasienter som mottar LAR	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju. Varighet i 40- 130min. To kvinner og fire menn mellom 20-55år i LAR. Rekruttert gjennom hjemmetjenesten.	Å bli møtt med stigma og fordommer frarøver verdighet. Verdighet som egenopplevd følelse påvirkes av ytre faktorer. Pasientene følte de hadde lavere prioritering for sykepleiere enn andre pasienter.	Høy kvalitet. Vurdert med sjekkliste for kvalitative studier. 9 av 9 poeng.
CINAHL	Garpenhag L, Dahlman D. 2021. Sverige	Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study.	Å utforske pasienter som mottar LAR sine erfaringer med stigma i helsetjenesten	Sekundæranalyse med kvalitativ metode av studie med 6 fokusgrupper. 23 LAR pasienter. Grupper delt i en med kun kvinner, to med menn, og resten blandet.	Deltakerne opplevde stigmatisering og negative holdninger fra helsepersonell. De opplevde å bli sett på som en trussel, enten fysisk, eller som noen som sprer smittsomme sykdommer. Opplevelser av at helsepersonell var skeptiske og opptatt av rusmiddellidelsen og om de var påvirket. Deltakerne håndterte stigma med å unngå å oppsøke helsetjenesten.	Høy kvalitet. Vurdert med sjekkliste for kvalitative studier. 9 av 9 poeng.
CINAHL	Hall, N., Y., Le, L., Majmudar, I., Mihalopoulos, C. 2021. Australia.	Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective	Å undersøke barrierer for å oppsøke behandling for opioidavhengige pasienter i LAR.	Systematisk oversiktsartikkel som har analysert resultater fra 37 artikler, 18 kvalitative og 15 kvantitative. Tematisk analyse av barrierer mot å være i LAR	Stigma fra familie, venner og helsepersonell blir opplevd som en barriere for å oppsøke og å bli i LAR. Internalisert stigma, og en følelse av å være verdiløs. Lav helsekompetanse hos en del av deltakerne, med manglende forståelse for LAR medisiner der de opplever å kun erstatte et rusmiddel med et annet.	Høy kvalitet. Vurdert med sjekkliste for systematiske oversikter. 8 av 8 poeng.
CINAHL	O'Byrne P, Jeske Pearson C. 2019. Canada.	Methadone maintenance treatment as social control: Analyzing patient experiences.	Å se på sammenhengen mellom stigma fra helsetjenesten og hyppig frafall fra LAR	Kvalitativ studie med utforskende beskrivende design og semistrukturerte intervju. Ni menn og tre kvinner deltok.	Pasienter utvikler internalisert stigma. Opplevelser av å være stigmatisert i LAR. Egen opplevelse av å være unormal og utenfor samfunnet. Skam knyttet til å bruke metadon. Opplevelse av å være en belastning for samfunnet. Opplever å ikke bli trodd på, og stemplet som en rusavhengig.	Høy kvalitet. Vurdert med sjekkliste for kvalitative studier. 9 av 9 poeng.

4.2 Syntese av resultatene

Oppsummert viser artiklene at pasienter i LAR opplever stigma fra familie og venner, fra helsepersonell og på samfunnsnivå. Funnene tyder på at stigma og fordommer fører til tap av verdighet og at mange pasienter opplever å ta til seg holdningene, såkalt «internalisert stigma». Mange pasienter lar også være eller utsetter å oppsøke helsehjelp i frykt for å bli stigmatisert. Studiene viste at pasienter opplever at sykepleiere møter dem med skepsis og lite tillit. De angir at sykepleiere ofte tror de lyver, og at de er ute etter reseptbelagte smertestillende til rusformål. Flere opplever å bli behandlet annerledes når sykepleiere ser at de er i LAR, og at de ikke ser forbi rusmiddellidelsen. Pasientene opplevde at sykepleiere med kunnskap om LAR eller rusmiddellidelser behandlet dem mindre stigmatiserende. Stigma og fordommer oppleves som en barriere for å oppsøke og forbli i LAR.

5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven diskuterer jeg hovedfunnene fra artiklene i studien.

Problemstillingen i denne litteraturstudien er «hvilke erfaringer har pasienter som mottar LAR i møte med helsevesenet?». Først vil jeg diskutere hvordan pasienter opplever at stigma og fordommer fører til tap av verdighet. Deretter skal jeg diskutere hvordan pasienter opplever å bli møtt med mistillit og skepsis. Så skal jeg diskutere hvordan pasienter opplever en god relasjon til sykepleiere som avgjørende for etterlevelse i behandling. Til slutt vil jeg se på hvilke barrierer pasienter opplever for å bli i og oppsøke LAR. I del to av diskusjonen vil jeg først diskutere styrker og svakheter ved egen metode. Deretter ser jeg på artiklene jeg har brukt for å svare på problemstillingen min. Jeg vil diskutere hvilken kunnskap artiklene tilfører samt artiklenes metode.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Pasienter som mottar LAR opplever å bli stigmatisert av sykepleiere

LAR pasienter opplever stigma fra både samfunnet og fra sykepleiere. De virker også å ha internalisert det ytre stigma fra samfunnet rundt. Internalisering handler om at ytre prosesser blir gjort til indre prosesser. Deltakerne i studien til O'Byrne & Pearson, (2018) viste at de hadde internalisert et ytre stigma som førte til negative oppfatninger av seg selv. Der en av deltakerne uttrykte:

«They look down on us. (...). We are a plague on society. We really are people who use opioids and shoot up in the alleyways. It's a dirty habit. It's a plague. It's not good. I approve of methadone clinics, but when people say they don't want them beside their houses, I don't blame them» (O'Byrne & Pearson, 2018, s. 3).

Sitatet over viser at pasienter i LAR kan oppleve internalisert stigma, som kan føre til følelser av skyld og skam. Samtidig som mange pasienter i LAR opplever både ytre stigma og internalisert stigma, viser det seg også at mange pasienter selv uttrykker stigmatiserende holdninger ovenfor de som ikke er i LAR, men som bruker illegalt (Hall et al., 2021, s. 12). Internalisert stigma går igjen i forskningslitteraturen og fører med seg skam rundt behandling og egen livssituasjon. Studien til O'Byrne & Pearson (2018, s.3) viste at mange pasienter opplevde skam i forbindelse med å søke hjelp i LAR. Det innebar å innrømme for seg selv og andre at man hadde en rusmiddellidelse, fremfor å bruke i skjul. Andre pasienter så det som bedre å være i LAR enn å ikke være det og at det ga en mer akseptert status enn å bruke

illegalt. Noen pasienter i LAR hadde selv stigmatiserende holdninger ovenfor pasienter som brukte illegalt. Selv innad i LAR rangerer personer som bruker buprenorfin seg selv over personer som bruker metadon. Det tyder på et internalisert stigma blant personer med rusmiddellidelser (Steiro et al., 2020, s. 30, 31, 33).

Internalisert stigma sammen med ytre stigma kan føre til tap av verdighet. Opplevelser av å bli nedprioritert fremfor andre pasienter kan svekke verdigheten (Solberg & Nåden, 2019, s. 485). Verdighet er sterkt knyttet til identitet og opplevd egenverdi. Det er forankret i etikken at alle mennesker har en iboende og ukrenkelig verdighet, men verdigheten kan likevel krenkes (Heggstad, 2016, s. 24, 25). Sykepleieren står i en maktposisjon, mens pasienten står i en avmaktsposisjon som mottaker av helsehjelp. Det kan sette pasientens verdighet på spill dersom sykepleieren ikke ivaretar pasienten på en god måte (Ingstad, 2016, s. 161). Pasienter i LAR opplevde seg ivaretatt i møte med sykepleiere som behandlet dem med respekt og som pasient på lik linje med andre pasienter (Solberg & Nåden, 2019, s. 485). Å bli møtt med respekt og anerkjent som et likeverdig menneske er grunnleggende i forståelsen av verdighet. Pasienter i LAR har en sårbar verdighet i pasientrollen som hjelpetrequende. De tilhører også en stigmatisert gruppe i samfunnet som forsterker denne sårbarheten (Heggstad, 2016, s. 29). Fordommer mot personer med rusmiddellidelser er svært etablert i samfunnet rundt og i helsevesenet. Stigma og fordommer er seiglivet og er tidkrevende å endre på (Hoffman, 2017, s. 128). Stigma skaper en barriere for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Travelbee (2001) mente at det viktig å være bevisst egne holdninger for å skape en god terapeutisk relasjon. For å bruke seg selv terapeutisk må sykepleieren evne å gå inn i seg selv og erkjenne egen forutinntatthet og hvordan egne fordommer påvirker egne reaksjoner. Sykepleieren kan ved å være bevisst sine fordommer ovenfor pasienter med rusmiddellidelser skape en relasjon med pasienten der fordommene ikke kommer i veien. En terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier er viktig fordi funnene kan tyde på at det bidrar til å redusere stigma og skam for pasientene (Travelbee, 2001, s. 45).

5.1.2 Pasienter opplever at sykepleiere møter dem med skepsis og lite tillit

Flere av studiene fant at pasientene opplevde at sykepleiere hadde lav tillit til dem som pasientgruppe og at de ble møtt med mistenksomhet og lite respekt (Solberg & Nåden, 2019, s. 486; Garpenhag og Dahlman, 2021, s. 4, 5). De opplevde at sykepleiere hadde manglende kompetanse om rusmiddellidelser og LAR. Stigma og fordommer ble en barriere for god

kommunikasjon og en tillitsfull og verdig relasjon mellom pasient og sykepleier (Solberg & Nåden, 2019, s. 486). Flere pasienter fortalte om nedlatende og uhøflige holdninger fra sykepleiere, og at de fikk inntrykk at noen opplevde dem som skremmende (Garpenhag og Dahlman, 2021, s. 5). Noen fortalte at de trodde sykepleiere så dem som en mulig trussel for sikkerheten på avdelingen eller som bærer av smittsomme infeksjoner. De hadde opplevelser møter med sykepleiere som hadde på doble sett hansker og stellefrakk (Garpenhag og Dahlman, 2021, s. 5). Pasienter fortalte om helsepersonell som endret væremåte når de fikk vite at pasienten foran dem var i LAR. Flere fortalte at de lot være å fortelle at de var i LAR for å unngå disse opplevelsene (Garpenhag og Dahlman, 2021, s. 5, 6).

Pasienter i LAR opplever at tillit og respekt fra sykepleiere danner grunnlaget for en god relasjon. Det legger til rette for samarbeid og brukermedvirkning og er avgjørende for etterlevelse og tilfredshet med behandling (Steiro et al., 2020, s. 36, 37). Tillit mellom pasient og helsepersonell er grunnleggende for å skape en god relasjon og arbeide terapeutisk (Gonzalez, 2020, s. 60). Tillit forutsetter et gjensidig respektforhold og kommunikasjon mellom partene. Som pasient er det nødvendig å gi helsepersonell tillit for å la dem utøve helsehjelp. Samtidig er også helsepersonell nødt til å gi tillit tilbake (Eide & Eide, 2017, s. 26). Selv opplever sykepleiere pasienter i LAR som en vanskelig og krevende pasientgruppe. De bekymrer seg for lekkasje av legemidler, og for bruk av rusmidler. Manglende tillit gjør det utfordrende å skape en god relasjon og et godt samarbeid (Gonzalez, 2020, s. 60). På den andre siden, har sykepleiere en etisk plikt til å behandle pasienter med respekt, verdighet og medfølelse, uavhengig av sosial eller etnisk bakgrunn (ICN, 2021, s. 7). Forutinntatte holdninger er vanskelig å endre og noe alle mennesker har. I følge Travelbee (2001, s. 45) bør sykepleiere likevel ha en bevissthet om egne fordommer rundt personer med rusmiddellidelser slik at de kan handle etter etiske prinsipper og legge til side egen forutinntatthet. Sykepleieren har et ansvar for å utøve sykepleie profesjonelt og på en rettferdig måte (Travelbee, 2001, s. 45).

Makt er, som jeg tidligere har gått inn på, nødvendig for å yte helsehjelp. Sykepleieren har makt i form av å yte behandling og sin yrkeskompetanse. Maktbalansen er skjev ovenfor pasienten, og det er viktig at sykepleieren er bevisst dette (Ingstad, 2016, s. 161). Pasienter føler seg umyndiggjort når sykepleiere bruker sin makt til å holde tilbake medisintilbringelse. Slike tiltak kan føre til at pasienter mister tillit til sykepleiernes kompetanse. Ved å ta i bruk denne skjevheten i maktfordelingen svekker det den tillitsbaserte relasjonen mellom

sykepleier og pasient (Solberg & Nåden, 2019, s. 486). Sykepleiere opplever at det er utfordrende å skape en god relasjon grunnet pasientenes mistillit til systemer. Sykepleiere opplevde også at kontrollordningene skapte mye mistillit og misnøye til systemet og dem som behandlere blant pasientene. Dette skapte utfordringer for sykepleierne fordi kontrollordningene er en forutsetning for å gi trygg og forsvarlig sykepleie, samt at det kan være nødvendig å bruke dem (Steiro et al., 2020, s. 37, 38). Tillit og en god relasjon skapte samtidig mindre behov for å ta i bruk kontrollordningene. Sykepleiere opplever at relasjonen var det viktigste for at pasientene åpent kunne fortelle om sine utfordringer (Steiro et al., 2020, s. 37, 38). Det kan tenkes at en mulig årsak som medvirker til misnøye blant pasientene, er mangel på informasjon om hvorfor sykepleiere tar i bruk sin makt. En sykepleier kan vurdere at pasienten er tydelig påvirket av rusmidler og avgjøre at det er uforsvarlig å utlevere LAR-medikament. Ifølge pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2 er det viktig å informere tydelig om hvorfor avgjørelsen blir tatt. Det kan tenkes at pasientenes erfaringer med stigmatisering også er med på å forsterke opplevelsen av mistillit og umyndiggjøring (Garpenhag & Dahlman, 2021, s. 5).

5.1.3 Pasienter som mottar LAR opplever relasjonen mellom pasient og sykepleier som avgjørende for etterlevelse i behandling

Flere av funnene viste at pasienter opplever at rusmiddellidelsen får mye oppmerksomhet fra sykepleierne til tross for at de oppsøker helsehjelp for andre grunner. Dette kan tyde på at sykepleiere hadde et reduksjonistisk syn på pasienter med rusmiddellidelser og pasienter i LAR. Pasientene opplevde at sykepleierne ikke så mennesket bak rusmiddellidelsen (Garpenhag & Dahlman, 2021, s. 9). Ved å kun se lidelsen og dens symptomer, avhumaniseres mennesket. Sykepleieren må være bevisst at pasienten har en rusmiddellidelse, uten at det betyr at pasienten er en rusmiddellidelse, og slik anerkjenne alle mennesker som unike (Travelbee, 2002, s. 65, 189). Et reduksjonistisk syn på pasienter med rusmiddellidelser som oppsøker helsehjelp kan ha alvorlige konsekvenser. Dersom sykepleiere tilskriver somatiske symptomer til rusmiddelbruken, kan dette føre til feil behandling og i verste fall at symptomer på alvorlig sykdom oversees (Skoglund og Biong, 2018, s. 183). Samtidig mente flere pasienter at sykepleiere som viste kunnskap om LAR og rusmiddellidelser behandlet dem mindre stigmatiserende, og at dette dannet grunnlag for en god relasjon. Ved at sykepleierne viste nysgjerrighet og interesse, følte pasientene at de også kunne bidra med

kunnskap og slik bidra til å øke sykepleiernes kompetanse. De følte seg bedre behandlet og at det var rom for tillit (Solberg & Nåden, 2019, s. 486).

Pasienter i LAR som oppsøker helsehjelp opplever å ikke bli tatt på alvor av sykepleier (Solberg & Nåden, 2019, s. 486). En mulig konsekvens av dette kan være utilfredsstillende behandling. Et tema som går igjen er at pasienter i LAR ikke får smertelindring på lik linje med andre pasienter (O'Byrne & Pearson, 2018, s. 3). Smertelindring er viktig uavhengig av om pasienten bruker opioider til rusformål eller ikke. Sterke og akutte smerter skal behandles med opioider, og sykepleiere må sørge for at pasientene er godt nok smertelindret (Mørland & Waal, 2016, s. 322). Sykepleierens lindrende funksjon er sentral i sykepleien. Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og å yte omsorg til pasienten (NSF, 2019).

Å bli lyttet til og tatt på alvor er sentralt behov for mennesker og særlig for sårbare pasienter. Sykepleiere skal bidra til å styrke pasientens evne i å ivareta egen helse. (Eide & Eide, 2017, s. 32,33). Funnene over kan tyde på at manglende kunnskap om pasientgruppen kan være til hinder for god smertelindring. Dette kan henge sammen med mangel på tillit mellom sykepleier og pasient. Sykepleiere kan være redd for at pasienten lyver om smerter for å få smertestillende legemidler. En annen oppfatning kan være at man bidrar til å gjøre avhengigheten sterkere ved å gi pasienten opioider. Det kan virke som manglende tillit kan skape utfordringer for en god relasjon (Winger & Leegaard, 2016, s.177- 179; Garpenhag & Dahlman, 2021, s. 6). Pasienten mister tillit til sykepleieren når de ikke blir tatt på alvor, som igjen kan gjøre at de ikke forteller om helseplager, eller i verste fall unngår å oppsøke helsehjelp (Travelbee, 2001, s. 209). Funnene kan tyde på pasienter har dårligere etterlevelse med behandlingen dersom relasjonen mellom pasient og sykepleier er mangelfull. På den andre siden oppleves en trygg og tillitsfull relasjon til sykepleiere som en viktig faktor for å oppsøke helsehjelp, samt for etterlevelse i LAR.

5.1.4 Barrierer for å bli i og oppsøke LAR

Funnene viste at kontrollordningene i LAR oppleves av mange pasienter som rigide og umyndiggjørende. Flere opplever det som en straff å bli fratatt friheter i LAR dersom det for eksempel blir oppdaget sidebruk. Det førte til at de oftere holdt tilbake informasjon og unngikk å fortelle ærlig om egne utfordringer (O'Byrne & Pearson, 2018, s. 4, 5).

Slik jeg har tatt for meg tidligere i oppgaven, er tillit sentralt for pasientene. Litteraturen viser at når pasienter får flere «ta med hjem doser», øker dette etterlevelsen og færre skriver seg ut.

Pasientene opplevde sin hverdag mer normal og å få tillit fra sykepleiere økte tilfredsheten med behandlingen (Hall et al., 2021, s. 12). Disse kontrollordningene oppleves for flere pasienter som en del av et stigmatiserende system, men fra et medisinsk perspektiv kan det sees som et nødvendig virkemiddel i måten LAR fungerer. Det at pasienter opplever disse ordningene som stigmatiserende, viser til et behov for at helsepersonell begrunner avgjørelsene faglig for å hindre misforståelser (Garpenhag & Dahlman, 2021, s. 9). Andre pasienter igjen opplevde kontrollordningene som et insentiv til å ta «gode» avgjørelser. Å bli fratatt friheter ble en vekker og at kontrollordningene fungerte som en rettesnor (O'Byrne & Pearson, 2018, s. 4, 5). Disse kontrollordningene kan likevel virke mot sin hensikt. Mange opplever det umyndiggjørende og frykter straff i form av å bli fratatt friheter i systemet. Det fører til at flere holder tilbake om vanskeligheter, og slik heller ikke får hjelp til å håndtere utfordringer (Steiro et al., 2020, s. 37).

I 2022 kom den nye nasjonale faglige retningslinjen for LAR som endrer en del på disse kontrollordningene. Nytt i retningslinjen er at kartlegging av rusmiddelbruk i økt grad skal gjøres i samarbeid med pasienten. Kartlegging skal foregå i dialog med pasienten samt observasjoner som gjøres av helsepersonell som er i kontakt med pasienten. Urinprøver skal vurderes dersom rusmiddelinntaket utgjør en fare for pasienten. Slike situasjoner kan være ved mistanke om at pasienten holder tilbake informasjon, ved økt risiko for komplikasjoner eller at det foreligger alvorlig psykiske lidelser eller kognitiv svikt. Dette legger til rette for økt brukermedvirkning og dialog mellom pasient og helsepersonell. Retningslinjen er fremdeles helt ny, så det gjenstår enda å vurdere effekten av endringene (Helsedirektoratet, 2022, s. 72, 77).

Resultatene fra studiene blir på den ene siden mindre aktuelle å diskutere i oppgaven ettersom retningslinjene er endret (Helsedirektoratet, 2022). Jeg vurderer det likevel som nyttig å være bevisst pasienterfaringer fra LAR. Det er heller ikke en sykepleieroppgave å vurdere hvordan kontrollordningene skal organiseres. Likevel vurderer jeg funnene relevante for oppgaven fordi det ofte er sykepleiere som gjør kliniske observasjoner og vurderinger av pasienter. Sykepleiere er ofte nærmest pasientene og kjenner dem godt og observerer deres helsetilstand. Derfor er det viktig for sykepleiere å kjenne til hvilke barrierer pasientene opplever i LAR (Gonzalez, 2020, s. 71, 72).

Studiene fant at deltakerne uttrykte et sterkt ønske om å avvenes fra substitusjonsopioidet (Hall et al, 2021, s. 3; O'Byrne & Pearson, 2018, s. 3). Flere ønsket å kunne «bli normal» og

et ønske om å være helt fri fra avhengigheten. Flere beskriver det også som «flytende håndjern» og at LAR kun erstatter en avhengighet med en annen (O'Byrne & Pearson, 2018, s. 3).

Helsepersonell og pasienter opplever begge at LAR kun erstatter en avhengighet med en annen. Det skaper motstand blant helsepersonell som vurderer behandlingen som ugunstig. Det kan føre til at helsepersonell som møter personer som ønsker behandling ikke henviser videre til LAR. Det er leger som har myndighet til å avgjøre dette. Men sykepleiere møter også mange pasienter med rusmiddellidelser, og det er viktig at sykepleiere kjenner til de viktigste behandlingsprinsippene og er oppdatert på den kunnskapsbaserte tilnærmingen til behandling av opioidavhengighet. Måten helsepersonell formidler informasjon om LAR på, er også med på å påvirke pasienters holdninger (Steiro et al., 2020, s. 31, 32).

Dersom pasienter får informasjon fra helsepersonell om at LAR kun erstatter en avhengighet med en annen, kan det oppleves som en barriere for å oppsøke hjelp. Når LAR kun blir opplevd som en alternativ avhengighet, bidrar det til økt stigma av pasienter i LAR. Dette viser seg når pasienter opplever å bli stigmatisert når de er i behandling på samme måte som før de var det (Hall et al., 2021, s.11). Denne oppfatningen gjelder ellers i samfunnet som innad i helsevesenet. En vanlig misoppfatning av LAR og substitusjonsbehandling er at pasientene er ruset på substitusjonspreparatene på lik linje som heroin og morfin (Steiro et al., 2020, s. 30). Dette styrker det allerede eksisterende stigmaet rundt rusmiddellidelser samt stigma som kommer fra andre somatiske og psykiske lidelser som mange pasienter opplever (Hall et al., 2021, s.11).

Disse resultatene samsvarer med norske kunnskapsoppsummeringer. Flere pasienter ønsker et liv uten avhengighet, og et liv i LAR kan begrense livskvalitet og livsutfoldelse. Det kan oppleves begrensende å fortsette i LAR dersom man har klart å endre sin livssituasjon (Waal et al., 2018, s. 2). På den annen side medfører det betydelig risiko å slutte i LAR, der særlig overdoserisikoen er høy etter avsluttet behandling (Sordo et al., 2017, s. 7). Det er likevel viktig å ta pasientene på alvor dersom de ønsker det. De nye retningslinjene fra 2022 legger i større grad enn tidligere til rette for nedtrapping dersom pasienten ønsker det, eller å avslutte bruken av substitusjonsmedikament totalt. Nedtrapping skal skje i tett samarbeid mellom pasient og helsepersonell (Helsedirektoratet, 2022, s. 64). Pasientene trenger grundig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og hva det innebærer å trappe ned eller avslutte behandling. Det er helsepersonells ansvar for å gi denne informasjonen på en måte

som pasienten forstår. Samt sikre at pasienten har forstått mulige risikoer og konsekvenser for å slik kunne ta et informert valg om egen behandling før den eventuelt igangsettes (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Egen metode

Denne oppgaven er skrevet med generell litteraturstudie som metode. Jeg har lært mye av å gjøre en litteraturstudie av dette temaet. Det har vært en god mulighet til å fordype seg i LAR, som har liten plass i undervisningen på bachelornivå. Det er likevel en gruppe som mange sykepleiere møter og som det er nyttig å ha kunnskap om. Studien innebærer at jeg har gjort et systematisk søk i CINAHL for å finne artikler som var relevant for oppgaven. En styrke med å søke i CINAHL, er at det finnes mange artikler som er skrevet av sykepleiere, som gjør det lettere å finne forskning med sykepleiefaglig relevans. Samtidig kan jeg ha gått glipp av flere relevante artikler i andre databaser med større utvalg (Folkehelseinstituttet, 2021).

Problemstillingen min undersøker subjektive erfaringer som gjør at kvalitative studier er mest hensiktsmessig (Malterud, 2017, s. 30). Metoden innebærer å bruke nøkkelord fra problemstillingen for å finne søkeord. Resultatene påvirkes i stor grad av valg av søkeord siden artikler om temaet kan bruke ulike emneord. LAR lar seg vanskelig oversette til engelsk, og dette kan påvirke valg av søkeord. Jeg vurderer likevel at jeg har brukt emneord som har gitt relevante artikler. Søket ga 122 treff. Jeg tror det er en styrke å ha et såpass stort søk. Det gir et godt utvalg av artikler som gjør det mulig å besvare problemstillingen. For å få en håndterbar mengde artikler har jeg avgrenset til publiseringsår fra 2018- til i dag. En styrke ved dette er at med nye retningslinjer i LAR endres premissene for behandling noe. Det gjør eldre forskning om temaet mindre aktuelt (Helsedirektoratet, 2022). På den andre siden er det kjent at stigma ikke forsvinner over natten (Hoffman, 2017, s. 128). Jeg kan derfor ha gått glipp av flere relevante artikler ved å avgrense til publiseringsår, likevel har jeg funnet artikler som kan svare på problemstillingen.

Et av inklusjonskriteriene i søket har vært artikler fra Norden, Europa, Canada, De britiske øyer, Australia og New Zealand. Det har jeg gjort fordi disse landene ligner mest på Norge med levekår, organisering og ressurser. En styrke med forskning gjort i land som ligner på Norge er at det kan gi større overførbarhet til en norsk kontekst. Samtidig er stigma rundt

rusmiddellidelser beskrevet i mange land, blant annet USA. USA skiller seg likevel vesentlig fra Norge på mange måter, særlig i tilgang på helsetjenester. Pasienterfaringer fra LAR i andre land kan likevel gi viktige bidrag, og jeg kan ha gått glipp av relevante artikler ved å avgrense geografisk (Malterud, 2017, s. 66, 67).

Problemstillingen handler om pasienter i LAR. Det er den primære behandlingen av opioidavhengighet i dag. Samtidig er det mange opioidavhengige som ikke er i LAR, og det er nærliggende å tenke at også er et sterkt stigma knyttet til denne gruppen. Det kunne vært et interessant tema å undersøke ettersom LAR pasienter selv oppgir å ha stigmatiserende holdninger til denne gruppen (Steiro et al., 2020, s. 30).

5.2.2 Styrker og svakheter ved inkluderte artikler

Jeg har valgt ut fire artikler for å svare på problemstillingen. Jeg har vurdert dem til en full skår med sjekklister for kvalitative studier og systematiske oversiktsartikler. Hall et al., (2021) sin studie er en systematisk oversikt over studier som undersøker barrierer for å bli i og oppsøke LAR. De inkluderte artiklene er en blanding av kvalitative, kvantitative og mixed methods studier. Studien undersøker pasienterfaringer, mens noen også har med helsepersonell i studiene. En styrke ved dette kan være at det gir ulike perspektiver til problemstillingen. Artikkelen viser til flere barrierer i LAR som er svært aktuelle for å svare på oppgaven. En svakhet ved at studiene kun undersøker barrierer til behandling, er at det kan gi en skjevhet i resultatene (Hall et al., 2021, s. 13; Dalland, 2017, s. 57).

Dalland (2017) skriver at det er viktig å vurdere overførbarhet. Forskerne er fra Australia, som jeg vurderer å være et land med relativt mange likheter til Norge. Samtidig er studien en oversiktsartikkel som ikke har valgt bort artikler etter geografi. Det kan være en svakhet at organiseringen av LAR er annerledes, samt at store samfunnsmessige forhold i ulike land gjør funnene mindre overførbare. Noen av funnene har jeg valgt å se bort fra grunnet lite relevans i en norsk kontekst. Jeg vurderer likevel at funnene som svarer på problemstillingen er nyttige ettersom de viser til lignende funn fra norske studier (Hall et al., 2021; Malterud, 2017, s. 66, 67).

Artikkelen til Solberg & Nåden, (2019) er en norsk kvalitativ studie. Studien undersøker pasienterfaringer fra pasienter som mottar LAR medikament fra hjemmesykepleien. Studien er relativt liten med kun seks pasienter. I følge Malterud (2017, s. 68) er studienes utvalg

viktig å vurdere. Forskerne redegjør for at en skjev kjønnsfordeling blant deltakerne, og forklarer at det var vanskelig av hensyn til pasientenes sårbarhet. Det er samtidig en styrke ved studien at de viser at de har tatt hensyn til etiske problemstillinger som gjelder en slik sårbar gruppe (Dalland, 2017, s. 75). En annen styrke med artikkelen er at den undersøker pasienterfaringer med sykepleiere. Det gjør resultatene særlig relevante for oppgaven at funnene er fra møter mellom pasient og sykepleier. Dette gjør funnene mer overførbare og tilfører nyttig kunnskap om pasienterfaringer med sykepleiere (Malterud, 2017, s. 67).

Artikkelen til Garpenhag og Dahlman, (2021) er en svensk kvalitativ studie. Artikkelen er en sekundæranalyse av resultater om stigma fra helsevesenet fra en annen svensk studie som opprinnelig handlet om helsekompetanse blant pasienter i LAR. Dette kan påvirke resultatene ved at de ikke kommer direkte fra deltakerne selv, og at fortolkningen får flere ledd.

Forskernes forforståelse påvirker tolkningen av resultatene, samt at min egen forforståelse påvirker tolkningen ytterligere. Dette skaper flere muligheter for skjevhet (Malterud, 2017, s. 44; Dalland, 2017, s. 54). På den andre siden handlet ikke studien om stigma. På tross av dette ble temaet tatt opp av deltakerne. Dette styrker troverdigheten til resultatene samtidig som det kan tyde på at dette er et viktig tema for pasienter i LAR (Garpenhag & Dahlman, 2021, s. 10).

Den siste artikkelen er en kvalitativ studie om pasienterfaringer med metadonbehandling fra Canada. Artikkelen tilfører nyttig kunnskap om internalisert stigma blant pasienter i metadonbehandling. En svakhet ved studien kan være at de kun har inkludert pasienter som bruker metadon. Det kan gi skjevhet i resultatene ettersom det tyder på at metadonbehandling er mer stigmatisert enn for eksempel buprenorfin (O'Byrne & Pearson, 2018, s. 6; Steiro et al., 2020, s. 33).

6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å besvare problemstillingen: hvilke erfaringer har pasienter som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med helsetjenesten? Funnene viste at pasienter opplever stigma i helsetjenesten. Dette kunne føre til internalisert stigma og opplevelser av skam. Det kan skape en barriere for å oppsøke helsehjelp, samt å forbli i LAR. Flere pasienter opplevde at stigmaet førte til tap av verdighet og at denne ikke alltid ble ivaretatt i møte med sykepleiere. Både pasienter og sykepleiere virker å mangle tillit i relasjon til hverandre. Dette kan skape en barriere for pasientene for å oppsøke helsehjelp. Det kan også hindre sykepleiere i å utøve forsvarlig og personsentrert sykepleie. Manglende tillit i relasjonen mellom sykepleier og pasient kan føre til mangelfull smertelindring. Det kan også føre til at pasienter ikke er ærlig om utfordringer i behandling, som kan føre til at de ikke får riktig behandling i LAR. Pasientene opplever kontrollordningene som stigmatiserende. Det kan tyde på at god informasjon er viktig for sikre forståelse for at kontrollordningene er nødvendig for faglig forsvarlig sykepleie.

LAR er den viktigste behandlingen av opioidavhengighet i dag. LAR har vist seg å redusere skadene av opioidavhengighet og overdosedødsfall. Det gir også mulighet til å endre livssituasjon og øke livskvaliteten. Funnene kan tyde på at stigma, mistillit og fordommer er barrierer for å oppsøke og å forbli i LAR. Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap om pasientgruppen for å kunne utføre personsentrert sykepleie. Sykepleiere er etisk pliktige til å behandle alle pasienter med verdighet og respekt. Det kan tyde på at det er viktig at sykepleiere er bevisst egen forforståelse for å kunne arbeide terapeutisk i møte med pasienter med rusmiddellidelser. Jeg har imidlertid ikke gjort en full gjennomgang av litteraturen på området. I oppgaven har jeg kun søkt i en database og brukt fire forskningsartikler. Det er dermed usikkerhet knyttet til troverdigheten til funnene i oppgaven og det er behov for mer kunnskap på området. Funnene kan likevel være relevante for klinisk praksis. Funnene kan tolkes som at det er nødvendig med stigmareducerende tiltak i helsetjenesten. Videre kan kunnskap om pasienterfaringer i LAR være nyttig for sykepleiere. Det gjenstår å se effekten av de nye retningslinjene i LAR.

7 Referanseliste

- Amundsen, E., J., (2022). *Narkotikautløste dødsfall 2021*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/>
- Bech, A., B., Bukten, A., Lobmaier, P., Skeie, I., Lillevold, P., Clausen, T. (2022). *Statusrapport 2021 Siste år med gamle LAR-retningslinjer*. Rapport 2/2022. Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2022/seraf-rapport-nr-2-2022-statusrapport-2021.pdf>
- Bramnes, J., (2022). *Rusmiddellidelser i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>
- Dalland, O., (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Gyldendal.
- Eide, D., Muller, A., Bukten, A., Clausen, T. (2019). *Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling*. Rapport. Oslo universitetssykehus & Universitetet i Oslo.
[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/2b9decde-ac18-47e0-9889-a5eb0e673302:6a4c59a6603f045785e5e5858f48fa36cb5cfcfb/Heroinassistert%20behandling%20\(pr%C3%B8veprosjekt\)%20-%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/2b9decde-ac18-47e0-9889-a5eb0e673302:6a4c59a6603f045785e5e5858f48fa36cb5cfcfb/Heroinassistert%20behandling%20(pr%C3%B8veprosjekt)%20-%20Behandling%20av%20opioiddominert%20ruslidelse.pdf)
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.) Gyldendal.
- Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCCDA), (2022). *Europeisk narkotikarapport: trender og utviklinger*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/20222419_TDAT22001NON_PDF.pdf

- Folkehelseinstituttet, (2021). *Databaser- CINAHL*. Helsebiblioteket. Hentet 07.12.2023.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Garpenhag, & Dahlman, D. (2021). Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 16(1), 1–81. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00417-3>
- Goffman, E. (1975). *Stigma- om avvigerens sociale identitet*. Gyldendal.
- Gonzalez, M., T., (2020), Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M., T., Gonzalez, (Red.). *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.
- Hall, Le, L., Majmudar, I., & Mihalopoulos, C. (2021). Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108651–108651.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108651>
- Heggestad, A., K. & Knutstad, U. (2016). Pasientens opplevelser og reaksjoner. I A., K., Heggestad, & U., Knutstad, (Red.) *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. (4. utg, s. 17-22). Cappelen Damm Akademisk.
- Heggestad, A., K., (2016). Verdighet som fenomen i sykepleien. I A., K., Heggestad, & U., Knutstad, (Red.) *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. (4. utg, s. 23-39). Cappelen Damm Akademisk.
- Helsedirektoratet, (2022). Nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 23. mai 2022, lest 02. november 2022).
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet>
- Helsenorge, (u.å). *Legemiddelassistert rehabilitering LAR*. Hentet 03.11.2022 fra
<https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar/#forskning-om-lar>.
- Helsepersonelloven, (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>.

- Hoffman, B. (2017). Hva er «psyk-dom»? -sykdomsbegrepets etikk. I R., Pedersen & P. Nordtvedt (Red.). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, K., (2021). *Sosiologi i helsefag og sykepleie*. 2 utgave. Gyldendal.
- International Council of Nurses, (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*.
https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf
- Kristoffersen, N., Skaug, E., Steindal, S., Grimsbø, G. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N., Kristoffersen, E., Skaug, S., Steindal, G. Grimsbø, (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., s. 15-28). Gyldendal.
- LAR-forskriften. (2009). *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)*. (FOR-2009-12-18-1641). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>
- Lien, L. & Stensrud, B. (2020). Samtidig rusbruk og psykisk lidelse- «ROP-lidelser». I M., T. Gonzales (Red.) *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Mørland, J., & Waal, H., (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleieforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- O'Byrne, & Jeske Pearson, C. (2019). Methadone maintenance treatment as social control: Analyzing patient experiences. *Nursing Inquiry*, 26(2), e12275–n/a.
<https://doi.org/10.1111/nin.12275>
- Pasient og brukerrettighetsloven, (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
- Popenoe, R., Langius-Eklof, A., Stenwall, E., Jervaeus, A., (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*. Volume 41, Issue 4, December 2021, s. 175-186
<https://doi.org/10.1177/2057158521991949>

- Prop. 92 L (2020–2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)*. Helse og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/?ch=2>
- Skoglund, A., Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S., Biong & S., Ytrehus (Red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg, s. 178-194). Cappelen Damm Akademisk.
- Skovdal, K. (2022). Personsentret sykepleie. I A.K. Bjørnnes, E.R. Gjevjon, E.K. Grov & I. M. Holter. (Red.). *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament*. (6. utg., s. 94- 118). Cappelen Damm Akademisk.
- Solberg, & Nåden, D. (2020). It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 480–491. <https://doi.org/10.1111/jocn.15108>
- Sordo, Barrio, G., Bravo, M. J., Indave, B. I., Degenhardt, L., Wiessing, L., Ferri, M., & Pastor-Barriuso, R. (2017). Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ*, 357, j1550–j1550. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1550>
- Steiro A, Hestevik CH, Shrestha M, Muller AE. *Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier*. Rapport – 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.
<https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2020/erfaringer-blant-pasienter-og-helsepersonell-med-legemiddelassistert-rehabilitering-lar-rapport-2020.pdf>.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk- helsekompetanse og brukervedvirkning*. (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Weber, M. (1971). *Makt og byråkrati*. Gyldendal.
- Winger, A., Leegaard, M. (2016). Smerter. I A., K., Heggstad & U., Knutstad (Red.) *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. (4. utg, s. 172-197). Cappelen Damm Akademisk.

Waal, H., Clausen, T., Skeie, I. (2018). *Exit LAR En kunnskapsoppsummering*. Rapport 2/2018. Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-2-2018-exit-lar-en-kunnskapsoppsummering.pdf>

8 Vedlegg 1

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Garpenhag L, Dahlman D. Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2021 Oct 26;16(1):81. doi: 10.1186/s13011-021-00417-3.

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Målet med denne studien var å utforske LAR pasienters erfaringer med stigma knyttet til rusmiddelbruk i kontakt med helsetjenesten. De ønsket å finne svar på dette for å få innsikt i utfordringer som personer med opioidavhengighet kan møte når de bruker helsetjenester, og hva de gjør for å håndtere de.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: De tok i bruk kvalitative metoder i en sekundæranalyse av en annen studie. De ønsket å finne svar på opplevd stigma fra pasientens side, derfor er kvalitativ metode hensiktsmessig.

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: De skriver at de ønsker å finne svar på LAR pasienters erfaringer med stigma som begrunnelse for valg av metode.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Deltakerne ble rekruttert gjennom en LAR klinikk. Ansatte informerte pasienter de så som passende om studien samtidig som det var lagt ut skriftlig info om studien i klinikken. Eksklusjonskriterier var dårlige språkkunnskaper, sterk ruspåvirkning og psykiske lidelser som kunne bli en sikkerhetstrussel. Det ble holdt seks intervjuer og deltakerne ble delt opp i tre grupper. En med kun menn, en kun kvinner og en blandet for å skape et trygt miljø i intervjuene.

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Data er samlet gjennom fokusgruppeintervjuer med pasienter fra en LAR-klinikk på klinikken. Intervjuene ble foretatt på klinikken av praktiske årsaker som plass og tilgjengelighet. Studien er en sekundæranalyse av en studie som handlet om helsekompetanse hos LAR-pasienter. Ingen av spørsmålene spurte direkte om stigma og fordommer. Dette var et tema som spontant ble tatt opp. Dataene ble samlet på lydopptak som ble transkribert ordrett. Dataene ble samlet inn gjennom et spørreskjema om helsekompetanse. De diskuterer at det i en sekundæranalyse er vanskelig å oppnå metning av data siden intervjuene allerede er gjort.

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Ettersom studien er en sekundæranalyse er datainnsamlingen gjort med en annen problemstilling. Det gjør det utfordrende å få klarhet i om deltakernes opplevelse av stigma er som LAR pasienter, eller fra da de brukte illegalt. De diskuterer også at deltakerne som møtte eksklusjonskriteriene kan oppleve seg mer stigmatisert enn deltakerne som påvirker resultatene. De ser det også som en styrke at resultatene om stigma kom spontant uten at forskerne stilte spørsmål om det. De anser det som et tema som ble tatt opp fordi det oppleves viktig for pasientene.

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Potensielle deltakere ble oppsøkt individuelt av ansatte på klinikken, det var også skriftlig informasjon liggende i klinikken. Studien ble godkjent av etisk komite i Sverige.

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien er en sekundæranalyse med en tematisk tilnærming. De har identifisert stigma som et tema og hentet ut det som er relevant for den gjeldende studien. Relevant data ble kodet manuelt og deretter lest gjennom flere ganger. Til slutt ble forskningsspørsmålene brukt for å sortere kodene. Koding og temaanalyse ble utført

at en av forfatterne, og gjennomgått av den andre. Analysen er tolket kvalitativt uten å gjøre omfattende endringer på deltakernes egne utsagn.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: I diskusjonen er det trukket frem andre kilder som underbygger funnene rundt opplevd stigma og relevante begreper. De diskuterer funnene for og imot sine argumenter ved å trekke frem at LAR reguleringer ikke nødvendigvis er bunnet i stigma, men forklarer at det er problematisk dersom pasientene opplever dette som stigma heller enn som en medisinsk årsak og for å ivareta pasientens helse. Funnene diskuteres gjennomgående i tråd med problemstillingen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Forskerne konkluderer med at studien er en av få av sin art, og at det er behov for ytterligere forskning på tematikken. De argumenterer for at studien har vist at LAR pasienter opplever stigmatisering fordi de er LAR pasienter, som forklarer hvorfor denne gruppen har problemer med å navigere i helsevesenet. De fremhever at det viktig poeng er at mange pasienter forsøker å unngå stigma ved å enten utsette å søke helsehjelp, eller utelater informasjon om sin behandling. Det kan føre til feildiagnostikk og feilmedisinering. Det kan også føre til at pasienter får helsehjelp for sent. De fremhever viktigheten av stigmareduserende tiltak i helsetjenesten.

9 Vedlegg 2

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Solberg H, Nåden D. It is just that people treat you like a human being: The meaning of dignity for patients with substance use disorders. *J Clin Nurs*. 2020 Feb;29(3-4):480-491. doi: 10.1111/jocn.15108.

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Målet med studien var å få innsikt i betydningen av verdighet for pasienter med opioidavhengighet i LAR.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien har som mål å belyse pasienterfaringer og undersøke opplevelser. Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen.

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Designet er deskriptivt, tolkende og utforskende. Forskerne begrunner valget av metode med at det er behov for mer forskning på tematikken

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: En klinikk som hadde ansvar for LAR- pasienter ble kontaktet der sykepleierne som jobbet der kontaktet aktuelle deltakere. De ønsket en 50/50 kjønnsbalanse, men de hadde utfordringer med å rekruttere kvinner. En del av pasientene kunne ikke delta grunnet stress og angst. De satt igjen med seks pasienter, fire menn og to kvinner. I alderen 20-55 år. De har vært i LAR mellom 2-15 år.

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Deltakerne valgte sted for å bli intervjuet for å fremme trygghet. Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert ordrett. Forskeren som gjorde intervjuene, gjorde også analyse og tolkning. En annen forsker gikk over rådata og

tolkning. Det ble brukt en semi-strukturert intervju guide for datainnsamling. Forskerne diskuterer metning av data og sier seks deltakere var tilstrekkelig for at ingen nye temaer dukket opp.

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Metoden ble evaluert etter tre intervjuer, og de konkluderer med at spørsmål og design passer for å svare på problemstillingen. De fortsatte med samme spørsmål og design gjennom hele. Forskerne diskuterer egen forutinntatthet og at det kan bidra til skjevhet i tolking og analyse.

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien ble godkjent av regional etisk komite og Norsk senter for forskningsdata. Det er grundig beskrevet at LAR-pasienter er sårbare og at dette ble tatt hensyn til. Alle fikk et brev om at deltakelse var frivillig og at samtykke kan trekkes når som helst. Forskningsspørsmålene ble lest opp over telefon i forkant av studien.

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forskerne har brukt Kvale og Brinkmans metode for kvalitativ analyse. Sammenhengen mellom sitater og meningskategorier er tydelig. Det er presentert mye data som underbygger funnene.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Betydningen av verdighet ble diskutert og det ble trukket inn andre kilder for å underbygge. Forskerne trekker inn at deltakerne som ble rekruttert var pasienter som kanskje har mer positive erfaringer med LAR, fordi pasienter som kunne oppleve deltakelse stressende ikke ble rekruttert.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Funnene fra denne studien er nyttige fordi den gir bedre innsikt i betydning av verdighet for personer med rusmiddellidelser i LAR. Pasientgruppen har et stort behov for sykepleie og det er en utfordring å møte alle behov. Kunnskap om pasientgruppen kan gjør helsepersonell mer bevisst egen forforståelse og slik møte pasienter på en mer forståelsesfull måte.

10 Vedlegg 3

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

O'Byrne P, Jeske Pearson C. Methadone maintenance treatment as social control: Analyzing patient experiences. *Nurs Inq*. 2019 Apr;26(2):e12275. doi: 10.1111/nin.12275.

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Målet med studien var å undersøke hvilke erfaringer som påvirker etterlevelse i LAR. De ønsket å se finne svar på dette fordi de gode effektene av LAR krever etterlevelse i minst 12 måneder og det er mange pasienter som slutter før det.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Kvalitativ metode er hensiktsmessig fordi forskerne ønsket å forstå hva som fremmer etterlevelse i LAR. Derfor blir fokuset LAR pasienters erfaringer og opplevelser.

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien har et deskriptivt og utforskende design med semistrukturerte intervjuer. De har valgt det som metode grunnet lite forskning på temaet og fordi det tillot pasientene å utvide fokuset utover det forskerne så som relevant basert på egen erfaring og litteratur.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: De valgte ut metadonbrukere som var 18 år og eldre som hadde vært i LAR i mer enn 6 uker. De ønsket en homogen gruppe og hadde derfor bruprenorfinbrukere som et eksklusjonskriterium. De rekrutterte deltakere gjennom plakater på metadonklinikker, apotek og lokale samlingssteder. De oppfordret også deltakere til å fortelle andre om studien, men det var helt frivillig og uten kompensasjon. De rekrutterte tre kvinner og ni menn med en snitt alder på 44 år. De hadde brukt metadon fra tre måneder til fire år.

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Intervjuene ble gjort på universitetet forskerne arbeidet på og på lokale klinikker. Designet på studien er semistrukturerte intervjuer med et deskriptivt og utforskende design for å gi deltakerne mulighet til å snakke om det som var viktig for dem. Intervjuene ble tatt opp med lydopptak. De foretok ytterligere to intervjuer etter de hadde oppnådd metning for å sikre at de har nådd fullstendig metning av data.

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forskerne diskuterer at utvalget kan påvirket resultatet. Deltakerne er fra en enkelt by, de har kun inkludert metadonbrukere som kan påvirke resultatet. Videre har de kun pasientperspektivet, og de argumenterer for at klinikere kan gi andre perspektiver på LAR behandling. Videre ble deltakerne bare intervjuet en gang og at flere intervjuer over tid kan ha gitt flere utfall.

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien ble godkjent av etisk komite ved universitetet i Ottawa. Deltakerne ble rekruttert gjennom plakater på metadonklinikker slik at deltakerne selv kontaktet forskerne. De ble også oppfordret til å rekruttere bekjente, men de ble også informert om at dette var helt frivillig. De ble gitt 25 kanadiske dollar som kompensasjon for deltakelse.

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Dataene ble analysert med tematisk analyse. Trinnene i analysen er grundig gjennomgått. Det er tydelig sammenheng mellom sitater og overordnede temaer som forskerne har kommet frem til. Ulike meninger blant deltakerne kommer frem. For eksempel har de ulike oppfatninger av å bli gitt og fratatt friheter i LAR. Noen ser det

som en motivasjon, mens andre føler seg stigmatisert. Forskerne diskuterer fordeler og ulemper med rigide regler i LAR.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forskerne trekker inn flere studier som også finner at LAR pasienter opplever mye stigma. De trekker inn teoretikere som Foucault for å underbygge det teoretiske grunnlaget. De diskuterer fordeler og ulemper rundt rigide regler i LAR, og diskuterer det som en fordel at pasienter har noe å jobbe frem mot. Likevel tyder deres studie, samt flere andre studier på at langt flere pasienter blir værende i LAR ved å løsne på regler, og ha skadereduksjon som viktigste målsetting.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Forskerne argumenterer for at studien er viktig grunnet lite forskning på temaet, samt at funnene belyser et behov for å endre måten LAR fungerer. De viser til at den viktigste behandlingen av opioidavhengighet er behandling i LAR, og at det derfor er viktig å hindre at pasienter avslutter behandling grunnet misnøye og stigma.

11 Vedlegg 4

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 09.03.2017.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Hall NY, Le L, Majmudar I, Mihalopoulos C. Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug Alcohol Depend.* 2021 Apr 1;221:108651. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108651.

Del A: Kan du stole på resultatene?

Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Formålet med oversikten var å oppdatere kunnskap om barrierer for å starte LAR for pasienter med opioidavhengighet med fokus på pasientperspektivet.

Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forfatterne søkte etter litteratur i en rekke databaser med nøkkelord relatert til opioid substitusjonsbehandling, opioidavhengighet, barrierer og hjelpesøkende adferd ble inkludert. Oversikten inkluderer kvalitative, kvantitative og mixed methods studier.

Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forfatterne har søkt i de elektroniske databasene Cochrane, EMBASE, MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, og SocINDEX med bruk av MeSH termer. De søkte også i Google Scholar for å finne grå litteratur. Det ble også uten begrensninger til publikasjons år eller geografi. Kun engelske studier ble inkludert, som kan gi noe skjevhet i utvalget.

Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forfatterne har brukt verktøyet PRISMA. Vurderingene ble gjort av to uavhengige personer, og mangel på samsvar i tolkning ble vurdert av en tredjeperson.

Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forfatterne har tematisk analysert overordnede temaer og underordnede temaer som pasienter identifiserer som barrierer for å gå i behandling. Funnene er siden oppsummert i de underordnede temaene.

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?

Hva er resultatene?

Kommentar: Resultatene viste hyppige rapporterte barrierer for å være i LAR. Stigma, rigide rammer i behandlingen, logistiske barrierer som kostnader og lange ventelister, holdninger som at LAR erstatter en avhengighet med en annen, en kaotisk og uforutsigbar livsstil var alle hyppige rapporterte barrierer for å oppsøke og å bli værende i LAR. Temaene er tydelig sortert og ordnet i statiske diagram.

Hvor presise er resultatene?

Kommentar: Resultatene er en sammenfatning av kvalitative, kvantitative og mixed methods studier. De hyppigste rapporterte barrierene varierte i de ulike studiedesignene. Resultatene er systematisk gjennomgått tema for tema og deretter diskutert etter hyppighet.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Kan resultatene overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Resultatene er overførbare, det er pasienters subjektive opplevelse som er undersøkt, og det virker sannsynlig at de er overførbare til norske pasienter. Studien inkluderer artikler fra mange ulike land, med en overvekt av studier fra USA. Helsevesenet i USA skiller seg vesentlig fra det norske, og dette kan påvirke resultatene. Resultater som handler om kostnader og tilgang på behandling vurderes som lite overførbare ettersom helsehjelp er gratis i Norge.

Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: En begrensning er at inklusjonskriteriene er opplevde barrierer for å oppsøke LAR. En annen begrensning er kun inkluderte engelske studier. Studiene inkluderte kun pasientperspektivet, mens helsepersonell kan ha andre perspektiver å tilføye. Oversikten inkluderer artikler fra mange ulike land med vesentlige forskjeller i helsesystem og kultur.

Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Oversikten tilføyer likevel nyttig kunnskap om opplevd stigma fra pasientperspektivet. Det er nyttig for helsepersonell å ha kunnskap om opplevde barrierer for å bli værende i LAR.