



Høgskulen på Vestlandet

BER331 - Bacheloroppgave

BER331

Predefinert informasjon

Startdato:	07-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	29-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave	Studiepoeng:	20
SIS-kode:	203 BER331 1 HMH 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 330

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 10690

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 16

**Andre medlemmer i
gruppen:** 308

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

BACHELOROPPGAVE

Heroinassistert behandling – et aktivitetsfremmende tiltak?

En kvalitativ studie om hvordan heroinassistert behandling kan påvirke personers deltakelse i aktivitet

Heroin assisted treatment – an activity promoting treatment?

A qualitative study on the effect of heroin assisted treatment on participation in activity

Bachelor i ergoterapi BER331
Institutt for ergoterapi, fysioterapi og radiografi
Avdeling for helse- og sosialfag
Kandidatnummer: 308 og 330
Veileder: Merethe Hustoft
Dato: 29.05.2019
Antall ord: 10690

Forord

Først og fremst ønsker vi å takke vår veileder, Merethe Hustoft for støtte, veiledning og mange hyggelige samtaler som har vært til stor hjelp for prosjektet. Vi vil også uttrykke en stor takk til informantene som tok seg tid til å stille opp til intervju; uten deres hjelp ville det ikke vært mulig å gjennomføre dette prosjektet. Deres kompetanse er uvurderlig, og vi har lært mye av deres kunnskap og erfaringer. Videre vil vi gjerne takke familien for støtte og hjelp gjennom hele studiet. Vi vil også takke våre samboere for praktisk og sosial støtte, samt veiledning underveis i prosjektet - dere er fantastisk! Sist men ikke minst vil vi uttrykke takknemlighet til medstudenter og lærere ved HVL; takk for tre innholdsrike, morsomme og gode år.

Sammendrag

Formål:

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan personer i heroinassistert behandling vil fungere i daglige aktiviteter, og på hvilken måte aktivitetstilbud som en del av intervensjonen kan være et alternativt tiltak.

Problemstilling:

“Hvordan kan heroinassistert behandling påvirke personers aktivitetsutførelse i hverdagen og på hvilken måte kan aktivitetstilbud være gjennomførbart for denne gruppen mennesker?”.

Metode:

Informasjon fra tre ulike informanter ble innhentet ved hjelp av semistrukturerte intervjuer som en del av kvalitativ forskningsmetode. Informantene hadde ulik bakgrunn fra arbeid med brukergruppen, hvorav én av dem var ergoterapeut. Vi benyttet intervjuguide, hvor intervjuene ble tatt opp på lyd, transkribert og systematisk tekstkondensert i etterkant.

Resultat:

Informantene trakk frem reisetid og plassering av heroinklinikken, samt hyppigheten av injeksjoner som sentrale utfordringer knyttet til behandlingen. Videre kom det frem at behandlingen kan medføre en påtvunget struktur i hverdagen, noe som medbringer både fordeler og ulemper for denne brukergruppen. Aktivitet trekkes frem av samtlige informanter som en potensiell positiv bidragsyter som kan bedre fysisk- og psykisk helse, samt fremme mestring.

Avslutning:

Dette prosjektet har belyst viktigheten av aktivitetstilbud som en del av heroinassistert behandling. Ergoterapeuten har en sentral rolle i kartlegging og analyse for å tilrettelegge meningsfulle aktiviteter. Ved å fremme mestring, trygge sosiale rammer og meningsfulle aktiviteter kan vi som ergoterapeuter optimalisere omgivelsene rundt personen.

Abstract

Aim:

The aims of this bachelor project were to evaluate how individuals in heroin assisted treatment will function in their daily activities and how participation in various activities as part of an intervention may be an alternative treatment.

Research question:

“How can heroin assisted treatment affect the activity outcome in everyday life for people in treatment and how may participation in activity be facilitated for this group?”

Method and material:

Semi-structured interviews were conducted in order to obtain information from three various informants as part of the qualitative research method selected for this project. All the informants had experience working with drug abusers and one of them was an occupational therapist of profession. An interview guide was utilized during the interviews which were audio recorded and subsequently transcribed and systematically text-condensed.

Results:

The informants emphasized the time of travel, placement of the heroin clinic, and the frequency of injections as important challenges connected to the treatment of patients. They also highlighted the potential positive and negative effects of implementing a non-elective structure in the everyday life of this particular group of patients. Furthermore, activity was pointed out as a potential beneficial contributor to improve physical and mental health by all informants, as well as an important factor in increasing the feeling of accomplishment and achievement.

Closure:

This project has emphasized the importance of offering activities as part of the offer in heroin assisted treatment. The occupational therapist possesses an important role of mapping and analyzing meaningful activities. By promoting the feeling of accomplishment and achievement in activity, a safe setting, and meaningful activities, we as occupational therapists may facilitate the optimization of the environment around the person.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 FORMÅL	7
1.3 PRESENTASJON AV FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	7
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	7
1.5 AKTIVITET OG DELTAKELSE.....	8
1.6 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	8
1.7 PRESENTASJON AV FORSKNING.....	9
1.8 ERGOTERAPEUTENS ROLLE	9
2.0 KUNNSKAPSGRUNNLAGET	10
2.1 PARADIGME	10
2.1.1 <i>Occupational justice</i>	11
2.1.2 <i>Empowerment</i>	11
2.2 BEGREPSMODELLER FOR PRAKSIS.....	11
2.2.1 <i>Model of Human Occupation</i>	12
2.3 RELATERT VITEN.....	12
2.3.1 <i>Gap-modellen – blir gapet større med heroin?</i>	13
2.3.2 <i>Brukermedvirkning</i>	13
2.3.3 <i>Heroinens virkning</i>	13
2.3.4 <i>Fysisk aktivitet som intervensjon</i>	14
3.0 METODE	15
3.1 DESIGN	15
3.2 ETIKK OG FORSKERENS ROLLE	16
3.3 FORFORSTÅELSE.....	17
3.4 VALG AV INFORMANTER	17
3.5 DATAINNSAMLING.....	17
3.5.1 <i>Intervjuguide</i>	18
3.5.2 <i>Gjennomføring av intervju</i>	18
3.6 DATAANALYSE	18
3.6.1 <i>Transkribering</i>	19
3.6.2 <i>Analyseprosessen - systematisk tekstkondensering</i>	19
4.0 RESULTAT	20
4.1 HEROINASSISTERT BEHANDLING - ET FENGSEL I DET FRI?	20
4.2 HEROIN - EN AKTIVITETSFREMMENDE BEHANDLING?.....	22
5.0 DISKUSJON	26
5.1 HEROINASSISTERT BEHANDLING - ET FENGSEL I DET FRI?	26
5.2 HEROIN - EN AKTIVITETSFREMMENDE BEHANDLING.....	28
5.3 METODEDISKUSJON.....	32
5.3.1 <i>Kvalitativ metode som forskningsdesign</i>	32
5.3.2 <i>Utvalg</i>	33
5.3.3 <i>Dataanalyse</i>	34
6.0 AVSLUTNING	34
6.1 FREMTIDSPERSPEKTIVER	35
LITTERATURLISTE	36
VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING	40
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	42

1.0 Introduksjon

Regjeringen vedtok i Jeløya-erklæringen fra august 2018 at det skal inkluderes flere legemidler i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for personer med heroinavhengighet; *“Inkludere flere legemidler og sørge for økt valgfrihet i LAR, samt gjennomføre forsøk med heroinassistert behandling innenfor LAR”* (Regjeringen, 2018). Prosjektet skal etter planen utprøves i både Bergen og Oslo, ettersom dette er de to byene i Norge hvor heroinproblemet er mest omfattende (Sohlberg, 2018). Når det gjelder Bergen, skal dette etter planen omfatte rundt 50 personer (Nave, 2018). Gjennom praksis i aktivitetstilbud for personer i LAR har vi som ergoterapistudenter erfart hvordan deltakere fungerer på tradisjonelle LAR-medisiner, og vi ønsker derfor å undersøke hvordan aktivitetsutførelsen kan bli påvirket dersom deltakerne får heroinassistert behandling (HAB) som en del av LAR.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Valg av tema og fokusområde er per dags dato et svært dagsaktuelt tema, ettersom at prøveprosjektet skal innføres allerede i år 2020. Prosjektet er beregnet å koste omtrent 400-500 millioner kroner (Nave, 2018). Temaet er spennende, og interessen for problemstillingen utviklet seg etter hvert som vi undersøkte og diskuterte den videre. For ergoterapiutdanningen er dette også svært relevant da ergoterapeuten fokuserer på personens aktivitetsutførelse knyttet opp mot de ulike aktivitetstilbudene i en rehabiliteringssituasjon, og innføringen av HAB mulig kan endre personens aktivitetsutførelse i dagligdagse aktiviteter. Gjennom oppgaven vil vi understreke viktigheten av fysisk aktivitet for brukergruppen, hvor ergoterapeuten har en unik og sentral rolle. Ergoterapeutens rolle i rehabilitering med å kartlegge meningsfulle aktiviteter, fremme et sosialt miljø og jobbe målrettet for at personer i rusbehandling skal få et normalt liv er avgjørende for en god intervensjon.

Rehabilitering av rusavhengige er en kommunal oppgave og kommunen har ansvar for å legge til rette for individuelle rehabiliteringsprosesser. LAR drives av spesialisthelsetjenesten og er et behandlingstilbud til personer som er avhengig av heroin eller opioider. Målet med LAR er å hjelpe pasientene til bedre livskvalitet, samt til å nå sitt optimale mestring- og funksjonsnivå (Ingvaldsen, 2015). Et aktivitetstilbud for rusavhengige som er i LAR-behandling kan være et eksempel på en behandling som er mye brukt og har hatt god effekt på mange. Tidligere forskning har vist at fysisk aktivitet har positiv effekt på rusmestring, og gir

en mer strukturert og meningsfull hverdag (Roessler, 2010). Dette har vi også erfart gjennom praksis på aktivitetstilbud for tidligere rusavhengige hvor fokuset var å fremme fysisk aktivitet, et sosialt miljø og mestringsfølelse. Innenfor temaet er det kjent hvordan heroin påvirker kroppen og personens forutsetninger for aktivitet. Ruseffekten ved heroin-injeksjon er svært rask og beskrives ofte som en intens følelse av velvære og varme. Den første effekten varer kun i kort tid, hvor det deretter kommer en følelse av søvnighet og velvære, samt en følelse av at angst og tristhet forsvinner (Håkonsen, 2014, s. 386). Den intense følelsen av velvære er en kraftig forsterker til at avhengighet av stoffet utvikler seg raskt.

Heroinmisbrukere søker altså flukt fra virkelighetens vansker i en illusjon av velvære (Håkonsen, 2014, s. 386). Ettersom HAB først og fremst er et prøveprosjekt i Norge, vil det være vanskelig å forutse hvordan dette vil påvirke pasientene og deres hverdag. Etter prøveperioden vil det trolig finnes mer kunnskap om aktivitetstilbudet må tilrettelegges spesifikt for pasienter i HAB. Noen av dagens aktivitetstilbud er tilrettelagt slik at personene går rett fra LAR etter å ha fått medisiner (Metadon/Subutex) og til aktivitet. Ettersom injeksjoner ved HAB skjer to til tre ganger daglig, og pasientene kan få ulik påvirkning av heroin, kan det være interessant å undersøke hvordan personene fungerer i aktivitet etter injeksjon, og om det er gjennomførbart med deltakelse i aktivitet.

For å innhente data og kunnskap om temaet vil vi utføre søk om relevant teori og forskning innenfor HAB og bruk av heroin. Da det finnes lite forskning knyttet direkte til vårt fokusområde mot aktivitetsutførelse, ønsker vi å innhente kunnskap om påvirkningen av heroin sammenlignet med tradisjonelle LAR-medisiner fra personer med brukererfaring. Eksisterende studier fokuserer på blant annet kriminalitet, bruk av illegal heroin kombinert med behandling, arbeidsevne og sosial funksjon (Clausen, 2017). I denne oppgaven vil vi ved bruk av et kvalitativt forskningsdesign se nærmere på aktivitetsutførelse hos brukergruppen og drøfte dette i lys av ergoterapeutens kunnskapsgrunnlag, forskning og teori. Vi vil også se til andre land hvor HAB allerede er innført og studert videre. Det vil for eksempel være naturlig å vurdere de danske erfaringene, både fordi forholdene der er relativt lik de norske og fordi erfaringene bygger på ordinær drift av tilbudet (Clausen, 2017).

1.2 Formål

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan personer i HAB vil fungere i daglige aktiviteter, og på hvilken måte aktivitetstilbud som en del av intervensjonen kan være et alternativt tiltak. Ved å intervju informanter med brukererfaring, ønsker vi å tilegne oss kunnskap om hvordan heroin påvirker personens aktivitetsutførelse mot tradisjonell LAR-behandling.

1.3 Presentasjon av forskningsspørsmål

“Hvordan kan heroinassistert behandling påvirke personers aktivitetsutførelse i hverdagen og på hvilken måte kan aktivitetstilbud være gjennomførbart for denne gruppen mennesker?”.

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel én presenteres bakgrunnsinformasjonen for valgt tema. Deretter presenteres formål, forskningsspørsmålet, avgrensninger og begrepsavklaringer. Videre blir kunnskapsbasert praksis, presentasjon av forskning og ergoterapeutens rolle bli trukket frem.

I kapittel to presenteres teoridelen gjennom kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi. Teorien vil bli presentert gjennom paradigmet i ergoterapi, begrepsmodeller og relatert viten, hvor relevant teori knyttet opp mot problemstillingen vil bli inkludert.

I kapittel tre presenteres metodedelen hvor vi vil gjøre rede for hvilket design vi har benyttet i prosjektet for å samle inn og analysere materialet.

I kapittel fire vil resultatene fra intervjuene bli presentert inndelt i hovedfunn.

I kapittel fem diskuteres funn fra resultatdelen opp mot relevant forskning og teori. Metoden og studiedesignet benyttet i oppgaven vil også bli diskutert.

I kapittel seks vil vi avslutte og oppsummere oppgaven, samt komme med en anbefaling for fremtidig praksis ut i fra oppgavens resultater.

1.5 Aktivitet og deltakelse

Begrepet “aktivitet” i en ergoterapeutisk tilnærming defineres som menneskelig aktivitet som utøves i en fysisk og sosiokulturell ramme som gir muligheter eller begrensninger for utførelsen av aktiviteten (Birk, 2013, s. 123). Aktivitet er handlinger med et bestemt formål og med bestemt innhold, og som utføres døgnet rundt og omfatter aktiviteter i hjemmet, på fritiden og på jobb. For at aktiviteter kan skape sammenheng og balanse i et menneskes liv og understøtte deltakelse i familie og samfunn, skal aktiviteter ha et personlig formål, en mening og en kulturell betydning (Birk, 2013, s. 125). Deltakelse er en del av ergoterapeutens aktivitetsforståelse og omhandler menneskers muligheter for å være involvert i og sammen med andre. Aktivitet og deltakelse som sammenhengende begreper understreker det involverende og inkluderende aktivitetsperspektiv i ergoterapi (Birk, 2013, s. 125).

1.6 Kunnskapsbasert praksis

I denne bacheloroppgaven har vi arbeidet gjennom de seks trinnene i kunnskapsbasert praksis. Stortingsmelding 16 beskriver helsesektorens ansvar til å bruke kunnskapsbasert praksis som metode (Sosial- og Helsedepartementet, 2011). Hensikten med å jobbe kunnskapsbasert er å kvalitetssikre arbeidet som utføres i praksis og ta gode faglige avgjørelser som er tilrettelagt for brukeren. Jamtvedt og Nortvedt (2008) beskriver at kunnskapsbasert praksis er å anvende kunnskap ut i fra forskning, erfaringer og brukermedvirkning (Jamtvedt og Nortvedt, 2008, s. 10).

Det første trinnet omhandler refleksjon i praksis og erkjennelsen av behovet for informasjon. Oversatt til praksis for vår oppgave stilte vi oss da nødvendige spørsmål om hvordan vi skulle innhente informasjon og hvordan dette skal anvendes (Jamtvedt og Nortvedt, 2008, s. 13). Etter å ha identifisert informasjonsbehovet, formulerte vi relevante spørsmål knyttet til temaet. Vi benyttet PICO skjema som hjelpemiddel for å strukturere spørsmålene (Jamtvedt og Nortvedt, 2008, s. 13). I neste trinn ble det utført et litteratursøk i ulike databaser for å innhente forskningsbasert kunnskap (Jamtvedt og Nortvedt, 2008, s. 15). I trinn fire gjorde vi en kritisk vurdering av artiklene fra de ulike databasene for å undersøke deres relevans for oppgaven, samt den metodiske kvaliteten og konteksten for den aktuelle studien (Jamtvedt og Nortvedt, 2008, s. 15). Det femte trinnet i modellen sier noe om hvordan litteraturen

implementeres i praksis, mens det sjette og siste trinnet handler om å evaluere kunnskapen og hvorvidt den fungerer i praksis (Jamtvedt og Nortvedt, 2008, s. 16). Trinn fem og seks ble benyttet i prosessen da vi ikke anvender kunnskapen i praksis og dermed ikke kan evaluere hvordan kunnskapen fungerer.

1.7 Presentasjon av forskning

Senter for rus- og avhengighet (SERAF) utarbeidet i 2017, sammen med Oslo universitetssykehus og universitetet i Oslo, en rapport med overskriften: ”Heroinassistert behandling – et svar på dagens utfordring i Norge?”. Rapporten tar for seg enkeltstudier og nasjonale kohortstudier fra land som allerede har innført HAB. Dette gjelder Sveits, Spania, Nederland, Tyskland, Danmark, Canada, Belgia og England (Clausen, 2017). Det sikreste funnet i rapporten er at brukere som sliter med vanlig metadonbehandling får større reduksjon i bruk av illegal heroin om de behandles med heroinassistert behandling (Clausen, 2017). Enkeltstudiene i rapporten konkluderer med at HAB gir større reduksjon i bruk av illegal heroin og andre rusmidler, noe som igjen fører til redusert grad av kriminalitet. Noen av studiene rapporterte også en vesentlig bedring i helseforhold og sosiale funksjoner, og argumenterte med at en mulig forklaring kunne være at HAB gir en strukturert og forutsigbar behandling. Rapporten konkluderer med at forsøksprosjektet frarådes og at det videre tilrådes å grundig undersøke hvilke utfordringer det skal løse i Norge. Rapporten anbefaler også å heller prioritere og bruke ressursene på å forbedre dagens LAR-behandling, enn å opprette et nytt tiltak. Etersom alle har rett på lik behandling, bør det vurderes nøye hvor i landet slike tiltak skal opprettes for å minimere forskjeller (Clausen, 2017).

1.8 Ergoterapeutens rolle

Ergoterapeuten har unik kunnskap om aktivitetsperspektivet og kjerneområdet i ergoterapeutisk intervensjon er aktivitet og deltakelse (Jacobsen, 2013, s. 337). Ergoterapi handler om å fremme helse, aktivitet og deltakelse i hverdagslivet. Ved å støtte rusavhengige i aktivitet for å kunne håndtere hverdagen, på tross av sykdom, legges det fokus på å bruke de ressursene deltakerne har (Jacobsen, 2013, s. 336). Når man har rusutfordringer, ofte også kombinert med andre psykiske lidelser, kan det være utfordrende å utføre de aktivitetene man ønsker. Ved å ta i bruk aktivitetstilbud som ergoterapeutisk intervensjon, kan det bidra til at

brukeren mestrer de aktivitetene han/hun ønsker, klarer seg selv i hverdagen og i større grad bidrar til samfunnets sosiale og økonomiske struktur (Jacobsen 2013, s. 331).

En studie fra Canada undersøkte i 2018 arbeidsledigheten blant personer i HAB. Studien beskriver at HAB ser ut til å ha effekt på helserelaterte utfall som bedre rusmestring, fysisk og psykisk helse, livskvalitet og re-integrering i samfunnet (Nikoo et al. 2018). Dette underbygges i en studie fra Sveits hvor arbeidsledigheten ble redusert fra 73% til 48%, etter seks måneder i HAB (Rehm et al. 2001). Nikoo (2018) konkluderer i sin studie med at ergoterapeuten har en sentral rolle i prosessen med å få denne brukergruppen ut i arbeid (Nikoo et al. 2018).

2.0 Kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi definerer fagets identitet og veileder ergoterapeuter i praksis. Kunnskapsgrunnlaget er delt inn i tre ulike kunnskapskategorier: paradigmet, begrepsmodeller for praksis og relatert viten (Kielhofner, 2013, s. 22-23).

2.1 Paradigme

Paradigmet i ergoterapi tar for seg aktivitet og deltakelse som en kjerneverdi, samt ergoterapeutens unike syn på aktivitet. Personer med rusavhengighet har utfordringer på flere aktivitetsarenaer og har behov for aktivitet og deltakelse i meningsfulle aktiviteter i samspill med omgivelsene. Kielhofner beskriver paradigmet i tre deler: kjernebegreper, sentrale synspunkt og integrerte verdier. Kjernebegreper beskriver hvordan ergoterapeuten identifiserer menneskets utfordringer og hvordan bruk av aktivitet kan løse utfordringene. Det sentrale synspunktet beskrives som fagets felles visjon på hvilke verdier og idealer ergoterapeuten oppfatter som viktig og hvilken fremgangsmåte som er passende å bruke. Et sentralt synspunkt i det nåværende paradigmet er den holistiske forståelsen av helhetsbildet av mennesket, hvor sosiale, psykologiske og kroppslige faktorer spiller inn på menneskets naturlige omgivelser (Kielhofner, 2013, s. 23). Ved å forstå samspillet mellom aktivitet, mennesket og omgivelsene påvirker det ergoterapeutens syn på pasientens utfordringer og sykdomsbilde (Kristensen, 2013, s. 458). Aktivitet er en anbefalt intervensjon for

brukergruppen og ergoterapeutens unike kunnskap om kartlegging, gjennomføring og evaluering av aktivitet er derfor sentralt.

2.1.1 Occupational justice

Occupational justice er en teori og et sett med verdier og prinsipper som omhandler menneskers rett til aktivitet og deltakelse. Alle mennesker skal ha like muligheter og ha lik rett til å velge å delta i meningsfulle aktiviteter som gir bedre selvfølelse og mestring i sine omgivelser. *Occupational justice* kan benyttes for mennesker som opplever at de blir fratatt muligheten til aktivitet og deltakelse i hverdagslivet, enten på individnivå eller som gruppe. Rusavhengige er et eksempel på en gruppe mennesker som opplever nettopp dette i sin hverdag, og føler da på en mangel av *empowerment*, altså følelsen av makt over eget liv (Wilcock & Townsend, 2014, s. 452).

2.1.2 Empowerment

Empowerment handler om å mobilisere og styrke egne krefter, samt å nøytralisere krefter som påvirkes av makt. Prinsippet *empowerment* gjennom aktivitet, handler om at mennesker gjennom deltakelse i aktivitet får erfaringer og kunnskap som påvirker evnen til å ta kontroll over eget liv (Wilcock & Townsend, 2014, s. 458). For eksempel kan en person i LAR føle mangel på kontroll over eget liv dersom han eller hun må møte opp på et bestemt tidspunkt og et bestemt sted for å ta medisin hver dag.

2.2 Begrepsmodeller for praksis

En begrepsmodell presenterer sammenhengen mellom utvalgte begreper med utgangspunkt i en eller flere teorier. Begrepsmodeller gir mulighet for en strukturert ergoterapeutisk analyse, og gir en forståelse av ergoterapi i praksis (Bendixen, 2013, s. 140). Personer med rusavhengighet lever et liv med flere komplekse utfordringer knyttet til miljø, aktivitetsutførelse og personlige faktorer.

2.2.1 Model of Human Occupation

Modellen for menneskelig aktivitet (MoHO) er en begrepsmodell som gir ergoterapeuten en profesjonell måte å forholde seg til aktivitetsutfordringer og omhandler hvordan samspillet mellom aktivitet, mennesket og omgivelsene påvirker aktivitetsutførelsen (Bendixen, 2013, s. 140). Modellen er en begrepsmodell som tar utgangspunkt i ergoterapeutiske teorier, og hvordan ergoterapeuten tar disse i bruk i praksis (Bendixen, 2013, s. 149). Samtidig som modellen er aktivitetsfokuset, legger den også vekt på viktigheten av en klientsentrert praksis som avspeiler personens verdier, ønsker og behov. Modellen tar for seg utfordringer i forbindelse med motivasjon til aktivitet, vedlikeholdelse av roller og rutiner i livet, bedre aktivitetsutførelse og hvordan personen blir påvirket av omgivelsene. Modellen er hyppig brukt av ergoterapeuter i praksis og ettersom den er aktivitetsfokuset kan den også benyttes for personer med rusavhengighet (Kielhofner, 2013, s. 161).

Personens indre egenskaper står sentralt i modellen, da den tar for seg integrerte elementer som vilje, vane og utførelssystemet. Disse elementene refererer til personens motivasjon for aktivitet, hvordan personen organiserer rutiner og utfører roller i hverdagen, samt evnen til å utføre aktiviteter (Kielhofner, 2013, s. 162). Personer med rusutfordringer befinner seg i et miljø hvor deres rutiner og roller er påvirket av dette, noe som kan redusere motivasjonen for meningsfull aktivitet. Aktivitet er et resultat av samspillet mellom personens indre egenskaper og omgivelsene. Modellen beskriver de fysiske-, sosiale-, og kulturelle omgivelsene (Kielhofner 2013, s. 164). Et eksempel kan være en person med rusavhengighet som deltar i turgrupper innad i et aktivitetstilbud. De fysiske omgivelsene blir da definert av terrenget man går i, og aktivitetstilbudet og gruppen definerer de sosiale omgivelsene, mens de kulturelle omgivelsene defineres av bakgrunn, roller og verdier som påvirker hvordan man er som person (Kielhofner, 2010, s. 109).

2.3 Relatert viten

I praksis kan det kreves ferdigheter og begreper som ikke er inkludert i konkret ergoterapeutisk teori eller som inngår i begrepsmodeller for praksis. Relatert viten oppfattes som kunnskap og informasjon som tilhører en annen profesjon, men som også er nyttig og kan benyttes i ergoterapeutisk praksis. Et eksempel på relatert viten kan være kunnskap om rusmidler og hvordan det påvirker kroppen. I slike tilfeller bruker ergoterapeuten kunnskapen

til å supplere videre med de viktigste elementene i ergoterapeutisk praksis (Kielhofner, 2013, s. 26).

2.3.1 Gap-modellen – blir gapet større med heroin?

Gap-modellen blir brukt for å illustrere hvordan en persons funksjonshemming er et resultat av brukerens funksjon mot samfunnets krav. I en rehabiliteringsprosess er målet å minske gapet mellom personen og samfunnet. Modellen er utarbeidet av professor Ivar Lie, og blir brukt innen flere yrkesgrupper enn ergoterapi (Lie, 1996). Dette kan relateres til personer i rusrehabilitering da de på samme måte møter samfunnets krav med sine utfordringer, og det da skapes et gap opp til samfunnets forventninger. Formålet med rehabiliteringen blir da å styrke personens forutsetninger slik at gapet blir mindre.

2.3.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Helsepersonell kan ikke velge om de vil forholde seg til dette eller ikke. Alle brukere har en rett på å bli involvert i behandlingen og medvirke til hvordan den skal gjennomføres (Helsedirektoratet, 2017). En bruker blir omtalt som en person som benytter seg av relevante tjenester. I Helsedirektoratets plan for brukermedvirkning blir en bruker omtalt som en person som har behov for tjenester innenfor psykisk helse eller rusfeltet. Brukermedvirkning har en egenverdi og en terapeutisk verdi som er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene, samtidig som det innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som er relevant for behandlingen (Helsedirektoratet, 2017). For å ivareta brukermedvirkning i behandlingen brukes for eksempel individuell plan eller koordinator som ivaretar brukerens behov, ønsker og mål (Helsedirektoratet, 2017).

2.3.3 Heroinens virkning

Rusmidler er kjemiske stoffer som på forskjellige måter kan fremkalle endringer i bevisstheten hos mennesker (Håkonsen, 2014, s. 378). Virkningen av rusmidlene vil variere og avhenger av flere fysiologiske og psykologiske faktorer. Rusmidler kan komme inn i kroppen på flere måter, for eksempel via munnen som alkohol, via lungene som hasj eller direkte i blodårene som heroin. Deretter føres stoffene med blodet til nervesystemet

(Håkonsen, 2014, s. 379). Ruseffekten ved heroin injeksjon er svært rask og beskrives ofte som en intens følelse av velvære og varme. Den første effekten varer kun i kort tid, og deretter kommer en følelse av søvnighet og velvære, samtidig som følelser av angst og tristhet forsvinner. Den intense følelsen av velvære er en kraftig forsterker og gjør at avhengighet av stoffet utvikler seg raskt. Heroinmisbrukere søker altså flukt fra virkelighetens vansker i en illusjon av velvære (Håkonsen, 2014, s. 386). Tegn og symptomer på bruk av heroin er blant annet at pupillene trekker seg sammen og har sen reaksjon på lys, pulsen synker og tids- og balansekontrollen blir sen. Personer som er ruset kan også være omtåket, slapp og se ruset ut, da stoffet sløver ned kroppen. Det er også vanlig at personer i rus har problemer med å stå oppreist gjerne med knekk i knærne og/eller nakken, samt har snøvlete tale (Øiseth, 2004, s. 75). Andre effekter er langsomme reflekser, dårlig motorikk og muskelverk (Øiseth, 2004, s. 79). De mulige effektene avhenger av brukerens erfaring og toleranse for stoffet, hvor en person med høy toleranse vil vise små eller ingen symptomer etter inntak av en normal misbrukerdose. Dersom personen ikke får tilførsel av stoffet kan det føre til betydelig abstinens med bivirkninger som for eksempel diarè, svetting, rennende øyne og nese, symptomer som gjerne kan minne om influensa (Øiseth, 2004, s. 77). Heroin kan også hemme respirasjonssenteret i hjernen, noe som i de mest alvorlige tilfellene kan føre til at pustefunksjonen stopper helt opp og vedkommende dør. Overdosefaren er størst dersom man har mistet toleransen for stoffet eller som følge av et opphold i misbruket. Ved å kjøpe stoff på det illegale markedet kan ikke brukeren vite hvor rent stoffet er, noe som også er med på å øke risikoen for overdose (Øiseth, 2004, s. 78).

2.3.4 Fysisk aktivitet som intervensjon

Rusmisbruk er en omfattende utfordring i samfunnet. En intervensjonsstudie fra Danmark utført av Roessler (2010) har beskrevet hvordan fysisk aktivitet har positiv effekt på fysiske, psykiske og sosiale aspekter for en gruppe pasienter med rusavhengighet. Etter 2-6 måneder med regelmessig aktivitet (3 ganger i uken) for gruppen på 20, viste resultatene at fysisk aktivitet i behandling gav bedre fysisk kapasitet og økt energinivå, noe som også gav intervensjonsgruppen bedre kontroll over egen kropp og helse. Samtidig som deltakerne ble bedre rustet fysisk, gav aktivitet sammen med andre en god arena og mulighet for å utvikle gode interpersonlige ferdigheter. Studien viste også at fem personer ikke ruste seg i det hele tatt mens intervensjonen var pågående, mens hele 10 deltakere rapporterte nedgang i

rusmiddelbruk. Den overordnede konklusjonen ble dermed at fysisk aktivitet kan utgjøre en svært viktig del av behandlingen for denne pasientgruppen (Roessler, 2010).

I en kvalitativ studie fra 2012 undersøkte Neale et al. (2012) viktigheten av fysisk aktivitet for personer som tidligere hadde vært heroinmisbrukere. Deltakerne ble intervjuet før og etter en 3-måneders intervensjon, hvor deltakerne opplyste om stor interesse for fysisk aktivitet og trening. De rapporterte videre at de sjeldent hadde deltatt i organisert idrett når de var aktive rusmisbrukere, men trakk frem at trivsel var en viktig faktor for fysisk aktivitet under opptrening og mens de var i aktiv behandling. Forfatterne konkluderte dermed med at fysisk aktivitet og trening har en viktig rolle når det kommer til behandlingen av heroinmisbrukere (Neale, Nettleton, & Pickering, 2012).

3.0 Metode

For å forsøke å svare på forskningsspørsmålet har vi brukt kvalitativ metode og gjennomført tre semistrukturerte intervjuer, da intervjuer er den mest brukte metoden å samle inn kvalitative data (Johannessen, 2010, s. 135). Vi vil videre presentere de ulike trinnene i analyseprosessen.

3.1 Design

Kvalitativ forskningsmetode er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av menneskers opplevelser og erfaringer, ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2004, s. 31). Vi valgte å bruke en kvalitativ metode for å tilegne oss ytterligere kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2004, s. 32). Gjennom denne metoden får vi muligheten til å undersøke meningen, betydningen og nyansene av hendelser og oppførsel, og får dermed en økt forståelse for hvorfor mennesker gjør som de gjør. Metoden omfatter et bredt spekter av systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekst fra samtaler, observasjoner eller skriftlige kildemateriale. Vårt formål med metoden er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte i en naturlig sammenheng (Malterud, 2004, s. 32).

Vi har valgt å benytte de fire trinnene i systematisk tekstkondensering beskrevet av Malterud (2004, s. 99) i vår analyse. Vi begynte da med å gjøre oss kjent med HAB for å få en helhetlig forståelse og videre vurdere de ulike temaene for prosjektet. I det neste trinnet tok vi utgangspunkt i problemstillingen og hentet inn meningsbærende enheter fra de ulike temaene før vi satt sammen den sorterte informasjonen. Vi delte temaene inn i koder ut i fra de meningsbærende enhetene (Malterud, 2004, s. 106). I den avsluttende delen av analysen satte vi sammen bitene og lagde ulike kategorier (Malterud, 2004, s. 108). Ved å rekontekstualisere dataene, fikk vi belyst vår problemstilling og dannet et grunnlag for et resultat og videre diskusjon.

3.2 Etikk og forskerens rolle

Ved gjennomføring av et kvalitativt intervju kreves det at man møter informantene og gir de trygge rammer for intervjuet (Malterud, 2004, s. 199). Det kreves også at vi gir dem en forsikring om at informasjonen fra intervjuet kun vil bli benyttet i oppgaven, og at samtlige informanter blir anonymisert. Som forsker er det viktig at man forklarer informantene hensikten med prosjektet på en tydelig og klar måte, og at man forholder seg til den informasjonen som er gitt på forhånd i informasjonsskrivet (Malterud, 2004, s. 201). Ettersom kvalitative data kan representere sterke inntrykk, er det forskerens ansvar å forvalte dette på en etisk riktig måte som kan lede til pålitelighet og gyldig kunnskap. Kvalitative data omhandler også menneskers livserfaringer og tanker, og har ofte en form hvor det språklige uttrykket gir materialet en sensitiv og personlig karakter. Dette stiller strenge krav til informert samtykke (Malterud, 2004, s. 202). Det er derfor viktig at vi som forskere forholder oss til planlagt intervjuguide, og lar informanten snakke fritt dersom han/hun ønsker å trå inn på mer personlige og følelsesladede temaer. Når det kommer til forskerens rolle i forskningsprosessen er det ståstedet, faglige interesser og personlige erfaringer som avgjør hvilket perspektiv oppgaven skal ha, samt hvilken problemstilling som er aktuell. Dette er også viktig for valg av metode og utvalg som anses relevante, samt hvilke resultater som besvarer de viktige spørsmålene, og hvordan konklusjonene skal vektlegges og formidles (Malterud, 2004, s. 43).

3.3 Forforståelse

Malterud (2004, s. 46) beskriver metaforisk forforståelsen som en ryggsekk vi bærer med oss inn i forskningsprosjektet. Innholdet i ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler og leser data på. Forforståelse er den kunnskapen man har om temaet fra før og tar med seg inn i studien; alt av erfaringer, hypoteser, teoretiske referanserammer og faglig perspektiv (Malterud, 2004, s. 47). Den kunnskapen og de erfaringene man har er en viktig del av forskerens motivasjon for å sette i gang et prosjekt, og hvilket tema som fatter interessen. Forforståelsen vi sitter med som ergoterapiststudenter er at begge har et faglig ergoterapeutisk perspektiv og erfaringer fra praksis innenfor aktivitetstilbud for personer i LAR-behandling. Vi har begge sett gleden ved aktivitet og hvordan personer blomstrer gjennom å oppleve mestring i aktivitet. Gjennom praksis observerte vi på nært hold hvor godt personer i LAR fungerte i forskjellige aktiviteter.

3.4 Valg av informanter

Vi intervjuet en ergoterapeut som har flere års erfaring i arbeid med personer som er i LAR og samtidig deltar i aktivitetstilbud. Vi valgte informanten for å få erfaringsbasert kunnskap fra en fagperson med en ergoterapeutisk forståelse av aktivitet og deltakelse. Vi utførte også ytterligere to intervjuer av personer som tidligere har hatt rusutfordringer, men som nå er kommet ut av rusen og fått jobb i tiltak for rusmisbrukere og personer i LAR. Dette har gitt oss erfaringer fra informanter som innehar brukerperspektivet med kunnskap om endring og hva som skal til for å få et meningsfullt liv uten rus.

3.5 Datainnsamling

Datainnsamlingen består av intervjuer hvor det brukes få intervjuobjekter for å få et rikt beskrivende materiale (Nylenna, 2016). Videre vil vi presentere hvordan vi forberedte oss til intervjuene og hvordan de ble gjennomført. Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), med meldenummer: 645912.

3.5.1. Intervjuguide

Når en innhenter kvalitative data ved bruk av samtale vil informasjonen og konteksten rundt samtalen være en viktig ramme for utviklingen av kunnskap. En samtale mellom mennesker handler om utveksling av informasjon og sosial samhandling (Malterud, 2004, s. 129). Vi utarbeidet en intervjuguide for å skape en struktur på samtalen hvor vi lagde åpne spørsmål som omhandler de temaene vi ønsket å innhente informasjon om. Vi intervjuet informantene for å høre deres kunnskap, erfaringer og tanker om dagens LAR behandling og den kommende heroinassisterte behandlingen, samt hvordan de ulike behandlingene kan påvirke brukerens aktivitetsutførelse. Formålet med intervjuet var å innhente ny kunnskap. Etersom vi hadde lite kunnskap om HAB fra før, var det viktig å ikke lage intervjuguiden for detaljert, da samtalen også skal kunne bidra til å åpne opp for nye spørsmål underveis (Malterud, 2004, s. 129).

3.5.2. Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplasser. Utarbeidet samtykkeskjema og informasjonsskriv ble utlevert og signert. Under intervjuene var det en informant, en intervjuer og en observatør. Informanten fikk en presentasjon av prosjektet, samt informasjon rundt opptak og behandling av materialet. Intervjuguide lå på bordet og samtalen ble tatt opp med lydopptaker. Rollen som intervjuer ble rullert på, men observatøren supplerte med oppfølgingsspørsmål hvor det ble funnet naturlig. Informant fikk på slutten av intervjuet muligheten til å snakke åpent om det var mer relevant informasjon de ønsket å tilføye. Intervjuene pågikk fra 20 til 28 minutter og resulterte i 15 sider med transkripsjon.

3.6 Dataanalyse

Analyse av kvalitative data består av å stille spørsmål til materialet, lese det i lys av teorien og organisere og gjenfortelle svarene på en systematisk og relevant måte (Malterud, 2004, s. 93). Spørsmålene er fulgt av problemstillingen og svarene bestemmes av spørsmålene vi stiller, materialet og den teoretiske referanserammen (Malterud, 2004, s. 94).

3.6.1. Transkribering

Malterud (2004, s. 77) beskriver at i kvalitativ forskningsprosess skal virkeligheten omformes slik at den er tilgjengelig for analyse, noe som forutsetter at materialet som er innhentet er sammenfattet til tekst på en tilgjengelig måte. Etter gjennomført intervju ble opptakene transkribert verbatim og klargjort for analyse. Formålet med å omforme opptaket til tekstform er å fange opp samtalen og det informantene hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2004, s. 78).

3.6.2. Analyseprosessen - systematisk tekstkondensering

For å analysere teksten ble de fire trinnene i systematisk tekstkondensering benyttet (Malterud, 2004, s. 100). I det første trinnet ble vi bedre kjent med materialet og dannet et helhetsbilde av teksten. Helheten er viktigere enn små detaljer, og her blir det nødvendig å arbeide aktivt for å legge til side vår forforståelse og den teoretiske referanserammen (Malterud, 2004, s. 100). Dette ble gjort ved å oppsummere våre inntrykk av teksten, hvor vi stilte spørsmål om hvilke hovedfunn vi ser ut i fra materialet, hva som er nytt, og hva som skilte seg ut (Malterud, 2004, s. 101).

I trinn to ble delene av materialet som skal studeres nærmere organisert ved å skille ut relevant tekst fra irrelevant tekst, samt ved å sortere ut deler av teksten som kan belyse problemstillingen. Vi gikk systematisk gjennom teksten fra trinn én for å identifisere meningsbærende enheter. Vi startet med kodingen ved å markere teksten i ulike farger i forhold til valgt tema. Første temaet fikk fargen gul, det andre rød og tredje og fjerde fikk henholdsvis grønn og blå. Kodene representerte foreløpige ideer om ulike sider av forskningsspørsmålet (Malterud, 2004, s. 102). Etterhvert som vi var ferdig med å kode teksten gikk vi gjennom materialet for å se om det var noen temaer som var like (Malterud, 2004, s. 103).

I analysens tredje trinn sammenfattet vi kunnskapen som kodegruppene representerer. Vi reduserte materialet til et dekontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter, og satt ikke igjen med mangfoldige sider tekst men med to temaer som forhåpentligvis kan belyse problemstillingen (Malterud, 2004, s. 106). Vi valgte også ut sitater som kan være med å belyse de to temaene vi hadde valgt som aktuelle for å besvare problemstillingen.

I det siste trinnet rekontekstualisert vi innholdet fra teksten, som vil si å samle innholdet og sette det tilbake i kontekst. Vi gikk gjennom kodene, hvor målet var å formidle hva de ulike temaene kunne fortelle om forskningsprosjektet. I dette trinnet vurderte vi hvorvidt funnene fortsatt gav en gyldig beskrivelse av sammenhengen de ble hentet fra (Malterud, 2004, s. 108). Resultatet ble beskrevet i analytisk tekst og dannet grunnlaget for resultatdelen.

4.0 Resultat

I resultatdelen presenterer vi hovedfunn fra den systematiske tekstkondenseringen. Det første hovedfunnet: “Heroinassistert behandling - et fengsel i det fri?” omhandler informantenes kunnskap og erfaringer om LAR og hvordan det innvirker på brukerens følelse av selvstendighet og frihet. Det andre hovedfunnet: “Heroin - en aktivitetsfremmende behandling” tar for seg informantenes tanker om hvordan HAB kan påvirke aktivitetsutførelsen i forhold til den tradisjonelle LAR behandlingen, samt ergoterapeutens rolle i arbeidet med denne brukergruppen.

4.1 Heroinassistert behandling - et fengsel i det fri?

Informantene beskriver hvordan HAB kan påvirke strukturen og hverdagen til de som er i behandling, og blir bundet til et system de må følge systematisk i en lengre periode. En av informantene beskrev følgende:

“Du er veldig bundet opp mot den behandlingen, det senteret som skal heroinassistere deg, så i mine øyne er det en frihetsberøvelse. Når jeg leser om det tenker jeg; det er jo nesten som et fengsel.”

Sitatet gir en beskrivelse av hvordan informanten ville følt det dersom han/hun var en deltaker i prosjektet. Brukeren er avhengig av å møte på klinikken to til tre ganger daglig, 365 dager i året, helt til behandlingen avsluttes. Personen sitter da igjen med liten frihet til å velge selv hva de ønsker å bruke hverdagen sin på, da de for eksempel ikke kan reise bort eller planlegge sammenkomster med familien på tidspunktene for utdeling. Informantens inntrykk av

behandlingsforløpet med et fengsel.

“Igjen, så vil det da bli en frihetsberøvelse, fordi du ikke kan trene når du vil, du må trene når du kan!”

Informanten trekker frem hvordan HAB vil kunne kontrollere hverdagen slik at personene må trene når de kan, og ikke når de selv ønsker. Informantens inntrykk av heroinens påvirkning tilsier at brukeren kan drive fysisk aktivitet i en svært begrenset periode av dagen. Dette kan medføre at brukerne føler lite selvstendighet og mulighet til å utføre de aktivitetene de ønsker, når de selv ønsker det.

“Hvis de kan få medisinen slik at de slipper å ordne det på det illegale markedet, da tenker jeg de er i en posisjon for en mer strukturert hverdag. De kan frigjøre tid og kapasitet til å kunne få på plass andre ting i livet som økonomi, boligsituasjon og selvfølgelig ta vare på relasjoner til familie og venner. Jeg tenker det kan bidra til at de vil få en mer strukturert og lettere hverdag.”

Ergoterapeuten beskriver i sitatet sine tanker rundt personens følelse av selvstendighet og makt over eget liv, samt hvordan mindre makt kan gi personen en mer strukturert hverdag. Rusmisbrukeres hverdag er ustrukturert og preget av usikkerhet hvor hverdagen er generelt uforutsigbar. I en rehabiliteringssituasjon hvor målet er å få en meningsfull hverdag og komme ut i ordinært arbeid, kan strukturen bidra positivt. Ergoterapeuten trekker også frem personens selvfølelse ved å unngå det illegale rusmarkedet. Brukerne trenger da ikke å være kriminelle for å få heroinen de trenger for å unngå alvorlig abstinens. Ved å unngå det illegale markedet kan brukeren oppleve bedre selvfølelse hvor kriminalitet ikke lenger trenger å være en del av deres daglige aktivitet.

“Det tror jeg vil påvirke negativt i den forstand at de blir låst inn i et system de må gå i veldig ofte, men på den andre siden så vil det også være dette med at de selv kan velge heroinassistert behandling foran den tradisjonelle LAR behandlingen.”

Informanten forteller om hvordan heroinbehandling vil påvirke brukers opplevelse av selvstendighet og makt over eget liv. Sitatet trekker frem hvordan brukerne blir låst i et

system de må følge punktlig, noe som kan påvirke deres muligheter i hverdagen. Informanten beskriver og at det er pasientens valg å gå inn i behandlingen, og trekker frem brukermedvirkning som en positiv faktor.

4.2 Heroin - en aktivitetsfremmende behandling?

I dette avsnittet presenteres det andre hovedfunnet: “Heroin - en aktivitetsfremmende behandling?”. Her ønsker vi å undersøke hvordan sitatene fra informantene kan bidra til å svare på hvordan HAB påvirker personers aktivitetsutførelse.

“Vanlig tradisjonell medisin i LAR gir jo ingen påvirkning i det hele tatt. Man har rett på sertifikat, og veimyndighetene i Norge er jo de strengeste i verden. Du hadde aldri fått sette deg bak rattet hvis du var påvirket. Men akkurat hvordan det blir med heroinbehandling er jeg ikke helt sikker på. Jeg tror egentlig ikke de vil være påvirket på noe vis, at de vil være friske og sånt, og de vil nok være påvirket akkurat i det de får dosen.”

Informanten beskriver hvor godt personer i tradisjonell LAR-behandling fungerer i dagliglivet; de kan blant annet kan ta førerkort mens de går på medisinen. Informanten er usikker på hvordan det blir doseringsmengden blir regulert i Norge, men itror ikke de vil være påvirket, bortsett fra rett etter de har fått dosen.

“Det skulle vel gjerne være mulig for en person i heroinassistert behandling å delta på aktivitetstilbud. Når de får heroin så blir de jo temmelig sløvet ned to til tre ganger for dagen, og du har faste tider du må komme på dette senteret for å få heroinen din. Har du sett en person som får heroin, enten på film eller i virkeligheten, så er ikke de i stand til å følge opp noen aktiviteter på en stund, og de to timene du er litt klar så må du gjøre alt, fordi du skal tilbake og sløves ned igjen!”

En annen informant forteller om sitt inntrykk av hvordan heroin påvirker personer, og hvordan det kan gå utover deres dagligliv. Informanten beskriver også mulighetene for personer i HAB til å delta på aktivitetstilbud, noe som kan bli utfordrende ettersom heroin sløver ned kroppen. Her trekker informanten også inn at pasientens mulighet for deltakelse i aktivitet er begrenset av oppmøtetider på klinikken.

“Jeg tror med hånden på hjertet at de som stabiliseres i LAR har mye høyere sjanse for å fungere på et aktivitetstilbud, for jeg kan ikke se for meg hvordan du skal klare å bli stabilisert på heroinassistert behandling.”

Informanten beskriver hvor gode forutsetninger en pasient som er stabilisert i LAR har for å fungere i aktivitetstilbud. Med å være stabilisert i LAR menes det at pasienten har god rusmestring, godt oppmøte og fungerer godt i aktivitet. Informanten har vanskeligheter med å se hvordan en pasient i HAB kan oppnå den samme stabiliteten og dermed kunne delta og fungere i aktivitetstilbud.

“Vi ser at aktivitetstilbud fungerer kjempebra, de vi får med synes det er helt topp. Vi hadde med oss en på fjellet i går, og selv om det snødde var personen kjempefornøyd og hadde en strålende dag. Vi arrangerer også sommerleirer for familier med barn hvor vi har en uke med fiske, båtkjøring, vannscooter og sånt, noe som er veldig populært, men det er viktig med et mangfold av aktiviteter.”

Informanten beskriver sitt inntrykk av hvor viktig aktivitetstilbud er for pasienter i rusrehabilitering. Gjennom egne erfaringer har informanten opplevd hvordan meningsfulle aktiviteter kan påvirke pasienten positivt, selv i dårlig vær. Informanten understreker at man med riktig tilrettelegging og kartlegging kan finne meningsfulle aktiviteter for deltakerne med å tilby flere aktiviteter.

“Jeg var nettopp en tur til Danmark og besøkte en heroinklinikk, og de som gikk der var strålende fornøyd. De hadde i tillegg flere andre tilbud som hepatittbehandling, tannbehandling osv.; alt på samme sted. Der hadde de også matlaging, bordtennis og biljard, samt samtaler, og de fungerte helt fint i disse aktivitetene. De hadde derimot ikke et tilbud om fysisk aktivitet, men jeg tror det vil gå helt fint med deltakelse på aktivitetstilbud, det må bare tilrettelegges ut ifra når på dagen de får dosen.”

I sitatet kommer informanten med et eksempel på hvordan en HAB-klinikk fungerer i Danmark. Her beskriver informanten at pasientene var fornøyd med å være der, og at de fungerer godt i aktivitetene som klinikken tilbyr. Klinikken har ikke tilbud om fysisk aktivitet, men informanten forteller at med god tilrettelegging i forhold til inntak av heroin kan

pasientene delta i fysisk aktivitet og være med på aktivitetstilbud. Informanten beskriver også hvilke andre tilleggshandlinger som klinikken tilbyr.

“Det er veldig individuelt hvor godt personer fungerer i dagliglivet, men etter mine observasjoner vil jeg sette seks av ti på en person i heroinbehandling, da tatt i betraktning av kognitiv svikt og hvilken gruppe som får det også videre. Personer i tradisjonell LAR fungerer jo nett som vanlig. Alle våre ansatte har vært, eller er i LAR, så der vil jeg sette ti av ti.”

Informanten forteller i sitatet at det er individuelt hvor godt pasienter i HAB fungerer i hverdagen og trekker frem at kognitiv funksjon og hvilke personer som får behandlingen kan påvirke resultatet. Ved at informanten graderer personenes funksjonsnivå på en skala fra en til ti, får vi en indikasjon på hvor godt pasientene kan fungerer i hverdagen (Ref. vedlegg 2, spm 7). Informanten beskriver også at sine ansatte er i LAR, noe som forteller oss at personer i LAR fungerer som normalt i aktiviteter i hverdagen.

“Nei, jeg tror det vil bli vanskelig å delta i vårt tilbud, dette på grunn av hyppig inntak av heroin, som vil medføre mye reisetid mellom hjem, behandling og aktivitetstilbud. Det må derfor tilrettelegges spesifikt for pasientene i HAB.”

Ergoterapeuten trekker i sitatet også frem at logistikken grunnet hyppig inntak av heroin kan være til hinder for pasientenes deltakelse i deres aktivitetstilbud. Videre påpekes det at grunnet mye reisetid må aktivitetstilbudet tilrettelegges for pasienter i HAB, og at aktivitetstilbudet er i nærheten av behandlingsstedet.

“Det viktigste er at personene har et aktivitetstilbud å gå til tre til fem dager i uken hvor de kan delta i fysisk aktivitet. Vi har sett at de får bedre struktur i hverdagen, kommer i gang med kroppslig aktivitet som fører til bedre kondisjon, en sterkere kropp, bedre søvnkvalitet og bedre ernæring. Noe som selvfølgelig har positiv effekt på den fysiske og psykiske helsen. Flere har deltatt i halv/helmaraton, fjelløp, sykkelritt og testet oksygenopptak. Der har vi fått håndfaste bevis på at deltakelsen har medført en økt fysisk prestasjonsevne.”

I dette sitatet kommer det frem at personer som deltar i kroppslige aktiviteter i et aktivitetstilbud flere dager i uken har flere fysiske og psykiske fordeler. Deltakelse i aktivitet gir bedre struktur i hverdagen, en sterkere kropp og generelt økt livskvalitet. Informanten som er ergoterapeut beskriver også at deltakelse i aktivitetstilbud har gitt deltakerne interesser for nye aktiviteter, samtidig som det har gitt mer struktur i hverdagen til å forbedre hverdagslige aktiviteter.

“Ergoterapeutens rolle med å finne meningsfulle aktiviteter er veldig viktig fordi en rett og slett har et helhetlig syn på mennesket, og på en måte grafser i personens aktivitetshistorie og interesser, på jakt etter personens ressurser. For mange, spesielt personer med rusproblemer og psykiske vansker, har de ofte problemer med å finne hvilke aktiviteter de liker i tillegg til at de dermed opplever lite glede i aktivitet. De trenger derfor noen som kan hjelpe dem med å finne tak i aktivitetene de kan oppleve glede i.”

Ergoterapeuten trekker frem fagets unike syn på meningsfulle aktiviteter, og viktigheten av en god kartlegging for å finne disse. Det vil være spesielt viktig da det å ta fatt i disse aktivitetene og finne meningsfulle aktiviteter deltakerne kan oppleve mestring og glede i, er en utfordring brukergruppen har.

“Det er altså en god analyse som skal til for å finne en match; man vil jo at personen skal oppleve glede i aktiviteten, også er det jo det med hvilken rolle omgivelsene spiller. Omgivelsene kan i stor grad fremme aktivitetsutførelsen, eller være til et hinder - utvilsomt.”

Her trekker ergoterapeuten frem viktigheten av å analysere deltakerne under aktivitet. I en analyse kommer det frem hvilke utfordringer personene har og hvilke aktiviteter som gleder personen. Gjennom analyse kan ergoterapeuten finne meningsfulle aktiviteter tilpasset personene og tilrettelegge aktiviteten ut i fra personens interesser og omgivelsene.

“Jeg tenker at heroin som alle andre rusmidler vil redusere opplevelsen man får i aktivitet, altså den gleden, fellesskapsfølelsen og det sosiale samværet man oppnår i aktivitet.”

Ergoterapeuten beskriver sine erfaringer om hvordan rus kan påvirke personers opplevelse av å delta i aktivitet. Informanten mener opplevelsen kan bli redusert, og personen kan være mer likegyldig og ikke oppnå samme mening i deltakelse i aktiviteten dersom kroppen er påvirket av et rusmiddel.

5.0 Diskusjon

I diskusjonen vil vi drøfte følgende hovedtema: “Heroinassistert behandling - et fengsel i det fri?” og “Heroin - en aktivitetsfremmende behandling”. For å svare på vår problemstilling; *“Hvordan kan heroinassistert behandling påvirke personers aktivitetsutførelse i hverdagen og på hvilken måte kan aktivitetstilbud være gjennomførbart for denne gruppen mennesker?”*, vil vi diskutere hovedfunnene i lys av kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, aktuell forskning og egne erfaringer. I metodediskusjonen vil vi belyse sterke og svake sider ved kvalitativ metode samt gi en kritisk vurdering av fremgangsmåten i prosjektet (Malterud, 2004, s. 120).

5.1 Heroinassistert behandling - et fengsel i det fri?

Gjennom intervjuene kommer det frem at informantene tenker oppmøte på klinikk to til tre ganger daglig er innvirkende på personens følelse av selvstendighet. Ved utdeling av heroin må personen reise til klinikken tidlig på dagen, for så å reise hjem og komme tilbake på ettermiddagen for andre dose. For en person som allerede har et belastet liv og som til vanlig har lite rutiner vil dette være en stor endring i hverdagen. En av informantene beskriver sitt inntrykk av HAB som “et fengsel” og “en frihetsberøvelse”. Dette begrunnet informanten med de hyppige oppmøtene, og at det vil bli en sentral del av pasientens liv om de må møte på klinikken 365 dager i året, to til tre ganger for dagen. I en rapport som evaluerer HAB i Danmark fra 2010 til 2012, trekkes det frem at hyppig oppmøter på klinikken var 14% av årsaken til frafall fra behandlingen (Sundhetsstyrelsen, 2013). Rapporten beskrev et frafall på 10% pr. år som følge av blant annet aggresjon, vold, for hyppig fremmøte og for mye rusing (Sundhedsstyrelsen, 2013). Dette poengteres også i SERAF-rapporten som trekker frem at et betydelig problem med plasseringen av klinikkene vil forhindre fremmøtet for behandlingen blant alle som ikke bor i nærheten av klinikken. Sentralisering av klinikkene kan bli problematisk da behandlingen ikke er kurativ, men forutsetter en mangeårig behandling. Dette

kan også medføre at det opprettes mindre sikre tiltak over tid for å dekke større geografisk område, for eksempel ut i distriktene (Clausen, 2017). I den danske rapporten trekkes det frem at noen deltakere opplevde det som vanskelig å kombinere et vanlig liv i arbeid og andre aktiviteter med HAB, nettopp fordi transport og behandling tar tid (Sundhedsstyrelsen, 2013).

Helsedirektoratet trekker frem at behandlingen må tilpasses pasientens ønsker og behov, og poengterer at pasientens medvirkning i egen behandling er viktig (Helsedirektoratet, 2018). Ifølge Verdens helseorganisasjon er *empowerment* en forutsetning for sunnhet (WHO, 1998). *Empowerment* gir mennesker større kontroll over handlinger som påvirker deres egen helse (Hjortbak, 2013, s. 505). En av informantene poengterer at det kan være negativt for personens opplevelse av makt over eget liv å bli låst i et system, men trekker frem brukermedvirkning som en motvekt. Dersom personen oppfyller kravene til behandling, er det de selv som velger å gå inn i behandlingen, med de konsekvensene det medfølger. Ved at personen selv velger å gå inn i behandlingen og ergoterapeuten ivaretar brukermedvirkning, kan det bidra til at de deltar aktivt i utarbeidelse av egen behandlingsplan, setter egne mål og er motivert for å delta i den ergoterapeutiske intervensjonen (Jacobsen, 2013, s. 332). Dette kan gi personen en økt følelse av kontroll over egen behandling og makt over eget liv (Wilcock og Townsend, 2014, s. 452). På den ene siden kan altså behandlingen føre til at personen føler seg låst i et system bestemt av oppmøtetidspunkt og behandlingssted, mens på den andre siden kan helsepersonell gjennom brukermedvirkning i behandlingsforløpet gi personen økt følelse av *empowerment*. Informanten som er ergoterapeut underbygger dette med at dersom personen får den medisinen han/hun trenger på fast oppmøtetid og sted, kan det bidra til en mer strukturert hverdag.

Håkonsen (2015, s. 236-238) beskriver hvordan forutsigbarhet er en av faktorene som påvirker opplevelsen av stress, og hvordan stress er forbundet med ubehag, mistriivsel, angst og frykt (Håkonsen, 2015, s. 236-238). Ved å danne rutiner og vaner i hverdagen gir det en grad av struktur og forutsigbarhet (Kielhofner, 2010, s. 67). Ved å endre personens vaner, kan det føre til bedring i aktivitetsutførelsen (Bendixen, 2013, s. 148). Formålet med den ergoterapeutiske intervensjonen er å muliggjøre at personer kan delta i dagligdagse aktiviteter, altså å klare seg selv i større grad, nyte livet og bidra i samfunnets sosiale og økonomiske

strukturer (Jacobsen, 2013, s. 331). Ergoterapeuten trekker frem at ved å frigjøre tid og kapasitet, tilrettelegges det for at personen får mulighet til nettopp dette. Som samtlige av informantene beskriver kan hyppige oppmøter og faste tidspunkter være en negativ faktor, men det er mulig det er nettopp dette personer i HAB trenger for å få en strukturert og meningsfull hverdag.

5.2 Heroin - en aktivitetsfremmende behandling

Johansen (2013) undersøkte pasientenes erfaringer med HAB i Danmark gjennom en kvalitativ studie, og undersøkelsen viste at pasientene generelt var fornøyd med omsorgen og kontakten de oppnådde i behandlingen. Den første perioden i behandling gikk ut på å etablere seg i tilbudet og få en ny struktur i hverdagen. Etter en periode etterlyste pasientene andre aktiviteter, og noen ønsket å komme i en form for aktivisering. Heroinen var stadig det sentrale i behandlingen, men den sosiale behandlingen viser seg å være vel så viktig (Johansen, 2013). Gjennom intervjuet beskriver en av informantene sin usikkerhet på om det lar seg gjennomføre å delta i aktivitet for personer i HAB. Informanten begrunner dette gjennom sitt inntrykk av hvordan heroin påvirker kroppen, og hvordan ruseffekten sløver ned personer. Det trekkes også frem av informanten at de hyppige oppmøtene kan være et hinder for deltakelse i aktivitet, noe som også bekreftes i Johansens undersøkelse (Johansen, 2013).

Øiseth (2014, s. 75) beskriver at personer i heroinrus gjerne har knekk i knærne, dårlig motorikk og muskelverk. Samtidig beskriver han hvordan brukerdose, brukerens erfaringer og toleranse kan føre til at personen viser små eller ingen symptomer etter inntak av en misbrukerdose (Øiseth, 2004, s. 75). Etersom at heroin i behandlingen er fremstilt på laboratorier og strengt regulert, vil den trolig redusere heroinens påvirkning på kroppen, og dermed kunne øke muligheten for deltakelse i aktivitet (Clausen, 2017). En av informantene beskriver i sin oppfattelse av hvordan heroin gitt i HAB vil påvirke pasienter i forbindelse med deltakelse i aktivitet, med at pasientene ikke vil bli veldig påvirket utenom i det de får dosen. Videre beskriver informanten som er ergoterapeut manglende kunnskap angående hvordan HAB vil påvirke pasientene, men at logistikk er en av de største utfordringene for deltakelse i aktivitetstilbud. Ved å tilrettelegge et aktivitetstilbud på HAB-klinikken, vil denne utfordringen bli eliminert, og pasientene får et bedre utgangspunkt for deltakelse i aktivitet.

Informantens observasjon fra heroinklinikken i Danmark tilsier at det ikke vil være noe problem for pasientene å delta i aktivitet, dersom dette tilrettelegges. På klinikken kunne pasientene lage mat, spille bordtennis og biljard, men det var ikke tilrettelagt noe organisert aktivitetstilbud. Informanten forklarte at pasientene fungerte helt fint i disse aktivitetene. Ettersom bordtennis er en sport som krever god motorikk, øye-hånd koordinasjon og muskelstyrke, kan det tenkes at deltakerne har et godt utgangspunkt for ytterligere deltakelse i annen aktivitet. Det er derimot individuelt hvor godt pasienter fungerer i, og har interesse for gitt aktivitet. Dette trekkes også frem i MoHO, hvor personens egenskaper med interesse og motivasjon for aktiviteten påvirker aktivitetsutførelsen (Forsyth, et al. 2014, s. 506-507). Deltakerne som spilte bordtennis kan være på lav dose heroin og ha stor interesse for sporten, noe som kan gjøre aktivitetsutførelsen mye bedre enn hos andre pasienter.

Som beskrevet i teoridelen har aktivitet vist å kunne ha svært god effekt i behandlingen av personer i LAR. Flemmen et al. (2014) undersøkte effekten av høyintensitetstrening for personer med rusavhengighet. Resultatet av studien viste at deltakerne hadde vesentlig dårligere helse enn den generelle befolkningen. Studien konkluderte med at deltakerne forbedret utholdenhetskapasiteten og reduserte risikoen for tilleggssykdommer. Videre anbefaler Flemmen at fysisk trening bør inkluderes i rusbehandlingen (Flemmen, Unhjem, & Wang, 2014). Informanten som er ergoterapeut underbygger dette med egne erfaringer fra aktivitetstilbudet, hvor aktivitet førte til bedre kondisjon, en sterkere kropp, bedre søvnkvalitet og bedre ernæring. Ergoterapeuten trekker frem at deltakere i LAR-behandling har løpt maraton, syklet lange ritt og testet oksygenopptak. Dette har gitt håndfaste bevis på at den fysiske kapasiteten har økt og at meningsfulle aktiviteter er avgjørende for en god intervensjon.

Dette tilsier at pasienter i LAR fungerer godt i aktivitet, noe som underbygges av informantens som graderer LAR-pasienters funksjonsnivå i dagliglivet til ti av ti. Derimot, tatt i betraktning av kognitiv svikt og hvilken gruppe som mottar HAB, ble forventet gjennomsnittlig funksjonsnivå i dagliglivet satt til seks av ti. Informanten beskriver hvordan pasienter i LAR har forutsetning for bedre funksjonsnivå i dagliglivet enn pasienter i HAB, men alternativet hvor personen er utenfor behandling er sannsynligvis et liv på evig jakt etter den neste dosen,

kjøpt på det illegale markedet. Dette kan føre til at personens dagligliv er preget av usikkerhet og kriminalitet. Konsekvensen ved å ikke være i behandling medfører muligens at personen inntar illegal heroin og personlige egenskaper vil trolig bli ytterligere svekket (Øiseth, 2004, s. 79). Skjønt at personens egenskaper er sentral i aktivitetsutførelsen, kan det tenkes at en person utenfor behandling sannsynligvis vil ha et dårligere utgangspunkt i funksjonsnivå enn en pasient i HAB (Forsyth, et al. 2014, s. 506-507). Det kan derfor argumenteres for at gapet mellom personen og samfunnet blir større for personer som står utenfor behandling, enn de som er i HAB (Lie, 1996). Samtidig er det viktig å poengtere at det alltid vil være individuelle forskjeller, uansett behandling.

En av informantene beskriver hvordan de har tatt i bruk sommerleir for familier hvor en eller flere av familiemedlemmene er i LAR. Informanten poengterer at det er viktig å tilby et mangfold av aktiviteter, slik at flest mulig kan delta i en meningsfull aktivitet. For å analysere og finne aktivitetene, har ergoterapeuten en sentral rolle (Bundgaard, 2013, s. 197). Som ergoterapeutinformanten beskriver er det nødvendig med god kartlegging og analyse for å finne en passende aktivitet til hver enkelt person, samt hvordan å kartlegge personens aktivitetshistorie og interesser er en måte å ta tak i deltakerens ressurser på. Jacobsen (2013) beskriver hvordan menneskets aktivitetshistorie integrerer menneskets vilje, vane, utøvelse og omgivelser. Videre trekkes det frem at det ikke er betydelig hvilke aktiviteter mennesker gjør i løpet av en dag, men hvilken betydning aktivitetene har for personen (Jacobsen, 2013, s. 337). Aktiviteter er meningsfulle når de oppnår et mål eller formål som er personlig. Den terapeutiske verdien av meningsfull aktivitet bekreftes av forskning som peker på at når mennesker engasjerer seg i meningsfulle aktiviteter som fremmer selvfølelse, motiveres de ytterligere til å engasjere seg i andre aktiviteter som fører til tilfredsstillelse og glede (Birk, 2013, s. 127).

På en annen side kan mangel på interesser og motivasjon føre til at deltakerne ikke ønsker deltakelse i aktivitetstilbud eller ikke klarer å utføre aktiviteter slik de gjorde tidligere. Det kan da oppstå et aktivitetsproblem som ergoterapeuten har kompetanse til å identifisere og påvirke (Birk, 2013, s. 132). Informanten som er ergoterapeut beskriver sin opplevelse av hvordan rusmidler vil redusere opplevelsen og gleden personer oppnår ved deltakelse i

aktivitet. Det understreker viktigheten av kompetanse på kartlegging og gradering av aktiviteten. Gjennom bruk av kartlegging kan ergoterapeuten gradere aktiviteten slik at aktiviteten passer brukerens ferdighetsnivå (Jacobsen, 2013, s. 337). Gjennom en god analyse og kartlegging, kan ergoterapeuter altså tilrettelegge for mestring i meningsfulle aktiviteter, som igjen kan føre til deltakelse i andre aktiviteter, som kan bidra til at pasienten når sine mål og minsker gapet mellom personen og samfunnet.

Kielhofner beskriver aktivitet som et resultat av samspillet mellom personens karakter og omgivelsene (Kielhofner, 2013, s. 164). Omgivelsene kan være med å påvirke aktivitetsutførelsen både positivt og negativt (Kielhofner, 2010, s. 102). Ergoterapeuten poengterer dette gjennom intervjuet med at omgivelsene i stor grad kan fremme aktivitetsutførelsen, eller være et hinder. God planlegging av de fysiske omgivelsene kan påvirke aktivitetsutførelsen positivt ved at det kan gi gode opplevelser og fremme mestring. Et eksempel kan være å planlegge en lang og hard tur for en gruppe med dårlig utholdenhet, noe som kan påvirke opplevelsen av aktiviteten negativt, da den ikke fremmer mestring (Bundgaard, 2013, s. 219). Derfor blir det viktig at ergoterapeuten graderer aktivitetene slik at flest mulig kan delta. Dette kan gjøres ved å planlegge flere aktiviteter ut i fra deltakernes ønsker, slik at deltakerne selv kan velge aktivitet. Ved å gi deltakerne eierskap og en rolle i planleggingen kan ergoterapeuten legge til rette for mestring og brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2017). Et annet aspekt av de fysiske omgivelsene som kan hemme aktivitetsutførelsen er plasseringen av HAB-klinikken. Personer som er aktuell for HAB har et langt liv i rusmiljøet bak seg. Dette har ført til at deres roller og sosiale omgangskrets kan være preget av sitt tidligere liv (Kielhofner, 2010, s. 72). Ved å plassere HAB-klinikken sentrumsnært, kan det bidra til at HAB-pasientene stadig møter personer som fortsatt er i aktiv rus, noe som kan føre til fristelser for personer med dårlig rusmestring. På den andre siden kan en sentrumsnær HAB-klinikk bidra til kortere reisetid og dermed frigjøre tid som pasientene kan benytte til meningsfulle aktiviteter.

Andre faktorer som kan påvirke aktivitetsutførelsen er de sosiale omgivelsene personer befinner seg i (Kielhofner, 2013, s. 164). Dersom personen velger å delta i et aktivitetstilbud vil det sosiale miljøet bestå av de andre deltakerne og de ansatte ved aktivitetstilbudet. Dette

kan bidra positivt ved at pasienter i HAB kommer inn i et sosialt miljø, uten illegale rusmidler, hvor deltakerne har et felles mål om deltakelse i aktivitet. Ergoterapeutens rolle er å skape trygge rammer, bygge en god relasjon til deltakerne og tilrettelegge for gode relasjoner deltakerne imellom. Kielhofner underbygger viktigheten av relasjonsbygging gjennom IRM og hvordan terapeutisk bruk av personlige egenskaper kan bidra til å fremme deltakelse i aktivitet og oppnå positive resultater (Kielhofner, 2013, s. 143). På den andre siden er det ingen garanti for at deltakerne i aktivitetstilbudet nødvendigvis har positive og målrettede hensikter. Deltakelse i aktivitetstilbud kan derfor bidra til at HAB-pasienter kommer inn i et sosialt miljø, preget av negativitet og andre deltakere som ikke er motivert. I slike tilfeller kan de sosiale omgivelsene dermed bidra til å hemme aktivitetsutførelsen, og ergoterapeutens rolle med å skape trygge rammer og gode relasjoner er derfor avgjørende. Farholm (2017) underbygger nettopp dette ved å trekke frem viktigheten av effekten fysisk aktivitet har på fysisk- og psykisk helse, og hvordan dette gjennom de siste årene har blitt validert. I tillegg til viktigheten av fysisk aktivitet trakk Farholm frem trygge sosiale rammer, mestringsopplevelser og brukermedvirkning som sannsynlige suksessfaktorer. Farholm understreker videre viktigheten av å få fysisk aktivitet som en mer integrert del av behandlingen, og etterlyser at det ansettes flere fagpersoner med kunnskap om tilrettelegging av aktiviteter (Farholm, Sorensen, & Halvari, 2017).

5.3 Metodediskusjon

I dette prosjektet har vi tatt høyde for at empirisk materiale og resultater er påvirket av forskjellige faktorer. I påfølgende avsnitt vil vi diskutere hvordan disse faktorene også har påvirket prosjektet.

5.3.1 Kvalitativ metode som forskningsdesign

Den kvalitative forskningsstrategien kjennetegnes av fleksibilitet (Malterud, 2004, s. 74). Dette var noe vi selv opplevde gjennom prosjektet da møtet med informantene bidro til at problemstillingen endret seg underveis. Da forskningsspørsmålet i begynnelsen av prosjektet og under intervjuene var noe lukket som følge av vår forforståelse, førte det til at

informantene gav konkrete svar, noe som var til hjelp med å besvare forskningsspørsmålet. Likevel ønsket vi flere refleksjoner og egne erfaringer for å ytterligere belyse hvordan aktivitetstilbud kan tilrettelegges for HAB-pasienter, og ikke bare *om* deltakelse var mulig, som var vårt originale forskningsspørsmål. Endring av forskningsspørsmål beskriver Malterud (2004, s. 74) som noe som kan forekomme ved bruk av et kvalitativt forskningsdesign.

Kvalitativ metode gjør det mulig å gå tilbake til informanter for å utdype temaer som har oppstått underveis i prosjektet (Malterud, 2004, s. 133). Etter at hovedtemaene for prosjektet ble klart, åpnet behovet seg for å stille utdypende spørsmål til informanten som var ergoterapeut. Vi gjennomførte derfor et oppfølgingsintervju for å få konkrete faglige holdepunkter når det gjelder viktigheten av fysisk aktivitet på den fysiske- og psykiske helsen for brukergruppen. Dette bidro til at vi sterkere kunne belyse hovedfunnene, samt sikre en tyngre ergoterapeutisk forankring. En annen forutsetning for å innhente godt materiale er intervjusituasjonens rammer. Vi valgte å gjennomføre intervjuene på informantenes respektive arbeidsplasser, noe Malterud (2004, s. 69) trekker frem som en styrke for å skape en ro rundt intervjuet hvor informantene kan føle seg trygge.

5.3.2 Utvalg

I denne studien ble det benyttet tre informanter med ulik bakgrunn, noe som kan anses både som en styrke og en svakhet. På den ene siden kan flere informanter føre til at materialet blir uoversiktlig og overfladisk, mens på den andre siden kan for få informanter føre til ensidig belysning av tema (Malterud, 2004, s. 58, 62). Malterud (2004, s. 58) anbefaler en tilnærming hvor antall informanter ikke er forhåndsbestemt men vurderes løpende ut ifra prosjektets utvikling og informasjonsbehov. Det anbefales videre å ikke fokusere for mye på kvalitet over kvantitet, da den kvalitative metodens egenart gir mulighet for å få frem gode beskrivelser og fortolkninger av temaet (Malterud, 2004, s. 62-63). Med tanke på prosjektets størrelse og tidsramme kan det tenkes at flere enn tre informanter ville ført til for mye rådata i forhold til prosjektets avgrensning, og dermed intervjuer som var kortere og gikk mindre i dybden. Dette betegnes som en av metodens styrker, og vi anser derfor tre informanter som tilstrekkelig.

Når det gjelder informantutvalget, anses informasjonsrikdom som et bedre kriterium for at godt utvalg enn representativitet. Dette betyr at det er essensielt at materialet vi tilegner oss

inneholder nok informasjon til at problemstillingen kan belyses. Et skjevt utvalg vil dermed føre til en ensidig belysning av problemstillingen (Malterud, 2004, s. 58). Prosjektets utvalg av informanter er valgt på grunnlag av informantenes erfaring fra brukerperspektiv og i arbeid med brukergruppen. Ideelt sett ønsket vi å intervju personer med direkte erfaring fra HAB, og vi vurderte å reise til Danmark for å gjennomføre intervju. Dette lot seg ikke gjennomføre grunnet begrensninger knyttet til økonomi og tid. Ettersom en av informantene hadde besøkt heroinklinikk i Danmark, anså vi dette behovet delvis dekket. Ved å intervju personer med ulik bakgrunn har vi sikret forskjellige perspektiver når det gjelder å belyse problemstillingen.

5.3.3 Dataanalyse

I dette prosjektet ble det benyttet en standardisert intervjuguide, noe som er i konflikt med den kvalitative metoden. Intervjuet i seg selv var derimot semistrukturert, noe som gjorde oss mer mottakelig for ulike svaralternativer hvor vi ikke fulgte intervjuguiden slavisk. Spørsmålene var åpne, og la til rette for at informanten kunne dele egne erfaringer, og vi mener derfor intervjuguiden gav oss resultater til å kunne belyse problemstillingen.

Det er viktig å huske på at selv den mest nøyaktige transkripsjon ikke kan gi mer enn et avgrenset bilde av intervjuets helhet, samt at informasjonen og nonverbal kommunikasjon kan gå tapt eller bli forvrengt, for eksempel i oversettelsen fra muntlig språk til skriftspråk. Dette var noe vi fant utfordrende, da informantene hyppig brukte fyllord og at setninger innimellom ble ufullstendig (Malterud, 2004, s. 78). Under transkriberingen måtte flere muntligheter skriftliggjøres, noe som mulig kan ha påvirket resultatet. For å unngå feiltolkning i størst mulig grad, anser vi det som en metodisk styrke at vi begge var tilstede under samtlige intervjuer, noe som trolig har redusert sannsynligheten for feiltolkninger. I tillegg bidro dette til at vi begge kunne supplere med oppfølgings spørsmål dersom det var aktuelt.

6.0 Avslutning

Formålet med bachelorprosjektet var å undersøke kunnskapshullet forbundet med HAB-pasienters mulighet for deltakelse i aktivitet. Gjennom kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, forskning og empiri har vi forsøkt å svare på problemstillingen: *“Hvordan kan heroinassistert*

behandling påvirke personers aktivitetsutførelse i hverdagen og på hvilken måte kan aktivitetstilbud være gjennomførbart for denne gruppen mennesker?”.

Gjennom prosjektet har vi ved bruk av kvalitativ metode og semistrukturert intervju fått ulike informanternes brukererfaring og unike innblikk i LAR-pasienters hverdag, samt en ergoterapeuts unike syn på verdien av aktivitet for brukergruppen. Litteratur, forskning og erfaringer underbygger viktigheten av tilrettelegging for meningsfull aktivitet. Ergoterapeuten kan bidra med kartlegging av personers interesser og funksjonsnivå for å fremme mestring i meningsfulle aktiviteter. I resultatdelen kommer det frem en felles tanke om at HAB kan ha stor innvirkning på personens struktur i hverdagen og følelsen av makt over eget liv. Reisetid, plassering av heroinklinikk, samt hyppigheten av injeksjoner kan være momenter som er innvirkende på personens liv, men kan samtidig skape en struktur for personene som kan være positiv. En annen fellesnevner i resultatet kommer frem under intervjuene er viktigheten av aktivitet og HAB-pasienters potensielle muligheter og begrensninger for deltakelse i aktiviteter. Heroin påvirker mennesker ulikt, noe som fører til at aktivitetsutførelsen er individuell. Dette understreker viktigheten av valg av aktivitet og individuell tilpasning av aktiviteten. Som ergoterapeuter har vi fokus på hvordan omgivelsene påvirker aktivitetsutførelsen. Ved å fremme mestring, trygge sosiale rammer og meningsfulle aktiviteter kan vi som ergoterapeuter optimalisere omgivelsene rundt personen. Ved å opparbeide kompetanse om hvordan HAB vil påvirke personer, kan ergoterapeuten tilrettelegge for deltakelse i aktivitetstilbud.

6.1 Fremtidsperspektiver

Erfaring, forskning og HAB-pasienters ønsker fra Danmark tilsier at det er et behov for et tilrettelagt aktivitetstilbud for HAB-pasienter. De helsemessige gevinstene ved å delta i aktivitet er godt dokumentert, og som ergoterapeuter har vi en unik kunnskap om nettopp dette. Ut i fra kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom dette prosjektet, tror vi at det vil være fordelaktig å opprette et helhetlig tilbud som inkluderer blant annet hepatittbehandling, tannbehandling og samtalerterapi. I tillegg vil vi fremme inkluderingen av et aktivitetstilbud hvor det tilrettelegges for fysisk aktivitet som turer, trening, frivillig arbeid, samt hverdagslige aktiviteter som for eksempel matlaging. Ved å tilrettelegge et slikt helhetlig tilbud på en og samme plass, kan det bidra til å skape et godt utgangspunkt for personlig måloppnåelse.

Litteraturliste

- Bendixen, H. J. & Madsen, A. J. (2013). Referencerammer og teori i ergoterapi. In Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 139-160). København: Forfatterne og Munkgaard.
- Birk, M., Aa. & Langdal, I. (2013). Centrale begreber inden for ergoterapi. In Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 119-138). København: Forfatterne og Munkgaard.
- Bundgaard, K. M. & Bülow, C. V. (2013). Aktivitetsanalyse i ergoterapi. In Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 197-212). København: Forfatterne og Munkgaard.
- Clausen, T., Waal, H. & Ohldieck, C. (2017). *Heroinassistert behandling – Et svar på dagens utfordringer i Norge?* Hentet fra: SERAF - Senter for rus- og avhengighetsforskning: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2017/heroinassistert-behandling-et-svar-pa-dagens-utfordringer-i-norge.pdf>
- Farholm, A., Sorensen, M., & Halvari, H. (2017). Motivational factors associated with physical activity and quality of life in people with severe mental illness. *Scand J Caring Sci*, 31(4), 914-921. doi:10.1111/scs.12413
- Flemmen, G., Unhjem, R. & Wang, E. (2014). High-intensity interval training in patients with substance use disorder. *Biomed Res Int*, 2014, 616935. doi:10.1155/2014/616935
- Forsyth, K., Taylor, R. R., Kramer, J. M., Prior, S., Richie, L., Whitehead, J. (...) & Melton, J. (2014). The Model of Human Occupation. I B. A. B Schell, G. Gillen & M.E Scaffa (Red.), *Willard and spackman`s Occupational Therapy* (s. 505 – 526). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Helsedirektoratet. (2017). Brukermedvirkning. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2018). Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR). Hentet fra:

<https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar#Lavterskel-LAR>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan. (Meld. St. 16 2010-2011). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>

Hjortbak, E., Madsen, J. & Pedersen, V. M. (2013). Innovation og kvalitetsudvikling i relation til ergoterapi. In Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 497-516). København: Forfatterne og Munksgaard.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og Psykiske Lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lie, I. (1996). *Rehabilitering og habilitering: prinsipper og praktisk organisering*. Gyldendal, Oslo

Ingvaldsen, K. (2015). Rehabilitering av rusmiddelavhengige. Hentet fra:

<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/tiltak-mot-rus/10630/article-129849>

Jacobsen, H. V. & Sørensen, K. (2013). At muliggjøre aktivitet og deltagelse hos voksne med psykiatiske problemstillinger inden for hospitals- og sosialpsykiatrien. In Åse Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 331-344). København: Forfatterne og Munksgaard.

Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi - Et bidrag til bedre praksis! Hentet fra: <https://docplayer.me/49091-Kunnskapsbasert-ergoterapi-et-bidrag-til-bedre-praksis.html>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 4). Oslo: Abstrakt forlag AS

- Johansen, K. S. (2013). Heroinbehandling i Danmark - en undersøgelse af brugere og behandling. Hentet fra:
[http://psy.au.dk/fileadmin/CRF/STOF/STOF_pdf_er/STOF_nr_21/Heroinbehandling_i_Danmark - en undersoegelse af brugere og behandling. Stof 21.pdf](http://psy.au.dk/fileadmin/CRF/STOF/STOF_pdf_er/STOF_nr_21/Heroinbehandling_i_Danmark_-_en_undersoegelse_af_brugere_og_behandling_Stof_21.pdf)
- Kielhofner, G. (2010). *Modellen for menneskelig aktivitet* (2 ed.). København: Munksgaard.
- Kielhofner, G. (2013). *Ergoterapi i praksis - det begrepsmæssige grundlag*. København: Munksgaard.
- Kristensen, H. K. & Peoples, H. (2013). Evidensbaseret ergoterpi. In Å. Brandt, A. J. Madsen, & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 451-476). København: Munksgaard.
- Malterud, K. (2004). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo, Universitetsforlaget
- Nave, I. (2018, 06.12). *Derfor skal Bergens tyngste narkomane få gratis heroin* (Audio podcast). Hentet fra: <https://www.bt.no/nyheter/i/vmJ0oL/Derfor-skal-Bergens-tyngste-narkomane-fa-gratis-heroin>
- Neale, J., Nettleton, S., & Pickering, L. (2012). Heroin users' views and experiences of physical activity, sport and exercise. *Int J Drug Policy*, 23(2), 120-127.
doi:10.1016/j.drugpo.2011.06.004
- Nikoo, M., Vogel, M., Choi, F., Song, M. J., Burghardt, J., Zafari, Z. & Krausz, M. (2018). Employment and paid work among participants in a randomized controlled trial comparing diacetylmorphine and hydromorphone. *Int J Drug Policy*, 57, 18-24.
doi:10.1016/j.drugpo.2018.03.021
- Nylenna, M. (2016). *Kvalitativ metode*. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Regjeringen. (2018). Jeløya-Plattformen. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id2585544/#k9>

Roessler, K. K. (2010). Exercise treatment for drug abuse--a Danish pilot study. *Scand J Public Health*, 38(6), 664-669. doi:10.1177/1403494810371249

Sohlberg, C. (2018). Prøveprosjekt - heroinassistert behandling - oppdrag nr. 34. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/889319cb65664b63a9938b3273316033/2018/tilleggsoppdrag_heroinassistert_behandling_180810.pdf

Sundhedsstyrelsen. (2013). *Evaluering af ordning med lægeordineret heroin til stofmisbrugere 2010 – 2012*. Hentet fra: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/10077/National%20Health%20Board%20%282013%29%20Evaluation%20of%20Denmark%27s%20heroin%20prescription%20scheme%202010-12.pdf>

Øiseth, O. V., Kjeldsen, T. & Sundvoll, A. (2004). *Tegn og symptomer på misbruk av narkotika eller andre rusmidler* (Vol. 4). Nesbru: Vett & Viten AS.

WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Hentet fra: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Wilcock, A. & Townsend, E. (2014). Occupational justice. In B. A. B Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Red), *Willard & Spackman`s Occupational Therapy* (s. 541-552). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Vedlegg 1: informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Bachelorprosjekt – Ergoterapeutenes rolle”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å intervju deg som ergoterapeuter om dine opplevelser og refleksjoner rundt arbeidet ditt som ergoterapeut. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Noen av spørsmålene eller tanker du gjør deg under intervjuet kan kanskje tangere områder der du kommer til å fortelle om ting som kan relateres til opplevde subjektive helseplager o.l.l. Du bestemmer selv hvor mye du ønsker å dele av dine erfaringer.

Formål

Dette er et forskningsprosjekt som vil danne grunnlaget for bacheloroppgave i Ergoterapi ved HVL. Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke tanker og holdninger ergoterapeuter har rundt deres erfaringer med å arbeide som ergoterapeut. Vi ønsker å fokusere på ergoterapeutens nøkkelposisjon i forhold til ulike innsatsområder relatert til regjeringens satsing, personlig interesse, samt den forventede omstruktureringen av helsetjenester.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet forsker og førsteamanuensis Mette M. Aanes ansvarlig for prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes august 2019. Båndopptakene vil bli slettet og oppbevaring av transkribert, anonymisert materialet vil bli oppbevart konfidensielt. Det vil ikke bli lagret noen data som kan gjenkjenne deg sammen med materialet. Prosjektansvarlig, veileder og bachelorstudenter vil behandle dataene.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine

personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler informasjon som du har gitt gjennom intervjuet basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet ved Mette M. Aanes har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- HVL ved forsker og førsteamanuensis Mette M. Aanes mmaa@hvl.no
- HVL ved Personvernforbundet Heidi Skramstad heidi.skramstad@hvl.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Mette M. Aanes
Prosjektansvarlig (Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om bachelorprosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervju*
- at informasjonen jeg bidrar med i anonymisert form kan brukes i forskning, veiledning, undervisning.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. august 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: intervjuguide

Problemstilling:

“Hvordan kan heroinassistert behandling påvirke personers aktivitetsutførelse i hverdagen og på hvilken måte kan aktivitetstilbud være gjennomførbart for denne gruppen mennesker?”.

Introduksjonsspørsmål:
Hva er din utdanning?
Hva jobber du med og hvor lenge har du jobbet her?
Hva er dine tanker om dagens LAR-ordning?

Spørsmål:

Eventuelle oppfølgingsspørsmål:

1. Hva er dine erfaringer med aktivitetstilbud for personer i LAR-behandling?	Eventuelt personer som er i aktivitetstilbud?
2. Hva er din kunnskap om Heroin?	Virkning på personer? Virkningstid - høy/lav? Virkning av dosen som gis ved Heroinassistert rehabilitering?
3. Hva er dine tanker om heroinassistert rehabilitering?	Positive sider: Negative sider:
4. Tror du en person i heroinassistert rehabilitering vil kunne delta på aktivitetstilbud daglig på lik linje med andre personer i LAR?	I så fall – hvorfor? Eller hvorfor ikke?
5. Hvordan fungerer personer i daglige gjøremål og på aktivitetstilbud som får subutex og metadon?	
6. Hvordan tror du en person på heroinassistert behandling vil fungere på aktivitetstilbud og i dagliglivet?	
7. På en skala fra 1-10, hvor godt mener du en person som får Subutex, Metadon og heroin fungerer i et aktivitetstilbud? Vil ikke fungere Vil fungere normalt Subutex: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Metadon: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Heroin: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8. Må aktivitetstilbudet tilrettelegges spesifikt i forhold til tidspunkt på dagen personen får medisin/heroin?	Hvordan kan aktivitetstilbudet tilrettelegges?
9. Hvordan vil heroinassistert rehabilitering påvirke personens følelse av selvstendighet?	I forhold til oppmøte på LAR?

