



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSO321-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

|                       |                         |                        |                            |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------|
| <b>Startdato:</b>     | 02-05-2022 09:00        | <b>Termin:</b>         | 2022 VÅR                   |
| <b>Sluttdato:</b>     | 16-05-2022 14:00        | <b>Vurderingsform:</b> | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| <b>Eksamensform:</b>  | Bacheloroppgave         |                        |                            |
| <b>Flowkode:</b>      | 203 BSO321 1 H 2022 VÅR |                        |                            |
| <b>Intern sensor:</b> | (Anonymisert)           |                        |                            |

### Deltaker

|                     |     |
|---------------------|-----|
| <b>Kandidatnr.:</b> | 437 |
|---------------------|-----|

### Informasjon fra deltaker

|                      |      |
|----------------------|------|
| <b>Antall ord *:</b> | 7995 |
|----------------------|------|

Egenerklæring \*:  Ja

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

Jeg godkjenner autalen 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

Muligheter og utfordringer knyttet til heroinassistert behandling som skadereuserende tiltak for opioidavhengighet.

Opportunities and challenges associated with heroin-assisted treatment as harm-reducing measures for opioid addiction.

Bachelor i sosialt arbeid – BSO321  
Fakultet for helse og sosialvitenskap.  
Institutt for velferd og deltaking.

Kandidatnummer: 437

Dato: 16.05.22

Antall ord: 7995

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Abstract

### **Aim:**

The bachelor thesis aims to investigate opportunities and challenges with heroin-assisted treatment as harm-reducing measures for people with opioid-dominated substance abuse. Heroin-assisted treatment wants to reach a target group that has not achieved the desired effect of other substitution treatment, and is defined as "hard to reach". The study will discuss the opportunities and challenges in light of conflict theory and ethical perspectives. The topic becomes particularly relevant since heroin-assisted treatment will be started up as a pilot project in Norway in the spring of 2022.

### **Research question:**

Based on the chosen topic, I have formulated the following research question: *"What opportunities and challenges may be associated with heroin-assisted treatment as harm-reduction measures for people with opioid-dominated substance abuse?"*

### **Method:**

The bachelor thesis has been completed as a literature study. Both qualitative and quantitative data have been used to answer the problem, and it is based on peer-reviewed articles and reports.

### **Result:**

Based on the findings from the literature study, it turns out that there are several possibilities and challenges associated with heroin-assisted treatment. Of possibilities, the study shows that by joining HAB, users reduce their use of illegal heroin, and there will be a reduction in crime. Furthermore, it opens up the possibility of following up patients more closely than with ordinary drug-assisted rehabilitation (LAR,) and that with social work efforts it is possible to help a group of people who have not previously been available to the public assistance system. The challenges are particularly related to the strict duty to attend to the treatment scenter and the risk of patients abusing drugs in addition to treatment.

### **Closure:**

The literature study has highlighted various possibilities and challenges with the treatment. Heroin-assisted treatment can open up for the implementation of various social work measures, and it provides a unique opportunity to create relationships with people who have not previously been available in the treatment apparatus. As a social worker, however, it is important to be aware of how the treatment affects the life situation of the patients, and what challenges the patients may face in such treatment.

## Innhold

|   |    |
|---|----|
| <b>1.0 Innledning</b> .....   | 6  |
| 1.1 Forforståelse.....  | 6  |
| 1.2 Problemstilling og avgrensning .....  | 6  |
| 1.2.1 Formål.....   | 6  |
| 1.2.2 Problemstilling og avgrensning .....  | 7  |
| 1.4 Relevans for sosialt arbeid .....   | 8  |
| 1.5 Sammenheng på samfunnsnivå. ....  | 8  |
| 1.6 Lovverk .....   | 9  |
| 1.7 Oppgavens oppbygning .....  | 9  |
| <b>2.0 Metode</b> .....   | 9  |
| 2.1 Fremgangsmåte og søkeprosess .....  | 10 |
| 2.2 Kildekritikk.....   | 10 |
| <b>3.0 Bakgrunn og teori</b> .....  | 11 |
| 3.1 Legemiddelassistert rehabilitering og heroinassistert behandling .....            | 11 |
| 3.2 Heroin .....  | 12 |
| 3.3 Utvikling av rusproblem .....   | 12 |
| 3.4 Livskvalitet .....  | 13 |
| 3.5 Konsekvenser av opioiddominert ruslidelse .....                                   | 13 |
| 3.6 Konfliktteoretisk perspektiv for å belyse problemstillingen .....                 | 14 |
| 3.7 Michel Foucault .....   | 14 |
| 3.8 Erving Goffman.....   | 15 |
| 3.9 Etikk i sosialt arbeid .....  | 16 |
| <b>4.0 Presentasjon av forskning på feltet</b> .....                                  | 16 |
| <b>5.0 Funn</b> .....   | 17 |
| 5.1 Sosialfaglig oppfølging i behandlingen .....                                      | 18 |
| 5.2 Kriminalitet .....  | 18 |
| 5.3 Risiko ved injeksjonsbehandling.....  | 19 |
| 5.4 Livskvalitet .....  | 20 |
| <b>6.0 Drøfting</b> .....   | 21 |
| <b>6.1 Muligheter og utfordringer ved HAB i et konfliktteoretisk perspektiv</b> ..... | 21 |
| 6.1.1 Livskvalitet hos brukerne.....  | 21 |
| 6.1.2 Stigma .....  | 23 |
| 6.1.3 På velferdsstatens premisser .....  | 24 |

|   |           |
|---|-----------|
| 6.1.4 Velferdsstaten som maktutøver.....  | 24        |
| 6.1.5 Kontroll og krav .....  | 25        |
| <b>6.2 Muligheter og utfordringer med HAB i et konsekvensetisk perspektiv .....</b> | <b>26</b> |
| 6.2.1 Velferdsstaten som distributør av lovlig «narkotika» .....                    | 26        |
| 6.2.2 Medansvarlig for opprettholdelse av rusavhengighet .....                      | 27        |
| 6.2.3 Muligheter og utfordringer ved HAB som skadereduserende tiltak.....           | 28        |
| <b>7.0 Oppsummering og implikasjoner for praksisutøving .....</b>                   | <b>29</b> |
| 7.1 Oppsummering av konklusjoner .....  | 29        |
| 7.2 Implikasjoner for praksis .....   | 30        |
| <b>8.0 Litteraturliste .....</b>  | <b>31</b> |

## 1.0 Innledning

I denne oppgaven vil jeg undersøke hvordan heroinassistert behandling kan være et skadereduserende tiltak, både for brukeren og samfunnet. Jeg har lenge vært interessert i rus og rusbehandling, og siden heroinassistert behandling (heretter forkortet til HAB) blir et tilbud i Norge, ønsker jeg å lære mer om det. HAB har blitt prøvd ut i ulike sammenhenger i over 25 år i en rekke land og behandlingsformen kan nå anses som en evidensbasert tilnærming til «hard to treat»- pasientgruppen (Eide et al, 2019, s. 9).

### 1.1 Forforståelse

Forforståelse er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet før prosjektet starter. Forforståelsen påvirker denne prosessen hele veien i forhold til hvordan vi samler, leser og tolker våre data. Derfor er det viktig å være bevisst på hvilke erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretiske referanserammer man tar med seg inn i prosjektets start (Malterud, 2018, s. 44-45). Min forforståelse baseres på en antagelse om at heroinassistert behandling kan gi brukerne bedre livskvalitet, bedre økonomiske utsikter og mer stabilitet i livet. På samfunnsnivå er det nærliggende å tro at behandlingen vil kunne gi reduksjon i kriminalitet og mindre illegalt heroin. På den andre siden kan denne tilnærmingen til behandling samtidig medføre en fare for at behandlingen blir en medisinsk del av et totalt forbruk og at behandlingen kan bli «attraktiv» for andre brukere som er i ordinær LAR.

### 1.2 Problemstilling og avgrensning

#### 1.2.1 Formål

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan HAB kan være et skadereduserende tiltak for brukeren og samfunnet. Oppgaven skal se på hvilke argumenter som ligger til grunn for å innføre heroinassistert behandling, som lenge har vært omdiskutert som en kontroversiell

behandling for opioidavhengighet (Wal et al, 2017, s. 3), og hvilke muligheter og utfordringer behandlingen kan medføre.

### 1.2.2 Problemstilling og avgrensning

Jeg har formulert følgende problemstilling på bakgrunn av valgt tema:

**«Hvilke muligheter og utfordringer kan være knyttet til heroinassistert behandling som skadereduserende tiltak for mennesker med opioiddominert ruslidelse?»**

Problemstillingen min er kontekstualisert innenfor substitusjonsbehandling i rusomsorg. Arbeid med denne målgruppen kan by på muligheter og utfordringer, og da tenker jeg spesielt på hvordan makt og etiske utfordringer kan komme til syne i behandlingen og den sosialfaglige oppfølgingen. For å avgrense oppgaven har jeg valgt å drøfte mulighetene og utfordringene i lys av konfliktteoretisk perspektiv og konsekvensetisk perspektiv.

### 1.3 Begrepsavklaring

**Opioiddominert ruslidelse:** Opioiddominert ruslidelse (ODR) forstås ofte som en kronisk, tilbakevendende tilstand forbundet med en rekke fysiske, sosiale og psykiske problemer som medfører en betydelig belastning på individet med hensyn til morbiditet og dødelighet (Eide et al, 2019, s. 9).

**Heroinassistert behandling:** Heroinassistert behandling (HAB) er en type substitusjonsbehandling der heroin (diacetylmorfin) forskrives til opioidavhengige for å stabilisere deres avhengighet og tilrettelegge for rehabiliterende psykososiale tiltak. Heroinet injiseres, men kan også gis i pilleform eller røykes. Behandlingen er ikke kurativ, og ingen blir mindre avhengig (Waal et al, 2017, s. 4).

**Skadereduksjon:** Skadereduksjon er tiltak som reduserer helsemessige og sosiale problemer forbundet med illegale rusmidler- uten at en kutter ut bruken. Det kan være produkter som gir mindre skade, eller bruksformer som for eksempel røyking av heroin i stedet for injisering. Skadereduksjon kan også innebære støttetiltak uten at en stiller krav om rusfrihet. En vil akseptere at noen bruker rusmiddelet, men prøve å redusere de skadelige konsekvensene (Pedersen, 2015, s. 156).



**Makt:** Makt kan forstås som «ett eller flere menneskers sjanse til å sette igjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (Max Weber, 2000, s. 51).

**Etikk:** «Etikk er den verdibaserte refleksjonen mennesker gjør om sine holdninger, sine handlinger og sin adferd for å unngå at de verdiene de setter høyt, blir forsømt eller krenket, eller for å fremme realisering av disse verdiene» (Lingås, 2000:24, referert i Eide 2013 s. 53).

I oppgaven vil begrepene «bruker» og «pasient» benyttes om hverandre. På den ene siden er «brukerne» brukere av behandlingen, men på en annen side er de «pasienter» som mottar medisinsk forskrevet heroin.

#### 1.4 Relevans for sosialt arbeid

Tema er relevant for sosialt arbeid, siden sosionomer jobber i rusomsorgen og med sårbare grupper i samfunnet. Sosialt arbeid er et fag som retter seg mot problemer som oppstår mellom individ og samfunn, eller grupper og samfunn. Sosialt arbeid kan sees på som et praktisk fag med mål om å hjelpe mennesker i vanskelige livssituasjoner, men retter seg også mot å tydeliggjøre forhold i samfunnet som bidrar til ekskludering og marginalisering, og motvirke disse (Berg et al. 2015. s. 19).

Litteraturstudien viser at sosialfaglig kompetanse gjør seg svært gjeldende inn arbeidet med målgruppen for HAB. Eide et al (2019, s. 42) tydeliggjør at de pasientansvarlige ruskoordinatorene som skal arbeide tett med målgruppen vil ha en sentral rolle når gjelder å koordinere tilbudet for pasientene, og bakgrunn fra sosialt arbeid kan være en av de relevante utdanningene for jobben.

#### 1.5 Sammenheng på samfunnsnivå.

Heroin blir sett på som et av de tyngste rusmidlene som eksisterer, og er svært avhengighetsskapende (Pedersen, 2015, s. 138). Heroin er et stoff de fleste har en mening om, og det å innføre heroin som behandling i Norge har vært et svært kontroversielt tema.

I 2011 fastslo Norges forskningsråd at kunnskapsgrunnlaget for å innføre HAB i Norge var for svakt og at det var behov for mer forskning på området (Norsk forskningsråd, 2011, s. 33). Men i 2017 konkluderte Waal et al (s. 19) at kunnskapsgrunnlaget for å innføre behandlingen er tilstrekkelig, og i 2022 (Helse Bergen, u.å) startet behandlingen opp som et prøveprosjekt i regi av LAR i Norge.

Bakgrunnen for å innføre HAB handler om at rundt en av ti personer med opioiddominert ruslidelse ikke får tilstrekkelig gode resultater fra standard LAR-behandling, noe som kan ha fatale konsekvenser. HAB tar sikte på å nå ut til denne gruppen for å gi dem en forbedret livssituasjon og redusere belastningen ruslidelsen påfører dem, ved å tilby et alternativ med mer intensiv behandling enn det som er tilgjengelig per i dag (Eide et al, 2019, s. 9).

## 1.6 Lovverk

Besittelse og bruk av heroin som et narkotisk stoff er i dag ulovlig i Norge, og heroin kan ikke foreskrives. I henhold til Legemiddeloven §23 kan narkotiske stoffer foreskrives til medisinsk eller vitenskapelig bruk (Eide et al, 2019, s. 58).

Det har vært vanskelig å finne et gjeldende lovverk som regulerer HAB, og det kan kanskje knyttes til at HAB er et prøveprosjekt. Slik jeg har forstått det, vil det på sikt reguleres gjennom LAR-forskriften og nasjonal faglig retningslinjer for behandling av opioidavhengighet.

## 1.7 Oppgavens oppbygning

Bacheloroppgaven består av syv kapitler, inkludert innledningskapittelet. Kapittel 2 omfatter metodevalg, fremgangsmåte, søkeprosess og kildekritikk. I kapittel 3 redegjøres det for heroinassistert behandling, rusavhengighet og medfølgende risikoer. Videre inneholder kapittel 3 teoretiske perspektiver på makt, stigma og konsekvensetikk. I kapittel 4 fremlegges de utvalgte studiene og rapportene som benyttes i analysen. Kapittel 3, 4 og 5 danner grunnlaget for drøftingsdelen. Kapittel 5 presenterer mine funn som skal besvare problemstillingen. Kapittel 6 er drøftingsdel som vil se på mulighetene og utfordringene behandlingen kan medføre i lys av konsekvensetikk og makt. Kapittel 7 er avslutningskapittelet hvor det presenteres en oppsummering av viktige poeng som har kommet fram i løpet av arbeidet med bacheloroppgaven.

## 2.0 Metode

Bacheloroppgaven er gjennomført som en litteraturstudie. En litteraturstudie er en metode som baserer seg på kartlegging av allerede eksisterende forskning og teori avgrenset til et spesifikt forskerspørsmål (Aveyard, 2018, s. 2). Metoden gjennomføres ved å systematisk lese aktuell forskning og relevant faglitteratur i bøker, artikler og rapporter for å kunne belyse problemstillingen på en god måte (Aveyard, 2018, s. 2).

## 2.1 Fremgangsmåte og søkeprosess

Første delen av prosessen var å starte å gjennomføre litteratursøk i ulike søkebasen for å finne relevant forskning for å belyse problemstillingen. For å finne litteratur, valgte jeg å bruke søkemotorene Oria, Idunn og PubMed. Søket ble gjennomført ved å bruke ulike søkeord alene og kombinert som «heroinassistert behandling», «heroin-assisted treatment», «skadere\*», «harm red\*», «life quality», «crime».

## 2.2 Kildekritikk

I forbindelse med en litteraturstudie er det viktig å være kritisk til kildene som benyttes (Dalland, 2019, s.60). Faglitteraturen som er benyttet i oppgaven baserer seg både på kvantitativ og kvalitativ forskning. Fordelen med å benytte begge forskningsmetodene er at det vil være til hjelp for å få et helhetsinntrykk, bredere forståelse og større perspektiv på det aktuelle temaet (Dalland, 2019, s. 52-53).

I mitt søk etter litteratur har jeg valgt å benytte fagfelleverderte artikler (Blanken et al, 2010, Smart & Reuter 2020). Fordelen med fagfelleverderte artikler er at det er gjennomført en akademisk bedømming av forskningsartikkelen. En fagfelleverdert artikkel er vurdert og godkjent av to eller tre upartiske, anonyme eksperter innenfor fagfeltet. Anonymitet sikrer at bedømmingen er uavhengig og upartisk (Utdanningsforskning, 2016).

Jeg har valgt å inkludere rapporten «heroinassistert behandling- et svar på dagens utfordringer i Norge?» fra SERAF (Senter for rus- og avhengighetsforskning, 2017) fordi den bygger på kunnskapsbasen om heroinassistert behandling. Dette er en relevant rapport som baseres på datamateriale fra sju europeiske land og Canada, og inkluderer enkeltstudier, metastudier, randomiserte kontrollerte studier og kohortstudier.

Jeg har også valgt å inkludere SERAF sin rapport «Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling» (2019). Rapporten gjennomgår kunnskapsbasen for heroinassistert behandling og kommer med anbefalinger for et

prøveprosjekt på oppdrag fra Helsedirektoratet. SERAF har derfor faglig tyngde innenfor feltet, og på bakgrunn av dette vil denne rapporten være bakteppe og særlig relevant for bacheloroppgaven.

En ulempe ved bruk av litteraturstudie for å svare på en problemstilling kan være at vi som forskere er subjektive i vårt søk etter litteratur og dermed kan velge ut det som støtter vår forforståelse (Dalland, 2019, s. 59). Videre er det en ulempe at vi må stole på andres funn uten å ha mulighet til å etterprøve det selv.

### 3.0 Bakgrunn og teori

Dette kapitlet vil først kontekstualisere tematikken innenfor rushistorien i Norge. Det vil redegjøres for legemiddelassistert rehabilitering (LAR), siden HAB startes opp i regi av LAR. Videre vil jeg presentere hva rusavhengighet og livskvalitet er, og hvilke risikoer rusavhengighet kan medføre. Avslutningsvis vil konfliktteoretisk perspektiv bli lagt frem for å belyse problemstillingen, der makt, stigma og etikk blir sentrale begrep for oppgaven.

#### 3.1 Legemiddelassistert rehabilitering og heroinassistert behandling

I Norge ble legemiddelassistert rehabilitering innført i 1998 og ordningens målsetting var da at de som fikk slik behandling, skulle slutte å bruke illegale rusmidler og finne en plass som «normale» samfunnsborgere (FHI, 2018). I dag reguleres LAR gjennom forskrift om legemiddelassistert rehabilitering. I LAR-forskriften §2 presiseres det at «formålet med legemiddelassistert rehabilitering er at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall.» (LAR-forskriften, 2009).

Legemiddelassistert rehabilitering i Norge har som mål å hjelpe opioidavhengige personer. I mars 2022 startet heroinassistert behandling opp i Norge som et prøveprosjekt i regi av LAR (Helse Bergen, u.å). Heroinassistert behandling skal rettes mot den samme målgruppen som LAR, med unntak av at det skal være et særlig fokus på å hjelpe dem som ikke har oppnådd god nok effekt av de mindre intensive behandlingsalternativene i LAR. Disse personene

beskrives ofte som «hard to treat», ettersom de har prøvd tradisjonelle behandlingstilbud uten at de har oppnådd god og/eller langvarig rehabilitering (Eide et al, 2019, s. 18).

I følge UIO er målsetningene for HAB å hjelpe personer med opioidavhengighet til å oppnå bedre livskvalitet. Dette kan gjøres ved å tilby pasientene individuell hjelp og støtte til å endre situasjonen de er i, gjennom økt mestring og økt funksjonsnivå, og redusere helse risikoen og konsekvensene knyttet til ikke-medisinsk bruk av opioider (UIO, 2020).

Behandlingen er lagt opp til at pasientene må møte opp to ganger daglig 365 dager i året for å motta heroin. Det vil bli gitt en dose langtidsvirkende agonist (metadon eller langtidsvirkende morfin) på kvelden for å forhindre abstinenser i løpet av natten (Eide et al, 2019 s. 31). Det vil ikke være mulig å få med seg heroindoser hjem fra behandlingsstedet. HAB er en svært intensiv og streng behandlingsform som fordrer at pasienten klarer å opprettholde en struktur i hverdagen og krever hyppig oppmøte på daglig basis. Om pasienten går glipp av en eller flere doser kan dette ha innvirkning på deres toleranse, og dermed også pasientens sikkerhet. Manglende evne til å overholde behandlingsregimet kan gjøre det nødvendig å ta personen ut fra prosjektet og overføre vedkommende til et mer passende behandlingsalternativ (Eide et al, 2019, s. 20).

### 3.2 Heroin

Heroin er et opiat og framstilles fra opiumsvalmuen. Stoffet ble utviklet på slutten av 1800-tallet, og ble den gang brukt som smertestillende middel og hostesaft. Etter hvert ble det oppdaget at stoffet var svært avhengighetsskapende og farlig, og ble som en konsekvens av dette forbudt (Pedersen, 2015, s.137). Heroin gir en intens lystopplevelse og rusen varer mellom 4-7 timer. Stoffet har rask halveringstid, som betyr at det går fort ut av kroppen og brukeren trenger flere doser i løpet av en dag. Heroin kan gi redusert hosterefleks og redusert respirasjon. Dette er en medvirkende årsak til overdosedødsfall. Om stoffet brukes sammen med alkohol, øker risikoen for overdose. Sannsynligheten for overdose er størst om stoffet injiseres (Pedersen, 2015, s. 137).

### 3.3 Utvikling av rusproblem

Kjerneproblematikken i utviklingen av et rusproblem er at individet gradvis mister kontrollen over eget rusmiddelbruk. Bruken får skadelige helsemessige og/eller sosiale konsekvenser, og individet blir styrt av rusmidlene til tross for konsekvensene (Hole, 2014, s. 42).

Det kan være mange årsaker til at mennesker utvikler et rusproblem. Det kan handle om nysgjerrighet og fascinasjon, eller det kan være en flukt for å dempe smerter eller følelser. Etter hvert vil opplevelsen av rusen bli en lært atferd, og personen ønsker å tilføre stoffet i kroppen som et forsøk på å repetere lystopplevelsene (Pedersen, 2015, 25).

Pedersen påpeker at det er sjeldent at noen starter med heroin som et rasjonelt valgt i en oversiktlig situasjon med kunnskap og kontroll. Videre hevdes det at brukerne ofte strever med store psykososiale problemer og at mange har psykiske lidelser (2015, s. 138).

### 3.4 Livskvalitet

Rusproblematikk kan påvirke livskvaliteten til den det gjelder. Livskvalitet handler både om materielle levekår og hvordan livet oppleves subjektivt for den enkelte (FHI, 2016). Den subjektive livskvalitet handler om hvordan livet oppleves og omfatter positive vurderinger som livstilfredshet, ro og glede. Videre er positive følelser og vurderinger av opplevelsen av god fungering, som vitalitet, interesse, mening og mestring sentralt. Den subjektive livskvaliteten kan variere fra god til dårlig. Den objektive livskvaliteten handler om hvor god livssituasjon man har, som objektivt kan måles ut ifra helsetilstand og funksjonsnivå, fritidssysler, materielle levekår og arbeidsoppgaver (FHI, 2019).

Ifølge Helgesen er det flere psykologiske faktorer som er av fundamental betydning om vi skal oppnå god sosial tilpasning, livskvalitet og psykisk helse. Abraham Maslow lanserte behovspyramiden, der han plasserte alle våre behov i rangert orden. Pyramiden viser at de fysiologiske behovene må være dekket for at en person skal kunne motiveres til å utvikle seg videre (Helgesen, 2017, s. 83). For en opioidavhengig vil det å skaffe heroin være primærbehovet. Andre behov vil bli sekundært og nedprioritert. Dette kan føre til at personen ikke har kapasitet til å utvikle seg og blir fanget i en negativ spiral.

### 3.5 Konsekvenser av opioiddominert ruslidelse

Ved å bruke rusmidler over tid øker risikoen for å utvikle ulike helseskader. Skadene kan være direkte akutte eller direkte langvarige. Akutte skader kan være forgiftninger, beruselse og overdoser. Direkte langvarige skader er blant annet, fare for å utvikle rusmiddelavhengighet, somatiske sykdommer og økt risiko for psykiske lidelser (Hole, 2014, s.43).

For injiserende rusmiddelavhengige er det risiko for å bli smittet av overførbare sykdommer som Hepatitt C og HIV. Det er også økt fare for å skade blodårer, få blodpropp, abscesser og allergiske reaksjoner (Rusinfo, u.å.). Ved å være rusavhengig vil det også kunne utvikle seg langvarige indirekte konsekvenser. Hole (2014, s. 43-46) nevner problemer i nære relasjoner, nettverk og identitet, problemer med arbeid og utdanning og problemer med økonomi og daglige aktiviteter som tre sentrale problemområder. På bakgrunn av dette kan det forstås at konsekvenser av rusmiddelavhengighet kan påvirke livskvaliteten til den opioidavhengige.

### 3.6 Konfliktteoretisk perspektiv for å belyse problemstillingen

I sosialt arbeid utvikles og benyttes praksisteorier som verktøy for å håndtere en komplisert virkelighet. Som sosialarbeider arbeider man med mennesker i komplekse livssituasjoner. Det er dermed en forutsetning at man har teoretisk kunnskap som kan veilede arbeidets praksis. Teori hjelper en med å kunne reflektere over situasjonen på en strukturert måte. Uten teorier kan det føre til at sosialarbeideren handler på automatikk, uten å reflektere nærmere over hvorfor man gjør det man gjør, og hvilke virkninger handlingene kan ha (Hutchinson & Oltedal, 2017, s.14).

Et kjennetegn for konfliktteoretiske praksisteorier er at sosiale problemer slik de framstår på individ- og gruppenivå, alltid kan kobles til makronivå. Empowerment i disse teoriene handler om å bistå med å mobilisere makt og handlekraft i det enkelte individet og endre på problemskapende forhold de berørte lever under. Et annet viktig moment er å fokusere på ressurser og synliggjøre og endre undertrykkende forhold på kollektivt nivå (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 84).

### 3.7 Michel Foucault

Foucault har prøvd å vise hvordan språkbruken, diskursen, på et samfunnsområde avspeiler og vedlikeholder maktforhold. Arbeidet hans representerer et sentralt bidrag til kritisk refleksjon i sosialt arbeid og forståelse av makt (Hutchinson & Oltedal, 2017, s.98).

Foucault er opptatt av det som kalles «mikro-makt», som vil si en makt som utøves i det daglige mot mennesker i deres liv. Et grunnleggende utgangspunkt for Foucaults maktforståelse er at maktutøvelsen i moderne samfunn skjer gjennom en påvirkning av formelt frie individer, selvoppfatninger og deres handlinger. Makten ønsker å bringe fram bestemte oppfatninger og kapasiteter hos individet og sette det i stand til å handle på

bestemte måter. Makten blir med andre ord produktiv, i betydningen skapende eller konstruerende, og har som hensikt å få mennesker til å oppføre seg på bestemte måter (Askheim, 2012, s. 85).

De rådende diskursene innenfor profesjonelle fagfelt vil virke styrende for den videre utviklingen av kunnskapsfeltet. Makten kan på denne måten virke disiplinerende ved at den definerer hva som ansees som normalt, sunt eller godt (Askheim, 2012, s. 86). Fagfeltet får dermed en definisjonsmakt. Organisasjoner blir opprettet for å ivareta ulike samfunnsfunksjoner, og har klare regler for hva som er organisasjonens oppgaver og hvordan oppgavene skal løses (Askheim, 2012, s. 105). Slike rammer eller strukturelt betingete forhold vil utgjøre maktfaktorer, som kan defineres som systemmakt eller legitim makt.

### 3.8 Erving Goffman

Rusavhengige er en gruppe mennesker som ofte blir utsatt for samfunnets stigma, og kjenner på opplevelsen av å avvike fra «majoritetssamfunnet». Stigma er et begrep som benyttes på flere måter. Jeg tar utgangspunkt i Goffman sin forståelse av begrepet stigma.

Begrepet «stigma» er opprinnelig fra Hellas, og var et merke som ble skåret eller brent inn i huden på forrædere, kriminelle eller slaver. Merket skulle vise resten av samfunnet at dette var en uønsket person som skulle unngås, spesielt på offentlige steder (Goffman, 1963, s. 1). I dag anses stigma som et kjennetegn eller er egenskap som diskvalifiserer en person fra å bli sosial akseptert på lik linje med andre. Stigmatiseringen kan skje på grunnlag av utseende, førlighet eller adferd (Schiefløe, 2019, s. 202).

Rusavhengige er først og fremst utsatt for et karaktermessig stigma, men det kan ikke utelukkes at rusavhengige også opplever et kroppslig stigma. Et langt liv med rusbruk kan sette sitt preg på individet og føre til fysiske, karakteristiske måter å se ut på, bevege seg på og snakke på (Flaathe, 2015, s.33). Slike karaktermessige og kroppslige stigma tydeliggjør ulikhetene og vil dermed forsterke opplevelsen av utenforskap.



### 3.9 Etikk i sosialt arbeid

I sosialt arbeid som fag og yrke står etikk sentralt, og gjør seg gjeldende i ulike situasjoner. Profesjonsmoral er handlingsreglene, konvensjonene og verdiene som er virksomme i profesjonenes praksis i møte med moralske utfordringer. Profesjonsetikk er refleksjon over profesjonens moralske utfordringer, normer og verdier samt begrunnelsen for disse. Profesjonsetikk skal gi et grunnlag for ansvarlig handling og begrunnede verdivalg i profesjonsutøvelsen (FO, 2015, s. 3).

En måte å vurdere etiske dilemmaer, er ved å vurdere det i lys av konsekvensetikk. Et konsekvensetisk resonnement spør etter hva de ulike handlingsalternativene fører til. Det handlingsalternativet som gir de beste konsekvensene, er det rette (Eide, 2013, s. 94). Videre kan det diskuteres om det vurderes til det beste for brukerne eller samfunnet. Når handlingsalternativ skal vurderes i lys av konsekvensetikk, må det ligge til grunn en oppfatning av hva som er ønsket resultat, og hvilke verdier som blir vektlagt (Eide, 2013, s. 98).

## 4.0 Presentasjon av forskning på feltet

Eide et al. (SERAF, 2019) har på bestilling fra Helsedirektoratet utarbeidet en gjennomgang av kunnskapsbasen for HAB og utformet en plan for hvordan behandlingen skal driftes i Norge. Denne vil danne et bakteppe for oppgaven min, siden denne legger rammene for hvordan behandlingen skal foregå i Norge.

Cathrine Schepeleren Johansen har fulgt implementeringen av heroinbehandlingen i Danmark og undersøkt de to første årene av behandlingen. Studien tar for seg personalets og brukerens syn på behandlingen og hverdagslivet på heroinklinikkene (Johansen 2013, s. 11). En mindre del av studien tar for seg en spørreskjemaundersøkelse om brukernes selvopplevde livskvalitet ved oppstart på heroinbehandling og etter syv måneders behandling (Johansen 2013, s. 13).

Studien viste at brukerne opplevde at heroinbehandlingen bidro til at de i langt mindre grad enn tidligere måtte begå kriminalitet for å finansiere rusmisbruket sitt (Johansen 2013, s. 174).

Sundhedsstyrelsen (2020) har publisert «Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin til opioidafhængige patienter» som oppsummerer og evaluerer heroinassistert behandling i Danmark i løpet av årene 2013-2020.

Smart og Reuter (2020) har gjennomgått 20 studier, der 10 av dem er randomisert kontrollerte studier og laget en systematisk oversikt for å undersøke hvilken effekt HAB har på reduksjon av kriminalitet i forhold til andre LAR preparater, hovedsakelig metadon. Totalt er 2427 deltakere med i studiene, og studiene baserer seg på data fra Europa og Canada. Funnene indikerer reduksjon i kriminell aktivitet for brukerne av HAB i alle studiene.

Blanken et al. (2010) publiserte en fagfellevurdert artikkel som beskriver historiene, funnene og den internasjonale konteksten til heroinassistert behandling i Nederland. En del av artikkelen legger fram unike data om pasientens perspektiv på behandlingen. Artikkelen konkluderer med at dataene viser at HAB nå kan betraktes som en sikker og bevist effektiv intervensjon for behandling av kroniske, behandlingsresistente heroinavhengige pasienter.

Strang et al (2015) sammenlignet 6 randomiserte kontrollerte studier for å undersøke hvilken grad bruk av illegalt heroin blir redusert ved inntak i HAB og i kontrollgrupper som bruker metadon. De konkluderer med at deltakerne i HAB reduserer bruk av illegalt heroin i større grad enn kontrollgruppene.

Waal et al. publiserte SERAF rapporten «heroinassistert behandling- et svar på dagens utfordringer i Norge? i 2017. Rapporten viser at brukere som har vansker med å følge opp og gjennomføre vanlig metadonbehandling får større reduksjon i bruk av illegal heroin om de behandles med heroinassistert behandling. 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.

## 5.0 Funn

## 5.1 Sosialfaglig oppfølging i behandlingen

I rapporten til Eide et al (2019, s. 34-36) utdypes det at pasientene i HAB skal få utpekt hver sin pasientansvarlig ruskoordinator. Det sentrale prinsippet for pasientansvarlig ruskoordinering handler om å tilby pasientene ett enkelt kontaktpunkt opp mot helse- og sosialtjenestene, der ansvaret samles hos en ruskoordinator. Dette for å unngå at pasienten selv må ta ansvar for å navigere seg gjennom ulike henvisninger, systemer og etater på egenhånd. Dette begrunnes med forventningen om at pasientene har betydelige og komplekse utfordringer i det de starter opp med behandlingen.

Pasientansvarlig ruskoordinering er en metode som ofte brukes overfor pasienter med komplekse hjelpebehov, for eksempel personer som er hjemløse og har rusproblemer, personer med kombinerte psykiske lidelser og ruslidelser samt personer med alvorlig psykiatrisk sykdom og kriminell atferd. HAB målgruppen vil mest sannsynlig ha lignende komplekse behov knyttet til bolig, økonomi, mental helse og kriminell aktivitet, og de vil trolig ha stor nytte av å få tildelt en egen pasientansvarlig ruskoordinator (Eide et al, 2019, s.34).

Strukturen i behandlingen er slik at pasientene blir knyttet til et dagsenter med daglige besøk på en måte som regulerer livsførsel og kan medføre bedre psykososial oppfølging (Waal et al. 2017, s. 17). Ved at brukerne må komme innom senteret to ganger daglig, vil personalet ha muligheter for å følge opp hver enkelt bruker individuelt. I studien til Johansen kommer det fram at personalet har bedre tid til å følge opp den enkelte bruker. Det personalet fremhever som den sentrale forskjellen mellom brukerne av HAB og brukere av metadonbehandling, er at de som mottar HAB oppholder seg lengre og oftere på behandlingsstedet. Oppmøte er som regel mer stabilt. Dette fører til at personalet har større mulighet til å få prate med brukerne, få laget avtaler med dem og minne dem på avtaler (Johansen, 2013, s. 133).

## 5.2 Kriminalitet

Haugsgjerd (2017) skriver at et daglig heroinforbruk koster i snitt mellom 1000-2000 norske kr. Derfor handler dagen i stor grad om å skaffe penger til neste dose. Johansen (2013, s. 103) skriver at mange av deltakerne i behandlingen i Danmark tidligere har finansiert sitt

heroinbruk gjennom tyveri eller salg av narkotika. Andre har solgt metadon som de mottar av LAR, og kjøpt heroin på gaten istedenfor. Noen har finansiert sitt heroinbruk gjennom prostitusjon. I evalueringen av behandlingen i Danmark fra 2013-2018 (2020, s. 45) vises det ved innskriving i behandlingen at de 305 deltakerne i gjennomsnitt har brukt 10.562 DKK på illegale stoffer de siste 30 dagene før innskriving.

Smart og Reuter (2020) har gjennom sin studie funnet evidens som indikerer reduksjon i kriminell aktivitet for brukerne av HAB i alle studiene. Gjennomgang av 10 randomiserte kontrollerte studier støtter at personer som er tildelt HAB reduserer deres kriminelle aktivitet, med reduksjoner konsentrert i narkotikarelaterte lovbrudd og vinningskriminalitet. Dette forklares med at bruk av illegalt heroin har gått ned etter oppstart av behandlingen, og at nedgang i narkotikarelaterte lovbrudd er en konsekvens av dette. Dette samsvarer med funnene til Strang et al (2015). I forskningen sammenlignet de 6 randomiserte kontrollerte studier for å undersøke hvilken grad bruk av illegalt heroin blir redusert ved inntak i HAB og i kontrollgrupper som bruker metadon. De konkluderer med at deltakerne i HAB reduserer bruk av illegalt heroin i større grad enn kontrollgruppene.

### 5.3 Risiko ved injeksjonsbehandling

Waal et al utdyper at HAB bygger på daglige injeksjoner under observasjon med sterilt utstyr og farmasøytisk produsert heroin. Likevel vil flere daglige injeksjon kunne medføre komplikasjoner i form av overdoser, nedsatt kognisjon og ulike komplikasjoner knyttet til injeksjonene (2017, s. 7). Det er ikke sikre holdepunkter for at HAB reduserer dødeligheten i målgruppen, og det er ikke holdepunkter for at HAB påvirker overdosedødeligheten i et land (Waal, 2017, s. 20).

Strang et al viser til at flere av studiene har rapportert tilfeller av plutselig oppstått respirasjonssvikt, rundt 1 av hver 6000 injeksjon, hos brukere som får injiserbart diamorfin (heroin). Dette produserer klinisk kritiske hendelser, men alle har blitt håndtert på en trygg måte med gjenopplivningstiltak. Det understrekes at det er mindre fare for overdoser ved å innta medisinsk heroin enn ved å injisere gateheroin. Uansett krever dette spesiell oppmerksomhet og understreker viktigheten av overvåking av injeksjon av kvalifisert personale (Strang et al, 2015, s. 12).

#### 5.4 Livskvalitet

Blanken et al (2010, s. 135) har gjennomført kvalitative intervjuer med pasienter i HAB i Nederland. I intervjuene kommer det fram at selv om ikke alle er like fornøyde med kvaliteten på den medisinske heroinen, så opplever alle det som en trygghet å vite at de får heroin hver dag. Som et resultat av det, kunne pasientene endelig bruke pengene sine på varer og aktiviteter, og avogtil illegale rusmidler. Den sikre tilgjengeligheten av heroin, i kombinasjon med et strengt behandlingsforløp gjorde det mulig for mange pasienter å redusere eller kutte ut sine kriminelle aktiviteter, særlig knyttet til salg av rusmidler, stjeling og prostitusjon, og dermed forbedre dagliglivets struktur.

I Sundhedsstyrelsens evaluering av behandlingen (2020, s. 60) har de ved hjelp av spørreskjema målt livskvaliteten til pasientene i HAB i perioden 2013 - 2018. Data fra evalueringen konkluderer med at for de pasientene som har inngått i lengre heroinassistert behandling, skjer det en signifikant forbedring av deres selvverderte helse på 6 av 8 parameter. Pasientene hadde ved oppfølgingen mer energi, mindre fysisk smerte, bedre sosial funksjon, bedre psykisk helse og psykiske og fysiske begrensninger var forbedret.

#### **SF-36 score for personer i længerevarende heroinbehandling hhv. ved indskrivning og opfølgning, 2013-2018**

|  | Ved indskrivning | Ved opfølgning |
|--|------------------|----------------|
| <b>Fysisk funktion</b>                 | 0,84             | 0,81           |
| <b>Fysisk betingede begrensninger</b>  | 0,54             | 0,73           |
| <b>Fysisk smerte</b>                   | 0,62             | 0,66           |
| <b>Alment helbred</b>                  | 0,55             | 0,53           |
| <b>Energi</b>                          | 0,38             | 0,42           |
| <b>Social funktion</b>                 | 0,55             | 0,62           |
| <b>Psykisk betingede begrensninger</b> | 0,41             | 0,55           |
| <b>Psykisk velbefindende</b>           | 0,51             | 0,57           |

(Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2020)

Waal et al (2017) konkluderer med at det kan se ut til at sosial funksjon stabiliserer seg og gir tendens til bedring i HAB sammenlignet med en middels høyt dosert metadonbehandling,

men dette gjelder i første rekke pasienter som ikke har for store problemer og bare i de HAB sentrene som har særlig ressursrik bemanning. Med to ganger daglig fremmøte i et senter bemannet med helsepersonell, følger mulighet til å bedre sosial situasjon og helseproblemer (Waal et al, 2017, s. 18)

## 6.0 Drøfting

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke muligheter og utfordringer som kan være knyttet til heroinassistert behandling som skadereduserende tiltak for mennesker med opioiddominert ruslidelse. Funnene fra forskningsartiklene og rapportene viser at heroinassistert behandling fører til nedgang i bruk av illegalt heroin, reduksjon i kriminalitet og kan føre til bedre livskvalitet for brukerne. Videre i oppgaven vil jeg drøfte funnene fra ulike sider i lys av konflikteoretisk perspektiv og konsekvensetisk perspektiv.

## 6.1 Muligheter og utfordringer ved HAB i et konflikteoretisk perspektiv

### 6.1.1 Livskvalitet hos brukerne

Innføring av HAB ser ut til å påvirke livskvaliteten til brukerne. Behandlingen kan skape muligheter og legge til rette for å bedre livskvaliteten til pasienten, men funnene fra litteraturstudien viser at behandlingen også har ulemper.

En mulighet som Eide et al peker på er at pasientene i HAB skal kunne distansere seg fra de eksisterende rusmiljøene og de sosiale nettverkene de tidligere har vært en del av, ettersom at behovet for å kjøpe illegal heroin elimineres. Siden pasientene er i kontakt med HAB-klinikken flere ganger daglig, åpnes det opp for muligheter å gjøre pasientene i stand til å bygge opp nye nettverk og unngå isolering. Pasientene kan få mulighet til å delta i sosiale aktiviteter i klinikkens åpningstider eller når den er stengt imellom doseringstidspunktene. Pasientene kan også få tilbud om å lære om praktisk ernæringskunnskap og tilberedning av næringsrik mat, jobbtrening og botrening, avhengig av hva som er aktuelt for hver enkelt (2019, s. 37).

Dette vil jeg koble til helhetstankegangen i sosialt arbeid. I FOs yrkesetiske grunnlagsdokument tydeliggjøres det at det er mange aspekter ved menneskers liv som har betydning for velferden, og at individ og samfunn påvirker hverandre. Som profesjonsutøver skal man legge vekt på en helhetlig tilnærming til mennesker som har behov for sammensatte og tverrfaglige tjenester (FO, 2015, s. 5), og at dette er viktig for å kunne forbedre livssituasjonen til brukerne.

Et annet viktig aspekt ved livskvalitet er hvordan brukerne selv opplever heroinassistert behandling. Blanken et al forklarer at før brukerne ble med i HAB brukte de hver dag på å bekymre seg for hvordan de skulle finansiere heroinbruken sin. Etter de ble med i HAB forsvant det daglige stresset og bekymringene knyttet til økonomi (2010, s. 133). En informant i Nederland forteller om å endelig ha mulighet til å bruke penger på bøker og klær istedenfor heroin (Blanken et al, 2010, s. 133). For noen kan det oppleves godt å ha et strukturert opplegg å gå til. En bruker fra Danmark beskriver at kravet om frammøte på klinikken er med på å skape en hverdag.

*”Det er nok første gang i mit liv, at jeg står op hver morgen. Spiser morgenmad og skal noget i løbet af dagen. Jeg er jo blevet helt normal, ligesom jer andre”.*

(Johansen, 2013 s. 98)

Flaathe forklarer at substitusjonsbehandling kan forstås som frihet fra jaget etter rusmidler (2015, s. 41). Dermed kan HAB være en mulighet til å redusere den enorme stressbelastningen pasientene opplever i forhold til å jage etter neste dose, de får mer stabil økonomi og at disse faktorene dermed kan gi bedre livskvalitet. Som nevnt tidligere er det flere psykologiske faktorer som er av fundamental betydning om vi skal oppnå god sosial tilpasning, livskvalitet og psykisk helse (Helgesen, 2017, s. 83).

For å knytte begrepet livskvalitet til Maslows behovspyramide, tenker jeg at ved å inngå i HAB får rusavhengige dekket grunnleggende fysiologiske behov. Når brukerne ikke trenger å stresse for å dekke grunnleggende behov, kan det tenkes at muligheten til å selvrealisere og utvikle andre ressurser og egenskaper hos seg selv åpnes opp. Etter prosjektets oppstart i Oslo 2022 er det allerede tre brukere som har søkt seg inn på arbeidstiltak for å ha noe å gjøre på dagtid (Linstad, 2022).

### 6.1.2 Stigma

Som nevnt tidligere i studien er rusavhengige en stigmatisert gruppe mennesker med lav sosial status og dårlige kår. De har ofte store psykososiale utfordringer og sliter ofte med psykiske utfordringer (Pedersen, 2015, s. 138). Ved å innføre behandlingen er det mulig at den kan bidra til å minimere stigma rundt målgruppen, og dermed bidra til økt livskvalitet. Når et illegalt stoff blir definert som medisin, fjernes det kriminelle aspektet ved rusbruken. Morten Sommerbakk (leder for «Foreningen for Human Narkotikapolitikk» Vestland, personlig kommunikasjon, 06.05.22) fikk spørsmål om hvilke muligheter som han særlig tenkte er knyttet til HAB som skadereduserende tiltak for opioidavhengige, og nevner blant annet at:

*«ved å innføre behandlingen, tenker jeg at man får vekk en del av stigmaet knyttet til opioidavhengighet. Fordi personen er ikke lenger bare en «junkie», men en pasient som får medisin av legen sin. Du er heller ikke kriminell, eller stemples som kriminell fordi du bruker heroin».*

I lys av konflikteoretisk perspektiv kan det argumenteres for at ved å innføre HAB vil det være med å styrke mobilisering av makt og handlekraft til denne målgruppen, og dermed endre på de problemskapende forholdene de berørte lever under (Hutchinson & Olstedal, 2017, s. 84). Pasientene slipper å finansiere rusbruket sitt gjennom kriminell virksomhet, de kan få mulighet til å få sosialfaglig oppfølging og hjelp og veiledning til å redusere sosiale problemer. Det kan også tenkes at denne gruppen vil oppleve at det negative stigmaet rundt de vil fjernes, og at avhengigheten fremover kan defineres som en «diagnose» istedenfor å stemples som en «junkie». Makten som velferdsstaten har til å endre på de problemskapende forholdene brukerne lever under kan dermed være en særlig mulighet ved behandlingen. Da spesielt knyttet til å dekke rusavhengiges fundamentale behov for tilgang til medisinsk heroin, og den stressreduksjonen det medfører for pasienten (Johansen, 2013, s. 193). Velferdsstatens makt kan dermed åpne opp muligheter for at pasientene kan utvikle og forbedre livssituasjonen sin.



### 6.1.3 På velferdsstatens premisser

Det kan argumenteres for at det er en ulempe at pasientene ved å inngå i HAB underlegger seg er relativt strengt regime. Det vil være oppmøteplikt to ganger daglig, 365 dager i året. HAB målrettes mot en gruppe som er svært vanskeligstilt og sårbar både medisinsk og sosialt sett: enkeltpersoner som er avhengige av et illegalt stoff som de skaffer og må innta flere ganger om dagen, og som ikke har oppnådd god nok effekt i dagens eksisterende behandlingssystem (Eide et al, 2019, s. 58). Dermed blir den legitime maktbruken i behandlingen svært tydelig, og pasientene befinner seg i en maktesløs posisjon og må innfinne seg i strukturer og regler for å få medisinen sin. Pasienten står dermed i et avhengighetsforhold til velferdsstaten, uten særlige reelle muligheter til å påvirke situasjonen de befinner seg i.

### 6.1.4 Velferdsstaten som maktutøver

Velferdsstaten kan sies å være utøver av det som kalles legitim makt. Legitim maktbruk innebærer at den som utsettes for andres makt, aksepterer dette som riktig (Schiefløe, 2019, s. 212). Et grunnleggende poeng hos Foucault er at «*makt og kunnskap er uadskillelig vevd sammen*» (Foucault, 1980, 1999, referert i Askheim, 2012, s. 86). Moderne maktutøvelse baseres på gyldige og anerkjente kunnskaper hentet fra vitenskapen som den rådende kulturen definerer som riktig. Foucaults maktforståelse tar utgangspunkt i at maktutøvelsen i moderne samfunn skjer gjennom påvirkning av formelt frie individer, og at makten ønsker å bringe fram bestemte oppfatninger og kapasiteter hos individet. Det er dette som kalles produktiv makt, som har som hensikt å få mennesker til å oppføre seg på bestemte måter (Askheim, 2012, s. 85).

Ved å innføre HAB kan det drøftes i lys av Foucaults maktforståelse om behandlingen er en måte å utøve produktiv makt. Målgruppen for HAB har som nevnt en rekke psykososiale utfordringer, og medfører ulike belastninger for samfunnet. Det kan derfor være i samfunnets interesse å «disiplinere» denne gruppen ved hjelp av HAB. Videre kan det forstås som vanskelig å skulle utfordre den legitime makten velferdsstaten innehar, spesielt knyttet til at valgene som besluttes kan argumenteres for å være forankret i vitenskap og rådende diskurser på feltet. Utfordringen kan derfor knyttes til at brukerne av HAB står i en avmaktsposisjon. De har ikke et reelt alternativ og ingen forhandlingsmuligheter. Pasientene

må ta det de får på bakgrunn av sin sosiale status i samfunnet. Sosial status handler om prestisje, beundring, respekt, ære og privilegier, og er noe en tildeles av andre medlemmer i samfunnet på grunnlag av ulike typer kriterier (Schiefløe, 2019, s. 246).

Ved å være opioidavhengig befinner man seg i en marginalisert posisjon i samfunnet. På den andre siden kan det drøftes hva alternativet ville vært. Livet som opioidavhengig er som nevnt tidligere preget av stress, kriminalitet, dårligere helse, svak økonomi etc. Alternativet blir eventuelt å søke seg tilbake til ordinær LAR, eller gå tilbake til å skaffe heroin på det ulovlige markedet.

### 6.1.5 Kontroll og krav

Det strenge regimet kan sees på som en positiv side ved behandlingen, at det gir de ansatte mulighet til å følge opp pasientene bedre. Til tross for dette er det ikke alle pasientene som var tilfreds med det. I Johansen sin studie (2013, s. 95-99) kommer det fram at noen pasienter føler at personalet observerer og overvåker dem. Det handler for eksempel om å kontrollere at pasientene ikke er ruset før de får heroininjeksjonen, eller at stoffet smugles ut av klinikken. Med dette som bakgrunn tenker jeg at den utøvende kontrollen i behandlingen kan være medvirkende til å opprettholde en følelse av stigma. Pasientene får bekreftet at de fremdeles er avvikende, og må passes på at de ikke gjør noe galt. I Johansen sin studie (2013, s. 97) forteller en bruker i metadonbehandling at den strenge kontrollen er grunnen til at han ikke selv er med i heroinbehandlingen.

Tina, som er dansk og får heroinbehandling, fortalte at hun opplever oppmøteplikten i heroinbehandlingen som hemmende for hennes muligheter til å leve et aktivt og sosialt liv. (Flaathe, 2015, s. 48).

*«Det er ikke noe særlig tid til fritidsaktiviteter. Dagene blir like. Man går dit og får heroin, hjem og spiser frokost og så drar man tilbake igjen. Det er ikke så mye fritid. Dagene blir monotone» Tina, Danmark.*

Smart & Reuter (2020, s. 527) finner i sin studie at det strenge behandlingsopplegget og oppmøteplikten kan være et hinder for arbeidsmulighetene til pasientene i HAB. Dette samsvarer med Johansen (2013, s. 135) sine funn. I Danmark hadde brukerne et ønske om å

komme i gang med ordinært arbeid, men det var vanskelig for dem å forene arbeidsforhold med kravet om to ganger daglig oppmøte på heroinklinikkene.

Forskning fra Danmark viser frafall i behandling. Totalt 257 av 573 pasienter er skrevet ut fra HAB siden ordningen startet i 2010. 45.5% av utskrivelsene handler om overgang til døgnbehandling eller til ordinær substitusjonsbehandling. Sundhedsstyrelsen forklarer at det krever store ressurser hos den enkelte pasient å være med i HAB, knyttet til oppmøteplikt, kontroll og tilstedeværelse i klinikken og at dette kan være medvirkende årsak til at pasienter ønsker seg tilbake til ordinær substitusjonsbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2020, s. 27).

## 6.2 Muligheter og utfordringer med HAB i et konsekvensetisk perspektiv

### 6.2.1 Velferdsstaten som distributør av lovlig «narkotika»

Ulike studier og evalueringer (Strang et al 2015, Smart & Reuter 2020, Johansen 2013, Sundhedsstyrelsen 2020) konkluderer med at det er en tydelig nedgang når det gjelder bruk av illegalt heroin og kriminell aktivitet etter oppstart av behandlingen. Ved å gi ut medisinsk heroin, tenker jeg at det kan føre til at det blir mindre attraktivt å selge illegalt heroin, og at dette resulterer i mindre etterspørsel på gaten. Med dette som bakgrunn kan det diskuteres om velferdsstaten kan profittere på å overta deler av markedet, og drøfte det opp imot konsekvensetikk.

Et sosialfaglig argument er at innføring av behandlingen kan være fornuftig i et samfunnsperspektiv. Her vil jeg spesielt trekke fram det økonomiske aspektet ved behandlingen. Waal et al (2017, s. 16) anslår at hver pasient i HAB vil koste 630 kr dagen, og HAB er derfor en dyr behandlingsform. Argumentet om at behandlingen er kostnadseffektiv handler først og fremst om samfunnsutgiftene som pasientene påfører samfunnet reduseres i den grad at HAB vil lønne seg økonomisk. Det gjelder i særskilt grad samfunnsøkonomiske kostnader i forhold til kriminalitet, fengselsdommer og helsehjelp (Strang et al, 2015, s. 12). Slik jeg forstår det, kan innføringen av HAB dermed bidra til å skape et tryggere samfunn for

befolkningen, hvis man tenker på at det vil bli mindre salg av illegal heroin og at målgruppen slipper å finansiere rusavhengigheten gjennom kriminell virksomhet.

En annen mulighet ved behandlingen er at den kan skape trygghet og forutsigbarhet for pasientene. En positiv konsekvens av behandlingen vil være at pasientene vet at stoffet er rent og kvalitetssikret, og at stoffet inntas under oppsyn av kvalifisert helsepersonell. Selv om Waal et al (2017) ikke kunne konkludere med at HAB gir reduksjon i mortalitet eller overdoser for målgruppen, viser Strang et al (2015) at det er tryggere å innta medisinsk heroin under oppsyn. Uansett viser dette at behandlingen kan være et skadereduserende tiltak for opioidavhengige, da spesielt knyttet til muligheten for medisinsk helsehjelp ved overdoser på klinikken. Dette samsvarer med Sommerbakk sine tanker. På spørsmål om hvilke muligheter han tenker er særlig knyttet til heroinassistert behandling som skadereduserende tiltak for opioidavhengige, svarte Sommerbakk (leder FHN Vestland, personlig kommunikasjon, 06.05.22) at:

*«Heroinen er framstilt på en medisinsk lab og er kvalitetssikret. Stoffet du får er rent og det er ikke gift i det. Dette kan føre til en reduksjon på somatiske lidelser, på abscesser og sår pga urent stoff. Og så er det jo at du sitter under overvåkning, og det vil redusere overdosefaren».*

### 6.2.2 Medansvarlig for opprettholdelse av rusavhengighet

Allerede i 2011 (Norges forskningsråd, s. 24) diskutertes det om HAB kan bli en medisinsk del av et totalt forbruk, og at risikoen for sidemisbruk er til stedet. Dette bekreftes i Johansen sin studie. Der kommer det fram at en del av brukerne fremdeles har et forbruk av illegale stoffer ved siden av heroinbehandlingen. For noen brukere handler det om at de fremdeles er avhengig av andre stoffer, som kokain eller benzodiazepiner, men for andre handlet det om å påvirke heroinens effekt innimellom. Til tross for dette rapporteres det allikevel om at alle brukerne har redusert sidemisbruket sitt i forhold til hvordan det var før de begynte på behandlingen (Johansen, 2013, s. 105).

På spørsmål om hvilke utfordringer som er særlig knyttet til heroinassistert behandling, trekker Sommerbakk (leder FHN Vestland, personlig kommunikasjon, 06.05.22) fram:

*«faren for sidemisbruk og at brukerne har mye ledig tid imellom injeksjonene sine. Det blir en utfordring å skulle aktivisere pasientene og sørge for at de ikke blir hengende på «korskirken» i tiden mellom dosene».*

Det kan også være relevant å trekke fram doseringsplanen. Det legges opp til to brukerdoser med heroin hver dag som pasienten må innta på klinikken, og en langtidsvirkende agonist (metadon eller langtidsvirkende morfin) som en overgangsdose/nattdose mellom dagens siste dose og den neste dosen påfølgende dag som pasienten kan ta med seg hjem (Eide et al, 2019, s. 30). Som nevnt er HAB for mennesker som ikke har hatt nytte av ordinær substitusjonsbehandling tidligere. Det kan derfor argumenteres for at det kan være en risiko for at preparater de ikke har hatt nytte av tidligere ikke er tilstrekkelig som en overgangsdose. Derfor kan det være en fare for at agonisten blir solgt på det illegale markedet i bytte mot gateheroin.

### 6.2.3 Muligheter og utfordringer ved HAB som skadereduserende tiltak.

På den ene siden kan det se ut til at behandlingen vil føre til positive utfall, både for samfunnet og brukerne i behandlingen. Litteraturstudien har pekt på at behandlingen fører til at brukerne ikke trenger å kjøpe illegalt heroin, eller begå kriminelle lovbrudd for å finansiere rusavhengigheten sin. Dette resulterer i positive ringvirkninger for samfunnet, da spesielt knyttet til besparelser i forhold til ressurser og utgifter innenfor helsesektoren, politi og rettsvesen (Strang et al, 2015). Videre viser forskningen at brukerne opplever bedre livskvalitet på ulike livsområder, og at den sosialfaglige oppfølgingen gir muligheter til å tilpasse behandlingen til hver enkelt bruker. Ved at brukerne følger behandlingsopplegget, åpnes det opp muligheter for å sette inn ulike livsmestringstiltak eller gi sosialfaglig oppfølging i forhold til bolig, økonomi, fritidsaktiviteter og arbeid. Det er også viktig å trekke fram effekten behandlingen kan ha i forhold til stigma rundt opioidavhengighet. Ved å «legalisere» heroin, vil kanskje det kriminelle stigmaet brukerne kjenner på reduseres som en følgekonsklusjon.

På den andre siden er det en etisk utfordring at velferdsstaten opprettholder og er medansvarlig for rusavhengighet (Norsk forskningsråd, 2011, s.24). Som nevnt tidligere er ikke HAB en kurativ behandling, og ingen blir mindre avhengig. Faren for at pasientene bruker illegale stoffer ved siden av behandlingen er til stede, og at HAB blir en medisinsk del av et totalt forbruk. I forskningen til Johansen (2013, s. 110) forteller enkelte brukere at heroinen de får på klinikken ikke er i nærheten av så god kvalitet i forhold til god gateheroin.

Denne holdningen går igjen i Blanken et al (2010, s. 133) sin artikkel. Satt på spissen, kan det sies at velferdsstaten blir medskyldig i å distribuere rusmidler til mennesker utenfor behandlingen om agonisten selges illegalt, og på den måten i å skape og rekruttere nye rusavhengige utenfor behandlingssystemet. På den andre siden vil det gjerne være mindre illegalt salg ved å innføre HAB enn om pasientene hadde vært i ordinær LAR.

## 7.0 Oppsummering og implikasjoner for praksisutøving

### 7.1 Oppsummering av konklusjoner

Litteraturstudien har tatt sikte på å besvare hvilke muligheter og utfordringer som kan være knyttet til HAB som skadereduserende tiltak for mennesker med opioiddominert ruslidelse. Studien viser at HAB kan føre til reduksjon i bruk av illegalt heroin og at det blir reduksjon i kriminalitet. Funnene tilsier at pasientene selv opplever stressreduksjon i forbindelse med at de er sikret heroin daglig, og at livskvaliteten oppleves som forbedret etter oppstart i behandlingen. Avslutningsvis kan det tyde på at det vil være en reduksjon når det gjelder somatiske lidelser knyttet til injiserende rusbruk.

Til tross for mulighetene, viser litteraturstudien at HAB kan medføre ulike utfordringer. Dette knyttes spesielt opp imot makten som utøves i behandlingen, særlig at oppmøteplikten kan være et hinder for sosiale aktiviteter eller arbeidsforhold. Videre er en særlig utfordring at faren for sidemisbruk er til stedet, og at HAB kan bli en medisinsk del av et totalt forbruk. HAB er ikke en kurativ behandlingsform med sikte på at pasientene skal bli rusfri, og i lys av konsekvensetikk kan det sies at HAB er medansvarlig for å opprettholde rusavhengighet.

Samlet sett kan det se ut til at mulighetene med HAB gir større gevinst for både brukeren og samfunnet, til tross for utfordringene som er blitt belyst i litteraturstudien. Hvordan behandlingen oppleves subjektivt vil variere fra person til person, og det er tross alt frivillig å delta i HAB.

## 7.2 Implikasjoner for praksis

- Siden forskningen er basert på data fra andre nordiske land, er det fremdeles usikkert hvordan brukerne i Norge vil oppleve HAB, og hvilke ringvirkninger behandlingen vil få i en norsk kontekst.
- Noen av forskningsartiklene er av eldre dato, særlig de som tar for seg brukerens opplevelse av behandlingen.
- Bacheloroppgaven er gjennomført som en litteraturstudie, som medfører at funnene er basert på andre forskere sitt verk.

## 8.0 Litteraturliste

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in Health and Social Care. A practical guide*. (Fourth edition). McGraw-Hill Education: Open University Press.
- Blanken, van den Brink, W., Hendriks, V. M., Huijsman, I. A., Klous, M. G., Rook, E. J., Wakelin, J. S., Barendrecht, C., Beijnen, J. H., & van Ree, J. M. (2010). *Heroin-assisted treatment in the Netherlands: History, findings, and international context*. *European Neuropsychopharmacology*, 20(Suppl. 2), S105–S158.  
[https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(10\)70001-8](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(10)70001-8)
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Gyldendal Akademisk.
- Eide, S. B. & Skorstad, B. (2013). *Etikk- til refleksjon og handling i sosialt arbeid*. (3. utg). Gyldendal Akademisk.
- Eide, D., Muller, A., Bukten, A., Clausen, T. (2019) *Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling*. SERAF- Senter for rus- og avhengighetsforskning. [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)



- Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B., & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I Ellingsen, I. T., Levin, I., Berg, B., & Kleppe, L. C. (red.). *Sosialt arbeid, en grunnbok* (s. 20-35). Universitetsforlaget.
- FHI (2018.18.09). *Behandling for rusmiddelproblemer- en kortfattet historisk oversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-rusmiddelproblemer--en-kortfattet-historisk-oversikt/>
- FHI (2016.22.06). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psyiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Flaathe, A., F. (2015). *Når livet blir noe mer enn den neste dosen: en oppgave om rusavhengiges opplevelse av livskvalitet knyttet til substitusjon- og heroinbehandling i Norge og Danmark*. [Masteroppgave: Høgskolen i Oslo og Akershus]. Fakultet for samfunnsfag. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/2761/Flaathe.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- FO. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Fellesorganisasjonen. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster Inc.
- Haugsgjerd, S. (2017.09.10). *Heroin er for dyrt*. *Subjekt*. <https://subjekt.no/2017/10/09/heroin-er-dyrt/>
- Helgesen, L. A. (2017). *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. (3. utg). Cappelen Damm Akademisk.

- Helse Bergen (u.å). *Heroinassistert behandling*. <https://helse-bergen.no/avdelinger/rusmedisin/rusmedisin-lar/rusmedisin-heroinassistert-behandling#forskning>
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer*. Universitetsforlaget.
- Johansen, C., S. (2013). *HEROINBEHANDLING I DANMARK - en undersøgelse af brugere og behandling*. <https://viden.kabs.dk/wp-content/uploads/2018/05/kabs-heroinbehandling-dk-elektronisk-5.pdf>
- LAR- forskriften. (2009). *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering*. Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2009-12-18-1641>
- Linstad, A. (2022.18.04). *Mange har brukt ordet magisk*. VårtOslo. [https://vartoslo.no/akershus-universitetssykehus-arild-knutsen-bydel-alna/mange-har-brukt-ordet-magisk-sier-fhn-leder-arild-knutsen-om-heroinbehandling-ved-ullevaal-sykehus/369425?fbclid=IwAR1wp04-bTU8zCGYlyLWHLLeZ686dwa\\_iYORHI9w2bdKXqfQ4LmWlRir0UmY](https://vartoslo.no/akershus-universitetssykehus-arild-knutsen-bydel-alna/mange-har-brukt-ordet-magisk-sier-fhn-leder-arild-knutsen-om-heroinbehandling-ved-ullevaal-sykehus/369425?fbclid=IwAR1wp04-bTU8zCGYlyLWHLLeZ686dwa_iYORHI9w2bdKXqfQ4LmWlRir0UmY)
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg). Universitetsforlaget.
- Norges forskningsråd (2011, 08). *Heroinassistert behandling. Rapport fra konsensuskonferansen*. <file:///C:/Users/louis/Downloads/p5nfd33uu6mqkjs3bmjy.pdf>
- Pedersen, W. (2015). *Bittersøtt. Nye perspektiver på rus og rusmidler*. Universitetsforlaget.
- Rusinfo (u.å). *Heroin og opioider*. <https://rusinfo-1a5ea.kxcdn.com/wp-content/uploads/2019/08/Heroin-web.pdf>
- Schiefloe, P. M. (2019). *Mennesker og samfunn. En innføring i sosiologisk forståelse* (3. utg). Fagbokforlaget.

- Smart, R & Reuter, P. (2020). *Does heroin-assisted treatment reduce crime? A review of randomized-controlled trials*. <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1111/add.15601>
  
- Strang, J., Groshkova, T., Uchtenhagen, A., van den Brink, W., Haasen, C., Schechter, M. T., Metrebian, N. (2015). *Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction*. *Br J Psychiatry*, 207(1), 5-14. doi:10.1192/bjp.bp.114.149195
  
- Sundhedsstyrelsen (2020). *Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin til opioidafhængige patienter. Opgørelse over årene 2013-2020*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Heroin/Evaluering-af-ordningen-med-laegeordineret-heroin200121.ashx?la=da&hash=DF4F683A3B527295EB16D51E5F105C36AE3BB362>
  
- UIO (2020.21.09). *Heroinassistert behandling- et prøveprosjekt*. Oslo-universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/avdeling-rus-og-avhengighetsbehandling/heroinassistert-behandling>
  
- Utdanningsforskning (2016.15.04). *Fagfelleverderte artikler*. <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleverderte-artikkel/>
  
- Waal, H., Ohldieck, C., & Clausen, T. (2017). *Heroinassistert behandling: et svar på dagens utfordringer i Norge?* (SERAF rapport 1/2017). 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>
  
- Weber, M. (2000). *Makt og byråkrati*. (3. utg). Gyldendal akademisk.

