

# Rusmiddelavhengighet og levekår. En kunnskapsoppsummering.

---



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**  
**Master i Rus- og psykisk helsearbeid**  
**Masteroppgave (40 studiepoeng)**

**Student: Kari Anne Stærk**  
**Veileder: Anne Grete Jenssen (Dr. Philos)**  
**Dato: 31.08.2020**

**Antall ord: 20 219**

# Innholdsfortegnelse

---

<b>Forord</b>	<b>s. 4</b>
<b>Sammendrag</b>	s. 5
<b>1. Innledning</b>	s. 6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	s. 6
1.2 Tidligere forskning på området	s. 7
1.3 Studiens hensikt	s. 8
1.4 Problemstilling	s. 8
1.5 Avgrensninger og presiseringer	s. 9
<b>2. Teoretisk fundament</b>	s. 10
2.1. Folkehelseperspektivet	s. 10
2.2. Helhetsperspektivet	s. 11
2.2.1. ”Personen i situasjonen”	s. 11
2.2.2. Biopsykososialt perspektiv	s. 13
2.2.2.1. Det biologiske perspektivet	s. 14
2.2.2.2. Det psykologiske perspektivet	s. 15
2.2.2.3. Det sosiale perspektivet	s. 16
2.3. Rusmidler	s. 17
2.4. Rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet	s. 19
2.5. Levekår	s. 21
2.5.1. Bolig	s. 22
2.5.2. Økonomi	s. 24
2.5.3. Arbeid, utdanning og aktivitet	s. 24
2.5.4. Nettverk	s. 25
2.5.5. Fysisk og psykisk helse	s. 26
<b>3. Metode og metodiske overveielser</b>	s. 28
3.1 Valg av metode	s. 28
3.2. Scoping review	s. 29
3.2.1 Stage 1: Identifying the research question	s. 29
3.2.2. Stage 2: Identifying relevant studies	s. 29
3.2.3. Stage 3: Study selection	s. 33
3.2.4 Stage 4: Charting the data	s. 35
3.2.5 Stage 5: Collating, summarizing and reporting the results	s. 43
3.3. Metodisk overveielser	s. 43
3.4. Forforståelse	s. 43

3.5. Validitet og reliabilitet	s. 44
3.6. Forskningsetiske vurderinger	s. 44
<b>4. Resultater</b>	<b>s. 45</b>
4.1 Levekår	s. 46
4.1.1 Bolig	s. 47
4.1.2 Økonomi	s. 48
4.1.3 Arbeid, utdanning og aktivitet	s. 48
4.1.4 Nettverk	s. 49
4.1.5 Fysisk og psykisk helse	s. 50
<b>5. Diskusjon</b>	<b>s. 56</b>
5.1. Hvordan er det å leve med rusproblemer ?	s. 56
5.1.1 Bolig	s. 56
5.1.2 Økonomi	s. 58
5.1.3 Arbeid, utdanning og aktivitet	s. 59
5.1.4 Nettverk	s. 60
5.1.5 Fysisk og psykisk helse	s. 61
5.2. Hva betyr resultatene for pasienter og klinikere?	s. 64
5.3. Har vi nok forskning på området?	s. 67
<b>6. Avslutning</b>	<b>s. 69</b>
<b>Referanser</b>	<b>s. 70</b>
<b>Referanser til artiklene i tabell 4</b>	<b>s. 75</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>s. 78</b>

## Forord

Det å skrive masteroppgave har vært en krevende og til tider meget frustrerende prosess. Samtidig har det vært lærerikt. Jeg har fått muligheten til å fordype meg i et tema som jeg synes er veldig spennende. Det har gitt meg ny kunnskap som jeg kan ta med meg videre.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder, Anne Grete Jenssen, som har gitt meg god og rask tilbakemelding. Takk for at du har gitt meg god støtte i prosessen og motivert meg til å klare å fullføre masteroppgaven.

Jeg vil også takke familie og venner for forståelse og støtte i denne krevende prosessen.

# Sammendrag

---

Formålet med studien var å få en oversikt over hvilken kunnskap som finnes om personer med rusmiddelavhengighet vedrørende bolig, økonomi, arbeid/aktivitet, nettverk, psykisk- og fysiske helse. Bakgrunnen for studien var mitt arbeid på Gatejuristen og NAV hvor jeg har opplevd at rusmiddelavhengige har dårlige levekår. Det har også vært en del saker i media som omtaler situasjonen til personer som lider av rusmiddelavhengighet. Jeg var interessert i hvilken grad det forelå forskning om hvordan forholdene til rusmiddelavhengige faktisk var i forhold til de nevnte levekårsområdene. Metoden som ble anvendt var scoping review (kunnskapsoppsummering). Det var 16 artikler som ble identifisert og analysert. Funnene viser at det å leve med rusmiddelavhengighet innebærer en rekke utfordringer knyttet til bolig, økonomi, arbeid/aktivitet, nettverk, psykisk og fysisk helse. Studien indikerer at det å leve med rusmiddelavhengighet kan føre til dårlige levekår på flere områder og at de ulike levekårsområdene påvirker hverandre. Det er derfor viktig at man ser på deres situasjon med et helhetsperspektiv. Denne gruppen har et stort behov for helhetlige og koordinerte tjenester.

# 1. Innledning

---

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Blant de mest vanskeligstilte i Norge er tungt belastede rusmiddelavhengige. Disse kjennetegnes blant annet ved vansker i forhold til bolig, arbeid og utdanning (Dyb og Johannessen, 2010, s. 23). Gatejuristen er en frivillig organisasjon som gir gratis rettshjelp til personer som har eller har hatt et rusmiddelproblem. I mitt arbeid på Gatejuristen har jeg opplevd at rusmiddelavhengige er dårlig stilt i forhold til bl.a. bolig, økonomi, arbeid, nettverk og helse. Dette er også erfaringene jeg sitter igjen med etter å ha arbeidet seks år i NAV.

Media har de siste årene omtalt flere saker som beskriver situasjonen til personer som lider av rusmiddelavhengighet, bl.a. saken om Siw. Her blir det fortalt om en kaotisk hverdag, både i forhold til bolig, økonomi, nettverk, arbeid og helse (Bjørnå, Ergo og Minge, 2019). Det fortelles blant annet om flere tvangsinnleggelses, vrangforestillinger, flere flyttinger, opphold på hospits og problemer med økonomi. Media har også dekket en annen historie om en mann som bodde i et døgnbemannet bofelleskap. Da de ansatte låste seg inn i leiligheten befant de seg ”i en eim av avføring, urin, oppkast, gammel tobakksrøyk, råtnende væsker, muggen mat og noe ubestemmelig og harskt. De ville bare ut igjen” (Ergo, 2017). I en annen artikkel er det skrevet om flere historier om dårlige boforhold til personer som sliter med rusmiddelmissbruk (Bjørnå og Ergo, 2019). Her nevnes det blant annet at flere blir tildelt kommunal bolig, men at til tross for dette lever de fleste ”forferdelige liv”. Dette er historier som er gjenkjennelige. Min erfaring er at flere personer med rusproblemer har problemer på en rekke levekårsområder, og kanskje spesielt i forhold til bolig og boevne.

Et av satsningsområdene for regjeringen er rus- og psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016 s. 5). Rusmiddelavhengige har ofte behov for tjenester og hjelp fra ulike instanser i både spesialisthelsetjenesten og kommunen fordi de har svært sammensatte problemer. Personer med rusproblematikk får ofte hjelp knyttet til sitt rusproblem, mens andre behov ikke blir dekket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016 s. 20). Ansatte innen rusfeltet har gjennomgående god og relevant utdanning.

Regjeringens mål er å videreutvikle og styrke denne kompetanse, men det er fortsatt behov for mer kunnskap om rusproblematikk hos ansatte som arbeider innen rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016 s. 20). Det er en særlig utfordring å etablere en helhetlig helse- og omsorgstjeneste som fanger opp sammensatte lidelser på tvers av fagområdet og å styrke kompetansen om samtidige rusproblemer, psykiske lidelser og somatiske helseproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016 s. 20).

En annen utfordring er at det er mangel på basiskunnskap både om rus- og avhengighetsproblematikk og hyppig forekommende tilleggsproblematikk hos rusmiddelavhengig blant mange ansatte i helse-, omsorg- og velferdstjenestene. Det vil si at det er behov for å innrette dagens og fremtidige kompetansetiltak slik at de i større grad bidrar til økt kompetanse i helse-, omsorgs- og velferdstjenesten om rus- og avhengighetsproblematikk. Dette vil bidra til bedre tjenester gjennom bedre kartlegginger og vurderinger av brukernes behov. Derfor har regjeringen et mål om å styrke kompetansen i alle sektorer innenfor rus- og avhengighetsproblematikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016 s. 20).

Helse- og omsorgstjenester skal møte rusproblemer med tidlig innsats, riktig behandling og god oppfølging. Dette er en del av et bredt folkehelsearbeid som regjeringens rusmiddelpolitikk er forankret i. Det er et behov for å sette den enkeltes helse- og omsorgstjenester i sammenheng med arbeid, barnevern, utdanning, bolig, skole, økonomi og andre sosiale forhold og levekår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016 s. 27).

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) beskriver at det er behov for mer kunnskap om rus- og avhengighetsproblematikk. I denne studien ønsker jeg imidlertid å finne ut hvilken kunnskap som allerede er publisert på feltet.

## **1.2. Tidligere forskning på området**

Jeg har valgt kunnskapsoppsummering som metode. Dette betyr at studien fokuserer på tidligere forskning. Jeg har derfor valgt å søke etter tidligere kunnskapsoppsummeringer i denne delen. For å søke etter tidligere kunnskapsoppsummering søkte jeg i Oria på Rus\* og levekår\*. Jeg begrenset søket til de 10 siste årene. Da fikk jeg 156 treff. 1 av disse treffene ble ansett som relevant.

Funnet som ble ansett som relevant var Temahefte brukerplan 2015 (Nesvåg, Lie, Håland og Stevenson, 2016). Brukerplan er et verktøy for kommunen. Det bidrar til å kartlegge omfanget av tjenestemottakere med rusproblem og/eller med psykiske helseproblemer. I denne rapporten er fokuserte på levekårsområdene ”bosituasjon” og ”arbeid, aktiviteter og utdanning”.

Jeg søkte også etter ”rus\*” og ”livskvalitet” i Oria. Her fikk jeg 106 treff. Ingen av disse var relevant. Jeg forsøkte å finne rapportert om rus og levekår ved å søke i google scholar. Jeg fant en rapportert om rus og bolig som er skrevet av Dyb og Holm (2015). De kartlegger bosituasjonen til personer med rusproblemer. Formålet var å se på bosituasjonen blant brukere av lavterskeltilbud for rusmiddelavhengige ved avsluttet behandling i tverrfaglig spesialisert behandling, samt å se på hvordan kommunene håndterte denne gruppens boligsituasjon. Metode var en kvantitativ kartlegging og casestudier basert på kvalitative metoder. Resultatene viser at blant pasientene i tverrfaglig spesialisert behandling har 60 % bolig, men 40 % er bostedsløse. Blant brukerne av lavterskeltilbud har halvparten egen bolig eller leier bolig, mens den andre halvparten er bostedsløse.

Jeg har ikke lyktes å finne en kunnskapsoppsummering rettet mot rus og levekår. Dette kan tyde på at det er behov for en kunnskapsoppsummering.

### **1.3. Studiens formål**

Hensikten med studien er å identifisere og finne frem til forskning om hvordan personer med rusmiddelavhengighet har det vedrørende bolig, økonomi, arbeid/aktivitet, nettverk, psykisk- og fysiske helse. En kartlegging av hvordan rusmiddelavhengige har det, kan bidra til at rusmiddelavhengige får et bedre tjenestetilbud.

### **1.4. Problemstilling**

Jeg har studert levekårsundersøkelser på Statistisk sentralbyrå. For å si noe om hvordan levekårene er, har de valgt temaene: livskvalitet, helse, sosiale relasjoner, arbeidsmiljø, arbeid og utdanning, bolig og nærmiljø, fritid, trygghet, økonomiske ressurser og politiske ressurser og deltakelse. Jeg har valgt å fokusere på bolig, økonomi,



arbeid/aktivitet, nettverk, psykisk og fysisk helse. Jeg mener at disse områdene er mest relevant i forhold til å kunne svare på hvordan det er å leve med rusmiddelavhengighet.

Problemstilling:

Hvilken kunnskap har man om situasjonen til personer med rusmiddelavhengighet når det gjelder sentrale levekårsområder som bolig, økonomi, arbeid/aktivitet, nettverk, psykisk og fysisk helse?

## **1.5. Avgrensninger og presiseringer**

Innenfor gruppen rusmiddelavhengighet er det store variasjonen både i forhold til hvilket rusmiddel som blir brukt og graden av psykososiale, somatiske og psykiske problemer. Man kan dermed ikke si at rusmiddelavhengige er en ensartet gruppe. I denne studien fokuseres det på rusmiddelavhengige som er i kontakt med hjelpeapparatet. Jeg ønsker ikke å fokusere på dem som har et problem i forhold til alkohol eller andre rusmidler, men som fungerer godt i samfunnet.

Det finnes forskjellige velferdsordninger i forskjellige land og derfor ønsker jeg å avgrense studien til norske forhold. Jeg vil imidlertid ikke avgrense til artikler som er skrevet på norsk. Dersom studien er skrevet på engelsk, svensk eller dansk, men omhandler norske forhold vil den bli inkludert i studien.

## 2 Teoretisk fundament

---

I dette kapitlet presenteres teoretiske perspektiver og relevante aspekter ved rusmiddelavhengighet og levekår. Først vises det til teoretiske perspektiver. Videre blir det redegjort for hva som menes med rusmiddel, rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet. Til slutt beskrives levekår og de ulike levekårsområdene som er valgt i studien.

### 2.1. Folkehelseperspektivet

Skadene som medføres av rusmiddelavhengighet er store nok til å kalles et folkehelseproblem (Fekjær, 2016, s. 42). ”Folkehelseperspektivet omfatter interesse for befolkningen som helhet eller grupper innenfor befolkningen, snarere enn for det enkelte individ”. Det bygger på forståelsen av samfunnsrelaterte årsaker til sykdom og helseproblemer, som for eksempel skade av rusmiddelmisbruk. Det vil si at samfunnet har muligheter for, men også forplikter seg til, å begrense og forebygge forekomsten av sykdom og helseproblemer i befolkningen. Å ta sikte på å fremme helse i befolkningen eller overfor en bestemt gruppe vil si at man forebygger i et folkehelseperspektiv (Helsedirektoratet, 2018).

Tidligere var fokuset i folkehelseperspektivet en målbar virkelighet som kun kunne beskrives i absolutte termer. Nå er folkehelseperspektivet utvidet til å omfatte den enkeltes opplevelse og erfaring. Det gamle folkehelseperspektivet ble for snevert da det utelukkende fokuserte på medisinsk kunnskap. Den nye folkehelsevitenskapen ble utvidet til å fokusere på sammenhengen mellom helse, økonomiske og sosiale forhold. Sentralt i den nye folkehelsevitenskapen står livsstil, sosial støtte og helsefremming (Sagvaag og Selbekk, 2013). ”Folkehelsevitenskap skal generere og systematisere kunnskap om befolkningens helse og de faktorer som påvirker denne, foreslå tiltak for å bevare og forbedre helse, og fremfor alt fremme rettferdig og lik helse” (Sagvaag og Selbekk, 2013).

Forskningen innenfor folkehelsevitenskapen vekslet mellom teori og praksis. Den er tverrfaglig og forholder seg både til en målbar og erfaringsbasert virkelighet og begge er like nyttige. Man må forholde seg til helse både som en objektiv og en subjektiv

størrelse der helsebegrepet inkludere somatiske, psykologiske og sosiale aspekter. Man tar således utgangspunkt i en objektiv og/eller subjektiv oppfatning av virkeligheten i det sammensatte ordet ”folkehelse” (Sagvaag og Selbekk, 2013).

Folkehelseperspektivet er et overordnet perspektiv for studien. Jeg ønsker å fokusere på en gruppe innenfor befolkningen, nemlig rusmisbrukere. Mitt fokus er ikke bare på det enkelte individ, men hvordan levekårene til gruppen rusmiddelavhengige er. Hensikten med studien er å finne ut hvilke forskning som foreligger om rusmiddelavhengighet og levekår for å kunne si noe om hvordan det er å leve med rusmiddelavhengighet. Jeg har derfor valgt et helhetsperspektiv i analysen og i diskusjonen.

## **2.2. Helhetsperspektivet**

Fokuset i denne studien er å se på hva forskning kan bidra med for å se helheten til personer med rusmiddelavhengighet. Flere studier setter søkelys på ett eller flere levekårsområder, for eksempel bolig eller økonomi. I denne studien vil jeg samle de ulike studiene som setter søkelys på ett eller flere levekårsområder for å forsøke å se om det foreligger forskning om hvordan rusmiddelavhengige har det på flere områder, samt om de ulike faktorene påvirker hverandre. Innenfor hjelpeapparatet har de ulike instansene forskjellige områder som de fokuserer på. Legen fokuserer på fysiske problemer, psykologer fokuserer på psykiske problemer, mens NAV fokuserer på økonomiske utfordringer. Dermed kan helseapparatet ses på som fragmentert. Et helhetsperspektiv på situasjonen til rusmiddelavhengige kan bidra til at de får hjelp på flere områder samtidig.

### **2.2.1. ”Personen i situasjonen”**

I sosialt arbeid er et av spenningsfeltene forholdet mellom individ og samfunn. Begge er inkludert i sosialt arbeid og uttrykkes ofte som ”personen i situasjonen” (Levin, 2004, s. 15). ”Ideen med spenningsfeltet handler om at fokuset plasseres mellom de ulike dimensjonene (individet/grupper og samfunn) nettopp for å fange inn helheten” (Levin, 2004, s. 67). Det vil si at man ser personen som lider av rusmiddelavhengighet i en større kontekst. Det innebærer at det ikke er tilstrekkelig å kun fokusere på den enkeltes situasjon, man må ha fokus på samspillet mellom personen og omgivelsen. Det vil si at man har et helhetsperspektiv. Det er imidlertid to ulike oppfatninger om hvordan man

best kan ivareta helhetsperspektivet. Disse to oppfatningene stammer fra pionerne i faget, Jane Addams og Mary Ellen Richmond.

Richmond og Addams hadde et felles mål som var å bekjempe fattigdom og å kjempe for ulike former for urettferdighet og undertrykking. De hadde imidlertid ulike strategier for å nå målet. Dette gjenspeiles i deres forskjellige syn. Richmond hadde sitt fokus på individet og dets omgivelser i betydning, familie, ytre sirkel og samfunnet. Hun var opptatt av å stille en sosial diagnose og var slik sett mer knyttet til den medisinske tradisjonen. Det var personen som sto i sentrum, selv om samfunnet og omgivelsen hele tiden var til stede og dannet en ramme. Hjelpen gikk ut på å utvikle personens personlighet og utviklingsmulighetene var viktige (Levin, 2004, s. 31). Addams fokuserte mer på samfunnet og at det var samfunnet det var noe i veien med hvis en person hadde problemer. Det var først og fremst samfunnet det var noe galt med, men individet skulle selvfølgelig hjelpes. Denne oppmerksomhet var rettet mot å endre samfunnsbetingelser vedkommende levde under og endring av lovverket (Levin, 2004, s. 31). Motsetningene som kommer til uttrykk mellom Richmond og Addams er på mange måter også aktuell i vårt land den dag i dag (Levin, 2004, s. 33).

Et sentralt spørsmål om har fulgt hele historien til sosialt arbeid er om det er samfunnet eller mennesket som er utgangspunktet for problemet (Levin, 2004, s. 67). Man kan spørre om det er mennesket eller samfunnet som er sykt, men svarte er ikke et enhet- eller, heller et både-og (Levin, 2004, s. 68). I sosialt arbeid forholder man seg ikke bare til individet/gruppen, men heller ikke bare til samfunnet. En må forholde seg til alle delene gjennom å arbeide med forholdet mellom dem (Levin, 2004, s. 16).

Prosess og kontekst blir vektlagt i sosialt arbeid (Levin, 2004, s. 73). Konteksten kan ses på som en vev der trådene veves sammen til en helhet (Levin, 2004, s. 74). ”I dette perspektivet er kontekst noe individet inngår i, og ikke omgivelser som påvirker oss” (Levin, 2004, s. 74). Dette innebærer at hvis man skal hjelpe den rusmiddelavhengige må vi også se på konteksten. Dersom personen ikke har spist på flere dager, kan det være vanskelig å hjelpe personen til å finne en meningsfull aktivitet. Hensikten med sosialt arbeid er å hjelpe mennesker med å løse sine sosiale problemer. Sosialarbeiderne arbeider i hovedsak med svakerestilte grupper og aktiv sosialpolitikk. Oppmerksomheten er rettet mot det relasjonelle mellom personen og dens omgivelser,

men også for sosial endring, myndiggjøring og frigjøring for å bedre folks velferd (Levin, 2004, s. 10).

”Personen-i-situasjonen” kan også knyttes til den psykososiale modellen i sosialt arbeid (Levin, 2004, s. 69). Hamilton fokuserer på interaksjonen mellom en eller flere personer og deres omgivelser, både de medmenneskelige og de fysiske, som utgjør en kompleks sammenheng. Problemet består ofte av indre og ytre faktorer. De ytre faktorene relaterer seg til omgivelsen, altså konteksten personen inngår i (Levin, 2004, s. 68). Man kan slik sett ikke behandle et rusproblem uten å koble dette til for eksempel de økonomiske og de sosiale faktorene.

I sosialt arbeid skal man ha fokus på det sosiale, men også det fysiske og psykiske, personens fortid og fremtid som er faktorer som individet bringer med seg til enhver situasjon (Levin, 2004, s. 18).

### **2.2.2. Det biopsykososiale perspektivet**

Et helhetsperspektiv innebærer en samforståelse av genetiske og biologiske grunnutrustning hos mennesket kombinert med psyko-sosiale forhold som er påvirket av sosiokulturelle rammebetingelser (Simonsen, 2016). Helhetsperspektivet innebærer at man må se den enkelte i lys av en helhet for å kunne forstå brukeren (Bernler og Johnsson, 1988, s. 158). Den biopsykososiale modellen tar utgangspunkt i tre ulike perspektiver: biologisk perspektiv, psykologisk perspektiv og sosialt perspektiv. Denne modellen går ut ifra at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer sammen påvirker hvordan en person har det. Når man tar utgangspunkt i denne modellen vil pasienten bli sett og forstått i et helhetsperspektiv (Mørland og Waal, 2016, s. 24). Enkelt forklart kan man si at det dreier seg om det som skjer i kroppen, det man opplever og det som skjer i livet (Hole, 2014). Via en samlet biopsykososiokulturell forståelse av rusmiddelavhengighet kan man se hvordan de ulike måtene sammen forklarer fenomenet bedre enn det vil gjøre hver for seg (Simonsen, 2016, s. 56). For noen år siden var den dominerende forståelsen en psykologisk og sosialvitenskapelig tilnærming. I dag har det biologiske og medisinske perspektivet fått stadig sterkere posisjon. Det er en trend i mange fagmiljøer er at det kun er ett perspektiv som skal være gjeldende. Dette gjelder både innenfor forskning og i klinisk virksomhet. Det er imidlertid slik at rusmiddelavhengighet er så komplekst at det er nødvendig med en

utvidelse av forståelsen om hva de ulike perspektivene kan bidra med (Nesvåg, 2018, s. 33). Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) bygger på en slik helhetsforståelse med utgangspunkt i den biopsykososiale modellen (Mørland og Waal, 2016, s. 24).

I 2004 ble behandling for rusmiddelavhengige omdefinert fra å være sosiale tjenester til å bli spesialisthelsetjenester som følge av at vi fikk rusreformen. Tverrfaglig spesialiserte behandling ble dermed en del av spesialisthelsetjenesten. Dette førte til at rusmiddelavhengige fikk pasientrettigheter, etter pasientrettighetsloven, på lik linje med andre pasienter. Rusavhengige fikk rett til nødvendig helsehjelp og rett til å få vurdert sin helsetilstand etter henvisning (Haga, 2012, s. 47-48).

### **2.2.2.1. Det biologiske perspektivet**

Det biologiske perspektivet bidrar til å forklare hvilke biologiske mekanismer som ligger til grunn for rusavhengighet (Nesvåg, 2018, s. 23). ”Det biologiske perspektivet på utvikling av rusmiddelavhengighet tar utgangspunkt i at bruk av rusmidler tidlig i brukerperioden fører til nevrobiologiske endringer som assosieres med behag”

(Simonsen, 2016, s. 47). Dette behaget reduseres når personene fortsetter med rusmiddelmisbruket på grunn av ytterligere nevrobiologiske endringer. Når rusmidlene forsvinner fra kroppen assosieres dette med sterkt psykisk og fysisk ubehag. De nevrobiologiske endringene reduserer motivasjonen for og evnen til å avslutte rusmisbruket fordi det endrer personens vurdering og evaluering av situasjonen. Dette medfører at personen fortsetter bruken av rusmiddelet (Simonsen, 2016, s. 47).

Utgangspunktet er at alle motiveres for aktiviteter som gi belønning og vi søker etter belønning i form av opplevd positiv gevinst eller demping av ubehag som igjen blir integrert i vår tenkning og vårt følelsesliv. Rusmidler gir en slik opplevd positiv gevinst, men økt mengde og flere inntak av rusmidler medfører en overaktivisering av hjernens sentrale belønningssystem i form av frigjøring av store mengder dopamin. Dopamin er det sentrale signalstoffet for belønning. Opplevelsen av belønning vil bli redusert fordi hjernene svarer på overaktiviseringen og nedjusterer dermed frigjøringen av dopamin. Utfordringen er at personen som har inntatt rusmiddelet lærer å søke belønning fordi den første økte dopaminfrigjøringen har en sterk læringseffekt. Dette fører til at den som bruker rusmiddelet stadig søker belønning gjennom rusmiddelet fordi læringseffekten har festet seg til tross for at opplevd belønning reduseres. ”I de alvorlige tilfellene vil denne effekten føre til at rusmiddelbruken får forrang framfor all annen aktivitet som er viktig for rusmiddelbrukerens opplevelser og tilpasning”.

Konsekvensen av overdrevent bruk av rusmidler er en rekke nevrokognitive skader som for eksempel nedsatt evne til oppmerksomhet, manglende læringsevne, døgnrytmeforstyrrelser og nedsatt evne til å vurdere tidsvarighet (Nesvåg, 2018, s. 34).

#### **2.2.2.2. Det psykologiske perspektivet**

Utgangspunktet for de psykologiske perspektivet på utvikling av rusmiddelavhengighet er personens egne erfaringsopplevelser. Personen opplever behag ved inntak av rusmidler, samt at det er en effektiv måte å fjerne ubehag på. Forsøket på å avslutte rusmiddelbruken medfører et sterkt ubehag, noe personene erfarer etter hvert som bruken fortsetter. Dette bidrar til å at rusmiddelinntaket fortsetter fordi personene mister troen på at det finnes gode alternative løsninger på problemer basert på slike erfaringsopplevelser. Det vesentlig i dette perspektivet er forskningene av disse erfaringsopplevelsene med og uten bruk av rusmidler (Simonsen, 2016, s. 51).

West har bygget opp en modell i tre trinn. I første trinn blir avhengighet er resultat av at den rusmiddelavhengige gjør avveininger mellom gevinstene ved rusmiddelbruk og kostandene ved bruken over tid. Denne avveiningen kan føre til at personen tar valg som leder inn i et stadig mer heftig rusmisbruk. Dette bygger på en forutsetning om at man må se på valgene som rasjonelle, valgene er fornuftige ut fra rusmiddelbrukerens livssituasjon. Vurdering mellom gevinster og kostander kommer ofte i konflikt med hverandre. Konflikten oppstår ofte når kortsiktige og langsiktige gevinster vurderes. De kortsiktige gevinstene blir i større grad prioritert fremfor de mulige langsiktige gevinstene ved å slutte med rusmiddelbruken (Nesvåg, 2018, s. 36)

Neste trinn innebærer det tvangsmessige i situasjonen som oppstår når de kortsiktige gevinstene får helt overtak på valgene til den rusmiddelavhengige. Rusmidlene overtar belønningssystemet og reduserer impuls kontrollen, slik vi har sett under det nevrobiologiske perspektivet som understøtter den tvangsmessige atferden. Trangen til å ruse seg blir stadig sterkere og atferden blir dermed stadig mer tvangspregget fordi den kortsiktige belønningen reduserer selvkontrollen til den rusmiddelavhengige. Læring blir grunnlag for en ofte ubevist vanemessig atferd som forklarer deler av den avhengige sin atferd (Nesvåg, 2018, s. 36).

### 2.2.2.3. Det sosiale perspektivet

Betydningen for både starten på, utviklingen av og opprettholdelsen av avhengighet påvirkes av de sosiale og kulturelle rammevilkårene som bruken av rusmidler utvikles i og som denne personen lever under. Dette er utgangspunktet for det sosiokulturelle perspektivet (Simonsen, 2016, s. 54).

Sosiokulturelle omgivelser kan ha stor betydning for utvikling av omfattende rusmiddelbruk. Gevinster og opplevd belønning er igjen et utgangspunkt.

Rusmiddelbruk kan bli en strategi for å håndtere belastninger og krav som følger av bestemte livsstiler og tilknytninger til felleskap og subkulturer. Rusmiddelavhengige vet gjerne ikke om andre mestringsstrategier, enn bruk av rusmidler, for å oppnå de samme gevinstene (Nesvåg, 2018, s. 38).

Mangel på anerkjennelse kan føre til ulike former for smerte og savn, noe personene kan forsøke å dempe med rusmiddelbruk. Den opplevde mangelen på anerkjennelse kan forsterkes ved at den rusmiddelavhengige blir marginalisert og ekskludert fra viktige sosiale felleskap. Dette kan medføre at man bli trukket inn i et alternativt felleskap, preget av rusmiddelbruk fordi dette tilbyr en form for anerkjennelse (Nesvåg, 2018, s. 38).

Posisjon og anerkjennelse kan paradoksalt nok fremstå som mer attraktivt i en sosiokulturell (og økonomisk) tilhørighet preget av rusmiddelavhengighet sammenlignet med tilhørigheter uten slik avhengighet. Da kan man snakke om sosial, kulturell og økonomisk avhengighet fordi gevinstene ved tilknytning til rusmiljøet er så sterk og fastlåst. Den rusmiddelavhengige blir drevet av behovet for anerkjennelse som igjen påvirker selvforståelsen og måten en blir sett på av andre, altså en identitet, som blir stadig mer preget av posisjonen som rusmiddelavhengige. Dette vil medføre at for å endre posisjonene som rusmiddelavhengighet vil det innebære å endre personens identitet (Nesvåg, 2018, s. 39).

Motivasjonssystemet, påvirket av nevrobiologiske endringer, psykologisk sårbarhet, som angst, depresjon og/eller høy grad av impulsivitet og sosialkulturelle påvirkninger, trekker i retning at rusmiddelbruken fortsetter når bruken først har fått et visst omfang og betydning for brukeren. Rusmiddelbruken vil styres av de ubevisste nivåene fordi



høyere og mer bevisste motivasjonsnivåer, som evaluering og planer, alltid må arbeide gjennom lavere og mer ubevisste nivåer, som impulser og motiver. Det er kun mulig å endre atferden ved å bli bevist og begynne å styre over disse motivene og impulsene. Avhengighet blir dermed belønningssøkende atferd som har kommet ut av kontroll. En forutsetning for å kunne redusere avhengigheten nok til å slutte med rusmiddelbruken er å begynne å gjenvinne kontrollen over alle de motivasjonsnivåene som påvirker atferden (Nesvåg, 2018, s. 37).

### 2.3. Rusmidler

Begrepet rus er i utgangspunktet en forkortelse av beruselse, men i dag brukes betegnelsen ofte i betydningen rusmiddel/rusmidler (Skretting, 2010, s. 28).

Betegnelsen «rusmidler» omfatter alkohol og et bredt spekter av illegale stoffer og vanedannende legemidler (Skretting, Vedøy, Lund og Bye, 2016). Inntak av rusmidler skjer på flere måter for eksempel at man drikker, røyker, tabletter, injiserer, inhalerer, sniffer og tygger rusmiddelet (Simonsen, 2016).

Drikke som inneholder etanol hvor mengden tilsvarer mer enn 2,5-volumprosent beregnes som alkohol i dagligtalen. I den vestlige kulturkretsen er det alkohol som er det overlegent mest brukte rusmiddelet. Grovt sett kan alkoholholdig drikke deles inn i tre hovedgrupper: øl, vin og brennevin, men det finnes også alkoholholdige fruktdrikke som rusbrus og cider. I hovedsak blir alkoholen sugd opp i blodet (absorbert) fra tarmen, men også litt fra munnhulen, spiserøret og magesekken. Alkohol kan måles i blodet kort tid etter inntaket. Mengden alkohol kan måles og angis som promille når alkoholen er kommet over i blodet. Alkoholen er å finne i alle kroppens celler kort tid etter inntak av alkoholholdig drikke fordi alkoholen passerer lett fra blodet til alle kroppens organer (Kvaavik, 2019, s. 14).

FNs narkotikakonvensjon er styrende for hvilke stoffer som skal defineres som narkotika. Da narkotika er ulovlig i Norge forgår ofte bruken i det skjulte. Dette medfører at det er vanskelig å fastslå omfanget av bruken (Gjersing og Amundsen, 2019, s. 30).

I medisinsk behandling brukes vanedannende legemidler. Disse vanedannende legemidlene kan resultere i avhengighet hos brukerne. I hovedsak er vanedannende legemidler smertestillende, beroligende legemidler og sovemidler, men det omfatter

også muskelavslappende, hostestillende, antiepileptiske og sentralstimulerende midler. Disse medisinene brukes av de fleste pasienter i en kort periode og i de dose som er forskrevet av legen (Skretting et al., 2016, s. 220).

Sammenlignet med de fleste andre vestlige land har Norge en restriktiv alkoholpolitikk. Alkohol er lovlig i Norge, men med ulike virkemidler for å begrense skadevirkningene av forbruket. Blant de viktigste virkemidlene er aldersgrense, reklameforbud, bevillingssystemet, avgiftspolitikken og vinmonopolordningen (Skretting et al., 2016, s. 18-19).

I 2017 oppgir åtte av ti i alderen 16-79 å ha drukket alkohol det siste året. 35 % oppgir å ha drukket alkohol hver uke i løpet av de siste 12 månedene, mens omtrent 25 % oppga å ha drukket minst en gang hver måned (Kvaavik, 2019, s. 18). I forhold til de ulike drikkesortene utgjør øl 46 prosent, vin 38 prosent, brennevin 13 prosent og rusbrus 4 prosent av totalen (Kvaavik, 2019, s. 20).

Sammenlignet med de fleste andre vestlige land har Norge en svært restriktiv narkotikapolitikk (Skretting, et al., 2016, s. 248). Det mest brukte narkotiske stoffet i Norge er cannabis (Gjersing og Amundsen, 2019, s. 16). I 2017 rapporterte 24,5 prosent å ha brukt cannabis, mens 5,3 prosent rapporterte å ha brukt cannabis det siste året (Gjersing og Amundsen, 2019, s. 17).

Effekten av rusmidler kan kategoriseres i 3 grupper

1. Dempende (alkohol, benzodiazepiner og opioder)
2. Stimulerende (amfetamin, ecstasy og kokain)
3. Hallusinogene rusmidler (Cannabis, LSD og diverse sopparter) (Simonsen, 2016, s 97 - 98).

Noen rusmidler kan kategoriseres innenfor flere av kategoriene fordi de kan ha dobbel effekt, for eksempel ecstasy som kan virke både stimulerende og hallusinerende. Dermed kan man oppleve en annen effekt enn den man i utgangspunktet ønsket (Simonsen, 2016, s 97 - 98).

Inntak av dempende rusmidler fører ofte til sen reaksjonsevne, redusert koordinasjon,

økt tretthet, nedsatt oppmerksomhet og at man bli avslappet (Simonsen, 2016, s 97). Inntak av stimulerende rusmidler bidrar til at man får økt fysisk aktivitet, økt energi, opphisselse, redusert søvnbehov og økt taleflom. Inntak av hallusinogene rusmidler fører ofte til hallusinasjoner, psykotiske trekk, feilvurderinger og mangelfull orientering (Simonsen, 2016, s. 98).

Det kan være både positive og negative sider med rusmidler. Rusmidler kan ha en positiv effekt da mange synes det er hyggelig å ta et glass vin eller en øl. Det kan også ha en symbolsk effekt ved at man unner seg noe ekstra og bruker således alkohol for å skille mellom hverdagsslit og velfortjent fritid (Fekjær, 2016, s. 108). I tillegg har alkohol blitt brukt til ulike formål bl.a. sosiale- ritualer og måltidsdrikke (Fekjær, 2016, s. 111-112). Bruken kan også gå over til misbruk av rusmidlet som igjen kan føre til rusmiddelavhengighet (Lossius, 2012, s. 5).

## **2.4. Rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet**

Utviklingen i samfunnet har flyttet grensen for hva man anser som akseptabelt og ikke akseptabelt bruk, som bl.a. at alkoholkonsumet er doblet siden 60-tallet (Nordlund, 2010, s. 44). Dette medfører at vi aksepterer et høyere forbruk av alkohol før vi omtaler dette som et alkoholmisbruk. Aksepten for narkotikabruk er ofte noe lavere enn alkoholbruk, samtidig ser man at denne grensen også har endret seg, spesielt i forhold til hasj. Det å prøve hasj på 70-taller ble ansett som misbruk, mens det i dag skal mer til før man kategoriserer dette som misbruk (Lund og Bretteville-jensen, 2010, s. 15).

I Norge anslås det at 17 prosent av befolkningen har et risikofylt forbruk av alkohol, og at mellom 7200 – 10 000 personer injiserer narkotika (Biong og Ytrehus, 2018, s. 13).

Man kan skille mellom rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet. Rusmiddel kan brukes på en slik måte at det er skadelig, men det gir ikke nødvendigvis en avhengighet til rusmiddelet (Lund og Bretteville-Jensen, 2010, s. 14). Det er flere faktorer som påvirker konsekvensene av rusmiddelbruk. Hvem som inntar rusmiddelet, den sosiale sammenhengen rundt rusmiddelbruket, og hvilken type rusmiddel spiller inn på oppfatningen av om det er tale om problematisk rusmiddelbruk (Amundsen, 2010, s. 7).

Lossius (2012) definerer risikofylt rusinntak når rusmiddelet brukes på feil tidspunkt og på feil måte (s. 25). Definisjonen på avhengighet er imidlertid ikke lik. Når personen har en sterk lyst eller trangt til å innta rusmidler, et ukontrollert inntak og at personen ikke klarer å stoppe inntaket omtaler man ofte dette som avhengighet (Lossius, 2012, s. 26).

Biong og Ytrehus (2018) peker på at risikofylt bruk kan medføre helserisiko, men at avhengighet kan medføre helseproblemer (s. 15). Ifølge Lund og Bretteville-Jensen (2010) er summen av alle de negative konsekvensene som både bruken og atferden forårsaker bestemmende for hvordan man definerer misbruk (s. 16).

Det er dermed ingen klar definisjon på hva som er rusmiddelmisbruk og hva som er avhengighet. Samtidig ser man at avhengighet er noe mer omfattende enn skadelig bruk.

Når man skal kartlegge alkohol- og rusbruk kan man bruke verktøyene AUDIT og DUDIT. Disse verktøyene er utviklet for å gi helsepersonell et praktisk verktøy for å snakke med personer som deres alkoholbruk. Resultatet av kartleggingen kan si noe om rusinntaket er risikofylt og/eller problemfylt (Helsedirektoratet, 2012, s. 47).

Når rusmiddelbruken påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte kan man sette en rusdiagnose. ICD-10 og DSM-IV er de to allment godtatte definisjonene på rusdiagnoser av substanser (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). ICD-10 blir brukt av helsevesenet i Norge til å diagnostisere rusproblemer (Lossius, 2012, 26). I ICD-10 knyttes rusdiagnosen til hvilke stoffer som brukes og dels til bruksmønsteret. Her skilles det også mellom skadelig bruk og avhengighet. I dagligtalen blir ofte begge begrepene samlet i betegnelsen ”rusmiddelmisbruk”. Fokuset vil således være hvordan rusmidlene påvirker den psykiske lidelsen og det psykososiale funksjonsnivået istedenfor at man skille mellom legale og illegale rusmidler (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). I denne studien vil jeg ikke skille mellom skadelig bruk og rusavhengighet.

Når rusmiddelbruken gir helseskader, både somatisk og psykisk, defineres det som skadelig bruk ifølge ICD-10 (Helsedirektoratet, 2012, s. 17).

Hvis man skal sette diagnosen ”avhengighet” iht. ICD-10 må tre eller flere av følgende kriterier ha inntruffet samtidig i løpet av det siste året:

- ”- sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen
- problemer med å kontrollere substansinntaket med hensyn til innledning, avslutning og mengde
- fysiologisk abstinensstilstand når substansbruken har opphørt eller er redusert, som viser seg ved det karakteristiske abstinenssyndromet for stoffet, eller bruk av samme (eller et nært beslektet) stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer
- utviklet toleranse, slik at økte substansdoser er nødvendig for å oppnå den samme effekten som lavere doser tidligere ga (for eksempel alkohol- eller opioidavhengige personer som daglig kan innta doser som er store nok til å slå ut eller ta livet av brukere uten toleranseutvikling).
- føler økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser, som følge av bruk av ett eller flere psykoaktive stoffer, og mer og mer tid brukes på å skaffe eller innta stoffer eller komme seg etter bruken.
- opprettholder substansbruken til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser, som leverskade etter betydelig alkoholkonsum, depressive perioder rett etter perioder med høyt inntak av psykoaktive stoffer, eller substansrelatert reduksjon av kognitivt funksjonsnivå, og man kan fastslå at brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over skadens natur og omfang” (Helsedirektoratet, 2012, s. 18).

Konsekvensene av rusavhengighet er stor og kan være av fysisk, psykisk, sosial eller økonomisk art, samt få konsekvenser for familie, venner og/eller samfunnet ellers (Amundsen et al., 2010, s. 16).

## 2.5. Levekår

Begrepet levekår er vidt og det finnes forskjellige tilnærminger til levekår. Før 1970 ble det fokusert på det objektive ved levekår. Det som kunne måles. En svensk levekårsundersøkelse endret dette og ble på mange måter grunnlaget for levekårsundersøkelsene da denne fokuserte på den subjektive delen av levekår (Barstad 2014, s. 48).

Når man nevner levekårsundersøkelse tenker man ofte på brede

befolkningsundersøkelser som tar opp levekår i full bredde slik som for eksempel statistisk sentralbyrå sine levekårsundersøkelser. Levekår består også av en rekke ulike levekårsområder og det finnes studier som kun tar opp ett eller noen slike levekårsområder.

Levekår omhandler ytre forhold som for eksempel bolig, arbeid og relasjoner til andre mennesker. Det omhandler også indre forhold som for eksempel hvordan man opplever livet, opplevelse av mening og velbefinnende. Disse to sidene kan henge sammen, men også avvike (SSB, 2017). I undersøkelsen fra 2017 svarer 36 prosent høyt opp på skalaen (9 eller 10) på spørsmålet om de er fornøyd med livet på en skala fra 0 til 10, mens 10 prosent svarte fra 0 til 5 (SSB, 2017). Ofte tar levekårsundersøkelser utgangspunkt i noen lunde den samme listen (Barstad, 2014, s. 49).

- ”1. Helse og tilgang på helsetjenester
2. Sysselsetting og arbeidsmiljø
3. Økonomiske ressurser og forbrukerbeskyttelse
4. Kunnskaper og utdanningsmuligheter
5. Familie og sosiale relasjoner
6. Bolig og nærservice
7. Rekreasjon og kultur
8. Sikkerhet for liv og eiendom
9. Politiske ressurser” (Barstad, 2014, s. 49)

Jeg har valgt å fokusere på bolig, økonomi, arbeid/aktivitet, nettverk, psykisk og fysisk helse da jeg tenker at disse områdene er mest relevant knyttet til rusmiddelavhengighet.

### **2.5.1 Bolig**

I de fleste levekårsundersøkelsene er bolig tatt med. I Norge tilbringer vi 15 timer og 21 minutter i eller ved boligen i løpet av et døgn. Hvordan man bor og har det hjemme har betydning for livskvaliteten. I levekårsundersøkelser fokuseres det på boligens størrelse, utforming av boligen, type bolig, beliggenhet, nærmiljø, infrastruktur, boligøkonomi og eierforhold (SSB, 2017). Det er vanlig å eie sin egen bolig i Norge. Dette bidrar til trygghet i bosituasjonen og blir ansett som et materielt og økonomisk gode. Man står ikke i fare for å bli kastet ut av boligen man eier, så lenge man betaler for seg. I 2017

var det 18 prosent som bodde i en bolig som de ikke eide (SSB, 2017).

Det er ingen som har ”rett til bolig”. Dette er ikke en lovbestemt rettighet og kommunen har ingen lovbestemt plikt til å sikre bolig til vanskeligstilte på boligmarkedet.

Kommunen forplikter imidlertid å finne et midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv. Dette er lovfestet i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven). Personer som er vanskeligstilte på boligmarkedet kan søke om kommunal bolig da de fleste kommuner eier eller leier utleieboliger (Evjen, Kielland og Øiern, 2018, s. 195).

Å ikke ha en plass å bo er en sterk risikofaktor for problemutvikling (SSB, 2017, Evjen et al., 2018, s. 96). For at personer skal ha det bra i hverdagen og lykkes med hjelpetiltak er en avgjørende faktor å ha en god bosituasjon (Simonsen, 2016, s. 146). En trygg bosituasjon styrker identitet, gir forutsigbarhet og sosial tilhørighet. Det bidrar også til aktiv deltakelse i samfunnet og integrering. En fast bolig bidrar til økte helsegevinster knyttet til bedre rusmestring, bedre funksjon og økt livskvalitet. Når personer med rusmiddelavhengighet har en trygg og god bosituasjon er personen mer tilgjengelig for omsorg og behandling og kan således gi behandlingseffekt, motsatt vil bostedsløshet hindre rehabilitering og tilfriskning (Evjen et al., 2018, s. 166).

Blant personer som har et rusmiddelproblem har de fleste en egen bolig.

Rusmiddelmisbruk kan imidlertid føre til problemer med å opprettholde en god og tilfredsstillende bosituasjon. Dette kan i verste fall medføre at personer mister boligen og til bostedsløshet (Ytrehus, 2018, s. 234, Evjen et al., 2018, s. 96). Bosituasjonen til rusmiddelavhengige er ofte dårlig og dette henger ofte sammen med dårlig økonomi (Simonsen, 2016, s. 146) og personer med samtidig rus- og psykiske lidelser er overrepresentert blant dem som mottar midlertidig botilbud (Evjen et al., 2018, s. 166). De midlertidige boligløsningene kan ha dårlig kvalitet. Bostedsløse har en uforutsigbar tilværelse hvor de bytter på å bo på gata, hos familie, venner, på hospits eller i andre midlertidige boligtilbud. Mange kan tilbringe mye tid på gata, selv om det ikke er mange som bor ute over lengre tid. Denne tilværelsen innebærer en helsefare i seg selv (Ytrehus, 2018, s. 235).

## 2.5.2 Økonomi

Det foreligger god informasjon om inntekter til befolkningen, enten det er fra lønnsarbeid, pensjon eller barnetrygd. På en annen siden forteller ikke dette hele historien da noen har penger på bok, mottar støtte fra andre for eksempel foreldre eller bor i arvede eller nedbetalte boliger. Det betyr at den økonomiske rammen kan oppleves forskjellig selv om personer har lik inntekt. Når man kan dekke løpende og uforutsette utgifter med inntekten sin bidrar dette til økonomisk trygghet. I Norge er det relativt små økonomiske forskjeller blant befolkningen, selv om man ser en liten økning i ulikheter de siste årene. Undersøkelsen fra 2017 viser at 13 prosent oppgir at de har vanskeligheter med å få endene til å møtes. Andelen som regnes som fattige er på 9 prosent. Sannsynligheten for å oppleve at økonomien ikke strekke til øker hos personer som har lav utdanning, arbeidsledige og uføretrygdet (SSB, 2017).

Flere personer med rusmiddelavhengighet har dårlig og uoversiktlig økonomi (Simonsen, 2016, s 145). Personer med rusmiddelavhengighet kan unnlate å følge opp egne økonomiske forpliktelser (Ytrehus, 2018, s. 222). Det dreier seg ofte om kredittkortgjeld, bankgjeld, kommunal gjeld og/eller gjeld til personer som driver med illegale aktiviteter, såkalt svart gjeld. Noen forholder seg ikke lengre til kravene som kommer fordi de har mistet fullstendig oversikt over økonomien sin, noe som medfører at gjelden bare vokser. Dette kan igjen føre til at Namsmannen fatter vedtak om trekk i den økonomiske ytelsen de mottar og dette forverrer økonomien ytterligere. At rusmiddelavhengige ikke får den trygdeytelsen de har rett på er ikke uvanlig (Simonsen, 2016, s. 145-146).

## 2.5.3 Arbeid, utdanning og aktivitet

Å ha et arbeid er i seg selv knyttet til høy livskvalitet (Barstad, 2014). 9 av 10 personer er fornøyde med jobben sin. I tillegg til at deltakelse i arbeidslivet bidrar til selvforsørgelse, er det også en viktig arena for kontakt med andre mennesker (SSB, 2017). Utdanning og yrkesdeltakelse er forbundet med velferd, spesielt med tanke på helse, levealder og materiell levestandard. Videre gir dette mening og struktur i hverdagen, samt at man får opplevelse av å bidra til samfunnet som er viktig for livskvalitet (SSB, 2017). Blant dem som rapporterte lavest tilfredshet og mening med livet var arbeidsledige (SSB, 2017). Undersøkelsen fra 2017 viser at blant personer over



16 år var 7 av 10 personer i arbeid eller utdanning (SSB, 2017).

Alle mennesker har behov for en eller annen form for meningsfull aktivitet i det daglige. Det å ha en rolle i samfunnet, være i arbeid eller delta i en aktivitet skaper motivasjon og kan bidra til at personen er mer forhøyd på fritiden, har bedre økonomi og selvtillit (Evjen et al., 2018, s. 176). Mange personer med rusmiddelavhengighet har aldri vært deltaker i arbeidslivet eller har et ustabil forhold til arbeidslivet. De har ofte lav lønn og mottar stønader fra det offentlige (Storvoll, Rossow, Moan, Norström, Scheffels og Lauritzen, 2010, s. 36). Rusmiddelavhengige har lavt aktivitetsnivå (Mørland og Waal, 2016, s 318) og reduserte muligheter for utdanning og deltakelse i arbeidslivet (Simonsen, 2016, s. 18).

#### **2.5.4 Nettverk**

En kilde til livskvalitet er å ha noen man kan dele opplevelser, gleder og sorger med, samt at noen viser interesse for hva man driver med. I undersøkelsen fra 2017 kommer det frem at 85 prosent av befolkningen i Norge har noen å spørre om råd og hjelp (SSB, 2017).

For en person som har et rusmiddelproblem kan støtte fra familien være avgjørende. Det kan bidra til bedre levestandard da familien kan bidra til praktisk og økonomisk støtte (Ytrehus, 2018, s. 218). Rusproblem kan være belastende og skadelig for nettverket og for nære relasjoner (Skjøtskift, 2018, s. 112). Det påvirker flere områder bl.a. fysisk og psykisk helse, arbeid, økonomisk, sosiale og relasjonelle forhold, men også i form av vold og trusler om vold (Simonsen, 2016, s. 71, Andresen, 2012, s. 400). Å leve tett sammen med en person som er avhengig av rusmidler medfører enorme psykiske og sosiale belastninger på familien. Helsen til den som drikker tåler ofte flere doser alkohol enn det som skal til for at familiens psykiske helse skades (Lossius, 2012, s. 26).

En del rusmiddelavhengige pasienter, særlig de med lang avhengighetshistorie, kan ha lite kontakt med personer og miljøer der rusmidler brukes i liten grad. Noen får støttende oppfølging fra familie, mens andre har mistet all familiekontakt. I en del tilfeller har familien tilsynelatende ”gitt opp” men kan være en viktig støttespiller når de forstår at den rusmiddelavhengige forsøker å gjøre forandringer i livet sitt (Simonsen, 2016, s. 144).

## 2.5.5 Fysisk og psykisk helse

En av de viktigste faktorene for høy livskvalitet er god helse (Barstad, 2016). Det å være frisk bidrar til et aktivt liv. Det bidrar til deltakelse i felleskap som gir gode opplevelser og tilhørighet. Dersom man har dårlig helse kan dette føre til isolasjon og ensomhet ettersom det kan være problematisk å delta på sosiale arenaer. I undersøkelsen fra 2017 viser det at 78 prosent av befolkningen i Norge vurderes sin egen helse som god (SSB, 2017).

Rusmiddelavhengige har ofte dårlig somatisk helse (Simonsen, 2016, s. 148). Blant de vanligste sykdommene er hiv, hepatitt A, B, C, hudinfeksjoner, hjerneskade, hjerneslag, hjerte- og karsykdommer, sykdom i fordøyelsessystemet, belastning på blodårene, leversykdom, kreft, rammer sentralnervesystemet, kognitive funksjoner, astma, kols og svekket immunapparat (Biong og Ytrehus, 2018, Mørland og Waal, 2016, Simonsen, 2016, Evjen et al., 2018, Fekjær, 2016).

Rusmiddelavhengige har også høyere risiko for å bli utsatt for vold, skader og ulykker (Simonsen, 2016, s. 64, Fekjær, 2016, s. 195, Mørland og Waal, 2016, s. 69). De er også en høy sannsynlighet for selvmord og drap (Fekjær, 2016, s. 195, Mørland og Waal, 2016, s. 69). Selvmord forekommer oftere blant denne gruppen enn i den øvrige befolkningen (Simonsen, 2016, s. 147).

Hos mange med alvorlig rusmiddelavhengighet er ernæringsstatusen dårlig, de har dårlig kosthold og kan lide av alvorlig ernæringssvikt (Skoglund og Biong, 2018, s. 188, Simonsen, 2016, s. 148, Mørland og Waal, 2016, s. 318). Mat blir sjeldent prioritert til tross for at de fleste byer tilbyr gratis mattilbud (Skoglund og Biong, 2018, s. 188). Når man får tilført mange kalorier ved et høyt inntak av alkohol vil sultfølelsen reduseres. Dette kan føre til at personene inntar mindre ordinær kost som fører til at behov for fett, proteiner, karbohydrater, vitaminer og sporstoff ikke blir dekket (Simonsen, 2016, s. 148). Personer med rusmiddelavhengighet har ofte et lavt inntak av grønnsaker og fiberrike brødvarer og et langt høyere inntak av kaker og brus. Personer med rusproblemer har et svært lavt inntak av flere vitaminer (Evjen et al., 2018, s. 86) og mineraler (Mørland og Waal, 2016, s. 318). De har ofte mangel på vitamin B, og kan stå i fare for å utvikle diabetes på grunn av det høye inntaket av karbohydrater. Lavt kalkinntak kan være tilfelle, noe som kan føre til benskjørhet og benbrudd (Mørland og

Waal, 2016, s. 318).

Sammenlignet med den øvrige befolkningen er tannhelsen gjennomgående dårlig hos personer med rusmiddelavhengighet (Simonsen, 2016, s. 149, Skoglund og Biong, 2018, s. 188, Mørland og Waal, 2016, 2016, s. 69). Grunnen til dårlig tannhelse kan være langvarige rusmiddelmissbruk som gir redusert spyttsekresjon og dårlig munnhygiene (Skoglund og Biong, 2018, s. 188) og/eller tannlegeskrekk (Simonsen, 2016, s. 149). Resultatet er ofte sosialt stigmatiserende og/eller kosmetisk skjemmende. De kan ha problemer med å tygge mat, samt at sårdannelse og tannproblemer kan føre til infeksjoner (Mørland og Waal, 2016, s. 318).

Dårlig somatisk sykdom påvirker den psykiske helsen (Skoglund og Biong, 2018, s. 188). Flere rusmiddelavhengige har en eller flere psykiske lidelser (Skoglund og Biong, 2018, Fekjær, 2016, Mørland og Waal, 2016). De har oftere angst, søvnproblemer, depresjon, aggresjonsproblemer, oppmerksomhetslidelser, psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser (Simonsen, 2016, s. 147, Mørland og Waal, 2016, s. 69, Evjen et al., 2018, s. 73).

Hvis en person har to ulike sykdommer samtidig defineres dette som komorbiditet. Sammenhengen mellom personlighetsforstyrrelse og ruslidelser er spesielt sterk og hyppig (Arefjord, 2012, s. 95). ”Personlighetsforstyrrelse forekommer ofte sammen med andre psykiske lidelser. Personlighetsforstyrrelse handler om maladaptive mønstre som binder personen i en lite hensiktsmessig gjentakelsestvang” (Arefjord, 2012, s. 95).

## 3. Metode og metodiske overveielser

---

Kapittelet består av en beskrivelse av og begrunnelse for valgt av forskningsdesign. Videre vil det bli redegjort for forskningsprosessen, samt metodiske overveielser og forforståelse. Til slutt blir studiens metodiske kvalitet i form av gyldighet, pålitelighet og forskningsetiske vurderinger beskrevet.

### 3.1 Valg av metode

Jeg ønsket å finne svaret på hvilken kunnskap som finnes om rusmiddelavhengighet og levekår. Den beste måten å finne dette på var via en kunnskapsoppsummering. Det er flere ulike retninger innenfor kunnskapsoppsummering, som for eksempel systematic review, meta-analysis, narrative review og structured review. Disse ulike retningene har noen felles kjennetegn, nemlig innsamling, evaluering og presentasjon av tilgjengelig forskning (Arksey og O'Malley, 2005, s. 20). Det kan være vanskelig å skille disse ulike metodene og man kan risikere å definere studiens om systematisk når den kanskje ikke oppfyller den høye standarden denne metoden krever (Arksey og O'Malley, 2005, s. 20). Jeg har valgt scoping review som metode. Denne metoden bidrar til å finne svar på hvilken forskning som foreligger om hvordan rusmiddelmissbrukere har det i forhold til bolig, økonomi, arbeid/aktivitet, nettverk, psykisk- og fysisk helse.

Forskjellen mellom en systematic review og scoping review er at førstnevnte fokuserer på et veldefinert spørsmål der passende studieutforming kan identifiseres på forhånd, mens scoping review tar opp bredere emner der mange forskjellige studieutforminger kan være aktuelle. En systematisk review har som mål å gi svar på spørsmål fra et relativt smalt utvalg av kvalitetsvurderte studier, mens en scoping review i mindre grad søker å adressere helt spesifikke forskningsspørsmål eller å vurdere kvaliteten på inkluderte studier (Arksey og O'Malley, 2005, s. 20).

Det finnes ikke en ideell type kunnskapsoppsummering, men alle kunnskapsoppsummeringer tilbyr et sett med verktøy som forskeren trenger å bruke på en riktig måte (Arksey og O'Malley, 2005, s. 20).

## 3.2 Scoping review

En scoping review velges ofte når man vil få et bilde over eksisterende forskning innenfor et område og dermed vurdere om det er mulig å gjøre en heldekkende systematisk studie. Det kan også være at man ønsker å finne ut om det er lite forskning på området (Forsberg og Wengström, 2016, s. 169). En scoping review passer bra til studentoppgave fordi det ofte omfatter et begrenset antall studier (Forsberg og Wengström, 2016, s. 170).

Jeg har tatt utgangspunkt i Arksey & O'Malley (2005) som presenterer fem steg for å gjennomføre en scoping review. De 5 stegene bør dokumenteres i tilstrekkelig detalj for at studien skal kunne kopieres av andre. Denne eksplisitte tilnærmingen øker påliteligheten til funnene, og svarer til enhver antydning om at studien mangler metodologisk strenghet (Arksey og O'Malley, 2005, s. 20).

### 3.2.1 Stage 1: Identifying the research question

Første steg er at man skal identifisere forskningsmålet eller problemstilling. Det er problemstillingen som danner grunnlaget for hvordan søkestrategien skal være (Arksey og O'Malley, 2005, s. 23). Min problemstilling er: Hvilken kunnskap har man om situasjonen til personer med rusmiddelavhengighet når det gjelder sentrale levekårsområder som bolig, økonomi, arbeid/aktivitet, nettverk, psykisk og fysisk helse?

### 3.2.2. Stage 2: Identifying relevant studies

Hele poenget med å gjennomføre en scoping review er å være så omfattende som mulig når man skal finne primærstudier og når man skal gjennomgå studier som kan svare på problemstillingen. Man må velge en søkestrategi for å oppnå dette (Arksey og O'Malley, 2005, s. 23).

I begynnelsen må man ta en avgjørelse om hvilket tidsrom man skal avgrense til og på hvilket språk studiene skal være på (Arksey og O'Malley, 2005, s. 23). Jeg har valgt et tidsrom på 10 år og at studiene skal være på norsk, engelsk, dansk eller svensk da det er disse språkene jeg kan. Det vil si at dersom studiene er på fremmedspråk vil de blir ekskludert fordi det vil være for tidskrevende og kostnader knyttet til å få studiene

oversatt. Dette kan føre til at potensielle relevante artikler uteblir, men av praktiske grunner har jeg satt disse grensene. Det er også lite tenkelig at det er studier som er publisert på fremmedspråk som omhandler norske forhold.

Det er en rekke spørsmål man må vurdere før man starter søket. Man må bestemme seg for hvilke databaser man skal søke i (Arksey og O'Malley, 2005, s. 24). Med tanke på oppgavens omfang har jeg ikke mulighet til å søke i alle databasene som er tilgjengelige. Jeg har fått hjelp av bibliotekar til å velge ut databaser. Databasene som er valgt er Medline, Svemed+, Psycinfo, Cinahl og Idunn. Studenter ved universitetet har tilgang til elektroniske databaser så det vil ikke være noen kostnader knyttet til tilganger til databaser (Arksey og O'Malley, 2005, s. 24). Videre må man velge hvilke søkeord man skal bruke (Arksey og O'Malley, 2005, s. 24). Jeg har fått hjelpe av bibliotekar til å finne gode søkeord (Tabell 1). Man må bestemme seg for hvilke sentrale begreper man skal bruke i søket (Arksey og O'Malley, 2005, s. 24). Sentrale begreper er rusmiddelmissbruk og at studiene skal omhandle norske forhold. Søkestrategiene bør prøves ut for å se om det kan oppstå feil og mangler da dette gir rom for forbedring (Arksey og O'Malley, 2005, s. 24). Jeg startet søkeprosessen i november 2019. Da søkte jeg litt generelt i databasene for å få en oversikt over hvilke søkeord som ga relevante artikler og fant ut hvilke søkeord som ikke ga relevante treff. Deretter gjorde jeg søkeprosessen mer systematisk.

Tabell 1 - Søkeord

Søkeord	
<p><b>Rus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Substance abuse</li> <li>- Alcohol abuse</li> <li>- Drug abuse</li> <li>- Narcotics abuse</li> <li>- Addiction</li> <li>- Alcoholism</li> </ul>	<p><b>Levekår</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Living conditions</li> <li>- Quality of life</li> <li>- Living standards</li> <li>- Well-being</li> </ul>
<p><b>Bolig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Housing</li> <li>- Home</li> <li>- Shelter</li> <li>- Residence</li> <li>- Residential</li> <li>- Place to stay</li> </ul>	<p><b>Nettverk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Social connections</li> <li>- Social status</li> <li>- Family</li> <li>- Friends</li> </ul>
<p><b>Økonomi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welfare</li> <li>- Social support</li> <li>- Social assistance</li> <li>- Incomes</li> <li>- Pensions</li> <li>- work assessment allowance</li> <li>- Benefit</li> <li>- Payment</li> <li>- Salary</li> <li>- Earning</li> </ul>	<p><b>Psykisk helse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mental health</li> <li>- Mental Well-being</li> <li>- Psychological health</li> <li>- Psychological well-being</li> <li>- Emotional health</li> <li>- Mental condition</li> <li>- Psychological condition</li> <li>- Mental illness</li> <li>- Emotional disorder</li> <li>- Mental disease</li> <li>- Mental sickness</li> </ul>
<p><b>Arbeid, aktivitet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Work</li> <li>- Job</li> <li>- Labour</li> <li>- Employment</li> <li>- Line of work</li> <li>- Opportunity for employment</li> <li>- Activity</li> </ul>	<p><b>Fysisk helse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physical health</li> <li>- Physical state</li> <li>- Physical condition</li> <li>- Physical well-being</li> </ul>

Jeg startet søket i Cinahl. Her kunne jeg legge inn alle søkeordene med OR og AND. Her fikk jeg 128 treff som ble lagt inn i et Endnote bibliotek. Jeg ble ferdig med søket i Cinahl den 25.02.20. Deretter brukte jeg samme søkestrategi i Medline og fikk 51 treff. Fullstendig søk ble ferdig den 26.02.20. I PsykInfo la jeg inn alle søkeordene. Her kunne jeg velge et filter for "location" og la inn Norge der. Antall treff var 273 som ble lagt inn i Endnote. I SveMed + kunne jeg ikke legge inn alle søkeordene etter hverandre da dette resulterte i 0 treff. Jeg måtte derfor dele opp søket etter hvert levekårsområde sammen med søkeordene for rusproblematikk og Norge. Totalt antall treff var 22 som ble lagt inn i Endnote. Siste søk ble foretatt 26.02.20. Jeg fikk beskjed av bibliotekar at det ikke var nødvendig å ha så detaljer søk i Idunn ettersom dette er en norsk database. Jeg søkte dermed på rus\* og i feltet "noen av disse ordene" skrev jeg inn levekår\* bolig\* nettverk\* økonomi\* helse\* arbeid\* aktivitet\*. Her fikk jeg 266 treff som ble lagt inn i Endnote. Siste søk ble foretatt 21.03.20. Jeg satt da igjen med totalt 740 treff fra alle databasene. Vedlagt følger søkeprosessen.

På grunn av tidspress og at jeg fikk veldig mange treff når jeg søkte i databasene har jeg ikke benyttet meg av å studere referanselister, hånd-søk i nøkkeltidsskrifter eller kontaktet organisasjoner for å få flere treff. Dette er en svakhet ved studien. Det er imidlertid viktig at man tar en beslutning om når man skal være ferdig med søket når tiden er begrenset (Arksey og O'Malley, 2005, s. 26).

En svakhet ved denne studien er at det er første gang jeg har gjennomført et litteratursøk. Det betyr at jeg ikke har de ferdighetene som er nødvendig for å designe og utføre sensitive søkestrategier slik som kvalifiserte bibliotekarer har (Arksey og O'Malley, 2005, s. 24). For å styrke kvaliteten på litteratursøk har jeg hatt to møter med bibliotekar. Første møte var den 25.11.19. Her fikk jeg hjelp til å velge ut databaser hvor jeg ville finne relevante studier, samt hjelp til hvilke søkeord jeg burde bruke. Jeg hadde et nytt møte 04.03.20 for å gå igjennom søkeprosessen for å få bekreftet at jeg hadde gjort dette på en riktig måte. Jeg har brukt et Endnote-bibliotek for å få en oversikt over treff og hvilke artikler som var relevant.



### 3.2.3. Stage 3: Study selection

Inkluderings- og eksklusjonskriterier ble anvendt for å eliminere studier som ikke var aktuelle i forhold til problemstillingen. Kriteriene ble valg på forhånd for å sikre konsistens i beslutningsprosessen (Arksey og O'Malley, 2005, s. 25).

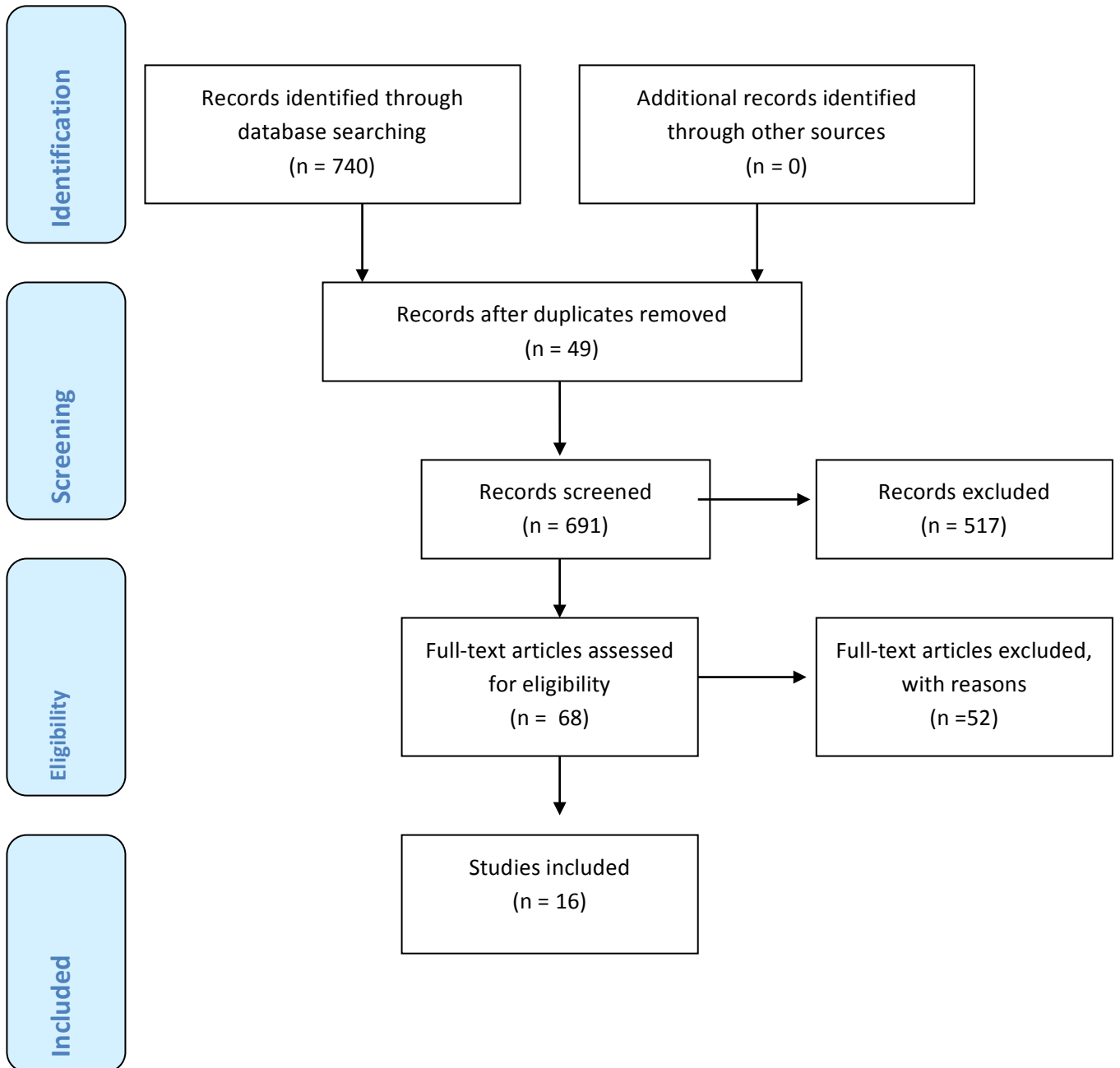
Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	Rusmiddelavhengige over 18 år	Gravide rusmiddelavhengige Rusmiddelavhengige med tilleggs sykdom eller andre utfordringer som for eksempel ADHD
Land	Norge	Andre land
Tidsrom	2009-2020	Artikler publisert før 2009
Språk	Norsk, engelsk, svensk eller dansk	Andre språk
Publikasjonstype	Publiserte artikler	Bøker, masteravhandlinger, artikler uten abstrakt, andre format som leder/redaksjonelle artikler, kommentarer til redaktøren, kommentarer til bøker
Publikasjonsstatus	Studier som var fagfellevurdert	Studier som ikke var fagfellevurdert
Tilgjengelighet	Tilgjengelig i fulltekst	Artikler som ikke var tilgjengelige

Jeg startet med å lese overskriftene. Dersom det så ut som overskriften svarte på problemstillingen ble sammendraget lest for å vurdere om studien var relevant eller ikke. Hvis det var uklart om studien var relevant etter å ha lest sammendraget ble hele artikkelen lest.

En svakhet med studien er at det kun er en person som har gjennomgått og valgt ut studiene som er relevante. Det ville vært en fordel å ha flere personer som gikk gjennom overskriftene og leste sammendragene (Arksey og O'Malley, 2005, s. 26). Med tanke på at jeg skriver masteroppgaven alene ble det vanskelig å finne en person som hadde muligheten til å lese igjennom alle overskrifter og sammendrag.

Tabell 3 PRISMA



### 3.2.4. Stage 4: Charting the data

Jeg startet analyseprosessen med å lese igjennom artiklene flere ganger for å danne meg et helhetsinntrykk av materialet. Fase 4 består av å kartlegge viktige elementer med informasjonen hentet fra forskningsartiklene (Arksey & O'Malley, 2005 s. 26).

Kartleggingsmetode i scoping review ligner en narrativ gjennomgang, som tar et bredere blikk på litteraturen slik at informasjonen er kontekstualisert og mer forståelig for leserne. Det må tas en avgjørelse om hvilke informasjon som skal registreres fra primærstudiene og man må vurdere hvordan sammenligninger kan oppnås. Innenfor den narrative tradisjonen er metoden ”deskriptiv-analytisk” nyttig. Dette innebærer å anvende et felles analytisk rammeverk for alle de primære forskningsartiklene og samle standardinformasjon om hver studie. Når jeg bruker samme system for alle artiklene bidrar dette til at jeg kan sammenligne artiklene (Arksey & O'Malley, 2005 s. 27).

Dataene som ble kartlagt ble lagt inn i en tabell. Hva som skal inkluderes i denne tabellen er alt fra generell informasjon om studien og spesifikk informasjon relatert til for eksempel studiepopulasjon, type intervensjon, resultatmålinger om er benyttet eller studieutformingen.

Jeg har valgt:

1. Forfatter og publiseringsår
2. Tittel
3. Formål/Hensikt med studien
4. Metode/Datainnsamling
5. Viktige resultater

Til sammen danner dette grunnlaget for analysen.

Tabell 4 – oversikt over artiklene

Forfatter (år)	Tittel	Formål/Hensikt	Metode/ Datainnsamling	Resultat
Wüsthoff, Waal, Ruud & Gråwe (2011)	A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community Mental Health Centres	Målet med denne studien var å sammenligne pasienter i Community Mental Health Centres (CMHCs) med og uten rusproblem når det gjaldt forskjeller i sosiodemografiske variabler, nivået av sykелighet, utbredelsen av forskjellige diagnoser, tilbudet av helsetjenester og forskjeller i forbedringsnivå av psykiske symptomer.	Tverrsnittsstudie basert på data fra evalueringen av Nasjonal plan for mental helse. I denne artikkelen ble det fokusert på vurderings-skjemaene av pasienter fra 2007. Totalt ble 2154 pasienter inkludert.	Pasienter med rusproblemer i CMHC er oftere mannlige, enslige og bor alene. Har mer alvorlig sykелighet, mindre angst- og humørsvingninger, mottar mindre poliklinisk behandling og har mindre bedring i psykiske symptomer sammenlignet med pasienter uten rusproblemer.
Skogen, Knudsen, Mykletun Nesvåg & Øverland (2011)	Alcohol consumption, problem drinking, abstinence and disability pension award. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)	Denne studien undersøkte de potensielle assosiasjonene til nivåer av alkoholforbruk, alkoholproblem og avholdenhet med påfølgende tildeling av uførepensjon. Videre var målet å undersøke om 'sick-quitting'-hypotesen kunne forklare noe av den mulige risikoen for uføretrygd blant avholdsmenn.	Prospektiv populasjonsbasert studie.  Dataene fra to bølger av Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag (HUNT) knyttet til folketrygde-databasen.	Avholdsmenn og høyt alkoholmisbruk var i faresone for økt risiko for uføretrygd. Blant dem som hadde et tidligere forbruk og tidligere overdreven forbruk var det høyere risiko for uføretrygd enn for konstant avholdsmenn.

<p>Andreas, Lauritzen &amp; Nordfjærn (2015)</p>	<p>Co-occurrence between mental distress and poly-drug use: A ten year prospective study of patients from substance abuse treatment</p>	<p>Denne studien undersøkte sammenhengen mellom stoffbruk og mental helse over en tiårsperiode blant et utvalg av stoffbrukere som søkte behandling.</p>	<p>Prospektiv studie. 481 pasienter ble rekruttert fra behandlingsenheter for rusmiddelbruk i Norge og intervjuet 1, 2, 7 og 10 år etter den første datainnsamlingen ved behandlingsinnleggelse. Ved hver vurdering gjennomførte deltakerne et spørreskjema som tok for seg stoffbruk og mental helse.</p>	<p>Resultatene viste en sammenheng mellom stoffmisbruk og mental helse. Dårlig mentale helse økte både i omfang og over tid med antall medisiner som ble brukt. Reduksjon i dårlig mental helse i løpet av den 10-årige studieperioden var kun tydelig uten bruk av medikamenter. Bruk av flere medikamenter og dårlig mental helse hadde sterk sammenheng over tid.</p>
<p>Nordfjærn (2011)</p>	<p>Do severity levels of substance use relate to self-reported variations in psychosocial distress</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke om pasienter som rapporterte forskjellige alvorlighetsgrader av ulovlig stoffbruk og alkohol hadde ulike psykiske problemer og problemer med mellommenneskelige relasjoner.</p>	<p>352 pasienter fra 16 behandlingsenheter for rusproblemer, ventelister og som hadde fullført behandlingen svarte på spørreskjemaet.</p>	<p>Resultatene viste sterkere symptombelastning i gruppen som viste alvorlige nivåer av ulovlig stoffbruk. For ulovlige stoffer var disse forskjellene sterkere for symptomer relatert til depresjon, sinne- og somatiske problemer, mens forskjellene var større i angstsymptomer relatert til alkoholforbruk. Forskjeller i mellommenneskelige problemer var marginale både for ulovlig stoffbruk og alkohol.</p>
<p>Gjersing, Jonassen, Skurtveit, Bramness &amp; Clausen (2017)</p>	<p>Emergency service use is common in the year before death among drug users who die from an overdose</p>	<p>Denne studien sammenligner forholdene til dem som var eller ikke var tatt hånd om av nødetaten året før dødsfall. Den beskriver årsakene til oppmøte fra nødetaten og utbredelsen av slikt oppmøte. Den rapporterer antall dager mellom siste møte og død og undersøker forhold knyttet til bruk av andre tjenester.</p>	<p>En retrospektiv registerundersøkelse der alle overdoser (n = 231) i Oslo (2006–2008), ble identifisert gjennom National Cause of Death Registry og koblet til data fra andre helse- og sosialtjenester.</p>	<p>Totalt sett brukte 61% nødetatene, og 18% brukte nødetatene ofte. Somatiske plager var den vanligste årsaken til oppmøte. De som brukte nødetatene, brukte også oftere andre tjenester sammenlignet med de som ikke brukte nødetatene. Videre var det en sammenheng mellom hyppigheten av oppmøte hos nødetatene og frekvensen av kontakt med andre tjenester.</p>

Dyb (2016)	Housing First or no housing? Housing and homelessness at the end of alcohol and drug treatment	Formålet med studien var å se om bosituasjonen endret seg før og etter behandling.	Induktiv forskningsdesign En tverrsnittsundersøkelse  118 behandlingenheter i de offentlige helsetjenestene og private institusjoner ble inkludert	Boligsituasjonen endrer seg svært sjeldent i behandlingsperioden. Hvilke rusmidler pasienten bruker er den viktigste forutsetning for å ha et fast bosted både før og etter behandling. Sosioøkonomiske ressurser og sosial kapital, samt type rusmiddel hadde sammenheng med forutsetning for å ha permanent bolig.
Stallvik & Clausen (2017)	HRQoL and its association with clinical severity and service needs among individuals with a substance use disorder	Beskriver status for helserelatert livskvalitet og de kliniske kjennetegn ved inkludering av behandlingen og sammenlign den med den normative populasjonen. Observer endring i helserelatert livskvalitet fra behandlingsstart til tre måneder etter. Identifiser om de som faller ut av behandlingen har lavere opplevd helserelatert livskvalitet enn de som blir værende.	En prospektiv studie.  175 behandlingssøkende individer fra Midt-Norge ble studert ved innleggelse og tre måneder etter behandlingsstart. Data ble samlet inn fra et strukturert ASAM-intervju og en egenrapportundersøkelse.	Resultatene viste lavere helserelatert livskvalitet-score blant personer som søkte behandling med en rusforstyrrelsesforstyrrelse, sammenlignet med resultatet fra den generelle befolkningen. Høyere psykisk belastning var assosiert med lavere helserelatert livskvalitet ved innleggelse. Ved oppfølging økte helserelatert livskvalitet.

Langås, Malt & Opjordsmoen (2012)	In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders	Hypotesen i studien er at den eneste utbredte og klinisk relevante personlighetsforstyrrelsen (PD) hos rusmisbrukere som ble behandlet for første gang er antisosial og borderline. Det er ingen forskjeller mellom førstegangsinnlagte rusmisbrukere med og uten personlighetsforstyrrelse innenfor demografisk, komorbiditet, symptomer eller funksjon.	61 innlagte pasienter med rusproblemer, uten tidligere spesialistbehandling ble undersøkt.	46 prosent av pasientene med rusproblem hadde minst en personlighetsforstyrrelse. Rusmisbrukere med personlighetsforstyrrelser var yngre ved begynnelsen av deres første rusproblem og ved innleggelse; brukte mer illegale rusmidler; hadde flere angstlidelser, spesielt sosial fobi; hadde mer alvorlige depressive symptomer; mer lidelser; og deltok sjeldnere på jobb eller skole.
Opsal, Clausen, Kristensen, Elvik, Joa, Larsen (2011)	Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up	Denne studien undersøkte om narkotikamisbruk og alkoholmisbruk resulterer i mer ufrivillige sykehusinnleggelse, lengre sykehusopphold (dager i behandling), eller lavere behandlingstilslutning	103 pasienter med førstegangs psykose med påfølgende innleggelse i et omfattende tidlig psykoseprogram ble inkludert og fulgt opp i 2 år.	Frafallet etter 2 år var det samme for rusmisbrukere som for ikke-misbrukere. Stoffbruken ble ikke redusert i løpet av 2-årsperioden. Etter 2 års oppfølging hadde 72% av rusmisbrukerne og 31% av ikke-misbrukerne opplevd minst en anledning til ufrivillig sykehusinnleggelse. Pasienter med rusmisbruk hadde betydelig høyere risiko for ufrivillig sykehusinnleggelse under oppfølging.
Akopian, Vallerdnes, Jacobsen, Ekeberg, Brekke (2015)	Levekår i Oslos bydeler og legevaktbehandlet rusmiddelforgiftning	Målet med denne studien var å beskrive sammenheng mellom levekår og akutt rusmiddelforgiftninger ved å sammenholde forekomst og forgiftningsstoff hos pasienter behandlet ved Legevakten i Oslo med levekårene i bydelen pasienten bor i.	Alle pasienter under 12 år i Oslo som ble behandlet for akutt rusmiddel-forgiftning ved Legevakten i Oslo ble inkludert. Totalt utgjorde dette 1560 pasienter.	De hyppigste forgiftningsstoffene var etanol og heroin. Forekomsten av rusmiddelforgiftning var høyere hos dem som bodde i bydeler med lavere levekår. Blant bostedsløse var forekomsten svært høy.

Hoxmark, Wynn & Wynn (2012)	Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers	Denne studien undersøkte hvordan antall aktiviteter, tapet av aktiviteter og ønsket antall aktiviteter virket inn på trivsel blant rusmisbrukere i behandlingen.	Delundersøkelse av en større populasjonsstudie.  Data fra pasienter innlagt på fem døgn behandlingenheter for rusproblemer ved Universitets-sykehuset Nord-Norge. Totalt 122 pasienter ble inkludert.	Det totale antallet aktiviteter hadde falt betydelig sammenlignet med før pasientene begynte å misbruke stoffer, og deltakerne ønsket en økning i aktiviteter i fremtiden. Et lavere trivselsnivå hadde sammenheng med fall i antall aktiviteter.
Muller, Skurtveit & Clausen (2016)	Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific	Målet med denne artikkelen var å undersøke korrelasjoner av dårligere livskvalitet hos individer som inngikk i rusbehandling i Norge, for å identifisere undergrupper som kanskje har mest utbytte av forskjellige tiltak.	549 pasienter ble inkludert. Livskvalitet, stoffbruk, mentale og fysiske komorbiditeter og treningsatferd ble målt.	Flertallet rapporterte "dårlig" eller "veldig dårlig" livskvalitet før behandling. Depresjon viste en sterk forbindelse med dårlig livskvalitet Fysisk inaktivitet blant menn var forbundet med svært dårlig livskvalitet, som rapporterte om å spise de fleste måltider alene. Pasienten som vurderte sin vekt som for lav rapportert om dårlig livskvalitet. Forbruk av metadon/buprenorfin var en beskyttende faktor for rapportering om dårlig livskvalitet.



Clausen, Waal, Thoresen & Gossop (2009)	Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death	Denne studien undersøkte hvordan alder på opioidbrukere er relatert til dødsårsaker før, under og etter LAR-behandling og estimerer dødsrisiko fra forskjellige årsaker i forhold til alder.	Data om alle opiatavhengige i Norge (1997–2003) som søkte og ble akseptert for LAR (n = 3789) ble koblet med det norske dødsregisteret. 213 dødsfall ble registrert.	Den totale dødsraten var 1,9%. Dødsfall skyldtes overdosering av medikamenter, somatiske årsaker og traumatiske årsaker. Overdosedødsfall blant alle aldersgrupper ble redusert under LAR-behandling, men alder hadde ulik effekt på risikoen når de ikke ble behandlet. Yngre brukere av opioider hadde større risiko for overdose før de kom inn i behandlingen; eldre brukere hadde større risiko etter å ha forlatt behandlingen. Eldre LAR-pasienter hadde høyere risiko for både somatiske og traumatiske dødsfall, og dødsfall under LAR skyldtes mest sannsynlig somatiske årsaker.
Hjemsæter, Bramness, Drake, Skeie, Monsbakken, Benth & Landheim (2019)	Mortality, cause of death and risk factors in patients with alcohol use disorder alone or poly-substance use disorders: a 19-year prospective cohort study	Denne studien undersøkte dødsårsaken, dødeligheten og undersøkte om grunnleggende egenskaper var assosiert med dødsrisiko hos pasienter med kun alkoholproblemer eller blandingsmisbruk.	En prospektiv, langsgående studie. Pasienter ble fulgt i 19 år etter å ha gått inn i spesialisert behandling for rusmiddel-forstyrrelser. 291 pasienter med høy psykiatrisk komorbiditet ble rekruttert.	Pasienter med kun alkoholproblemer døde oftere av somatiske sykdommer og mer sjelden av overdoser sammenlignet med pasienter med rusproblemer. Å ha affektiv lidelse i løpet av livet var assosiert med lavere risiko for død. Høyere alder var assosiert med økt risiko for død blant menn.

Gjersing & Bretteville-Jensen (2017)	Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of 'hard-to-reach' polysubstance users	Å undersøke dødelighetsrisikoen i en kohort av 'vanskelig tilgjengelige' rusmiddelavhengige og dens antatte forhold til stoffbruk.	Prospektiv kohortstudie blant gate- og lavterskelrekrutterte rusmiddel-misbrukere i 7 norske byer ble inkluderte mellom september og november 2013 og fulgte gjennom det offisielle dødsårsakregisteret. Totalt 884 brukere av ulovlige opioider og/eller sentralstimulerende midler ble inkludert.	Rå dødeligheten var 2,52 per 100 årsverk. Standardisert dødelighetsgrad var 26,11 for kvinner og 10,71 for menn. Ingen indikatorer for bruk av medikamenter, for eksempel 'heroininjeksjon' eller 'antall medikamenter brukt', var assosiert med dødelighetsrisikoen. Men meningsfulle bruksmønstre ble identifisert; tre LAR- og ikke-LAR-mønstre hver. Ikke-LAR-mønstrene 'blandingsmisbrukere' og 'lavfrekvente injektorer' var forbundet med dødelighetsrisikoen.
Karlsen, Wang, Jansson og Ansteinsson (2017)	Tannhelse og oral helse relatert livskvalitet hos et utvalg rusmiddel-misbrukere i Norge	Hensikten med studien var å kartlegge tannhelse og sammenheng mellom tannhelse og livskvalitet hos rusmiddel-misbrukere som hadde tilbud om gratis tannbehandling.	29 rusmiddel-misbrukere ble undersøkt av tannleger på to tannklinikker og besvarte spørreskjema om bakgrunn, rusvaner, tannbørstevaner, egenopplevd helse/tannhelse og oral helse relatert livskvalitet.	Undersøkelsen viste at rusmiddel-misbrukere i gjennomsnitt hadde 17 funksjonelle tenner derav 2,7 tenner med karies og 11 tapte tenner. De rapporterte også redusert livskvalitet på grunn av orale forhold. Tannlegene planla nøktern tannbehandling, og for de fleste var kostnadsoverslagene på under kr. 10 000.

### 3.2.5. Stage 5: Collating, summarizing and reporting the results

I dette steget har jeg sortert, oppsummert og rapportert resultatene (Arksey & O'Malley, 2005 s. 27). Jeg har sortert artiklene, lager oppsummeringer og laget en presentasjon av resultatene som blir presentert i kapittel 4. Jeg har brukt fargekoder for å sortere resultatene innenfor de ulike levekårsmomentene. I scoping review er målet å presentere en oversikt over alt materialet som er gjennomgått (Arksey & O'Malley, 2005 s. 27). Scoping review søker ikke å vurdere kvaliteten av forskning og kan dermed ikke vurdere om studiene gir robuste eller generaliserbare funn. Jeg har ikke foretatt en kvalitetsvurdering av forskningsartiklene da dette ikke er nødvendig i scoping review (Arksey & O'Malley, 2005 s. 27).

### **3.3. Metodiske overveielser**

Når man gjennomfører en kunnskapsoppsummering vil det være vanskelig å vite om en har fanget alt som finnes av relevant forskning. Det kan være mangler i hva som er tatt med og hva som er utelatt. Det har vært begrenset med tid på søk og gjennomlesning av alle treff. Det kan også være at søkeordene mine ikke har vært treffsikre nok og at dette har ført til at relevant litteratur ikke er fanget opp.

### **3.4. Forforståelse**

Jeg har arbeidet frivillig på Gatejuristen i 3 år. I arbeidet med å gi gratis rettshjelp til personer som har hatt eller som har et rusproblem har jeg opplevd at de generelt har dårlige levekår. Jeg tenker at jeg derfor har en forforståelse om at de ofte mangler bolig, økonomisk trygghet, har lite nettverk, få muligheter i arbeidsmarkedet, lite tilbud om aktivitet og dårlig helse. Dette kan påvirke oppgaven både i forhold til søkeord jeg har valgt og hva jeg setter søkelys på når jeg skal plukke ut studier som blir inkludert i studiene. Det er derfor viktig å være klar over egen forforståelse når jeg valgte søkeord og plukket ut studiene som ble inkludert i studien. Det er viktig å være åpen for at det ikke nødvendigvis trenger å være så dårlige forhold hos personer med rusavhengige, selv om det er slik hos flere personer jeg møter på Gatejuristen og på NAV. Jeg er åpen for at de personene jeg har møtt kan være en gruppe innenfor gruppen rusmiddelavhengige, da gruppen rusmiddelavhengige ikke er en ensartet gruppe. Selv om jeg har sett at personer som jeg møter på NAV og Gatejuristen har dårlige levekår, så betyr ikke det nødvendigvis at alle har samme utfordringene. Jeg har avgrenset studien til personer som har et rusproblem og som er i kontakt med hjelpeapparatet. Samtidig er det grunn til å tro at det er store variasjoner blant levekår også innenfor denne gruppen.

### **3.5. Validitet og reliabilitet**

Validitet sier noe om forskningens gyldighet (Thagaard, 2013, s. 23, Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010, s. 70). Ved å redegjøre for hvordan jeg har funnet forskning på området og beskrive inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene bidrar det til å øke validiteten av studien. Ved å redegjøre for egen forforståelse bidrar også dette til å øke validiteten av studien (Thagaard, 2013, s. 194).

Når studien er gjennomført på en tillitsvekkende og pålitelig måte betyr det at studien er reliabel (Thagaard, 2013, s. 193). For å øke reliabiliteten har jeg etterstrebet å være så nøyaktig som mulig i innhenting av forskningsartiklene og beskrive hvordan de er hentet inn. Jeg har også forsøkt å være så nøyaktig i vurderingen av hva som skal inkluderes og ekskluderes i studien. Det er blitt redegjort for forskningsprosessen for å bidra til at studien er pålitelig (Johannessen et al., 2010, s. 40). Jeg har hatt fokus på å skille mellom primærdata som kommer fra forskningen og mine egne vurderinger da dette bidrar til å øke reliabiliteten av studien (Thagaard, 2013).

### **3.6. Forskningsetiske vurderinger**

I en systematisk kunnskapsoppsummering er det færre forskningsetiske vurderinger enn ved studier som bruker intervjuer eller observasjon av personer. Jeg skal studere litteratur som allerede er offentliggjort og har dermed ingen informanter som må beskyttes. Det er dermed ikke aktuelt med en redegjørelse av informert samtykke, konfidensialitet eller minimering av faren for fysisk, psykisk eller sosial risiko (Thagaard, 2013, s. 26-31). Studien har ikke meldeplikt til REK og NSD da de ikke involverer persondata og helseforskning.

## 4. Resultater

---

I dette kapittelet blir resultatene fra de 16 artiklene presentert. Resultatene er delt opp i levekår, bolig, økonomi, nettverk, arbeid/utdanning/aktivitet og psykisk- og fysisk helse.

### 4.1 Levekår

Wüsthoff et al., (2011) fant at flere personer med rusmiddelavhengige hadde problemer med levekår sammenlignet med dem som ikke var rusmiddelavhengige. Studien til Akopian et al. (2015) viser at forekomsten av rusmiddelforgiftning var høyere jo dårligere levekårene var. Hoxmark et al. (2012) fant at pasienter med rusmisbruk i behandling rapporterte i gjennomsnitt lav velvære score og lavere trivselsnivå enn befolkningen generelt. Samtidig fant de at så mange som 29 % rapporterte å ha god trivsel til tross for alvorlig rusproblemer. Studien til Muller et al. (2016) viser at omtrent tre fjerdedeler av begge kjønn rapporterte om dårlige livskvalitet, men en fjerdedel vurderte det som nøytralt eller høyere. Blant gruppen som rapportert om nøytralt eller høyere var de fleste i fysisk aktivitet og var fornøyd med vekten. Nettverk hadde påvirkning på rapportering av livskvalitet. Isolerte menn rapporterte oftere dårlig livskvalitet, mens menn med stoffritt nettverk rapportert om nøytralt eller høyere livskvalitet. 63,3 % av menn som rapportert om dårlig livskvalitet spiste de fleste måltidene alene, men 61,1 % av mennene som rapportert om god livskvalitet spiste sammen med andre. Både fysisk inaktivitet og misnøye med vekt hadde sammenheng med rapportering av dårlig livskvalitet. Personer som brukte metadon eller buprenorfin behandling rapportert om bedre livskvalitet. I studien til Gjersing & Bretteville-Jensen (2017) rapportert 30 % ustabile levekår i form av hjemløshet eller huslybruk. Stallvik & Clausen (2017) fant at lav helserelatert livskvalitet og høy psykologisk lidelser er utgangspunktet blant personer som henvender seg til rusmiddeltjenesten. De var en forbedring av helserelatert livskvalitet etter behandling. De som hadde laveste oppfatning av helserelatert livskvalitet droppet oftere ut fra behandling. Over 74 % rapporterte bekymring over sine psykologiske problemer og 87 % uttrykte behov for

rådgivning for disse problemene.

#### 4.1.1 Bolig

Nordfjærn (2011) fant at pasienter som brukte ulovlig stoffer sjeldnere bodde i privat bolig og hadde større sannsynlig for å leie eller for å ikke ha bolig. Pasienter med alkoholforbruk hadde større sannsynlig for å ha en privat bolig. Dyb (2016) skriver at det å ha en kommunal bolig forbindes med dårlige levekår og en viss ustabilitet i boligsituasjonen. Det er basert på at kommunal bolig ansees som en overgangssituasjon hvor man leier over en treårsperiode. De skriver videre at det private leiemarkedet også er ustabilt og dominert av små, ikke-profesjonelle utleiere. Videre skriver de at hvis man tar hensyn til at nesten 80 % av boligmassen eies av beboerne selv, er både privat og kommunal leie en mer eller mindre marginal posisjon i boligmarkedet. 63% bodde i en eid eller leid bolig før behandling. Etter behandling ble andelen redusert til 60%. Nedgangen er blant huseierne. Andelen som bodde på institusjon økte fra 3 til 10%. Blant de andre kategoriene (fengsel, kjæreste, venner, slektninger, bekjente og midlertidig bolig) var det veldig liten forskjell før og etter behandling. Funnene viser at andelen hjemløs blant de yngste var 57%. Økt utdanningsnivå øker sjanser for å være huseier, mens utdanning på grunnskolenivå øker risikoen for hjemløshet. Risikoen for å være bostedsløs øker kraftig for enslige, mens ekteskap eller å bo med en partner øker muligheten for å eie sammenlignet med å være enslig. Personer som primært brukte alkohol skiller seg fra andre da de har større sannsynlighet for å eie eller leie bolig. Det å ikke fullføre behandling reduserer sannsynligheten for å ha et fast bosted. 57% rapportert med en psykisk sykdom. Kombinasjonen av rusavhengighet og psykisk lidelser er også knyttet til hjemløshet. Personer som har høyere utdanning, tilknytning til arbeidslivet, en familie og et hjem før behandling har større sannsynlighet for å ha et hjem etter endt behandling, sammenlignet med mindre ressurssterke personer.

Studien til Stallvik & Clausen (2017) viser at 10,9 % hadde ingen stabil boform, 32% bodde hos en partner, og 14,2% bodde med andre familiemedlemmer eller venner. Muller er al., (2016) fant at 78,5 % hadde et nylig stabilt boforhold. 10,2 % var bostedsløse, 4,7 % bodde midlertidig, 23,2 % bodde på institusjon, 48,7 % eide eller leide bolig og andre 13,1 %. Gjersing & Bretteville-Jensen (2017) fant at personer med LAR-behandling som injiserte heroin hadde en betydelig høyere sannsynlighet for

hjemløshet i løpet av de 4 ukene sammenlignet med dem som mottok LAR-behandling. Blant dem som ikke mottok LAR-behandling hadde dem som sjeldent injiserte heroin lavere sannsynlighet for hjemløshet eller ha midlertidig bolig, 29 % var bostedsløse eller bodde midlertidig. I studien til Karlsen et al. (2017) var det 50 % som oppholdt seg på institusjon for rus-avvenning.

#### **4.1.2 Økonomi**

I studien til Gjersing & Bretteville-Jensen (2017) fant de at personer som sjeldent injiserte heroin hadde lavere sannsynlighet for å ha kjøp og salg eller tyveri som inntektskilde sammenlignet med de som ofte injiserte heroin og dem som var blandingsmisbrukere. Det var 11 % som hadde tyveri som inntekter og 28 % som hadde langing som inntektskilde. Skogen et al. (2011) fant at det var avholdsmenn og personer med fire positive CAGE svar som var i faresone for økt risiko for uføretrygd. Muskel- og skjelettplager var den hyppigste årsaken til tildeling av uføretrygd. Det var imidlertid en trend mot at flere fikk tildelt uføretrygd på bakgrunn av psykiske lidelse blant de med alkoholmisbruk, der mer enn en tredjedel av diagnosene med psykiske lidelser var alkoholrelatert. Tidligere misbrukere hadde økt risiko for uføretrygd sammenlignet med konstante avholdsmenn. Sammenlignet med konstant avholdende, rapporterte både tidligere misbrukere og tidligere overdrevne misbrukere flere symptomer på depresjon, lavere sosioøkonomisk status, og røyking og uten organisert sosial aktivitet. De rapporterte også høyere nivå av angst og somatiske problemer. De fant at alkoholmisbruk har en sterk sammenheng med tildeling av uføretrygd. Dyb (2016) fant at en av fem personer hadde arbeidsrelaterte inntekter, og en litt høyere andel levde av pensjoner.

#### **4.1.3 Arbeid, utdanning, aktivitet**

Studien til Wüsthoff et al. (2011) viser at rusmiddelavhengige hadde problemer med daglige aktiviteter. Blant personer med rusproblemer var det 79,3 personer som ikke var i arbeid, sammenlignet med 73,5 % av dem som ikke hadde et rusproblem. Andreas et al. (2015) fant at 64 % rapporterte om læring og/eller adferdsproblemer på barneskolen. 72 % hadde utdanning oppnådd under videregående nivå, og 81% rapporterte ingen arbeidsinntekter i måneden før behandlingen. I studien til Nordfjærn (2011) fant de at

litt under halvparten hadde fullført videregående utdanning som den høyeste utdanningspresentasjon. Cirka 37% hadde grunnskole som høyeste fullførte utdanning, 13% hadde universitets- / høyskoleutdanning og 2% hadde ikke fullført grunnskole. Flere pasienter med høyere stoffkonsum var arbeidsledige, mens flere pasienter i gruppen med lavere stoffkonsum hadde enten heltids- eller deltidsarbeid. Pasienter i gruppen med høyere alkoholforbruk hadde større sannsynlighet for å ha fullført utdanning på universitets-/høyskolenivå, og pasienter med lavere forbruk hadde større sannsynlighet for at grunnskolen hadde sin høyeste fullførte utdanning. Det var mer sannsynlig at pasienter med lavere alkoholbruk var studenter, og pasienter med høyere alkoholforbruk hadde større sannsynlighet for fulltidsarbeid.

Stallvik og Clausen (2017) fant ut at den gjennomsnittlig varighet av utdanning var 10,8 år. Arbeidsledighet ble rapportert med 44%, 19% ble pensjonist eller på uførepensjon og 23% jobbet på heltid. Studien til Langås et al. (2012) viser at rusmisbrukere med personlighetsforstyrrelse hadde mindre utdanning, og gikk sjeldnere på skole eller arbeid enn rusmisbrukere uten personlighetsforstyrrelse. Hoxmark, Wynn & Wynn (2012) fant at det var et betydelig fall i antall aktiviteter sammenlignet med før de begynte å misbruke rusmidler. En større reduksjon i antall aktiviteter var assosiert med et lavere trivselsnivå. Respondentene rapporterte også om en rekke ønskede fremtidige aktiviteter som var enda høyere enn antall aktiviteter de rapporterte å ha deltatt i før de begynte å bruke stoffer. Summen av ønskede aktiviteter påvirket imidlertid ikke trivselen. Muller et al. (2016) fant at 87,2 % var arbeidsløse og 59,4 % hadde videregående utdanning eller mindre. Dataene viste at det å være fysisk aktiv forbedret sannsynligheten for at mannlige pasienter rapporterer høyere livskvalitet. Studien til Hjemsæter et al. (2019) viser at de som hadde kun alkoholmisbruk hadde oftere fullført videregående skole eller høyere, oftere hadde ordinært arbeid på heltid, sammenlignet med personer med rusproblemer. Omtrent halvparten hadde fullført videregående skole og 21 % hadde ordinært fulltidsarbeid.

#### **4.1.4 Nettverk**

Wüsthoff et al. (2011) fant at rusmiddelavhengig sjeldnere var i et forhold og oftere bodde alene sammenlignet med de som ikke var rusmiddelavhengige. Videre fant de at rusmiddelavhengige hadde problemer med forhold og nære relasjoner. Studien til



Nordfjærn (2011) viser at pasienter som rapporterte mer alvorlig ulovlig stoffbruk hadde høyere score på problemer med mellommenneskelig relasjoner og over tre fjerdedeler var enslige. Muller et al. (2016) fant at 93,4 % var single og at halvparten oppga at deres sosiale nettverk hovedsakelig var sammensatt av andre stoffbrukere, sammenlignet med en tredjedel som rapporterte et stoffritt nettverk og 17,1% rapporterte om ikke noe nettverk i det hele tatt. Omtrent halvparten rapporterte å spise måltider alene, mens 25,8% spiste med familie, 16,9% med venner og 11,1% med andre. I studien til Hjemsæter, Bramness, Drake, Skeie, Monsbakken, Benth & Landheim (2019) fant de at pasienter med alkoholmisbruk var oftere gift eller samboer, sammenlignet med de som hadde rusproblemer.

#### **4.1.5 Fysisk og psykisk helse**

Wüsthoff et al. (2011) fant at rusmiddelavhengige hadde betydelig flere problemer med aggressiv atferd, selvskading og kognitive problemer. 36,1% av pasientene hadde mer enn én diagnose og 72,8% hadde andre somatiske eller psykiatriske lidelser. Å ha atferdsproblemer og en angstlidelse var mer vanlig blant de som ikke hadde rusmiddelavhengighet. Rusmiddelavhengige fikk mindre poliklinisk behandling sammenlignet med ikke rusmiddelavhengige. I tillegg vurderte klinikerne at rusmiddelavhengige fikk behandling på et for lavt kompetansenivå. Terapeutene oppfattet ikke at tjenestene til rusmiddelavhengige var tilstrekkelig omfattende. Å ha psykiatriske problemer, problemer med sosial fungering og problemer med praktisk fungering var også mer vanlig blant rusmiddelavhengige. Rusmiddelavhengige blir ofte ikke møtt systematisk med adekvate behandlingsmetoder og rusmiddelavhengige hadde mer alvorlig sykkelighet. Rusmiddelavhengige har dårligere utfall når det gjelder bedring av psykologiske problemer.

I studien til Andreas et al. (2015) fant de at 61% rapporterte om minst en depresjonsepisode i løpet av livet, omtrent 40% hadde ett eller flere selvmordsforsøk, mens 59% hadde flere overdoser av medikamenter. 40% døde i løpet av studien. Jo flere medisiner som ble brukt, jo større var de mentale lidelsene. I tillegg var medisinbruk forbundet med endringer i mental lidelse over tid. Det vil si at individer som rapporterte om bruk av heroin, cannabis, beroligende midler eller amfetaminer, utviste større mental lidelse ved enhver vurdering enn individer som avsto fra disse fire stoffene.

Assosiasjonen mellom antall medisiner som ble brukt og mentale lidelse var meget sterkt innenfor det ti år lange perspektivet. Nordfjærn (2011) fant at høyt forbruk av illegale stoffer hadde sammenheng med høyere score for psykologiske lidelser, samt sammenheng med depresjon, somatiske sykdommer, tvangstanker og paranoide forestillinger. Sammenhengen var sterkere for dem som bruke ulovlige stoffer sammenlignet med dem som kun brukte alkohol. Studien til Stallvik og Clausen (2017) viser at rusmiddelavhengige scorer betydelig lavere innenfor sosial funksjon sammenlignet med den generelle normative befolkningsskalaen. Over halvparten bekymret seg for sine medisinske problemer som kan påvirke hvordan de oppfatter sin fysiske helse og helserelatert livskvalitet, og omtrent halvparten mente det var viktig å få behandling for sine medisinske problemer. Omtrent to tredjedeler rapporterte at de generelt hadde vært plaget av psykiske problemer, og 86,9% sa at det var viktig å få rådgivning. 60 % svarte at de hadde en psykiatrisk diagnose, mens 46,9 svarte at de ikke mottok de psykiatriske tjenestene de trengte. Ved oppfølging hadde 32,6% falt ut av behandlingen og/eller brukte aktivt medisiner. De som rapporterte lav helserelatert livskvalitet på fysisk funksjon, viste mer frafall fra behandling sammenlignet med de med høy helserelatert livskvalitet score. Pasienter med en psykiatrisk diagnose rapporterte betydelig lavere helserelatert livskvalitet.

Langås et al. (2012) fant at 46 % av rusmiddelavhengige hadde en eller flere personlighetsforstyrrelser. 8 % hadde personlighetsforstyrrelse innenfor Cluster A (paranoid, Schizoid, Schizotypal), 21 % innenfor Cluster B (dyssosial/antisosial, emosjonelt ustabil, dramatiserende, narsissistisk) og 18 % innenfor Cluster C (tvangslidelse, avhengig, unnvikende/engstelig). Antisosial personlighetsforstyrrelse og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse var de mest utbredte lidelsene. Pasienter med personlighetsforstyrrelse hadde en høyere symptombelastning. De sammenlignet alkoholavhengige og rusmiddelavhengig hvor de fant at rusmiddelavhengige hadde flere personlighetsforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser innenfor Cluster B. De som hadde et rusmiddelmisbruk og en personlighetsforstyrrelse røykte omtrent dobbelt så mange sigaretter i gjennomsnitt per dag. Disse pasientene viste også andre tegn på mer alvorlige rusproblemer; de hadde en tidligere alder ved begynnelsen av sin første rusmiddelbruk, lengre total varighet av rusmisbruk før innleggelse i behandling, og et høyere antall rusdiagnoser. Pasienter med personlighetsforstyrrelse hadde en høyere symptombelastning. Omtrent halvparten av utvalget hadde komorbide lidelser.

Pasientene med komorbide personlighetsforstyrrelser var mer deprimerte, og hadde mer alvorlige symptomer og dårligere funksjoner.

Studien til Opsal et al., (2011) viser at 75 % av pasientene fikk frivillig sykehusinnleggelse eller poliklinisk behandling, og 25% fikk ufrivillig sykehusinnleggelse ved første innleggelse. I løpet av den 2-årige oppfølgingen hadde 31% av personer uten rusmiddelavhengighet blitt ufrivillig innlagt minst en gang, sammenlignet med 72 % av personene med rusmiddelavhengighet. I løpet av de to årene hadde 15% av pasientene aldri vært innlagt på sykehus, og fikk bare poliklinisk behandling. Pasienter med rusmisbruk opplevde i utgangspunktet betydelig mer ufrivillig sykehusinnleggelse i løpet av 2-årsperioden. Gjennomsnittlig lengde på ufrivillig opphold for personer med rusmiddelavhengighet var 74 dager, mer enn dobbelt så lenge som for personer uten rusmiddelavhengighet. Å være rusmiddelavhengig var assosiert med ufrivillig sykehusinnleggelse under oppfølging. I tillegg ble mer alvorlige psykiatriske symptomer, assosiert med ufrivillig innleggelse under oppfølging. Antallet stoffmisbrukere falt fra 24 % til 19 % i løpet av 2 år. Gjennomsnittlig lengde på frivillig sykehusopphold var 82 dager for de som ikke hadde et rusproblem og 109 dager for de som hadde et rusproblem. I studien til Akopian et al., (2015) har de delt opp bydelen i Oslo i 3 levekårsgrupper, hvor gruppe 1 omfatter de fem bydelene med best levekår, gruppe 2 med middels levekår og gruppe 3 med dårligst levekår. Levekårsgruppe 3 hadde høyere forekomst av forgiftningen og levekårsgruppe 1 færrest forekomster. De hyppigste forgiftningsstoffene var etanol og heroin. Forekomsten av forgiftning var mye høyere hos bostedsløse enn de andre levekårsgruppene og blant denne gruppen besto heroinforgiftninger for en større andel enn hos de andre levekårsgruppene. St. Hanshaugen hadde høyest forekomst av alle bydelene, noe som kan henge sammen med at mange botilbud for rusmiddelbrukere ligger i denne bydelen.

Hoxmark et al., (2012) fant at andelen pasienter som scoret under avskjæring for depresjon var 47% og andelen pasienter som scoret i området for dårlig emosjonell velvære var 24%. Dermed rapporterte 29% om et nivå av godt emosjonelt velvære. Studien til Muller et al. (2016) viser at 56,7 % hadde symptomer på klinisk angst, 56,2% hadde symptomer på klinisk depresjon og ytterligere kroniske somatiske sykdommer. Regelmessig fysisk aktivitet ble rapportert av 41,7% av deltakerne, og

omtrent halvparten sa at de var misfornøyde med sin nåværende vekt. Flertallet var blandingsmisbrukere og hadde tidligere erfaring med rusbehandling. Clausen et al., (2009) fant at størstedelen av årsakene til dødsfallene, skyldtes overdosering av medikamenter, 32% skyldtes somatiske årsaker og 14% traumer. Det ble observert at dødsfall på grunn av overdose var mindre sannsynlig å oppstå under behandlingen. Dødsfall fra traumatiske årsaker inkluderte tilfeldige og forsettlige skader. Det var tjuei tilfeller av traumatiske dødsfall hvor av fjorten inkluderte ulykker, ti var selvmord og fem var drap. AIDS var den viktigste somatiske dødsårsaken. Andre akutte infeksjoner inkluderte fem tilfeller av lungebetennelse, to blodforgiftninger og to hjernehinnebetennelser. Kardiovaskulære sykdommer var også blant årsakene, med fem tilfeller av hjerteinfarkt og tre tilfeller av hjerneslag. Leversvikt var dødsårsaken i tretten tilfeller: disse skyldtes hovedsakelig hepatitt C-relatert leversvikt, men også alkoholrelatert leversvikt.

I studien til Hjemseter et al., (2019) fant de at 82 % hadde livstids angstlidelse. 63 % hadde affektiv forstyrrelser hele livet, mens 28% ikke hadde noen personlighetsforstyrrelse. Pasienter med kun alkoholavhengighet hadde oftere angstlidelse, men hadde færre psykiatriske symptomlidelse og sjeldnere personlighetsforstyrrelse sammenlignet med de som hadde et blandingsmisbruk. Blant de 291 pasientene som ble behandlet døde 35% omtrent 19 år senere. Blant de avdøde var de oftere menn, mer sjelden hadde livslange affektive lidelser, hadde færre rusproblemer, var eldre ved begynnelsen av første rusproblem og oftere hadde alkoholproblem alene sammenlignet med levende pasienter. Blant pasientene med alkoholproblem alene døde 51 % og blant pasientene med blandingsmisbruk døde 22%. I det totale årskullet hadde 47% somatisk sykdom, 12% traumatisk død og 18% overdose som den viktigste dødsårsaken. Flere pasienter med kun alkoholproblem døde av somatiske sykdommer sammenlignet med deltakere med blandingsmisbruk ved innleggelse. De som hadde en livslang affektiv lidelse og føreste utbrudd av rusproblemer før fylte 18 år var assosiert med lavere risiko for død. Pasienter med kun alkoholisbruk døde oftere av somatisk sykdom og sjeldnere av overdose sammenlignet med blandingsmisbrukere. Mer enn 2 % døde årlige gjennom den 19 årlige observasjonsperioden og alle undersøkte undergrupper av pasienter hadde økt risiko for å dø sammenlignet med den generelle befolkningen. Det å ha en affektiv lidelse hadde sammenheng med redusert risiko for å dø.

Gjersing & Bretteville-Jensen (2017) fant at overdose var den vanligste dødsårsaken (57%), etterfulgt av selvmord (9%) og hjertesykdommer (7%). Ikke-dødelig overdose i løpet av de 4 ukene før inkludering økte dødelighetsrisikoen med fire gange, mens LAR- behandling reduserte dødelighetsrisikoen med 50%. De som sjeldent injiserte heroin hadde betydelig lavere sannsynlighet for overdoseopplevelse i løpet av de 4 ukene før inkludering. Av de 884 brukere av opioider eller sentralstimulerende stoffer som ble intervjuet i slutten av 2013, hadde 44 dødd innen 31. oktober 2015. De hadde høyere risiko for å dø sammenlignet med befolkningen generelt.

Karlsen et al. (2017) fant at rusmiddelmissbrukere hadde i gjennomsnitt 17 funksjonelle tenner. En tredjedel hadde proteser og omtrent to tredjedeler hadde synlig plakk. Litt under halvparten var munntørr eller svært munntørr. 82 % av rusmiddelmissbrukerne børstet tenner daglig. Nesten alle rusmiddelmissbrukere svarte at tilbudet om gratis tannbehandling hadde stor betydning. To tredjedeler vurderte egen helse som ganske god eller god, mens litt under en tredjedel oppga at helsen var dårlig. Drøyt halvparten var misfornøyd eller lite fornøyd med utseende på egne tenner. 33 % hadde ofte opplevd at å spise hadde gitt ubehag. 41 % hadde ofte følt seg usikker, og 48 % hadde ofte følt seg sjenert på grunn av tenner, forhold i munnen eller proteser. 26 % hadde følt at livet i sin alminnelighet var mindre tilfredsstillende på grunn av tannforhold. De vanligste årsakene til at rusmiddelmissbrukere oppsøkte tannlege var problemer med å tygge, tap av fylling og smerter. For drøyt halvparten av rusmiddelmissbrukerne der kostnadsoverslag forelå, var kostnad for nødvendig tannbehandling lavere enn kr 10 000 og det høyeste kostnadsoverslaget var mellom 30 000 og 40 000 kroner. Hovedfunn i denne studien var at rusmiddelmissbrukere hadde dårlig tannhelse med mange ubehandlede kariesangrep og mange tapte tenner, samt at de selv opplevde redusert livskvalitet på grunn av orale helseforhold. Hovedparten av de inkluderte var i en rehabiliteringsfase (LAR eller institusjon), men ingen hadde vært i behandling over lang tid. En tredjedel hadde proteser, noe som er høyere enn befolkningen generelt der 8% hadde protese. 22 % rapportert som dårlig helse de siste månedene, 63 % rapportert om nokså god/god og 15 % rapportert om meget god/utmerket helse. 57 % rapportert at de ikke var fornøyd/lite fornøyd med utseende på munn og tenner, mens 25 % rapportert at de var fornøyd.

Studien til Gjersing et al. (2017) viser at 61 % av dem som døde av overdose hadde hatt besøk av nødetater året før de døde. 24% ble funnet døde utendørs eller i et offentlig

bygg. Flertallet døde av heroinmisbruk i kombinasjon med benzodiazepiner og/eller sovemidler. Blant de 141 som møtte på legevakt, var somatiske plager den vanligste årsaken. Skade var den nest vanligste årsaken, etterfulgt av narkotika- og alkoholrelaterte årsaker. Den fjerde vanligste årsaken til et akuttoppmøte var overdose. Det var en sammenheng mellom hyppig bruk av nødnetten og bruk av andre helse- og sosiale tjenester. Av dem som hadde vært i kontakt med nødnetten året før de døde hadde 55 % vært i kontakt med sosialtjenesten og 51 % blitt innlagt på sykehuset, sammenlignet med dem som ikke hadde vært i kontakt med nødnetten hvor det var henholdsvis 36 % og 28 %. Av de 141 personene som hadde kontakt med nødnetten hadde 52 personer hyppig kontakt og sto for totalt 656 meldinger til nødnetten.

## 5. Diskusjon

---

Denne studien er en kunnskapsoppsummering om hvordan det er å leve med et rusproblem. 16 forskningsartikler ble gjennomgått. I denne delen vil funnene fra forskningsartiklene bli diskutert opp mot litteraturen og tidligere forskning.

### 5.1. Hvordan er det å leve med rusproblemer?

I 6 av 16 artikler omtales levekår. De fleste artiklene nevner at personer som lider av rusmiddelavhengighet har dårlige levekår eller livskvalitet (Wüsthoff et al., 2011, Muller et al., 2016, Gjersing og Brettville-Jensen, 2017, Stallvik og Clausen, 2017). Samtidig ser man at i studien til Hoxmark et al., (2012) rapporterte så mange som 29 % om god trivsel til tross for alvorlig rusproblemer. Funnene viser også at rapportering av dårlig levekår har innvirkning på flere områder, bl.a. bostedsløshet, tilfredshet med vekten, nettverk, større sannsynlighet for å droppe ut av behandling og høyere forekomst av rusmiddelforgiftning. Funnene viser også at metadon og buprenorfin, samt behandling hadde positiv innvirkning på livskvalitet (Muller et al., 2016).

#### 5.1.1. Bolig

Rusmiddelavhengige har ikke rett på en fast bolig, men har rett på et midlertidig botilbud (Evjen et al., 2018, s. 195). Livskvalitet påvirkes av hvordan man bor og bolig er tatt med i de fleste levekårsundersøkelsene (SSB, 2017). 6 artikler sier noe om bosituasjonen til personer som lever med rusmiddelavhengighet. Funnene viser at personer med rusproblemer har større sannsynlighet for å leie bolig, ofte en kommunal bolig eller å være bostedsløs (Nordfjern, 2011, Dyb, 2015, Stallvik og Clausen, 2017, Muller et al. (2016), Gjersing og Brettville-Jensen, 2017). Tidligere forskning støtter dette da Nesvåg, et al. (2016) fant at 21 prosent ikke hadde en permanent bosituasjon og/eller ikke en bosituasjon som var tilfredsstillende (s. 9). I litteraturen beskriver Biong og Ytrehus (2018) at et midlertidige tilbudene kan ha dårlig kvalitet.

Det å være i behandling hadde ikke store innvirkninger på bosituasjonen, men det å ikke

fullføre behandling øker sannsynligheten for ikke å ha et fast bosted (Dyb, 2016). Funnet støttes av litteraturen som bekrefter at det å ha en rusmiddelavhengighet kan føre til tap av bolig og at flere rusmiddelavhengige er bostedsløse (Ytrehus, 2018, s. 234, Evjen et al., 2018, s. 24). Litteraturen peker på at bostedsløshet setter personen i en uforutsigbar situasjon hvor de veksler mellom ulike plasser å bo (Ytrehus, 2018, s. 235). På en annen side skriver Ytrehus (2018) at de fleste rusmiddelavhengige bor i egen bolig (s. 234).

Dyb (2016) skriver at personer som har rusavhengighet og psykisk lidelser er knyttet til hjemløshet. Dette funnet støttes av litteraturen da Evjen et al. (2018) skriver at de med både rus- og psykisk lidelser er overrepresentert blant dem som blir tildelt midlertidig botilbud (s. 166). Rapporten fra tidligere forskning viser samme resultat om at det er en større andel bostedsløse blant dem med mest alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer, samtidig skriver de at ”sammenhengen mellom sykkelighet og bosituasjon er ikke spesielt sterk” (Nesvåg, et al., 2016, s. 13).

I litteraturen blir en trygg og stabil bosituasjon trukket frem som noe som kan øke muligheten for å lykkes med hjelpetiltak (Simonsen, 2016, s. 146) da de på denne måten er mer tilgjengelig for omsorg og behandling (Evjen et al., 2018, s. 166). Bostedsløshet øker risikoen for å utvikle problemer (SSB, 2017, Evjen et al., 2018, s. 96). Når man eier egen bolig risikerer man ikke å bli kastet ut så lenge man betaler og dermed er dette en trygg bosituasjon som blir sett på som et materielt og økonomisk gode (SSB, 2017). Et stabilt boforhold bidrar også til helsegevinster med økt livskvalitet. Funnen viser at rusmiddelavhengige ofte leier bolig. Dyb (2016) skriver at det å leie en kommunal bolig er knyttet til dårlige levekår og ustabil boforhold. Sammenlignet med resten av befolkning hvor det er vanlig å eie sin egen bolig (SSB, 2017) kan funnene tyde på at personer med rusmiddelavhengighet er marginalisert når det gjelder bosituasjon.

Litteraturen viser at bosituasjon kan påvirke andre levekårsmomenter.

Rusmiddelavhengige har ofte dårlig bosituasjon som kan ha sammenheng med dårlig økonomi (Simonsen, 2016, s. 146) og mange tilbringer mye tid på gata noe som innebærer en helsefare i seg selv (Ytrehus, 2018, s. 235). Bostedsløse er dårlig stilt både økonomisk og materielt (Ytrehus, 2018, s. 234). Tidligere forskning peker på at jo bedre brukerens økonomi er, jo større er sjansen for å oppnå en god bosituasjon (Nesvåg et al.,



2016, s. 10). Bosituasjonen har betydning for helse, samt for muligheten til deltakelse i samfunnet og sosial inkludering. Nesvåg, et al. (2016) skriver at dårlig økonomi kombinert med dårlig psykisk helse bidrar til særlig høy andel bostedsløse (s. 13).

Litteraturen peker på at det er vanskelig å opprettholde god ernæringsstatus, følge opp spesifikke sykdommer og ivareta personlig hygiene dersom man ikke har en tilfredsstillende boligsituasjon (Ytrehus, 2018, s. 234). Vi finner også slike sammenhenger i funnene da Dyb (2016) peker på at lav utdanning, lav tilknytning til arbeidslivet og det å ikke ha en familie eller et hjem før behandling gjør det langt mindre sannsynlig å ha et hjem etter de er ferdig med behandling. Både Nordfjærn (2011) og Dyb (2016) trekker frem at pasienter med kun alkoholforbruk har større sannsynlig for å ha en privat bolig. Dette kan tyde på at narkotikaproblemer kan øke sannsynligheten for bostedsløshet. Tidligere forskning støtte dette da rapporten til Dyb og Holm (2015) viser at flere rusmiddelavhengige er bostedsløse.

Litteraturen peker på at de som ikke fungerer i egen bolig kan risikere å miste sin boplass (Simonsen, 2016, s. 52). Innledningsvis ble det beskrevet om en sak fra media om "den uutholdelige stanken fra leilighet 403". Dette var en av leilighetene i et døgnbemannet bofellesskap. De ansatte som var inne i leiligheten beskriver følgende: "Salongbordet var dekket med graps. Skitne kaffekopper, tomme øl- og brusbokser, en tube med salve, noen flere DVDer og masse småting. Bordplata var marinert i øl eller brus, og tobakksrusk, brune klumper og møkk syntes å ha slått rot. Her og der lå sprøyter og brukte, brune kanyler" (Ergo, 2017). Dette kan tyde på at de ikke bare er nok å ha en bolig, hvis man ikke har boevne som bidrar til at man klarer å beholde boligen.

### **5.1.2 Økonomi**

Kun 3 av 16 studier omtaler økonomiske forhold. Funnene viser at flere hadde kjøp/salg av rusmidler som inntektskilde og noen hadde tyveri som inntektskilder (Gjersing og Brettville-Jensen, 2017). Enkelte lever av arbeidsrelatert inntekter, mens flere lever på pensjoner (Dyb, 2016). Funnene viser også at personer med alkoholproblemer kan ha en økt risiko for å havne på uføretrygd (Knudsen, Mykletun, Nesvåg og Øverland, 2011).

Litteraturen peker på at rusmiddelavhengige har dårlig og uoversiktlig økonomi, i form

av ulike typer gjeld eller trekk i trygdeytelser (Simonsen, 2016, s 145) samt at de ikke følger opp egne økonomiske forpliktelser (Ytrehus, 2018, s. 222). De mottar ytelse fra det offentlig og har lavere lønn (Storvoll et. al. 2010, s. 36). Simonsen (2016) skriver at rusmiddelavhengige ofte ikke får den trygdeytelsen de har rett på (s. 146).

I litteraturen kommer det frem at økonomiske forhold kan ha påvirkning på nettverket. Hvis en person har dårlig økonomi kan dette før til trusler og press om penger hos familiemedlemmer som kan være en kilde til konflikt (Ytrehus, 2018, s. 222).

Tidligere forskning peker på at økonomiske forhold også kan ha betydning for bosituasjonen. Blant brukere med økonomisk sosialhjelp var andelen bostedsløse på 15 prosent, andelen var 2 prosent for dem som hadde varig tilrettelagt arbeid. Brukere i kvalifiseringsprogrammet og midlertidig trygd lå omtrent på landsgjennomsnitt i forhold til bostedsløshet, mens dem som hadde arbeidsrettet tiltak og varig trygd lå under landsgjennomsnittet (Nesvåg et al., 2016 s. 11). Dette indikerer at stabile inntektskilder bidrar til bedre bosituasjon, mens en midlertidig inntektskilde øker sjansen for å ha en dårligere bosituasjon (Nesvåg et al., 2016 s. 13)

### **5.1.3 Arbeid, utdanning og aktivitet**

En meningsfull aktivitet er noe alle mennesker har behov for (Evjen et al., 2018, s. 176). 10 av 16 artikler nevner enten arbeid, utdanning og aktivitet. Funnene viser at rusmiddelavhengige ofte er arbeidsledige (Wüsthoff et al., 2011, Nordfjærn, 2011, Andreas et al., 2015, Stallvik og Clausen, 2017, Muller et al., 2016). Samtidig ser man at i studien til Stallvik og Clausen (2017) var 23 % personer i heltidsarbeid. De som hadde høyt stoffbruk var oftere arbeidsledige sammenlignet med de med lavere stoffbruk (Nordfjærn, 2011). Funnene indikerer også at personer med kun alkoholmisbruk hadde større sannsynlighet for arbeid på heltid (Nordfjærn, 2011, Hjemseter et al., 2019). Rusmiddelavhengige med en personlighetsforstyrrelse hadde sjeldnere arbeid enn personer uten personlighetsforstyrrelse (Langås et al, 2012).

Funnene viser at flere rusmiddelavhengige har lav utdanning, ofte under videregående nivå (Andreas et al. 2015, Nordfjærn, 2011, Stallvik og Clausen, 2017, Muller et al., 2016). Andreasen et al. (2015) peker også på at flere oppga å ha læring og/eller atferdsproblemer på barneskolen. Det å kun ha alkoholproblemer øker sannsynligheten

for å fullført høyere utdanning (Nordfjærn, 2011, Hjemseter et al., 2019), mens det å ha en personlighetsforstyrrelse i tillegg til rusproblemer øker sannsynligheten for å ha lavere utdanning og sjeldnere å gå på skole (Langås et al., 2012).

Hoxmark et al. (2012) beskriver at det er et betydelig fall i aktiviteter etter at personene startet med rusmiddelmissbruk og Wüsthoff et al. (2011) peker på at rusmiddelavhengige har problemer med daglige aktiviteter. Litteraturen støtter funnene i artiklene da det står at rusmiddelavhengige ofte har lav tilknytning til arbeidslivet (Simonsen, 2016, s. 18, Storvoll et al., 2010 s. 36).

Tidligere forskning støtte disse funnene. I rapporten til Nesvåg et al. (2016) kommer det frem at halvparten av de rusmiddelavhengige ikke deltar på noen form for fritidsaktiviteter, har ikke tilknytning til arbeidslivet eller utdanning (s. 5). Det betyr at alle disse mottar tjenester fra NAV, hvilket tyder på at disse er marginaliserte (Nesvåg et al., 2016). Utdanningsnivået var klart lavere enn resten av befolkningen (Nesvåg et al., 2016, s. 3).

Arbeid er en viktig arena for å kunne forsørge seg selv og for menneskelig kontakt (SSB, 2017), og således spiller arbeid en viktig rolle for livskvaliteten (Barstad, 2014). Litteraturen peker på arbeid bidrar til å øke selvtilliten, bedre økonomien og skaper motivasjon (Evjen et al., 2018, s. 176). Utdanning og arbeid har således påvirkning både på helse og på økonomi. Samt at det bidrar til økt nettverk ved at man kan snakke med andre kollegaer. Funnene viser at en reduksjon i antall aktiviteter påvirker trivselen negativt og det å være i fysisk aktivitet forbedret livskvaliteten (Stallvik og Clausen, 2017).

#### **5.1.4 Nettverk**

Nettverk påvirker livskvaliteten. Dersom man har noen som man kan dele opplevelser med og spørre om hjelp og råd øker dette livskvaliteten (SSB, 2017). Fire studier tok for seg nettverk hos personer med rusproblemer. Funnene viser at rusmiddelavhengige ofte var enslige (Wüsthoff et al., 2011, Nordfjærn, 2011, Muller et al., 2016). I studien til Muller et al. (2016) rapporterte flere at deres sosiale nettverk besto av andre rusmiddelavhengige og hele 17,1 % rapportert at de ikke hadde noe nettverk i det hele

tatt. Videre rapporterte omtrent halvparten av de spise måltider alene. De hadde også problemer med mellommenneskelig relasjoner (Nordfjæren, 2011). De som kun hadde et alkoholproblem var oftere i et forhold (Hjemsæter et al., 2019). Litteraturen peker på at rusproblemer er belastende for nettverket rundt og kan føre til skade i nære relasjoner (Skjøtskift, 2018, s. 112). Dette kan indikere at personer med rusmiddelavhengighet har lite nettverk.

Litteraturen støtter funnene da det står at rusmiddelavhengige kan ha lite kontakt med familien sin (Simonsen, 2016, s. 144) og at det å være pårørende til rusmiddelavhengige ofte er krevende og belastende på flere områder (Skjøtskift, 2018, s. 112, Simonsen, 2016, s. 71, Andresen, 2012, s. 400). Å få støtte fra familien kan være avgjørende for å få bedre levestandard (Ytrehus, 2018, s. 218) og i noen tilfeller kan den rusmiddelavhengige få kontakt med sin familie igjen dersom familien forstår at personene forsøker å gjøre noe med sitt rusproblem (Simonsen, 2016, s. 144).

### **5.1.5 Fysisk og psykisk helse**

I 14 av 16 studier tar de for seg helse. Helse ses på som en av de viktigste faktorene for god livskvalitet (Barstad, 2016) og i 2017 var det hele 78 prosent av Norges befolkning som vurderte sin egen helse som god (SSB). Resultatene viser at personer med rusproblemer har en rekke utfordringer når det kommer til både fysisk og psykisk helse.

Funnene viser at rusmiddelavhengig har større sannsynlighet for å ha somatiske sykdommer (Nordfjærn, 2011, Muller et al., 2016, Clausen et al., 2009, Hjemsæter et al., 2019, Gjersing og Brettville-Jensen, 2017) som bl.a. er aids, lungebetennelse, blodforgiftning, hjernehinnebetennelse, kardiovaskulær sykdom, hjerteinfarkt, hjerneslag, leversvikt og hepatitt C (Clausen et al., 2009). Funnene viser at den vanligste årsaken til at rusmiddelavhengige møtte på legevakten var somatiske plager (Gjersing et al., 2017). Litteraturen støtter funnene i form av at de rapporterer om dårlig somatisk helse (Simonsen, 2016, Biong og Ytrehus, 2018, Mørland og Waal, 2016, Simonsen, 2016, Evjen et al., 2018, Fekjær, 2016). Det blir nevnt flere somatiske plager i litteraturen enn det gjør i funnene.

Funnene peker på mangel på tjenester. I studien til Wüsthoff et al. (2011) beskriver de

at rusmiddelavhengige oftere får poliklinisk behandling og at behandlingen ofte er på et for lavt kompetansenivå, ikke er systematisk og ikke omfattende nok. I studien til Stallvik og Clausen (2017) rapporterte flere at de ikke fikk de psykiatriske tjenestene de trengte og var bekymret for medisinske problemer. Rusmiddelavhengige blir utsatt for flere ufrivillige innleggelse en pasienter uten rusproblemer (Opsal et al., 2011). Litteraturen peker på samme utfordring da han skriver at de ofte har mangel på legetjenester (Feskjær, 2016, s. 197). Samtidig viser funnene at rusmiddelavhengige er i hyppig kontakt med nødetatene, sosialtjenesten og sykehuset (Gjersing et al., 2017).

Litteraturen trekker frem sammenhengen mellom somatisk og psykiske lidelser. ”Kropp og sjel henger sammen” (Evjen et al., 2018, s. 85). Den somatiske sykkeligheten blir påvirket av psykiske lidelser enten indirekte eller direkte. Somatisk helse har påvirkning på livskvalitet og bidrar til å klare å meste vansker. Både somatisk sykdom og psykiske lidelser gir betydelig økt dødelighet (Evjen et al., 2018, s. 85).

Funnene trekker frem at personer med rusavhengighet ofte har en eller flere psykiske lidelser (Wüsthoff et al., 2011, Andreas et al., 2015, Nordfjærn, 2011, Stallvik og Clausen, 2017, Langås et al. 2012, Opsal et al., 2011, Hoxmark et al., 2012, Muller et al., 2016, Hjemsæter et al., 2019). De vanligste er depresjon (Andreas et al., 2015, Nordfjærn, 2011, Langås et al. 2012, Hoxmark et al., 2012), angst (Muller et al., 2016, Hjemsæter et al., 2019), aggressiv atferd og kognitive problemer (Wüsthoff et al., 2011) tvangstanker, paranoide vrangforestillinger (Nordfjærn, 2011) og affektiv forstyrrelser (Hjemsæter et al., 2019). De har også dårligere praktisk og sosial fungering (Wüsthoff et al., 2011, Stallvik og Clausen, 2017, Langås et al. 2012). Funnene som tilsier at rusmiddelavhengige ofte ha en eller flere psykiske lidelser bekreftes i litteraturen (Biong og Ytrehus, 2018, Feskjær, 2016, Mørland og Waal, 2016). Videre står det i litteraturen at dårlig somatisk helse påvirker den psykiske helsen (Skoglund og Biong, 2018, s. 188).

Funnene viser at rusmiddelavhengige har økt risiko for å dø. Vanligste dødsårsakene er overdose (Andreas et al., 2015, Clausen et al., 2009, Hjemsæter et al., 2019, Gjersing og Brettville-Jensen, 2017, Gjersing et al., 2017), traumer i form av selvmord og drap (Clausen et al., 2009, Hjemsæter et al., 2019, Gjersing og Brettville-Jensen, 2017). Litteraturen viser at risiko for rusforgiftning øker hvis man bor en plass som blir

kategorisert som et område med dårlige levekår (Akopian et al., 2015). Økt risiko for selvmord og drap er også noe som blir tatt opp i litteraturen (Fekjær, 2016, s. 195, Mørland og Waal, 2016, s. 69, Simonsen, 2016, s. 147). Simonsen (2016) trekker frem at det er økt risiko for selvmord hos rusmiddelavhengige som har psykiske lidelser og at den økes ytterligere ved dårlige levekår (s. 147).

Karlsen et al. (2017) har studert tannhelse til rusmiddelavhengige og fant at de i gjennomsnitt hadde 17 funksjonelle tenner. Dette funnet bekreftes i litteraturen hvor det kommer frem at tannhelsen er dårlig hos rusmiddelavhengige (Simonsen, 2016, s. 149, Skoglund og Biong, 2018, s. 188, Mørland og Waal, 2016, s. 69). Litteraturen trekker frem at tannproblemer kan være sosialt stigmatiserende og kosmetisk skjemmende (Mørland og Waal, 2016, s. 318). Funnene peker på at drøyt halvparten var misfornøyde med utseende på egne tenner (Karlsen et. al., 2017). Rusmiddelavhengige kan ha problemer med å tygge mat fordi de har dårlig tannhelse. Dette bekreftes både i litteraturen (Mørland og Waal, 2016, s. 318) og i funn hvor det kommer frem at 33 % ofte hadde opplevd ubehag ved inntak av mat (Karlsen et. al., 2017). Litteraturen peker på sammenhengen mellom tannhelse og kosthold da dårlig tannhelse kan påvirke kostholdet og føre til dårlig kosthold (Mørland og Waal, 2016, 318). I boken til Fekjær (2016) skriver han at rusmiddelavhengige ofte har mangel på tannlegetjenester (s. 197-198).

I studien til Muller et al., 2016 rapporterer flere at de er misfornøyde med sin nåværende vekt og er i lite fysisk aktivitet. I litteraturen er ernæring et tema som blir tatt opp av flere. De peker på at næringssituasjonen til rusmiddelavhengige er dårlig (Skoglund og Biong, s. 188, Simonsen, 2016, s. 148, Mørland og Waal, 2016, s. 318). Høyt inntak av kalorier og karbohydrater og lavt inntak av vitaminer, fiber og kalk er noen av utfordringene (Simonsen, 2016, s. 148, Mørland og Waal, 2016, s. 318). Evjen et al. (2018) peker på at ernæring er et problem som ofte er undervurdert hos rusmiddelavhengige (s. 86). Videre skriver de at dette har innvirkning på å kunne mestre psykiske problemer. Dårlig kosthold øker sykkeligheten (Simonsen, 2016, s. 148). Jeg har ikke funnet noen funn som retter seg direkte mot ernæring. Dette kan tyde på at det er manglende forskning om rusmiddelavhengige og ernæring.

Jeg ønsket å ha et helhetsperspektiv på studien. Hvis man ser på alle momentene samlet

kan funnene tyde på at rusmiddelavhengige har dårlige levekår totalt sett. Flere er bostedsløse, har lav utdanning og er sjeldent i arbeid eller aktivitet. Videre har flere lite nettverk og dårlig fysisk og psykisk helse. Flere av disse momentene er viktig for livskvaliteten. Jeg har funnet flest funn innenfor fysisk og psykisk helse. Dette kan tyde på at helhetsperspektivet er for dårlig ivaretatt. Personer med rusmiddelavhengige har behov for sammensatte og omfattende tjenester.

## 5.2 Hva betyr resultatene for pasienter og klinikere?

”Rusmiddelproblemer kan skape store utfordringer både for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte” (Biong og Ytrehus, 2018, s. 13). Som vi nå har sett viser funnene og litteratur at det å leve med rusproblemer kan innebærer å ha utfordringer på en rekke områder. Denne studien kan dermed bidra til at klinikere får en forståelse for hvordan det er å leve med et rusproblem. Det kan bidra til at de får et større fokus på at de har sammensatte problemer og at de trenger helhetlig hjelp og at det er behov for tverrfaglig samarbeid.

Sammenlignet med den øvrige befolkningen har rusmiddelavhengige økt forekomst av psykiske vansker, somatiske sykdommer og andre skader. Dette medfører at pasienten trenger flere typer behandling. Den rusmiddelavhengige har ofte problemer med et ordnet og kanskje krevende samarbeid. Dette kan føre til at personen faller mellom to stoler fordi de trenger hjelp fra flere instanser dersom disse ikke er tilstrekkelig samordnet. Dette er et systemproblem i helsevesenet (Mørland og Waal, 2016, s. 304).

Innledningsvis ble det nevnt at media har dekket flere saker som beskriver flere historier om rusmiddelavhengige. Saken som Siw (Bjørnå, Ergo og Minge, 2019) forteller mye om hvordan det er å leve med et rusmiddelmisbruk. I denne saken nevnes blant annet dårlig bosituasjon, økonomiske problemer og forhold knyttet til dårlig psykisk og somatiske helse. Utfordringen i denne saken var mangelfull helhetlig og koordinerte tjenester. Den andre saken med overskriften ”når alt rakner” trekker frem noen av utfordringene ved å klare å hjelpe de rusmiddelavhengige. De skriver at det er mange komplekse årsaker til at hjelpeapparatet feiler. Fagmiljøene omtaler ofte menneskene som både har omfattende rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser som ”Hard to reach and hard to treat. Bakgrunnen for dette er at disse personene ofte ikke tar

telefonen, åpner ikke posten og holder ofte ikke avtaler, samt at noen ikke ønsker hjelp eller at de har mistet troen på at noen klarer å hjelpe dem. ”Men først og fremst: Hjelpemiddelet i kommunene og helsevesenet har store problemer med å finne en måte å hjelpe dem på. I mellomtida vokser problemene seg så store, at det flyter over” (Bjørnå og Ergo, 2019).

Behandling har som mål å bedre livskvaliteten til personen som er rusmiddelavhengig (Simonsen, 2016, s. 155). Hvis man skal klare å bedre livskvaliteten gjennom behandling blir det viktig at man fokuserer på flere områder samtidig, samt hvordan levekårsområdene påvirker hverandre. ”En helhetlig og integrert behandling innebærer at alle sykdommer og lidelser skal forsøkes behandlet” (Simonsen, 2016, s. 165). Sannsynligheten for at en person med rusproblemer skal lykkes øker hvis man klarer å påvirke flere momenter samtidig. Samtidig ser man at det ofte er motsatt i hjelpeapparatet. Det er en rekke tilbud og tjenester med dårlig samordning. Det er også svikt og brudd i overgangene mellom tjenestene (Evjen et al., 2018, s. 223). Hjelpetilbudet innebærer helse- og omsorgstjenesten i kommune, statlig tjenester i form av spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunal tannhelsetjeneste, samt en del andre statlig og private tjenester (Simonsen, 2016, s.155) Personer med sammensatte problemer vil ha nytte av at hjelpeapparatet er samlet og helhetlig, det vil også bidra til at hver enkelt tjeneste får mer verdi (Evjen et al., 2018, s. 223). Det er imidlertid mange utfordringer for at de rusmiddelavhengige skal få et helhetlig og samordnet tjenestetilbud da personen trenger hjelp fra ulike aktører samtidig og noen ganger over lengre tid (Simonsen, 2016, s. 155).

Det er dermed viktig at man har fokus på det biopsykososiale perspektivet når man møter rusmiddelavhengige. Dette kan bidra til at man har en forståelse for at det er flere faktorer som påvirker hvorfor personer er avhengige. Det er ikke bare de fysiske og psykiske skadevirkningene, men også bosituasjonen, et nettverk som er preget av andre rusmiddelavhengige, samt at de mangler et meningsfullt arbeid (Skjøtskift, 2018, s. 112).

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) innebærer at alle tre fagområder, det medisinskfaglige, psykologfaglige og sosialfaglige, skal være til stede i behandling. Det innebærer at legen eller psykiateren som spesialist og sykepleieren har fokus på



somatiske og noen ganger også psykiske helse. De skal også samarbeide med andre fagområdene om kartlegging og tilfriskning av pasienten. Psykologen som spesialist skal sette søkelys på pasientens psykiske helse, men i samarbeid med andre fagområder. Den kliniske sosionomen som spesialist skal samarbeider med de andre fagområdene som gjelder de sosiale situasjonene som innebærer bolig, økonomi og nettverk. Dette betyr at alle behovene blir dekket på en integrert måte (Lundberg, 2012, s. 42)

Samhandling er blitt mer forpliktene gjennom nasjonale føringer som for eksempel opptrappingsplan på rusfeltet og samhandlingsreformen. Samtidig er det viktig at man er klart over at dette ikke garanterer samarbeider, men det er en forutsetning for å få til bedre samarbeid mellom tjenestene (Dahl, 2012, s. 346).

Det er også viktig å sette dette i et folkehelseperspektiv. Helsepersonell må se helheten til de rusmiddelavhengige, men det er også viktig at myndighetene fokuserer på flere områder i den generelle forebyggingen av denne gruppen.

Jeg har funnet flest resultater som omhandler fysisk og psykisk helse. Det kan tyde på at dette har fått mest oppmerksomhet når det kommer til forskning på rusmiddelavhengighet. Det kan tyde på at helsefokuset har overvekt i forhold til de andre faktorene. I behandlingen er det viktig å se og forholde seg til flere levekårsområder som muligens kan bli oversett i behandlingen.

Det å se ”Personen i situasjonen” kan bidra til at man ikke bare fokuserer på medisinsk behandling av rusmiddelavhengighet, men at man også har fokus på omgivelsen rundt personen. For å fange inn helheten bør man kartlegge omgivelsen personen befinner seg i, og hvordan dette påvirker personen (Levin, 2004, s. 67). De som skal hjelpe den rusmiddelavhengige får således i oppgave å veve sammen trådene for å klare å sette sammen en helhet (Levin, 2004, s. 74). Denne studien peker på at det da er viktig at man ser på flere levekårsmomenter som bolig, økonomi, arbeid/aktivitet, nettverk og helse. Det blir vanskelig å hjelpe personen på en god måte hvis man ikke fokuserer på alle disse levekårsmomentene samtidig. Det er dermed viktig å kartlegge hvilke problemer den rusmiddelavhengige har og ha se og forstå at problemene har sammenheng med hverandre. For eksempel kan dårlig økonomi være et resultat av at den rusavhengige er uten arbeid. Det kan føre til at denne personen ikke har nok penger til å dekke husleien eller å kjøpe næringsrik mat. Det kan også påvirke nettverket hvis

den rusavhengige ofte henvender seg til familie for å få mer penger. Dette betyr at et levekårsområde kan påvirke alle de andre levekårsområdene negativt, som igjen kan resultere i at den rusmiddelavhengige totalt sett får veldig dårlige levekår.

Rusmiddelavhengige en er gruppe som har stort behov for sammensatte tjenester over tid. Flere har i tillegg til rusproblemet både psykiske og somatiske lidelser. Dette krevet at personen får et helhetlig tjenestetilbud som innebærer ulike typer tjenester og som er individuelt tilpasset. En av folkehelseutfordringene som det må settes enda større fokus på er problemer som reduserte livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær, relasjon- og familieproblemer og uførepensjon (Biong og Ytrehus, 2018, s. 112). Helse og omsorgsdepartementet (2016) skriver at ”Det er behov for å bidra til at personer med rusproblemer får helhetlige og sammenhengende tjenester” og at ”Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat” (s. 6). En av utfordringene som er nevnt innledningsvis i denne studien er å øke basiskunnskapen hos ansatte i helse-, omsorgs- og velferdstjenesten om både rus- og avhengighetsproblematikk og tilleggsproblematikk Helse og omsorgsdepartementet, 2016, s. 20).

En god og dekkende kunnskapsoppsummering om hvordan rusmiddelavhengige har det vil være et godt bidrag til denne utfordringen. Det kan dermed tyde på at det er behov for en stor, systematisk kunnskapsoppsummering på dette området, samt flere studier om enkelte levekårsområder.

### **5.3 Har vi nok forskning?**

Jeg har funnet forskning om alle levekårsmomentene jeg valgte på forhånd. I og med at jeg har et veldig stort tema, synes jeg totalt at jeg har funnet lite forskning.

Overraskende nok har jeg ikke lyktes å finne en tidligere kunnskapsoppsummering om rusmiddelavhengighet og levekår. Når jeg startet på søkene trodde jeg at jeg skulle finne flere forskningsartikler innenfor de ulike levekårsmomentene og at det ville være vanskelig å velge ut. Det viser seg imidlertid at jeg ikke har funnet så veldig mange forskningsartikler som skrive direkte om et levekårsmoment. Levekårsområdene er nevnt i artiklene, men er ikke hovedfokuset. Samtidig vil jeg si at forskningen jeg har funnet kan si noe om hvordan det er å leve med rusproblemer da både funnene og litteraturen stemmer overens.

Et annet moment som er viktig å få frem er at det ikke er sikkert at jeg har funnet all tilgjengelig forskning. Det ble kun søkt i 5 databaser. Selv om jeg fikk hjelp av bibliotekar til å velge ut de databasene som kunne gi mest relevante funn, kan det ikke utelukkes at det finnes forskning på området i andre databaser. En kunnskapsoppsummering kan ikke garantere å gi uttømmende kunnskap om forskning på feltet. Det kan imidlertid gi en indikasjon på om det er et kunnskapshull på feltet. Min kunnskapsoppsummering kan tyde på at det er et behov for mer forskning på området og ikke minst behov for en omfattende kunnskapsoppsummering.

En scoping review skal kartlegge om det er behov for en heldekkende systematisk studie, samt finne ut om det er lite forskning på området (Forsberg og Wengström, 2016, s. 169). Jeg mener at det er behov for en heldekkende systematisk studie om rusmiddelavhengighet og levekår. Det kunne vært interessant å sett på om det er andre levekårsområder, som jeg ikke har tatt med her, som kan si noe om hvordan rusmiddelavhengige har det. Det er også behov for mer forskning på rusmiddelavhengighet og ulike levekårsområder.

## 6. Avslutning

---

Hensikten med denne studien var å finne forskning som kunne si noe om hvordan det er å leve med et rusmiddelmissbruk. Det ble identifisert 16 artikler gjennom scoping review. Funnene indikerer at rusmiddelavhengige har flere utfordringer når det gjelder sentrale levekårsmomentene som bolig, økonomi, arbeid/aktivitet, utdanning, nettverk, fysisk og psykisk helse. Selv om flere rusavhengige eier egen bolig, er det også en del som er bostedsløse eller ikke har en tilfredsstillende bosituasjon. Noen lever på lønnsinntekter og faste trygdeytelser, mens andre har dårlig økonomi og gjeldsproblematikk. Flere har lav utdanning og lav tilknytning, mens andre er i ordinært arbeid. Flere har mistet sitt nettverk på bakgrunn av rusmiddelmissbruk. Den fysiske og psykiske helsen er generelt dårlig sammenlignet med resten av befolkningen. Disse momentene påvirker hverandre. Funnene indikerer at dersom man har dårlige levekår innenfor et område, påvirker dette de andre områdene negativt. Slik sett kan funnene tyde på at det å leve med rusmiddelavhengighet er en utfordrende situasjon. Det er viktig at personer som lever med rusmiddelavhengighet får et samlet og helhetlig tjenestetilbud da dette vil øke sannsynligheten for at personer får bedre levekår. Denne kunnskapsoppsummeringen peker på at det er behov for mer kunnskap på sentrale områder for personer med rusmiddelavhengighet.

# Referanser

---

Amundsen, E. J. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/sirusrap.4.10.pdf>

Andresen, E. N. (2012). Pårørende. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. Utg.). (s. 399-426). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Arksey, H. og O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Arefjord, N. (2012). Personlighetsforstyrrelser og ruslidelser. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. Utg.). (s. 91-114). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bernler, G. og Johnsson, L. (1988). *Teori för psykosocialt arbete*. (2.utg.). Borås: Centraltryckeriet.

Biong, S. og Ytrehus, S. (Red.). (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Biong, S. og Ytrehus, S. (2018). Rusmiddelproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong og S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.). (s. 13-20). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bjørnå, T. M. E. og Ergo, T. og Minge, A. (2019, 8 februar). «Gi meg litt lykke før jeg dør» Historien om Siw. *Aftenbladet*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/A2K9e5/historien-om-siw-del-1-kvinnen-de-ikke-klarte-aa-glemme>

Bjørnå, T. M. E. og Ergo, T. (2019, 12 april). Når alt rakner. *Aftenbladet*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/magasin/i/Kd4nG/naar-alt-rakner?>

Dahl, T. (2012) Ambulant brukerstyrt samarbeid. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. Utg.). (s. 345-362). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dyb, E. og Holm, A. (2015). Rus og bolig – Kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusmiddelproblemer. (NIBR-rapport 2015:5). Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2500148/Dyb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dyb, E. og Johannessen, K. (2010). Regjeringens tilbakeføringsgaranti - en forstudie av iverksetting. (NIBR-rapport 2010:8) Hentet fra <https://fagarkivet.oslomet.no/en/collections/asset/dspace:34360/2010-8.pdf>

Ergo, T. (2017, 19 mai). Den uutholdelige stanken fra leilighet 403. *Aftenbladet*. Hentet fra <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/knjO9/den-uutholdelige-stanken-fra-leilighet-403>

Evjen, R., Kielland, K. B. og Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp – om ruslidelse og psykiske lidelser*. (4. Utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Fekjær, H. O. (2016). *Rus - Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. (4 Utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. Og Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier. (4. Utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

Gjersing, L. og Amundsen, E. J. (2019). Narkotika i Norge 2018. Hentet fra <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2582062/Narkotika%20i%20Norge%202018utgave2.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Haga, W. (2012). Veien inn i behandling. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. Utg.). (s. 47-54). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. (Prop. 15 S). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2018). Konseptualisering av rusmiddelforebygging i et folkehelseperspektiv. (IS-2785)  
Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/konseptualisering-av-rusmiddelforebygging-i-et-folkehelseperspektiv/Konseptualisering%20av%20rusmiddelforebygging%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf/\\_attachment/inline/c2bb89ec-76e5-4780-a437-60cf7cde2606:73e6567b7dc74e8092d851f15f3ca11974ed2207/Konseptualisering%20av%20rusmiddelforebygging%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/konseptualisering-av-rusmiddelforebygging-i-et-folkehelseperspektiv/Konseptualisering%20av%20rusmiddelforebygging%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf/_attachment/inline/c2bb89ec-76e5-4780-a437-60cf7cde2606:73e6567b7dc74e8092d851f15f3ca11974ed2207/Konseptualisering%20av%20rusmiddelforebygging%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf)

Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling. (IS-1948). Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-)

[0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandlings%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandlings%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Nesvåg, S. M., Lie, T., Håland, M. E. og Stevenson, B. (2016). *Temahefte BrukerPlan 2015 - Aktiviteter, arbeid og utdanning, bosituasjon og rusmiddelbruk*. (ISBN 978-82-93390-05-3). Hentet fra: <https://helse-stavanger.no/seksjon/KORFOR/Documents/Brukerplan/2015/Temahefte%20BrukerPlan%202015.pdf>

Nesvåg, S. (2018). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet I S. Biong og S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.). (s. 21-43). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer - En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Johannessen, A., Tuft P. A. og Christoffersen, L. (2013). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. Utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Kvaavik, E. (2019). Alkohol i Norge 2018. Hentet fra: [https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2579169/Kvaavik\\_2018\\_Alk.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2579169/Kvaavik_2018_Alk.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Levin, I. (2004). *Hva Er Sosialt Arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lossius, K. (Red.). (2012). *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lossius, K. (2012). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. Utg.). (s. 23-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lundberg, A. (2012) Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet?



I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2. Utg.). (s. 40-46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lund, I. og Bretteville-jensen, A. L. (2010). Kan vi skille mellom bruk og misbruk? I , E. J. Amundsen (Red.), *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. (s. 13-27). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/sirusrap.4.10.pdf>

Nordlund, S. (2010). Alkoholmisbruk før og nå – Har vår oppfatning endret seg? I , E. J. Amundsen (Red.), *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. (s. 44-55). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/sirusrap.4.10.pdf>

Sagvaag, H. og Selbekk, A. S. (2013). *Rusbehandling i et folkehelseperspektiv*. Hentet fra: [https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/file/pdf/62975205/rusbehandling\\_i\\_et\\_folkehelseperspektiv.pdf](https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/file/pdf/62975205/rusbehandling_i_et_folkehelseperspektiv.pdf)

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse*. (4. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet- Lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Skjøtskift, S. (2018). Rusmidlenes virkninger og skadevirkninger.

I S. Biong og S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.). (s. 90-113). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Skoglund, A. og Biong, S. (2018). Sykepleie til personer med rusmiddelavhengighet i somatisk sykehus. I S. Biong og S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.. (s. 178-194). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Skretting, A. (2010). Behov for språk- og begrepsrøkt. I , E. J. Amundsen (Red.), *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. (s. 28-33). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/sirusrap.4.10.pdf>

Skretting, A., Vedøy, T. F., Lund, K. E. og Bye, E. K. (2016). Rusmidler i Norge 2016 - Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet. Hentet fra

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rusmidler\\_i\\_norge\\_2016.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rusmidler_i_norge_2016.pdf)

SSB. (2017). *Slik har vi det – livskvalitet og levekår: utgave 2017*. Hentet fra

<https://www.ssb.no/levekar-og-livskvalitet/2017>

Storvoll, E. E., Rossow, I., Moan, I. S., Norström, T., Scheffels, J. og Lauritzen, G. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*.

Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/akder-sirusrap.3.10.pdf>

Waal, H. og Mørland, J. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ytrehus, S. (2018). Bostedsløshet. I S. Biong og S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.). (s. 234-242). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Ytrehus, S. (2018). Familiens situasjon. I S. Biong og S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (2.utg.). (s. 215-233). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

## Referanser til artiklene i tabell 4

---

Akopian, M., Vallersnes, O. M., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø og Brekke, M. (2015).

Levekår i Oslos bydeler og legevaktbehandlet rusmiddelforgiftning

Tidsskrift Norsk Legeforening, 21(135), 1943–1948.

<https://tidsskriftet.no/2015/11/originalartikkel/levekar-i-oslos-bydeler-og-legevaktbehandlet-rusmiddelforgiftning>

Andreas, J. B., Lauritzen, G og Nordfjærn, T. (2015). Co-occurrence between mental distress and poly-drug use: A ten year prospective study of patients from substance

abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 48, 71-78.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.05.001>

Clausen, T., Waal, H., Thoresen, M. og Gossop, M. (2009). Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addiction*, 104, 1356–1362. Doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02570.x

Dyb, E. (2016). Housing First or no housing? Housing and homelessness at the end of alcohol and drug treatment. *International Journal of Drug Policy* 36, 76–84.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.07.003>

Gjersing, L, Jonassen, K., Skurtveit, S, Bramness, J, og Clausen, T. (2017). Emergency service use is common in the year before death among drug users who die from an overdose. *Journal of substance use*, 22(3), 331–336. DOI: 10.1080/14659891.2016.1208778

Gjersing, L og Bretteville-Jensen, A. L. (2017). Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of ‘hard-to-reach’ polysubstance users. *Addiction*, 113, 729–739. Doi:10.1111/add.14053

Hjemsæter, A. J., Bramness, J. G., Drake, R., Skeie, I., Monsbakken, B, Benth, J. S. og Landheim, A. S. (2019). Mortality, cause of death and risk factors in patients with alcohol use disorder alone or poly-substance use disorders: a 19-year prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 19(101), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2077-8>

Hoxmark, E., Wynn, T. N. og Wynn, R. (2012). Loss of activities and its effect on the well-being of substance abusers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19, 78–83. 10.3109/11038128.2011.552120

Karlsen, L. S., Wang, N. J., Jansson, H. og Ansteinsson, V. (2017). Tannhelse og oral helserelevanter livskvalitet hos et utvalg rusmiddelmissbrukere i Norge. *Den Norske Tannlegeforenings tidene*, 127(4), 316–321.

<https://www.tannlegetidende.no/asset/2017/P17-04-316-21.pdf>

Langås, A-M., Malt, U. F. og Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality

disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 12(180). Doi:10.1186/1471-244X-12-180

Muller, A. E., Skurtveit, S. og Clausen, T. (2016). Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(39), 1-10. DOI 10.1186/s12955-016-0439-1

Nordfjærn, T. (2011). Do severity levels of substance use relate to self-reported variations in psychosocial distress? *Journal of Substance Use*, 16(6), 422–438. DOI: 10.3109/14659891.2010.495444

Opsal A., Clausen T., Kristensen Ø., Elvik I., Joa I. og Larsen T. K. (2011). Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 124, 198–204. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2011.01700.x

Skogen, J. C., Knudsen, A. K., Mykletun, A., Nesvåg, S. og Øverland, S. (2011). Alcohol consumption, problem drinking, abstinence and disability pension award. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Addiction*, 107, 98-108. Doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03551.x

Stallvik, M og Clausen, T. (2017). HRQoL and its association with clinical severity and service needs among individuals with a substance use disorder. *Journal of substance use*, 22(5), 524–530. <https://doi.org/10.1080/14659891.2016.1259366>

Wüsthoff, L. E., Waal, H., Ruud, T. og Gråwe, R. W. (2011). A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community Mental Health Centres. *BMC Psychiatry*, 11(93), 1-9. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/93>

## Vedlegg

### Søkestrategi – SweMed

	Søkeord	Begrensninger	Treff
1	substance abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	132
2	alcohol abuse	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	62
3	drug abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	89
4	Narcotic abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	9
5	Addiction*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	41
6	Alcoholism*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	78
7	Living condition*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	20
8	Quality of life*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	756
9	Living standard*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	5
10	Well-being*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	0
11	Norway*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	1711
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6		254
	#7 OR #8 OR #9 OR #10		776
	#11 AND #12 AND #13		3

	Søkeord	Begrensninger	Treff
1	substance abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	132
2	alcohol abuse	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	62
3	drug abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	89
4	Narcotic abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	9
5	Addiction*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	41
6	Alcoholism*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	78
7	Housing*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	45
8	Home*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-	773

		2019	
9	Shelter*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	8
10	House*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	60
11	Residence*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	48
12	Residential*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	56
13	place to stay*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	0
14	public housing*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	2
15	Norway*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	1711
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6		254
	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14		910
	#15 AND #16 AND #17		3

	Søkeord	Begrensninger	Treff
1	substance abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	132
2	alcohol abuse	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	62
3	drug abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	89
4	Narcotic abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	9
5	Addiction*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	41
6	Alcoholism*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	78
7	Welfare*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	142
8	social support*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	554
9	social assistance*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	17
10	social relief*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	0
11	Income*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	59
12	Pension*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	53
13	sickness benefits*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	8
14	Work assessment allowance*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-	0

		2019	
15	Benefit*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	203
16	Payments*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	0
17	Salarys*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	0
18	Norway*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	1711
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6		257
	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 964		965
	#18 AND #19 AND #20		1

	Søkeord	Begrensninger	Treff
1	substance abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	132
2	alcohol abuse	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	62
3	drug abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	89
4	Narcotic abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	9
5	Addiction*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	41
6	Alcoholism*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	78
7	Work*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	936
8	Labour*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	20
9	Employment*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	215
10	line of work*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	6
11	opportunity for employment*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	0
12	Activity*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	320
13	Norway*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	1711
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6		254
	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12		1332
	#13 AND #14 AND #15		5

	Søkeord	Begrensninger	Treff
1	substance abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	132
2	alcohol abuse	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	62
3	drug abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	89
4	Narcotic abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	9
5	Addiction*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	41
6	Alcoholism*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	78
7	Social connections*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	0
8	social status*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	189
9	Family*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	682
10	relationships*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	36
11	friends*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	46
12	Norway*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	1711
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6		254
	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11		916
	#12 AND #13 AND #14		4

	Søkeord	Begrensninger	Treff
1	substance abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	132
2	alcohol abuse	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	62
3	drug abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	89
4	Narcotic abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	9
5	Addiction*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	41
6	Alcoholism*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	78
7	Physical health*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	296
8	physical state*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	2
9	Physical condition*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	6



10	Physical well-being*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	0
11	Norway*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	1711
12	#1 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6		246
13	#7 OR #8 OR #9 OR #10		300
14	#11 AND #12 AND #13		0

	Søkeord	Begrensninger	Treff
1	substance abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	132
2	alcohol abuse	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	62
3	drug abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	89
4	Narcotic abuse*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	9
5	Addiction*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	41
6	Alcoholism*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	78
7	Physical health*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	296
8	physical state*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	2
9	Physical condition*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	6
10	Physical well-being*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	0
11	Norway*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2019	1711
	#1 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6		246
	#7 OR #8 OR #9 OR #10		300
	#11 AND #12 AND #13		0

## Søkeprosess – Cinahl

	søkeord	Begrensninger	Treff
1	substance abuse* OR alcohol abuse* OR drug abuse* OR Narcotic abuse* OR Addiction* OR Alcoholism*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	27,499
2	Welfare* OR social support* OR social assistance* OR social relief* OR Income* OR Pension* OR sickness benefits* OR Work assessment allowance* OR Benefit* OR Payments* OR Salaries*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	102,938
3	Housing* OR Home* OR Shelter* OR House* OR Residence* OR Residential* OR place to stay* OR public housing*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	69,593
4	Work* OR Labour* OR Employment* OR line of work* OR opportunity for employment* OR Activity*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	194,499
5	Social connections* OR social status* OR Family* OR relationships* OR friends*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	99,288
6	Mental health* OR Mental well-being* OR Mental condition* OR Mental illness* OR Mental disease OR Mental sickness* OR Psychological health* OR Psychological condition* OR Emotional health* OR Emotional disorder*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	45,098
7	Physical health* OR Physical state* OR Physical condition* OR Physical well-being*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	13,248
8	Living condition* OR Quality of life* OR Living standard* OR Well-being*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	67,757
9	Norway*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	5,837
	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8		426,407
	S1 AND S10		11,818
	S9 AND S11		92

## Søkeprosess - Medline

	Søkeord	Begrensninger	Treff
1	substance abuse* OR alcohol abuse* OR drug abuse* OR Narcotic abuse* OR Addiction* OR Alcoholism*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	6,026
2	Welfare* OR social support* OR social assistance* OR social relief* OR Income* OR Pension* OR sickness benefits* OR Work assessment allowance* OR Benefit* OR Payments* OR Salaries*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	39,766
3	Housing* OR Home* OR Shelter* OR House* OR Residence* OR Residential* OR place to stay* OR public housing*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	22,241
4	Work* OR Labour* OR Employment* OR line of work* OR opportunity for employment* OR Activity*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	69,012
5	Social connections* OR social status* OR Family* OR relationships* OR friends*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	46,116
6	Mental health* OR Mental well-being* OR Mental condition* OR Mental illness* OR Mental disease OR Mental sickness* OR Psychological health* OR Psychological condition* OR Emotional health* OR Emotional disorder*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	9,976
7	Physical health* OR Physical state* OR Physical condition* OR Physical well-being*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	3,264
8	Living condition* OR Quality of life* OR Living standard* OR Well-being*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	17,668
9	Norway*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	2,776
	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8		161,095
	S1 AND S10		3,141
	S9 AND S11		45

## Søkeprosess PsycInfo

	Søkeord	Begrensninger	Treff
1	substance abuse* OR alcohol abuse* OR drug abuse* OR Narcotic abuse* OR Addiction* OR Alcoholism*		
2	Welfare* OR social support* OR social assistance* OR social relief* OR Income* OR Pension* OR sickness benefits* OR Work assessment allowance* OR Benefit* OR Payments* OR Salaries*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	
3	Housing* OR Home* OR Shelter* OR House* OR Residence* OR Residential* OR place to stay* OR public housing*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	
4	Work* OR Labour* OR Employment* OR line of work* OR opportunity for employment* OR Activity*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	
5	Social connections* OR social status* OR Family* OR relationships* OR friends*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	
6	Mental health* OR Mental well-being* OR Mental condition* OR Mental illness* OR Mental disease OR Mental sickness* OR Psychological health* OR Psychological condition* OR Emotional health* OR Emotional disorder*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	
7	Physical health* OR Physical state* OR Physical condition* OR Physical well-being*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	
8	Living condition* OR Quality of life* OR Living standard* OR Well-being*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	
9	Norway*	Peer reviewed, Fulltext, 2009-2020	
	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8		
	S1 AND S9 AND S10		272