

# **BSOBAC Bacheloroppgave**

Medienes dekning av debatten rundt egenandel for brukere i LAR-behandling



---

Universitetet  
i Stavanger

**Bachelor i sosialt arbeid**

**Det samfunnsvitenskapelig fakultet  
Institutt for sosialfag**

**Kandidatnummer:**

4001

UiS Mai 2023

# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>3</b>
1.1 TEMA OG FORMÅLET MED OPPGAVEN .....	3
1.2 FRA FORFORSTÅELSE TIL PROBLEMSTILLING .....	3
1.3 SOSIALFAGLIG RELEVANS.....	4
<b>2. METODE.....</b>	<b>5</b>
2.1 VALG AV METODE OG VITENSKAPSTEORISK TILNÆRMING.....	5
2.2 DATAINNSAMLING OG VALG AV DOKUMENTER .....	6
2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	6
2.2.2 Validitet og reliabilitet .....	8
2.3 ANALYSE .....	9
2.3.1 Tematisk analyse i 6 faser.....	9
<b>3. BEGREPSAVKLARINGER.....</b>	<b>10</b>
3.1. OPIOIDER .....	10
3.2 RUSMIDDELAVHENGIGE.....	11
3.3 STIGMA .....	11
<b>4. TEORETISK RAMMEVERK.....</b>	<b>12</b>
4.1 LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING (LAR).....	12
4.1.1 Hva er legemiddelassistert rehabilitering?.....	12
4.1.2 Egenandel i legemiddelassistert rehabilitering .....	14
4.2 RUSMIDDELAVHENGIGES LIVSSITUASJON.....	15
4.3 NORSK RUSPOLITIKK .....	17
<b>5. PRESENTASJON AV FUNN .....</b>	<b>19</b>
5.1 DÅRLIGE LEVEKÅR .....	19
5.1.1 Personlig økonomi .....	19
5.1.2 Somatisk helse og økt dødelighet .....	20
5.1.3 Psykisk uhelse .....	20
5.2 TILTAKET SETT I EN STØRRE SAMMENHENG.....	21
5.3 ORD SOM SPRÅKLIG VIRKEMIDDEL .....	21
<b>6. DISKUSJON .....</b>	<b>22</b>
6.1 DÅRLIGE LEVEKÅR .....	22
6.2 TILTAKET SETT I EN STØRRE SAMMENHENG.....	23
6.3 ORD SOM SPRÅKLIG VIRKEMIDDEL .....	24
<b>7. AVSLUTNING.....</b>	<b>25</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>27</b>

Antall ord: 9964

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Tema og formålet med oppgaven

Debatten rundt rusmiddelavhengige har foregått i mange år og ruspolitikken er i stadig endring, hvor man har gått fra et fokus på straff, tilfriskning og stoffrihet, til å ha et større fokus på rehabilitering, hjelp og skadereduksjon. I 1998 ble legemiddelassistert rehabilitering (LAR) innført som et nasjonalt tilbud som ett av flere skadereduserende tiltak for personer med opioidavhengighet (Ervik & Biong, 2020, s. 61). I februar 2023 meldte Stavanger Aftenblad at flere helseforetak, deriblant Helse Stavanger valgte å innføre egenandel for behandling i legemiddelassistert rehabilitering (Ofte Dahl, 2023c). Dette kom som en konsekvens av at Helfo hadde gjennomført en kontroll ved Stavanger Universitetssykehus (SUS), hvor de konkluderte med at SUS hadde mottatt penger de ikke skulle hatt. Nå måtte de tilbakebetale over 14 millioner kroner til Helfo (Ofte Dahl, 2023c) og dette skulle blant annet gjøres ved at LAR-brukere skulle betale egenandel for behandling. I tillegg kom innføringen av egenandel i en tid hvor vi så at alt i samfunnet ble dyrere. Både matvarepriser, strøm og boligutgifter hadde økt betraktelig, og mange rapporterte om økte økonomiske utfordringer.

Egenandelsordningen fikk stor oppmerksomhet i media og flere personer med særlig tilknytning til brukergruppen vendte seg til media for å uttrykke sine meninger. De brukte sine stemmer for å debattere for et potensielt skadelig tiltak for mennesker som ofte mangler en stemme og som oftest havner nederst på prioriteringslisten. Et slikt tiltak kan få store konsekvenser for mennesker som er i en allerede sårbar situasjon, og som omsider føler at de har fått kontroll over egen livssituasjon. Det er derfor viktig at vi som profesjonsutøvere bruker vår makt til å gi brukerne en stemme og kjempe imot tiltak som direkte påvirker våre brukere og som bidrar med å opprettholde sosial ulikhet.

Formålet med denne oppgaven er å belyse den viktige rollen som vi profesjonsutøvere har for våre brukere ved å se på argumentasjon i debattinnlegg. Gjennom debattinnlegg tar profesjonsutøvere til orde på vegne av brukerne og gir de en stemme som kan være med å påvirke debatten. Dette er en del av vårt samfunnsmandat som sosialarbeidere og vil være et viktig virkemiddel for å bekjempe sosial ulikhet og utenforskap.

## 1.2 Fra forforståelse til problemstilling

I min praksisperiode jobbet jeg på et lavterskel helse- og omsorgstilbud for mennesker med rusmiddelavhengighet. Samtidig som jeg var i praksis ble egenandelen i LAR innført i Helse Stavanger, noe som naturligvis preget mine brukere. Det preget meg å se de reaksjonene som

oppstod blant disse menneskene som jeg hadde bygget sterke relasjoner til og som allerede hadde gitt uttrykk for de omfattende utfordringene de allerede stod ovenfor. Dette har vært en viktig grunn for at jeg har valgt denne problemstillingen til min oppgave: **Hvordan bruker fagpersoner sin stemme i norske medier og hvilke argumenter legges til grunn i debatten mot innføring av egenandel i LAR?**

En utfordring knyttet til min egen tilknytning til fagfeltet er at det kan påvirke hvordan jeg bruker dokumentene, og hvordan jeg trekker konklusjoner i oppgaven. I tillegg til dette bidrar datasettet i oppgaven med å forsterke egne tanker og følelser, ved at flere bekrefter de opplevelsene jeg har hatt. Med bakgrunn i dette har jeg forsøkt å jobbe hardt med å være nøytral i mine beskrivelser og konklusjoner av et tema som engasjerer meg sterkt. Samtidig har jeg forsøkt å se på fordeler og ulemper ved argumentene i datamaterialet. Dette for å kunne gi et upartisk resultat og diskusjoner som er lite preget av egne følelser.

### 1.3 Sosialfaglig relevans

Sosialt arbeid er et stort fagfelt, men handler i hovedsak om å arbeide med sosiale problemer, både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå (Berg et al., 2019, s.19). Som sosialarbeider jobber man med enkelt individers sosiale problemer, med et mål om å bidra med sosial endring og forbedre menneskers velferd (Berg et al., 2019, s.21). I tillegg skal man jobbe med å belyse forhold i samfunnet som kan bidra til å skape og opprettholde sosial ulikhet og marginalisering, og motarbeide slike forhold (Berg et al., 2019, s.19). Som sosionomer arbeider vi etter Fellesorganisasjonens (FOs) yrkesetiske grunnlagsdokument (2023). FO (2023) beskriver flere verdier som utgjør et felles etisk grunnlag for profesjonsutøvere (s.4). FO (2023) setter blant annet fokus på verdier som respekt for den enkeltes integritet, og solidaritet og rettferdighet (s.4-5). Videre beskriver FO (2023) at vi skal arbeide med å tilrettelegge for at mennesker skal kunne leve i samsvar med egne verdier, muligheter og begrensninger, og mot en rettferdig fordeling av samfunnets ressurser (s.4-5). «Brukernes rettigheter skal alltid ivaretas, og profesjonsutøveren har et særskilt ansvar for å arbeide for ... bedre levekår for utsatte grupper i samfunnet» (Fellesorganisasjonen, 2023, s.5). I lys av dette anser jeg at temaet som særlig relevant for sosialt arbeid fordi den belyser strukturer i samfunnet som bidrar med å opprettholde sosial ulikhet og som begrenser personer i legemiddelassistert rehabilitering sine muligheter for å leve det livet de selv ønsker. I tillegg gir oppgaven et konkret eksempel på hvilken makt vi som profesjonsutøvere har, og hvordan vi kan bidra i samfunnsdebatten til å hjelpe våre brukere.

## 2. METODE

### 2.1 Valg av metode og vitenskapsteorisk tilnærming

Før man går i gang med forskningen må man legge en strategi for prosessen, slik at man henter inn riktig informasjon for å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte (Leseth & Tellmann, 2021, s.33). Forskningsmetoden jeg har brukt i denne oppgaven er kvalitativ metode, ved bruk av dokumenter for å besvare problemstillingen. I dette kapittelet beskriver jeg forskningsmetode og gjennomføringen av denne bacheloroppgaven. Videre beskrives prosessen for datainnsamling og valg av dokumenter.

Vi skiller mellom to metodiske tilnærminger innenfor samfunnsvitenskapelig forskning, kvantitativ- og kvalitativ metode, eller en kombinasjon av disse. Studier med kvantitativ metode bygger på opptellinger og analyser (Leseth & Tellmann, 2021, s.12) og viser ofte til målbare forhold. Kvalitativ metode derimot bygger på intervjuer, observasjoner og analyser av dokumenter (Leseth & Tellmann, 2021, s.12). Leseth & Tellmann (2021) sier at en forsker som benytter seg av kvalitativ metode «går i dybden av det han vil studere for å forstå menneskelige praksiser og forståelser av hvordan vi skaper meninger i verden» (s.12).

Metoden jeg har brukt i denne oppgaven er kvalitativ metode med dokumenter som datamateriale for å svare på problemstillingen. Ved å gjøre en dokumentstudie, hvor man ser på dokumenter som verktøy kan man få innblikk i hvordan politikk og forvaltning fungerer i praksis, hvordan saker blir til og hvordan noe endrer seg over tid, samtidig som det kan gi oss en dypere forståelse av praksisfeltet man er interessert i (Asdal & Reinertsen, 2020, s.50). Noen dokumenter kan i seg selv fremstå som uviktige og små, men ved å analysere og sette de inn i en større kontekst, kan de utgjøre en stor forskjell og bidra med å påvirke politikken. Asdal & Reinertsen (2020) beskriver dokumentene som relasjonelle, og at de knytter seg til noe annet utenfor seg selv (s.15), som er en integrert del av omgivelsene, og som potensielt kan forandre sine omgivelser og kontekster (Asdal & Reinertsen, 2020, s.15-16). Særlig i denne oppgaven blir små dokumenter integrert i en større debatt, de kan ha effekt på enkeltmenneskers liv og har stor påvirkningskraft på politikken. Man kan se på dokumentene som verktøy, redskaper man kan bruke for å få noe til å skje, for å overtale eller sette en sak i bevegelse (Asdal & Reinertsen, 2020, s.47). Dokumenter kan også bidra med å gjøre noe synlig, og derfor gjøre det mulig å observere, analysere og drøfte et fenomen (Asdal & Reinertsen, 2020, s.53). I denne studien vil jeg derfor benytte meg av dokumenter i nettaviser,

med meninger fra individer med særlig tilknytning til brukergruppen, som bruker sine stemmer til å påvirke en debatt, som forsøker å påvirke politikken. Dokumentene vil i seg selv ikke representere forskning, men viser heller til personlige meninger.

## 2.2 Datainnsamling og valg av dokumenter

I denne oppgaven har jeg samlet inn datamateriale ved å bruke databasen Retriver Atekst. Jeg startet med et innledende for å skaffe meg en oversikt over mangfoldet av dokumenter, og for å se hvilke dokumenter som kunne være relevante for å belyse tema for oppgaven. Alle resultatene ble systematisk organisert i et eget dokument, med overskrift og lenker knyttet til hvert dokument. Dette gjorde jeg for å lett kunne finne tilbake til dokumentene (Asdal & Reinertsen, 2020, s.177), og ved en senere anledning skille ut dokumenter med relevans for studien.

### 2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier har som formål å avgrense mengden litteratur i et litteratursøk, og gjør søket mer hensiktsmessig med tanke på det en ønsker av kunnskap (Thidemann, 2019, s.83). Inklusjonskriterier viser til gitte egenskaper man ønsker at dokumentene skal ha, som for eksempel type publikasjon, år for publikasjon, språk, studier som kan knyttes til norske forhold og lignende (Thidemann, 2019, s.83-84).

Eksklusjonskriterier kommer ofte av inklusjonskriteriene og er det som ikke faller innenfor inklusjonskriteriene.

Utgangspunktet for oppgaven var at jeg skulle inkludere artikler som var publisert fra 1.januar 2022 til og med dagens dato. Bakgrunnen for valg av en kort tidsperiode var at debatten kom særlig på dagsordenen våren 2023 da tiltaket ble innført i Helse Stavanger. Derfor begrenset jeg det til 2022 for å kunne fange opp publikasjoner som var særlig knyttet til denne debatten, og ikke dokumenter som gikk utenfor dette. Jeg valgte å ekskludere dokumenter fra 2022 i søket. Jeg valgte også å ekskludere dokumenter publisert etter fjerningen av egenandel i LAR-behandling.

Videre valgte jeg å bruke søkeordet «egenandel LAR-behandling» og «egenandel LAR-pasienter» fordi de ulike mediene referer til brukergruppen på ulike måter. Dette gjorde jeg for å kunne fange opp flest mulig av dokumentene som var tilgjengelige. Ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriteriene jeg hadde valgt, i tillegg til å bruke spesifikke søkeord fikk jeg 51 treff ved å bruke søkeordet «egenandel LAR-behandling» og 37 treff ved bruk av

søkeordet «egenandel LAR-pasienter». En del av dokumentene var oppsummering eller redegjøring for innføring av nye lover og regler som tredde i kraft, og jeg valgte å ekskludere disse, da de har liten relevans for å svare på min problemstilling. Totalt fra disse to søkene fikk jeg et resultat på 8 publikasjoner med relevans for min problemstilling. Nedenfor presenteres de utvalgte medieartikler.

<b>Tabell 1. Oversikt over medieartikler inkludert i oppgaven</b>						
<b>Nr.</b>	<b>Forfatter</b>	<b>Artikkeltittel</b>	<b>Publikasjonskilde</b>	<b>Publikasjonstype</b>	<b>Dato for publikasjon</b>	<b>Relevans</b>
<b>1</b>	Stavanger Aftenblad	Uverdigg behandling av rusavhengige	Stavanger Aftenblad	Leder, Stavanger Aftenbladets meninger	25.februar 2023	Nettavis mening i debatten
<b>2</b>	Cathrine Oftedahl	Nå koster det penger: - flere dropper ut	NRK Rogaland	Reportasje	23.februar 2023	Intervju med mennesker med tilknytning
<b>3</b>	Stine Hasfjord	LAR-behandling må være gratis for alle	Stavanger Aftenblad	Debattinnlegg	14.mars 2023	Forfatter tilknyttet brukergruppen
<b>4</b>	Kyrre Johansson	Egenandel for LAR- et farlig grep!	Dagsavisen	Debattinnlegg	10.mars 2023	Forfatter tilknyttet brukergruppen
<b>5</b>	Cathrine Oftedahl	Ulik praksis for ruspasienter: Regjeringen vurderer endring	NRK Rogaland	Reportasje	7.mars 2023	Intervju med mennesker med tilknytning til brukergruppen
<b>6</b>	Monika Dybdahl	Nei til egenandel i LAR-behandling	Haugesunds avis	Debattinnlegg	15.mars 2023	Forfatter tilknyttet brukergruppen
<b>7</b>	Ronny Bjørnstad, Kine haugen,	Kronikk: Egenandeler i LAR må bort – vi	Rusfeltets hovedorganisasjon	Kronikk	30.mars 2023	Forfattere tilknyttet brukergruppen

	Randi Mobæk og Jan gunnar Skoftealden	må få lik praksis i hele landet				
8	Ann Elin Piel og Mette Vabø	Regjeringen raserer tilbudet til de svakeste i samfunnet	Stavanger Aftenblad	Debattinnlegg	24.mars 2023	Forfatter tilknyttet brukergruppen

Tabell 1 viser en oversikt over medieartikler valgt ut til denne oppgaven. Tabellen viser hvilken type publikasjoner det er og dokumentenes relevans for oppgaven. I 5 av dokumentene har forfatteren særlig tilknytning til brukergruppen, mens 2 av dem er reportasjer som inneholder intervjuer med flere personer som har en tilknytning til brukergruppen. Ett av dokumentene representerer et stort mediehus sine meninger og er derfor også av relevans til oppgaven. Utvalget viser et større antall dokumenter publisert i Stavanger Aftenblad og NRK Rogaland. Dette kan forklares med at kravet om egenandel i Helse Stavanger ble starten på debatten.

### 2.2.2 Validitet og reliabilitet

En oppgaves validitet er knyttet til oppgavens gyldighet, og om det man har til hensikt å undersøke faktisk blir undersøkt (Leseth & Tellmann, 2021, s.17). Ved å vurdere oppgavens validitet kan man også avgjøre kvaliteten på oppgaven. Det vil si at dersom man klarer å knytte teori til datasettet, og om datainnsamlingen resulterer i data som er relevant for å svare på problemstillingen i oppgaven, vil den ha høy validitet. Validitet handler også om hvorvidt resultatene fra undersøkelsen kan overføres til andre sammenhenger, og om de er generaliserbare (Leseth & Tellmann, 2021, s.18). I denne oppgaven har jeg gjort en tematisk analyse av datasettet, og beskrevet prosessen. En tematisk analyse utfordrer forskeren til å vurdere datasettet flere ganger med ulike tilnærming for å sikre at forskningen ikke blir partisk, og forblir representativ av litteraturen. I min analyse av datamateriale har jeg valg ut noen argumenter som jeg ser går igjen i dokumentene. Med dette vil jeg påstå at oppgaven har validitet.

Reliabilitet handler om oppgavens pålitelighet. Leseth & Tellmann (2021) sier at «forskningens pålitelighet knytter seg til vurdering av dataenes kvalitet og til selve



fremgangsmåten bak datainnsamlingen (s.16). Dette handler om at man dokumenterer hvert steg i prosessen med å samle inn data, og hvilke vurderinger man har gjort. I denne oppgaven har jeg forsøkt å være så transparent som mulig ved å beskrive prosessen for datainnsamling, slik at prosessen kan etterprøves. Med tanke på at datamaterialet var begrenset til et kort tidsrom, ønsket jeg å få med flest mulig argumenter fra fagpersoner i debatten om egenandelsordningen. Likevel kan det være flere argumenter som blir brukt i debatten, som ikke kommer like tydelig frem, og som ikke kan gjengis i denne oppgaven. Hvilke argumenter man tyder av medietekstene og oppfatter som relevant, vil være opp til hver enkelt leser. Jeg har gjort en tematisk analyse for å organisere og gruppere argumenter i datasettet. I tillegg til dette har jeg reflektert over egen rolle i forskningsprosessen, og hvilken effekt dette kan ha på resultatet. Basert på dette vil jeg si at relabiliteten i oppgaven er høy.

## 2.3 Analyse

I analysen av gikk jeg gjennom et stort antall dokumenter jeg hadde funnet ved innledende søk. I denne oppgaven valgte jeg å analysere datasettet ved hjelp av en enkel tematisk analyse basert på Braun & Clarke (2006) guide i 6 faser. Braun & Clarke (2006) beskriver en tematisk analyse som en metode for å identifisere og analysere mønstre i datasettet (s.79). Videre beskrives tematisk analyse i 6 faser basert på Braun & Clarke (2006), og hvordan den ble gjennomført i denne oppgaven.

### 2.3.1 Tematisk analyse i 6 faser

Første fase handler om å gjøre seg kjente med og fordype seg i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s.87). I denne fasen leste jeg først gjennom alle dokumentene, for så å se etter mønstre ved å lese gjennom de gjentatte ganger. Ifølge Braun & Clarke (2006) vil mulige mønstre bli formet mens man leser gjennom (s.87), og det kan derfor være viktig å lese gjennom flere ganger for å identifisere mønstre. Samtidig noterte jeg mine tanker og potensielle mønstre, og skrev korte oppsummeringer av hvert dokument.

I andre fase produserer man koder fra dataene. Braun & Clarke (2006) beskriver koder som trekk ved dataene som virker interessant, og er det mest grunnleggende i dokumentet (s.88). Jeg valgte å bruke fargekoding for å identifisere like argumenter i de ulike dokumentene. Videre organiserte jeg disse i en tabell for å skape oversikt og identifisere mønstre i datasettet.

Etter kodingen starter fase tre, hvor de opprinnelige kodene skal analyseres og vurderes, og kombineres for å danne overordnede tema. (Braun & Clarke, 2006, s.89). Dette gjorde jeg ved å organisere de ulike argumentenes fargekoder i bokser, og lagde forslag til overskrifter knyttet til kodingen. Eksempler på temaer var samfunnsøkonomiske forhold, helse og dårlige levekår, psykisk helse, tidligere politiske uttalelser, andre argumenter m.m.

Den fjerde fasen involverer en fordeling av temaer. Braun & Clarke (2006) sier at i denne fasen vil noen temaer vise seg å ikke være temaer med nok data til å støtte temaene, og noen temaer vil bli slått sammen (s.91). Her er det viktig at temaene tydelig gjenspeiler datasettet som helhet (Braun og Clarke, 2006, s. 91).

I den femte fasen skal temaene defineres og avgrenses ytterligere, for så å identifisere essensen i hva temaet egentlig handler om (Braun & Clarke, 2006, s.92). I denne fasen gikk jeg gjennom temaene og forsøkte å se sammenhenger mellom dem. Dette resulterte i at noen ble slått sammen i et overordnet tema, mens noen ble underordnede temaer. Noen ble også fjernet. Jeg lagde overordnede temaer som dårlige levekår, tiltaket sett i en større sammenheng og ord som språklig virkemiddel. Videre lagde jeg underordnede temaer knyttet til noen av dem for å systematisere de ytterligere. Dette gjorde jeg for å inkludere flest mulig argumenter.

I den sjette og siste fasen skal resultatene oppsummeres. Se punkt 4 for presentasjon av funn.

### **3. BEGREPSAVKLARINGER**

#### **3.1. Opioider**

Legemiddelassistert rehabilitering er et tilbud for mennesker med en opioidavhengighet. Det vil derfor være nødvendig med kunnskap om opioider og opioidavhengighet, for å gi en bedre forståelse for brukergruppen. Opioider er ulike rusmidler som har en sterkt beroligende og smertedempende funksjon (Rusinfo, u.å.), og brukes ofte i medikamentell behandling. Bruk av opioider kan gi brukeren en følelse av velbehag, og følelser som sult og smerte blir nedprioritert (Evjen et al., 2014, s. 68). Virkningstid er vanligvis fire til seks timer, men kan også vare lenger (Evjen et al., 2014, s.69). Etter tilvenning av stoffet kan man oppleve abstinenssymptomer allerede etter tre til fire timer uten stoffet (Evjen et al., 2014, s.69). Abstinenssymptomer kan bland annet være angst og uro, feber, diaré og blodtrykksfall, og i alvorlige tilfeller kan man oppleve betydelig væsketap (Evjen, et al., 2014, s.69). Ved jevnlig bruk opparbeider man raskt en toleranse, det vil si at man må stadig øke dosen for å kunne oppnå samme effekten (Rusinfo, u.å.). Denne toleransen reduseres raskt når bruken opphører,

og risikoen for overdose og potensielt dødsfall øker. Dette fører til en svært forhøyet overdosefare når man kommer ut fra et opphold i for eksempel fengsel eller institusjonsbehandling hvor man ikke har tilgang til rusmidler. Vanlige opioider er heroin, morfin og metadon (Rusinfo, u.å.)

### 3.2 Rusmiddelavhengige

En stadig pågående debatt omhandler ordbruk og måten vi refererer til ulike grupper. Hvordan man omtaler andre mennesker kan ha både positiv og negativ effekt på den som blir omtalt eller en gitt gruppe mennesker. Ord kan virke nedlatende, sårende og føre til at mennesker føler seg «mindre enn». Ord som blant annet «narkoman», «rusmisbruker» eller «junkie» blir ofte brukt i dagligtalen for å beskrive denne brukergruppen. I profesjonell sammenheng kan man for eksempel referere til de som «mennesker med rusproblemer». Disse ordene har negative konnotasjoner knyttet til seg, kan fremstå nedlatende og føre til stigmatisering. Stigmatisering kan føre til utstøting og isolering av den stigmatiserte. For hva er egentlig utfordringen til disse menneskene? Er det et misbruk eller bare et bruk? Og hvem er det egentlig et problem for, samfunnet eller dem? I denne oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet «rusmiddelavhengige» i mine beskrivelser av brukergruppen, da jeg oppfatter denne som mer nøytral og mindre belastende. I flere av medieartiklene som jeg har benyttet i min oppgave brukes andre beskrivelser for pasientgruppen, men jeg velger å bruke rusmiddelavhengige når jeg refererer til disse tekstene.

### 3.3 Stigma

Erving Goffman (2020) beskriver stigma som en egenskap som har negativ effekt på individer, og som skaper en uoverensstemmelse med personens «tilsynelatende identitet» og deres faktiske sosiale identitet (s.20). I et samfunn hvor mennesker har behov for å kategorisere mennesker for å få verden til å gi mening, hvor samfunnet definerer hva som oppleves som «normalt» og «akseptabelt», tilskriver vi ofte mennesker en identitet og egenskaper som ikke nødvendigvis stemmer med opplevelsen av egen identitet. Noen mennesker blir stigmatisert fordi de ikke nødvendigvis passer inn i «normalen». Ord og uttrykk kan være et virkemiddel i en stigmatiseringsprosess ved at de bidrar med å opprettholde et stigma knyttet til spesifikke grupper eller enkeltindivider. For eksempel kan begrepet «narkoman» assosieres med å være farlig, skitten eller ustabil. Dersom man bruker ordet «narkoman» for å beskrive enkeltindivider eller en gruppe mennesker, gir man denne

gruppen disse egenskapene og bidrar med å opprettholde et stempel eller et stigma. Dette kan bidra med at personen etter hvert bare ser seg selv i lys av samfunnets stempel og ikke kjenner igjen sin egen opplevde sosiale identitet. Mette Bøe Lyngstad (2021) viser til flere eksempler hvor rusmiddelavhengige selv forteller å ha opplevd selvstigmatisering som ofte har blitt satt i gang av samfunnets stigmatisering av dem. Selvstigmatisering har ført til en forsterkning av samfunnets stigma og skaper en destruktiv atferd som potensielt kan bidra med å forverre situasjonen de allerede står i (Lyngstad, 2021). Ifølge Charlie Lloyd (2012) kan effekten av stigmatiserende holdninger mot rusmiddelavhengige ha en særlig stor innvirkning og skape barrierer i brukernes rehabiliteringsprosess (s.85)

## **4.TEORETISK RAMMEVERK**

Mitt teoretiske grunnlag ble utviklet i forbindelse med utforming av problemstilling, og delvis underveis i den tematiske analysen. Teorien ble valgt med utgangspunkt i å belyse problemstillingen, men også å sette den i en kontekst. I dette kapitlet vil jeg gå gjennom kunnskapsgrunnlaget i denne oppgaven. For å kunne belyse og gi problemstillingen en kontekst vil jeg ta gjør rede for legemiddelassistert rehabilitering og gjøre en grundig analyse av studier som belyser hvilke levekår mennesker med rusmiddelavhengighet lever under.

### **4.1 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)**

#### *4.1.1 Hva er legemiddelassistert rehabilitering?*

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ble innført som et permanent landsdekkende tilbud i 1998 (Folkehelseinstituttet, 2023) for mennesker med opioidavhengighet og er et tiltak knyttet til den nasjonale overdosestrategien. Det er et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud (TSB) et tilknyttet spesialisthelsetjenesten, og organiseres i de ulike helseforetakene. Dette resulterer i en del forskjeller i hvordan de ulike helseforetakene praktiserer LAR-behandlingen. Formålet med behandling er å øke livskvaliteten til mennesker med opioidavhengighet og gi brukerne mulighet til å bedre egen livssituasjon og funksjonsnivå, i tillegg til reduksjon av skader knyttet til opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall (LAR-forskriften, 2009, § 2). Substitusjonsbehandling skal være et deltiltak i et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud (LAR-forskriften, 2009 § 3), med sikte på rehabilitering. Substitusjonsbehandling i LAR vil si at bruker får sterkt vanedannende ledemidler i kontrollert form, med lang virketid. De vanligste legemidlene i substitusjonsbehandling er Metadon, Subutex og Subuxone (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tilførselen av disse rusmidlene metter den mekanismen i kroppen som gir brukerne et behov for å ruse seg, uten at det gir den samme rusvirkningen

(Vetlesen & Høyby, 2009, s.4). Brukerne får derfor rusmidler i kontrollert form for å kunne holde seg «friske» og for å bli kvitt «russuget». Ifølge Norsk pasientregister var det 9012 pasienter i substitusjonsbehandling i Norge ved utgangen av 2022 (Bramnes, 2023).

Substitusjonsbehandling gis i kombinasjon med psykososiale tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023, s.2) som begge skal bidra med at mennesker med rusmiddelavhengighet skal kunne bedre egne livsbetingelser. Ifølge merknader til LAR-forskriften § 2 skal brukerne i kombinasjon med medikamentell behandling, få hjelp til å endre egen livssituasjon gjennom bedring av brukerens «fysiske, psykiske, sosiale og yrkesmessige mestrings- og funksjonsnivå». Dette kan være i form av terapi, økonomisk rådgivning, bo-veiledning og lignende. Rusmestring bør være et mål for rehabiliteringen, men er ikke et absolutt krav. Manglende rusmestring vil ikke gi grunnlag for opphør av behandling i LAR (LAR-forskriften, merknad til § 2). LAR er også ett av flere skadereduserende tiltak i den norske narkotikapolitikken.

Ifølge LAR-forskriften § 4 2.ledd skal LAR ikke være det første behandlingsalternativet for brukeren, med mindre det anses som «det mest egnede og forsvarlige behandlingsalternativet». Det skal gjøres en faglig vurdering av hver enkelt brukers helsetilstand med særlig hensyn til brukers alder og lengde på avhengigheten, jf. LAR-forskriften § 4 1.ledd, og andre tiltak skal vurderes først. Ifølge merknad til LAR-forskriften § 4 er dette for å «sikre en varsomhet» til igangsettelse av langvarig substitusjonsbehandling til unge mennesker som kan ha bedre nytte av andre behandlingsmetoder.

Brukere av LAR har rett på individuell plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, for å sikre et brukere som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

Ifølge LAR-forskriften § 8 kan lege i spesialisthelsetjenesten kreve at brukeren avlegger urinprøve, blodprøve eller prøver av annet biologisk materiale for å få oversikt over brukerens legemiddelinntak under behandling. Lege i spesialisthelsetjenesten skal også beslutte utleveringsordninger for legemidler i LAR, jf. LAR-forskriften § 7 1.ledd. En slik ordning skal ifølge LAR-forskriften § 7 1.ledd sikre forsvarlig behandling av brukeren og at legemidlene ikke blir gjort tilgjengelig for andre enn brukeren selv. Legen kan også beslutte at legemidlet skal «inntas under påsyn» for å sikre dette, jf. LAR-forskriften § 7 2.ledd.

#### *4.1.2 Egenandel i legemiddelassistert rehabilitering*

I de fleste helseforetak i Norge er vi som pasienter pålagt til å betale en egenandel for behandlingen vi mottar. Kravet om betaling av egenandel i spesialisthelsetjenesten finner vi i Lov 02.07.1999 nr.61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 5-5. Ifølge forskrift 20.12.2016 nr. 1848 om betaling frå pasienter for poliklinisk helsehjelp spesialisthelsetenesta (pasientbetalingsforskriften) § 3 bokstav b. forstås godkjent egenandel som et beløp pasienter betaler for poliklinisk helsehjelp. Pasientbetalingsforskriften har som formål å gi en oversikt over betaling som kan kreves av pasienter som får poliklinisk behandling. Videre i pasientbetalingsforskriften § 4 2.ledd kan det kreves egenandel på 386 kroner for behandling poliklinisk helsehjelp som blir gjort av for eksempel leger, psykologer, sosionomer osv. I Helse Stavanger ble egenandelen i 2023 satt til 375 kroner per time og gjaldt for veiledning- og terapitimer (Stavanger Aftenblad, 2023). Forskriftens § 5 gir en oversikt over pasienter som ikke skal betale egenandel. Blant disse finner vi behandling av barn under 16 år, ved undersøkelser på Statens barnehus og ved undersøkelse av personer som søker akutt hjelp ved overgrepsmottak. Tidligere omfattet ikke denne forskriften brukere av LAR, og de var derfor ikke fritatt egenandelsordningen frem til 2023.

Etter innføring av egenandel i Helse Stavanger og debatten det skapte, kom helse- og omsorgsdepartementet (2023) med et høringsnotat med forslag til endring av pasientbetalingsforskriften. Argumentene som legges frem for endring av pasientbetalingsforskriften for at brukere av LAR skal bli fritatt fra egenandelsordningen er at de har hatt en omfattende og alvorlig rusmiddelavhengighet som har ført til at de har falt ut av arbeidslivet og har dårlig økonomi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023, s.4). Helse- og omsorgsdepartementet (2023) skriver videre at denne brukergruppen kan ha store utfordringer med å betale en slik egenandel for å kunne få nødvendig helsehjelp (s.4). Videre sier de at et slikt krav om betaling av egenandel kan føre til at brukere dropper ut av behandlingstilbudet, og at det er viktig å sikre at de som har behov for det har et tilgjengelig tilbud om LAR behandling (s.4). Med bakgrunn i disse argumentene foreslo helse- og omsorgsdepartementet (2023) en endring i pasientbetalingsforskriften § 5. Pasientbetalingsforskriften ble endret 30.juni 2023 og tredde i kraft 1.juli 2023. Pasientbetalingsforskriften § 5 bokstav I lyder nå slik: «Ved polikliniske helsehjelp til pasienter som får behandling i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i forbindelse med gjennomføring av LAR». Dette har gjort at LAR-brukere som får poliklinisk behandling i alle helseforetakene i Norge er fritatt fra egenandelsordningen.

## 4.2 Rusmiddelavhengiges livssituasjon

Det er gjort flere studier og spørreundersøkelser for å kartlegge mennesker med rusavhengighet sine livssituasjoner. BrukerPlan gjorde i 2020 en kartlegging av tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i Norge (Hustvedt et al., 2021, s.i) med formål om å beskrive tjenestemottakernes daglige fungering og levekår basert på åtte levekårskomponenter: «bosituasjon, meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk» (Hustvedt et al., 2021, s.1). Her skiller de mellom to grupper, personer med rusmiddelavhengighet og personer med psykiske helseutfordringer, som igjen deles inn i 6 underkategorier (Hustvedt et al., 2021, s.6). Årsrapporten fra 2020 inkluderer data som omfatter totalt 37621 personer over 18 år, hvorav 11 823 av disse er personer med rusmiddelavhengighet (Hustvedt et al., 2021, s.2). Rapporten definerer rusmiddelavhengige som personer som bruker rusmidler «på en slik måte at det går alvorlig ut over den daglige fungeringen og relasjoner til andre» (Hustvedt et al., 2021, s.3). Dataene samlet inn til årsrapporten viser at mennesker med rusmiddelavhengighet scorer dårlig på flere levekårskomponenter. En stor andel har lav utdanning men grunnskole som høyeste utdanningsnivå (Hustvedt et al., 2021, s.12), «ikke permanent og/eller tilfredsstillende bosituasjon», og hele 5% er bostedsløse (Hustvedt et al., 2021, s.14). De har varierende grad av orden på økonomien, og de fleste er delvis eller helt avhengige av offentlige økonomiske stønader (Hustvedt et al., 2021, s.16-17). Hele 86% har økonomiske ytelser fra NAV som kilde til livsopphold (Hustvedt et al., 2021, s.17), hvorav litt over halvparten mottar varige ytelser, mens 23% har midlertidige ytelser (Hustvedt et al., 2021, s.34). Flere av brukerne har i noen grad, lite eller ingen form for meningsfull aktivitet i hverdagen (Hustvedt et al., 2021, s.15), og 75% har begrenset, lite eller ingen kontakt med sosiale nettverk (Hustvedt et al., 2021, s.25). I tillegg viser årsrapporten at rundt 81% har i ulik grad funksjonssvikt grunnet egen psykisk helsetilstand (Hustvedt et al., 2021, s.20) og 56% har fysiske helseplager som har konsekvenser for daglig fungering (Hustvedt et al., 2021, s.19). 20% av brukerne mottar tjenester fra LAR (Hustvedt et al., 2021, s.36).

En brukerundersøkelse gjort av brukerorganisasjonen ProLAR nett i 2021 hadde som mål å kartlegge hvordan brukerne selv opplever LAR-behandlingen, og i hvilken grad de medvirker i egen behandling (Welle-Strand et al., 2021, s.1). Brukerundersøkelsen viser til 861 bruker av LAR i Norge, deres levekår og oppfatning av eget liv. 43% av brukerne rapporterer at de ikke har en stabil økonomisk situasjon (Welle-Strand et al., 2021, s.11) og bare 27% eier egen bolig, mens resten leier, har kommunal bolig, bor på hospits og lignende (Welle-Strand et al., 2021, s.23). På fysisk helse svarer bare 35% at de har meget god eller

god helse. Selv om en større andel av brukerne svarer at de har «verken god eller dårlig», «dårlig» eller «meget dårlig» på hvordan de opplever egen fysisk helse, svarer hele 57% av disse at de ikke har fått tilbud om hjelp etter å ha snakket med LAR-lege eller fastlege om helseutfordringene (Welle-Strand et al., 2021, s.44). På opplevelsen av psykisk helse svarer 34% at de har «meget god» eller «god». (Welle-Strand et al., 2021, s.45). Her viser også tallene at 51% av de som har snakket med LAR-lege eller fastlege om helseutfordringene sine ikke har fått tilbud om hjelp for dette (Welle-Strand et al., 2021, s.45). Hele 71% svarer «ja» når de blir spurt om de ser for seg LAR som langvarig behandling (Welle-Strand et al., 2021, s.51).

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) utarbeidet i 2023 en statusrapport for 2022 basert på en kartlegging gjort i de ulike LAR-tiltakene i form av en spørreundersøkelse, med formål om å «kartlegge pasientens situasjon, behandling og behandlingsutfall i LAR» (Nesse et al., 2023). Rapporten mangler data fra noen helseforetak grunnet tekniske utfordringer (Nesse et al., 2023, s.1), men viser til data fra de fleste LAR-tiltakene i Norge, med en svarandel på 83,8% (Nesse et al., 2023, s.18). Seraf-rapporten viser at 79% av brukerne i LAR har egen bolig. 82,4 % var uten «hovedaktivitet» eller «beskjeftigelse», som vil si at de ikke har meningsfulle aktiviteter å fylle dagene sine med (Nesse et al., 2023, s.11). Bare 9,9% hadde arbeidsinntekt som hovedinntekt, mens resterende hadde ytelser fra NAV eller «andre» som hovedinntekt, med uføre- eller alderspensjons som den viktigste inntektskilden for de fleste (70,2%) (Nesse et al., 2023, s.12). 15,3% av LAR-brukerne oppga å ha opplevd «alvorlige depressive symptomer» og 26% har hatt alvorlige angstsymptomer den siste måneden (Nesse et al., 2023, s.31). På spørsmål knyttet til fysisk helse svarer 38,3% at de har fysiske helseplager som går ut over «livsførsel eller livskvalitet» (Nesse et al., 2023, s.49). De største helsemessige utfordringene blant LAR-brukere ser ut til å være tannproblemer (17,9%) og kronisk lungesykdom (8%) (Nesse et al., 2023, s.50). 33,4% svarte at de hadde hatt kroniske smerter siste året (Nesse et al., 2023, s.51), her definert som «vedvarende smerter med over tre måneders varighet» (Nesse et al., 2023, s.51). I tillegg til dette visere dataene fra rapporten liten grad av smitte hos LAR-brukere, både for HIV og hepatitt C. Omtrent 1,3% med HIV-positiv status (Nesse et al., 2023, s.45), og 6,4% med påvist hepatitt C (Nesse et al., 2023, s.46). Hele 49,1% av LAR-brukerne ble vurdert å god funksjon i hverdagen knyttet til egen rusmestring (Nesse et al., 2023, s.39), noe som vil si at rusbruken ikke har negativ betydning for brukers sosiale funksjon eller livskvalitet. Rapporten viser også at brukere av LAR har redusert overdosefare, med bare 5,7% som oppgir å ha



opplevd overdose i løpet av det siste året (Nesse et al., 2023, s.43) og lite kriminalitet i brukergruppen med bare 8,4% som har blitt arrestert i løpet av 2022 (Nesse et al., 2023, s.44).

### 4.3 Norsk ruspolitikk

Norsk ruspolitikk har gjennom tidene gått gjennom store endringer. Det er viktig å poengtere at videre redegjørelse ikke er uttømmende, men at jeg har valgt å begrense omfanget i redegjørelsen basert på hva jeg tenker vil være relevant for denne oppgaven.

Hovedfokuset i norsk ruspolitikk lå lenge på utfordringer knyttet til bruken av alkohol, såkalt «alkoholisme», og det var ikke før på 1960-tallet at bruken av ulovlige rusmidler (narkotika) blir tatt opp i den offentlige debatten og at man begynte å se på rusmiddelavhengighet som et samfunnsproblem (Schiøtz, 2017). Starten på rusutfordringen i Norge ble knyttet til en gruppe ungdommer i Oslo som samlet seg i Slottsparken, hvorav mange bruke illegale rusmidler. Denne brukergruppen ble nærmere beskrevet i den første stortingsmelingen som kom på rusfeltet, som en gruppe mennesker som har hatt «et ulykkelig livsløp med mange nederlag» som søker til rusmidler for å «slippe bort». (St.Meld.nr. 66 (1975-76), s.12). Den beskriver også flere personlighetstrekk som skiller seg fra gjennomsnittet, lavt selvbilde og skjev utvikling, og som en gruppe med «mindre motstandskraft enn andre» (St.meld.nr. 66 (1975-76), s.12). En grunnleggende tanke var at «narkomani» skapte stor fare for omgivelsene, og at det potensielt kunne føre til en «smittespredning» mellom de som brukte og de som ikke brukte (Tønne & Lie, 2019). Schiøtz (2017) trekker paralleller mellom ruspolitikken og hvordan forebygging av smittsomme sykdommer artet seg på denne tiden, ved at man skulle isolere de «syke» og skjerme de fra samfunnet. Dette gir oss et tydelig bilde på hvilket syn samfunnet hadde på denne brukergruppen. Målet var et narkotikafritt samfunn (Skretting et al., 2023), og en utvidelse av straffeloven med økt straff for narkotikalovbrudd ble gjort som et tiltak i kampen mot rusmidlene. Strafferammen økte stadig vekk fra bøter og/eller fengsel i inntil 3 måneder, og til 21 år ved siste lovendring i 1984 (Skretting et al., 2023). Det viktigste virkemiddelet i arbeidet mot et rusfritt samfunn ble straffeforfølgelse av de som brukte, importerte og solgte rusmidler. Det ble også igangsatt flere tiltak som skulle hjelpe de rusavhengige, blant annet uteseksjonen, og nye døgnbehandlingsplasser ble opprettet for møte det store presset som oppstod i institusjonene (Schiøtz, 2017).

På 1990-tallet kan vi se at det skjer et skifte i måten man ønsker å håndtere utfordringene knyttet til rus og rusavhengige. I en innstilling til Stortinget fra 1996 kan vi se

noen av rammene for den ruspolitikken som vi har i dag. Man gikk fra å forsøke å bli kvitt problemet, til å heller ha et større fokus på forebyggende tiltak og å gi rusmiddelavhengige bedre livskvalitet. Her oppfordres det til at Regjeringen bør gi økonomiske midler til «tiltaks pakker», som skal blant annet skal romme «skole, etablering i ny bolig, terapeutiske tiltak uten egenandel og tiltak for å bedre den helhetlige situasjonen» (Innst. S. Nr.184 (1996-97) til rusmiddelavhengig. Med bakgrunn i HIV/aidsepidemien, kom prinsippet om skadereduksjon for fullt inn i politikken, i form av utdeling av rene sprøyter på landsbasis (Tønne & Lie, 2019). Med skadereduksjon menes et sett av supplerende tiltak for særlig å redusere skader som oppstår som følge av bruk av rusmidler (Meld. St. 30 (2011-2012), s.113). Andre skadereduserende tiltak som har blitt i gang satt i senere tid er utdeling av motgift mot opioider og Switch-kampanjen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.11). Switch-kampanjen har som mål å endre brukervaner, og forsøker å gi brukerne opplæring i mindre skadelige inntaksmåter av rusmidler, for eksempel å røyke heroin fremfor å injisere. I 1994 startet et landsdekkende tilbud med substitusjonsbehandling for rusmiddelavhengige, og ble starten på det vi i dag kjenner som legemiddelassistert rehabilitering.

I 2004 fikk vi den første rusreformen. Denne reformen førte til en rekke lovendringer som gjorde at ansvaret for behandling av rusmiddelavhengige ble overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene (Helsedepartementet, 2004, s. 4). Deres nye ansvarsområde ble definert som «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk», som skulle omfatte et ansvar for avrusning, utredning og spesialisert behandling, og tjenestene skulle nå inneholde både helse- og sosialfaglig behandling (Helsedepartementet, 2004, s.7). I praksis førte dette til at rusmiddelavhengige nå fikk en del nye rettigheter etter Lov 02.juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) og Specialisthelsetjenesteloven (Helsedepartementet, 2004, s.4). De fikk blant annet rett på individuell plan, rett til behandling og rett til medvirkning og informasjon (Helsedepartementet 2004, s.5).

I 2018 oppnevnte regjeringen et utvalg som skulle forberede en ny rusreform. Med denne skulle ansvaret for reaksjoner og sanksjoner overføres fra justissektoren til helsesektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Målet med reformen var å kunne møte mennesker med rusmiddelavhengighet med helsehjelp fremfor straff, hvor rusmiddelavhengige som blir tatt med rusmidler til eget forbruk ikke skal straffes, men heller bli få hjelp i helsesektoren. Noen av argumentene som lå til grunn for innføring av den nye rusreformen og avkriminaliseringen var blant annet knyttet til en potensiell reduksjon av stigma og en styrking i skadereduksjon og «hjelpesøkende atferd» (NOU 2019:26, s.250-256).

For det første argumenteres det for at brukergruppen i utgangspunkt er en stigmatisert gruppe og at straffeforfølgelse fører til økt stigmatisering (NOU 2019:26, s.254).

Avkriminalisering kan bidra med å begrense ytterligere stigmatisering og legge til rette for tiltak som kan føre til en holdningsendring i samfunnet ovenfor brukergruppen (NOU 2019:26, s.254). Videre argumenteres det for at et høyt kontroll- og straffenivå kan hindre skadereduksjon (NOU 2019:26, s.254) og bidra med å skape en barriere for rusmiddelavhengige, hvor de unngår å oppsøke nødvendig helsehjelp på grunn av frykten for å bli straffet for eget rusmiddelbruk (NOU 2019:26, s.254). Dette kan få særlig store konsekvenser i for eksempel en overdosesituasjon, hvor man risikerer at folk mister livet dersom de ikke får nødvendig helsehjelp.

I nyere tid har det blitt iverksatt tiltak for å styrke tilbudet for rusmiddelavhengige, blant annet ved bevilgning av penger til spesifikke prosjekter som for eksempel styrking av tjenester i fengsel (Skretting et al., 2023) og et prøveprosjekt for heroinassistert rehabilitering. Nasjonal overdosestrategi fornyes og forbedres hvert fjerde år og LAR-retningslinjene revideres, hvor man beholder tiltak som har vist seg å ha god effekt, i tillegg til at man legger til nye tiltak etter hva man ser på som nødvendig for å kunne nå målene med norsk ruspolitikk.

## 5. PRESENTASJON AV FUNN

I denne studien har jeg utforsket mediens respons til innføring av egenandel i LAR-behandling ved å, i hovedsak, benytte meg av dokumenter skrevet av personer med særlig tilknytning til brukergruppen. Jeg ønsket å utforske hvordan retorikken i dokumentene ble brukt som språklig virkemiddel i debatten, og å se på hvilke argumenter de ulike aktørene la til grunn i debatten. I alle dokumentene debatteres det for en lovendring og at LAR-brukere bør fritas egenandelen, men det legges en del ulike argumenter til grunn i debatten. Videre i redegjørelsen har jeg derfor valgt å gruppere dokumentene etter argumenter som er gjentakende. Dette gjør jeg for å vise til hvilke argumenter som er sentrale og som tillegges stor verdi totalt sett.

### 5.1 Dårlige levekår

#### 5.1.1 Personlig økonomi

De fleste artiklene beskriver dårlig personlig økonomi hos LAR-brukere (Bjørnstad et al., 2023; Johansson, 2023; Oftedahl, 2023a; Oftedahl, 2023b; Piel & Vabø, 2023; Stavanger Aftenblad, 2023). Noen beskriver det mer direkte ved å skrive at brukere ikke har råd til både

å spise, betale regninger og betale for behandling (Stavanger Aftenblad, 2023), mens andre viser til det mer indirekte ved å beskrive at flere uteblir fra behandling (Oftedahl, 2023a) og at «brukerdosen vil bli valg foran behandling» Oftedahl, 2023a), eller at de ikke tar seg råd til behandling (Dybdahl, 2023). Begge argumentene er knyttet opp mot en prioritering hos brukerne, hvor man må prioritere mellom mat, strøm, husleie eller behandling. Johansson (2023) diskuterer motsetningen som oppstår mellom retningslinjene for LAR og virkeligheten og stiller seg kritisk til at medikamentell behandling som skal fungere som et støttetiltak til psykososiale tiltak, blir gratis mens tiltakene for å hjelpe blir gjort utilgjengelige for mange. LAR-behandling dreier seg i hovedsak om å psykososiale tiltak som skal hjelpe brukerne med å mestre hverdagen og forbedre egne livsbetingelser og levekår.

### *5.1.2 Somatisk helse og økt dødelighet*

LAR-brukere beskrives som en brukergruppe med svært dårlig somatisk helse (Dybdahl, 2023; Bjørnstad et al., 2023), og at brukergruppen ofte representere en gruppe mennesker som er «underforbrukere» av helsetjenester (Bjørnstad et al., 2023). De somatiske helseutfordringene kommer ofte i kombinasjon med psykiske helseproblemer, som til sammen bidrar med å skape økt dødelighet i brukergruppen (Bjørnstad et al., 2023; Dybdahl, 2023). Rusmiddelavhengige dør 15-20 år tidligere enn gjennomsnittet i befolkningen (Bjørnstad et al., 2023; Dybdahl, 2023). Det argumenteres for at dette blant annet skyldes at det ikke oppdages tidlig nok (Bjørnstad et al., 2023) og hvordan brukerne mestrer livet med somatisk sykdom (Dybdahl, 2023).

### *5.1.3 Psykisk uhelse*

Psykisk uhelse er også en viktig levekårskomponent å diskutere når man snakker om rusmiddelavhengige, da dette er et økende problem i rusmiljøet (Hasfjord, 2023). Flere argumenterer for at en stor andel av brukergruppen har psykiske helseutfordringer (Bjørnstad et al., 2023; Dybdahl, 2023, Johansson, 2023), og at konsekvensene av et fravær i behandling kan få store konsekvenser (Hasfjord, 2023). Johansson (2023) sier at 93% av alle som mottar rusbehandling har traumer, hvorav 70% regnes å ha «komplekse traumer». Han beskriver komplekse traumer å ha opplevd «kjipte og veldig skremmende ting», som er så skremmende at «du frykter for liv og helse» og at disse ofte er utført at folk som man skulle stole på og være trygge med (Johansson, 2023). Han viser til et konkret eksempel på vanlige psykiske helseutfordringer som mange rusmiddelavhengige har. Ved å bruke mer «vanlige» ord for å

beskrive hva komplekse traumer er, kan det bidra med at leser lettere får en forståelse av hva det handler om.

## 5.2 Tiltaket sett i en større sammenheng

En del av artiklene setter også egenandelsordningen inn i et samfunnsøkonomisk perspektiv, hvor det argumenteres for at det er mer hensiktsmessig at staten dekker utgiftene for behandling i LAR, fremfor at brukerne ikke mottar nødvendig behandling (Bjørnstad et al., 2023; Oftedahl, 2023a; Stavanger Aftenblad 2023). Ved å inkludere argumenter knyttet til et samfunnsøkonomisk perspektiv, ser man på utfordringen på et samfunnsnivå fremfor individnivå. Man setter et tiltak som påvirker en liten gruppe mennesker inn i en større sammenheng. Setningen «Inntekten fra egenandel er lavere enn den samfunnsøkonomiske gevinsten ved å ha LAR-pasienter i behandling» (Bjørnstad et al., 2023) oppsummerer mye av argumentasjonen sett i et samfunnsøkonomisk lys.

Noen argumenterer også for at egenandelsordningen i LAR er i strid med noe av det essensielle i den norske velferdsstaten (Bjørnstad et al., 2023; Dybdahl, 2023), nemlig lik behandling for alle, uavhengig av hvor man bor og personlig økonomi. Dette setter innføringen i en større kontekst, som de fleste gjerne ikke har hatt mulighet til å reflektere som særlig over.

Innføring av egenandel i noen helseforetak beskrives som «urettferdig» (Dybdahl, 2023; Oftedahl, 2023b; Piel & Vabø, 2023) for samme brukergruppe, hvor bosted avgjør muligheten for behandling. Det blir urettferdig når ulike helseforetak i hele landet har ulik praksis. Det beskrives også som «urettferdig» at «dårlig økonomi i helseforetakene» går ut over LAR-brukere (Hasfjord, 2023)

## 5.3 Ord som språklig virkemiddel

Ord som «svært lite» (Stavanger Aftenblad, 2023; Oftedahl, 2023a), «svært begrenset» (Johansson, 2023) og «sårbare» (Piel & Vabø, 2023) og «svakest» (Piel & Vabø, 2023) brukes i flere sammenhenger for å beskrive brukergruppen, levekår og mulighetene de har for å mestre hverdagen. Ordbruken beskriver en gruppe sårbare mennesker.

Piel & Vabø (2023) beskriver tiltaket som en straff for de som har mest behov for hjelp, og beskriver egenandelen som en «unødvendig utgift». Å beskrive egenandel som «unødvendig» bidrar med å understreke argumentene om samfunnsøkonomiske konsekvenser

ved innføringen, ved at det ikke bør være et behov for å kreve egenandel av brukergruppen. Johansson (2023) går langt i å beskrive egenandelsordningen som et «farlig grep».

Stavanger Aftenblad (2023) beskriver «personlig tragedie» som en potensiell konsekvens av innføringen og at brukerne ikke får nødvendig helsehjelp. Oftedahl (2023a) var i kontakt med en tidligere LAR-bruker, som beskriver å ha fått «et helt nytt liv» etter at hun fikk behandling i LAR. Johansson (2023) beskriver LAR-tilbudet som «livreddende behandling». Piel & Vabø (2023) bruker begrepet «rasere» for å beskrive hva egenandelsordningen gjør med hjelpetilbudet for rusmiddelavhengige.

## 6. DISKUSJON

I dette kapittelet forsøker jeg å knytte debatten og argumentene som blir lagt til grunn i debatten, opp mot det teoretiske rammeverket. Basert på problemstillingen min ønsket jeg å se på hvordan fagpersoner bruker sine stemmer i norske medier og hvilke argumenter de legger til grunn i debatten. For å kunne forstå argumentene som legges til grunn, vil det være viktig å se tilknytningen de har til gjeldende kunnskap på ruspolitikk og rusmiddelavhengighet. Jeg har valgt å dele dette kapittelet opp i tre deler, i likhet med kapittel 4 om presentasjon av funn.

### 6.1 Dårlige levekår

Studier gjennomført av ulike organisasjoner viser til svært dårlig levekår for rusmiddelavhengige, med blant annet lav utdanning, dårlig psykisk- og somatisk helse og dårlig økonomi og boforhold (Hustvedt et al., 2021; Nesse et al., 2023; Welle-Strand et al., 2021). I sum viser de til en gruppe mennesker med komplekse utfordringer som ofte har et stort hjelpebehov. Selv om dokumentene ikke nødvendigvis representerer ny kunnskap, kan vi se at forfatterne tar for seg en del av den samme problematikken som fremstilles i de ulike undersøkelsene og rapportene (Hustvedt et al., 2021; Nesse et al., 2023; Welle-Strand et al., 2021), og argumentene er derfor forankret i kunnskap med tall fra virkeligheten. Samtidig kan vi se at årsrapporten til både Brukerplan (Hustvedt et al., 2021) og Seraf (Nesse et al., 2023) ikke sier noe konkret om måten de har innhentet data på. Det kan være helseforetakene som kartlegger og rapporterer inn data. Dette kan bidra med feilrapporteringer, hvor fagpersoner tolker og rapporterer basert på egne oppfattelser og følelser. Man kan derfor diskutere påliteligheten til disse årsrapportene. Likevel ser vi en del av de samme forholdene blir beskrevet i brukerundersøkelsen til ProLAR-nett (Welle-Strand et al., 2021), hvor brukerne selv er informanter.

«Økt livskvalitet», «helhetlige tjenester» og «skadereduksjon» er begreper som stadig vekk nevnes og som tillegges stor verdi i norsk ruspolitikk, og er sentrale mål i norsk ruspolitikk. Når formålet med ruspolitikken blant annet er å øke livskvaliteten (LAR-forskriften, 2009 § 2), redusere konsekvensene av rusmiddelbruk (Meld. St. 30 (2011-2012), s.113) og redusere antall overdosedødsfall (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.4; LAR-forskriften, 2009 § 2), vil innføringen av egenandel i LAR være i strid med de politiske føringene. Når vi ser de komplekse utfordringene som denne brukergruppen har, både ved hjelp av studier og rapporter (Hustvedt et al., 2021; Nesse et al., 2023; Welle-Strand et al., 2021) og beskrivelsene gjort av fagpersoner (Bjørnestad et al., 2023; Hasfjord, 2023; Johansson, 2023; Oftedahl, 2023a; Oftedahl, 2023b; Piel & Vabø, 2023; Stavanger Aftenblad, 2023), ser vi at dette er en brukergruppe som har et stort hjelpebehov. For resten av befolkningen vil det være en selvfølge at man får den hjelpen man trenger, men hva viser denne debatten oss? Har ikke rusmiddelavhengige rett på nødvendig behandling på lik linje med alle andre, selv om det tydelig ble tydeliggjort i Rusreformen 2004 (Helsedepartementet, 2004) at de har de samme rettighetene som resten av samfunnet? Innføringen gir en viss signaleffekt som kan være vanskelig for både brukere og fagpersoner å akseptere.

## 6.2 Tiltaket sett i en større sammenheng

Bjørnestad et al. (2023) sier at «inntekten fra egenandel er lavere enn den samfunnsøkonomiske gevinsten ved å ha LAR-pasienter i behandling». Her beskriver han det vi ser igjen i de ulike rapportene gjort av ProLAR-nett (Welle-Strand et al., 2021), Brukerplan (Hustvedt et al., 2021) og Seraf (Nesse et al., 2023) som viser til at mange brukere har god effekt av LAR-behandlingen. At brukere velger å ikke møte opp i behandling, kan mange mennesker som allerede er i en prosess med tilbakeføring i samfunnet som mål, falle tilbake til gamle mønstre. Dette bringer med en stor risiko for liv og helse. I verste fall kan dette gjøre at tiltaket bidrar med å opprettholde et stigma, og føre til en ytterligere ekskludering fra samfunnet. Dette utfordrer målet om å bedre deres levekår og sikre at de kan leve et fullverdig liv.

Når man argumentere for at egenandelsordningen i LAR er i strid med den norske velferdsstaten slik Bjørnestad et al. (2023) og Dybdahl (2023) gjør, vil det skape reaksjoner hos leseren. Den norske velferdsstaten er noe vi er stolte av, som vi setter pris på i situasjoner hvor vi har behov for helsehjelp. Når forfatterne viser oss at brukergruppe ikke blir omfavnet

av velferdsstaten på lik linje med andre, kan dette sette i gang følelser hos leser. De får frem et viktig poeng som mange ikke nødvendigvis har reflektert særlig over.

LAR er underlagt spesialisthelsetjenesteloven. Ut ifra spesialisthelsetjenesten § 1-1 er formålet med loven å «bidra til et likeverdig tjenestetilbud». Dybdahl (2023), Oftedahl (2023b) og Peil og Vabø (2023) beskrives egenandelsordningen som et urettferdig tiltak, samtidig som den skaper ulikheter innad i en brukergruppe, hvor bosted avgjør utformingen på tjenestene. De diskuterer med dette for at egenandelsordningen er i strid med spesialisthelsetjenestelovens formål, fordi den begrenser muligheten for et likeverdig tjenestetilbud for alle.

### 6.3 Ord som språklig virkemiddel

Informantenes ordbruk er svært beskrivende av deres meninger om egenandelsordningen i LAR. Slik jeg har beskrevet tidligere bidrar ordene «svært lite» (Stavanger Aftenblad, 2023; Oftedahl, 2023a), «svært begrenset» (Johansson, 2023) og «sårbare» (Piel & Vabø, 2023) og «svakest» (Piel & Vabø, 2023) med å beskrive brukergruppen. De beskriver en brukergruppe med store utfordringer, som i utgangspunktet har lite fra før. Ordbruken bidrar med å gi et bilde av at en gruppe mennesker som allerede har lite, nå får enda mindre. Samtidig kan vi reflektere over hvilken effekt slik språkbruk har, og om det bidrar med å opprettholde et stigma. Når man beskriver mennesker som «svake» og «sårbare» (Piel & Vabø, 2023), vil ikke det nødvendig bare ha en positiv effekt i en debatt. Det bidrar med å tilskrive rusmiddelavhengige egenskaper, og kan i noen tilfeller føre til en ytterligere selvstigmatisering. Det kan skape barrierer for videre behandling slik Charlie Lloyd (2012) beskriver det (s.85).

Det brukes store ord i beskrivelser av effekten av LAR-behandling. Johansson (2023) beskriver den som livreddende, mens Oftedahl (2023a) viser til en tidligere bruker som sier at hun har fått «et helt nytt liv» etter LAR-behandlingen. Slike beskrivelser viser leser hvor viktig LAR-behandling kan være, og uttalelsene til Oftedahl (2023a) viser at LAR-behandling gjøre store endringer i livet. Argumentene støttes også av data fra de ulike rapportene (Hustvedt et al., 2021; Nesse et al., 2023; Welle-Strand et al., 2021), hvor vi ser av LAR-behandling har en positiv effekt på rusmiddelavhengiges levekår og livsbetingelser.



## 7. AVSLUTNING

Vi har sett at det er en stor enighet i debatten om at egenandelsordningen i LAR er et potensielt skadelig tiltak som bør fjernes. Fagpersoner bruker medier som en måte å delta i debatten, og forsøker med sine ytringer å påvirke norsk ruspolitikk. De bidrar med å gi en stemme til mennesker med komplekse utfordringer, og argumenter på vegne av brukergruppen. De bruker sine stemmer for å kjempe for rettferdighet og viser solidaritet til brukergruppen. Dette er i aller høyeste grad i tråd med FOs yrkesetiske grunnlagsdokument (2023), som sier at vår jobb som sosialarbeidere er å jobbe mot en rettferdig fordeling av samfunnets ressurser (s.5), og sikre bedre levekår for utsatte grupper i samfunnet (s.5). Indirekte viser informantene med sine argumenter at egenandelsordningen er i strid med de politiske føringene som ligger til grunn for norsk ruspolitikk. Samtidig er det viktig å huske at informantene uttrykker sine meninger på vegne av en gruppe mennesker som ikke har de samme mulighetene til å bruke sine stemmer i debatten. Alle beskrivelser er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med alle LAR-brukeres egne oppfatninger og opplevelser. Vi ser at argumentene som bruker i debattinnleggene samsvarer med den statistikken vi finner i ulike rapporter og undersøkelser.

En stor utfordring i denne oppgaven var å finne argumenter for og imot egenandelsordningen i LAR. Det var lite data som støttet egenandelsordningen. Jeg konkluderte med at det var en gjeldende enighet blant fagfolk, og jeg har derfor bare vist til dokumenter som argumenterte mot egenandelsordningen. Dette gir et mindre nyansert bilde av en stor debatt, men besvarer likevel den valgte problemstillingen i denne oppgaven. Likevel har jeg forsøkt å stille meg kritisk til noen av uttalelsene i artiklene, som jeg selv stiller meg kritisk til.

Som beskrevet tidligere ble kravet om betaling av egenandel i LAR-behandling etter hvert fjernet og det ble gjort en lovendring i pasientbetalingsforskriften § 5. Vi kan ikke finne direkte beskrivelser av at debattinnleggene har ført til disse lovendringene. Samtidig kan vi tenke at jo flere stemmer som bidrar i debatten og bidrar med å belyse hvordan denne brukergruppen faktisk har det, desto større påvirkningskraft har de. Debattinnleggene fremstår gjerne små når de står alene, men her ser vi et tydelig eksempel på at dersom flere tar til orde og kjemper for endringer, kan det bidra med å gjøre forhold synlig (Asdal og Reinertsen, 2020, s.53) og få stor påvirkningskraft i politikken. Budskapet i medieartiklene er viktig. De søker å endre politikken for at også rusmiddelavhengige skal ha muligheten til å motta likeverdige tjenester når de har behov for det. De har vært viktige bidragsytere i å forsøke å

sikre rettferdighet for brukergruppen, slik de skal kunne leve et fullverdig liv med de begrensningene de har (Fellesorganisasjonen, 2023, s.4), hvor de får den behandlingen de har behov for. Denne oppgaven kan være en bidragsyter for å belyse viktigheten av at vi som fagpersoner snakker på vegne av våre brukere. Med dette vil jeg konkludere med at metodevalg var hensiktsmessig for å belyse debatten, og vise til hvordan fagfolk bruker medier til å uttrykke sine meninger og påvirker debatten.

## Litteraturliste

- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, C. & Kleppe, L. C. (2019). Hva er sosialt arbeid? I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s.19-35). Universitetsforlaget
- Bjørnestad, R., Haugen, K., Mobæk, R. & Skoftedalen, J. G. (2023, 30.mars). *Kronikk: Egenandeler i LAR må bort – vi må få lik praksis i hele landet*. Rusfeltets hovedorganisasjon. <https://www.rusfeltet.no/arkiv/kronikk-egenandeler-i-lar-ma-bort-vi-ma-fa-lik-praksis-i-hele-landet>
- Bramnes, J. G. (2023, 16.november). *Behandling for problemer med illegale rusmidler i spesialisthelsetjenesten*. Folkehelseinstituttet. Hentet 28.mars 2024 fra <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/?term=#legemiddelassistert-rehabilitering> \*4
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Dybdahl, M. (2023, 15.mars). Nei til egenandel i LAR- behandling. *Haugesunds avis*. <https://www.h-avis.no/nei-til-egenandel-i-lar-behandling/o/5-62-1500252?key=2024-03-28T12%3A18%3A19.000Z%2Fretreiver%2Fb28226918c59e1448be3e6e8b26e67ecbd33ac60>
- Ervik, R. & Biong, S. (2020). Politikk og konsekvenser for praksis. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2.utgave, s. 44-69). Cappelen Damm.
- Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2014). *Dobbelt opp: Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen (FO). (2023). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet 25.mars 2024 fra <https://www.fo.no/yrkesetisk-grunnlagsdokument/fo-yrkesetisk-grunnlagsdokument-2023-2027-article6951-3644.html>

Folkehelseinstituttet (2023, 16.November). *Behandling for problemer med illegale rusmidler i spesialisthelsetjenesten*. <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/?term=#legemiddelassistert-rehabilitering> \*4

Goffman, E. (2020). *Stigma: Om avvigernes sosiale identitet (2.utg)* Samfundslitteratur.

Hasfjord, S. (2023, 14.mars). LAR-behandling må være gratis for alle. *Stavanger Aftenblad*. [https://www.aftenbladet.no/article/sa-EQBmma.html?mon\\_ref=retriever-info.com](https://www.aftenbladet.no/article/sa-EQBmma.html?mon_ref=retriever-info.com)

Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (I-8/2004) [Rundskriv]. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf> \*37

Helse- og omsorgsdepartementet (2009, 18.desember) *Fastsettelse og ikraftsetting av forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)*. <https://lovdata.no/pro/#document/PRE/forarbeid/pre-2009-12-181641?from=SF/forskrift/2009-12-18-1641/> \*2

Helse- og omsorgsdepartementet (2018, 23.mars) *Utvalg skal forberede ny rusreform* <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/pressemeldinger/2018pm/utvalg-skal-forberede-ny-rusreform/id2594838/> \*1

Helse- og omsorgsdepartementet (2019, 20.mars). *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-overdosestrategi-2019-2022/id2636987/> \*70

Helse- og omsorgsdepartementet (2023, 19.mai). *Høring - forslag om endring av pasientbetalingsforskriften- fritak for egenandel for poliklinisk helsehjelp for LAR pasienter.*

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5376cc371c3a48649f19c8d2884200ff/horingsnotat-forslag-til-endringer-av-pasientbetalingsforskriften-5.pdf> \*4

Hustvedt, I. B., Bosnic, H. & Håland, M. E. (2021) *Brukerplan – årsrapport 2020:*

*Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester* (ISBN 978-82-93390-24-4). Helse Stavanger. <https://www.helsestavanger.no/4afc13/contentassets/4dbb8f6d065848a3b43130eb61ce4ca2/brukerplan-arsrapport-2020-digital.pdf> (?) \*62

Johansson, K. (2023, 10.mars). Egenandel for LAR – et farlig grep!. *Dagsavisen.*

<https://www.dagsavisen.no/debatt/2023/03/10/egenandel-for-lar-et-farlig-grep/>

LAR-forskriften. (2009). *Forskrift om legemiddellassistert rehabilitering.* (FOR-2009-12-18-1641). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2009-12-18-1641> \*3

Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2021). *Hvordan lese kvalitativ forskning* (2.utg). Cappelen Damm.

Lloyd, C. (2012, 20.november). *The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review.* Taylor and Francis online.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09687637.2012.743506?scroll=top&needAccess=true> \*12

Lyngstad, M. B. (2021) «Fuck stigma» – En narrativ undersøkelse av mennesker med rusavhengighet og pårørendes forståelse av, og erfaring med, fordommer. I R. Faye, E. M. Lindhardt, B. Ravneberg & V. Solbue (Red.) *Hvordan forstå fordommer?: Om kontekstens betydning – i barnehage, skole og samfunn* (s.105-130).

Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215041261-2021-05> \*25

- Meld. St. 30 (2011-2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – Doping*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf> \*189
- Nesse, L., Lobmaier, P., Skeie, I., Lillevold, P. H. & Clausen T. (7.juni 2023). *Statusrapport 2022: Første år med nye LAR-retningslinjer* (SERAF rapport 1/2023). Senter for rus- og avhengighetsforskning.  
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2023/seraf-rapport-nr-1-2023-statusrapport-2022.html> \*107
- NOU 2019:26. (2019). *Rusreform – fra straff til hjelp*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/78d1c46cd04f42f881e1ad0376c09c2e/no/pdfs/nou201920190026000dddpdfs.pdf> \*416
- Oftedahl, C. (2023a, 23.februar). Nå koster det penger: – Flere dropper ut. *NRK Rogaland*.  
<https://www.nrk.no/rogaland/rusavhengige-ma-betale-for-helsehjelp-i-lar-dropper-ut-1.16269497>
- Oftedahl, C. (2023b, 7.mars). Ulik praksis for ruspasienter: Regjeringen vurderer endring. *NRK Rogaland*. [https://www.nrk.no/rogaland/norske-sykehus-har-ulik-praksis-for-betaling-for-rusbehandling-\\_i-bergen-er-det-gratis-1.16317044](https://www.nrk.no/rogaland/norske-sykehus-har-ulik-praksis-for-betaling-for-rusbehandling-_i-bergen-er-det-gratis-1.16317044)
- Oftedahl, C. (2023c, 21.mars). Sykehus må tilbakebetale millionbeløp: Nå må pasientene ta Regningen. *NRK Rogaland*. <https://www.nrk.no/rogaland/helse-stavanger-ma-tilbakebetale-millionbelop.-lar-pasienter-far-svi-1.16320528> \*3
- Pasientbetalingsforskriften. (2016). *Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta* (FOR-2016-12-20-1848) Lovdata.  
<https://lovdata.no/forskrift/2016-12-20-1848> \*4
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Piel, A. E. & Vabø, M. (2023, 24.mars). Regjeringen raserer tilbudet til de svakeste i Samfunnet. *Stavanger Aftenblad*. [https://www.aftenbladet.no/article/sa-LI9RGp.html?mon\\_ref=retriever-info.com](https://www.aftenbladet.no/article/sa-LI9RGp.html?mon_ref=retriever-info.com)
- Rusinfo. (u.å.) *Fakta om opioider*. Rusinfo.no. Hentet 29.mars 2024 fra <https://rusinfo.no/fakta-om-rusmidler/fakta-om-opioider/> \*2
- Schiøtz, A. (2017). Rus i Norge: Politiske og medisinske tilnærminger i historisk lys. *Tidsskrift for velferdsforskning*, Vol.20. S.4-26) <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-01> \*19
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Stavanger Aftenblad. (2023, 25.februar). Uverdigg behandling av rusavhengige. [https://www.aftenbladet.no/article/sa-y6x7EA.html?mon\\_ref=retriever-info.com](https://www.aftenbladet.no/article/sa-y6x7EA.html?mon_ref=retriever-info.com)
- St.Meld.nr.66 (1975-76). *Om narkotikaproblemer*. Sosialdepartementet. [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1975-76&paid=3&wid=f&psid=DIVL280&s=True&pgid=f\\_0527](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1975-76&paid=3&wid=f&psid=DIVL280&s=True&pgid=f_0527) \*12
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademiske oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Tønne, B. & Lie, A. K. (2019). Fra sykdom til kriminalitet – endringer i synet på rusavhengighet. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 139(15). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0098> \*6
- Vetlesen, A. & Høyby, L. (2009) *Kontrollspørsmålet: En studie av livskvalitet hos LAR-pasienter i Oppland*. DUO. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-21915> \*22

Welle-Strand, G., Bjørnstad, R., Olsen, K. & Pierron, M. (2.november 2021). *861 brukere – og LAR i Norge: Hvordan opplever brukerne LAR-behandlingen de mottar, og i hvilken grad medvirker de i egen behandling*. ProLAR nett. <https://prolarnett.no/vart-arbeid/brukerundersokelse/> \*57

**\* Valgfritt pensum: 1061 sider**