

SELVRAPPORTERT ALKOHOLFORBUK I LEGEMIDDELASSISTERT
REHABILITERING

Self- Reported Alcohol Consumption in
Medication- Assisted Rehabilitation



University
of Stavanger

Helsevitenskapelige Fakultet
Master i rus- og psykisk helsearbeid
Masteroppgave 2024

Student: Martin Andreas Økland Slette
Veileder: Torgeir Gilje Lid

Ord: 18 837

Forord

Ved innlevering av denne masteroppgaven har jeg fullført to spennende og krevende år på masterstudiet i rus- og psykisk helsearbeid, ved Universitetet i Stavanger. Det har vært både oppturer og nedturer i løpet av disse to årene, men jeg vil se tilbake på studiet som to fine år. Jeg har lært mye nytt som jeg kan ta med videre i min jobb som sykepleier, nå psykiatrisk sykepleier, og videre i livet. Arbeidet med oppgaven har vist meg hvor viktig det er å bidra med forskning, og hvor givende det er å få lov å bidra med forskning i mitt fagfelt.

Først og fremst vil jeg takke deltakerne som tok seg tid til å fylle ut spørreskjema og som var positive og nysgjerrige på tema. Denne studien hadde ikke blitt til uten dere, tusen takk.

Takk til min veileder, Torgeir Gilje Lid, som viste stor interesse og engasjement for min oppgave. Takk for gode tips og triks underveis, konstruktive kritikk og verdifulle tilbakemeldinger.

En spesielt stor takk til mine fantastisk dyktige kollegaer på LAR Øst. Takk for støttende ord og engasjement, og ikke minst for all den gode hjelpa jeg har fått med rekruttering av deltakere og oppfølging underveis. Dette hadde ikke gått uten dere.

Helt til slutt, takk til Ingvild, for at du alltid har tro på meg. Takk for alle de ekstra turene du har gått med Milo, middagene som har stått klart på bordet og de motiverende ordene underveis.

Martin Slette

Stavanger, Juni 2024

Sammendrag

LAR ble introdusert i Norge i 1998 som en behandlingsform for heroinavhengighet. En fellesnevner for alle pasienter i LAR er opioidavhengighet, hvor det i tillegg rettes fokus mot sideavhengighet som ofte omfatter benzodiazepin, heroin og annen illegal rus. Jeg som LAR- behandler for LAR Øst i Stavanger, opplever at fokuset mot alkohol og alkoholavhengighet havner i skyggen for andre rusmidler til tross for at blandingen alkohol og opioid kan føre til fatale konsekvenser for pasient. Hensikten med denne studien er å øke kunnskapen om LAR- pasienters alkoholbruk, og se på hvordan forbruket varierer etter variabler som alder, kjønn og LAR- legemiddel.

Masteroppgaven er basert på en kvantitativ studie, med relevant teori og forskning.

Problemstillingen til denne oppgaven er: *«Hvordan er selvrapportert alkoholforbruk i ulike aldersgrupper, kjønn og for ulike substitusjonsmedikamenter, blant pasienter i LAR?»*

Datainnsamling foregikk over en periode på 14 dager. Av totale 243 potensielle deltakere ble 87 rekruttert. Alle deltakere har avhengighetsdiagnosen opioidavhengighet og tilhører poliklinikken LAR Øst i Stavanger. All data ble behandlet anonymt.

Resultater av studien viste høy forekomst av alkoholavholdenhet med hele 42.7%. Hele 33% av deltakere som mottok metadon som substitusjonsmedikament hadde en AUDIT- C skår som indikerte risikofylt alkoholbruk, sammenlignet med 17% av buprenorfinbrukere. Deltakere i alderen 36-50 år hadde høyeste forekomst av risikofylt alkoholbruk med 32%, hvor deltakere 51 år eller eldre viste lavest forekomst med 14%. Kvinner viste overraskende nok en høyere andel enn menn som indikerte risikofylt alkoholbruk med hele 33% sammenlignet med menn som hadde en andel på 20%.

Abstract

Medication-Assisted Treatment (MAT) was introduced in Norway in 1998 as a treatment for heroin addiction. A common factor for all patients in MAT is opioid addiction, with additional focus directed towards secondary dependencies, often involving benzodiazepines, heroin, and other illegal substances. As an MAT therapist for MAT Øst in Stavanger, I observe that the focus on alcohol and alcohol addiction is overshadowed by other substances despite the fact that mixing alcohol and opioids can have fatal consequences for the patient. The purpose of this study is to increase knowledge about MAT patients' alcohol use and to examine how consumption varies according to variables such as age, gender, and MAT medication.

This master's thesis is based on a quantitative study, with relevant theory and research. The research question for this thesis is: "How is self-reported alcohol consumption in different age groups, genders, and for different substitution medications among patients in MAT?"

Data collection took place over a period of 14 days. Out of a total of 243 potential participants, 87 were recruited. All participants have the diagnosis of opioid addiction and belong to the outpatient clinic MAT Øst in Stavanger. All data were processed anonymously.

The results of the study showed a high prevalence of alcohol abstinence with as much as 42.7%. As many as 33% of participants receiving methadone as a substitution medication had an AUDIT-C score indicating risky alcohol use, compared to 17% of buprenorphine users. Participants aged 36-50 years had the highest prevalence of risky alcohol use at 32%, while participants aged 51 years or older showed the lowest prevalence at 14%. Surprisingly, women showed a higher proportion of risky alcohol use than men, with 33% compared to 20% of men.

Innhold

1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Studiens hensikt og formål.....	8
1.3 Legemiddelassistert rehabilitering.....	8
1.4 Oppgavens rammeverk, avgrensinger og struktur.....	9
2.0 TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET	10
3.0 TEORETISKE PERSPEKTIV	11
3.1 Risiko og risikopersepsjoner.....	11
3.2 Virkning og skadevirkning av forskjellige rusmidler.....	11
3.2.1 Alkohol:.....	11
3.2.2 Opioider.....	12
3.2.3 Kombinasjonen alkohol og opioid.....	13
3.3 Avhengighet og bruk.....	14
3.4 Kartlegging av alkoholbruk med AUDIT og AUDIT- C.....	15
3.5 Hva er skadelig bruk av alkohol?.....	15
3.6 Hepatitt- C.....	16
3.7 Psykisk helse blant pasienter i LAR.....	17
3.8 Behandling av uro og angst i LAR.....	18
3.9 Overdose.....	18
4.0 METODE	20
4.1 Vitenskapsteori.....	20
4.2 Forskningsdesign og valg av metode.....	20
4.3 Utvalg og rekruttering.....	20
4.3.1 Fordeler og ulemper med å forske i egen organisasjon.....	22
4.4 Datainnsamling.....	22
4.4.1 Begrunnelse for valg av datainnsamling og kategorisering i spørreskjema.....	23
4.5 Validitet og reliabilitet.....	24

4.6 Forskningsetiske vurderinger	25
4.7 Søknadsprosess	26
4.7.1 REK.....	26
4.7.2 SIKT	27
4.7.3 E-protokoll	27
5.0 ANALYSE AV DATA OG RESULTATER	28
5.1 Oppsummering av data	28
6.0 DISKUSJON	40
6.1 Alkoholinntak blant kvinner og menn	40
6.2 Alkoholinntak og LAR- legemiddel.....	42
6.3 Alkoholinntak og alder	44
6.4 AUDIT- C skår og risikofylt bruk.....	44
6.5 Alkohol og LAR, er det egentlig så farlig?	46
6.6 Overdose og dødsfall.....	47
6.7 Alkoholbruk som folk flest.....	48
6.8 Ledighet og kjedsomhet kilde til rusbruk?	49
6.9 Bruk av AUDIT og AUDIT- C hos rusavhengige	50
6.10 Bias- er dataene våre til å stole på?	50
6.11 Begrensninger og videre forskning.....	51
7. KONKLUSJON.....	53
REFERANSER	55
VEDLEGG.....	66
Vedlegg 1: Spørreskjema	66
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	67
Vedlegg 3: Svar fra REK.....	68
Vedlegg 4: Svar fra SIKT	70
Vedlegg 5: Godkjenning e- protokoll av personvernombudet Helse Stavanger	71

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg jobber selv i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Stavanger og møter daglig mennesker med diagnosen opioidavhengighet, som også er et kriteriet for å være pasient og motta substitusjonsmedisin i LAR (Haga, 2021, s. 320). Som behandler for en LAR-pasient er det naturlig å rette fokus på selve opioidavhengigheten og bruk av andre illegale stoff, men det er også viktig å ha fokus på det legale og mer «folkelige» med bruk av rusmiddel, særlig alkohol.

LAR ble introdusert i Norge for første gang i 1998 som en nasjonal ordning for behandling av heroinavhengighet (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2018b). Som sykepleier på LAR Øst i Stavanger opplever jeg at fokuset er rettet mer mot sideavhengighet som ofte omfatter benzodiazepin, heroin og annen illegal rus. Alkohol og alkoholavhengighet oppleves å havne i skyggen til annen rusmiddelbruk når pasienten er i LAR. Hvorfor det er slik er vanskelig å definere, men alkoholbruk kan være vanskelig å avdekke da det skilles fort ut av urin i kroppen og derfor krever store alkoholinntak for å slå ut på urinprøver (Füerst medisinsk laboratorium, 2024). Ved resultat av urinprøve som ikke viser etanol, er det naturlig som LAR- behandler å fokusere på eventuelle andre rusmidler som har utslag. Min erfaring som LAR- behandler er at pasientenes alkoholbruk får lite oppmerksomhet sammenlignet med andre rusmidler. For at vi som LAR- behandlere skal oppdage og kunne hjelpe pasienter med alkoholbruk kreves det at pasient selv rapporterer inntak, har utslag av etanol på urinprøver eller direkte observerer alkoholinntaket.

Som LAR- behandler med stor interesse for pasientgruppen, er det interessant å se nærmere på pasientenes selvrapporterte data som omhandler alkoholbruk blant LAR- pasienter. Det er en stor uvisshet blant LAR- ansatte om bruk av alkohol blant LAR- pasienter, og om det er forskjell på de yngre og eldre i LAR. Gjennom årlige rapporter som LAR- ansatte fyller ut i samarbeid med pasient, får vi et innblikk i alkoholbruken. Spørsmål som angår alkoholbruk i rapporten er lite kartleggende og gir LAR- behandlere lite informasjon om alkoholbruken blant pasienten. Dette er et skjema som fylles ut i pasientens journal og det er derfor ikke anonymt (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2023). Derfor har jeg selv en interesse for kartlegging av alkoholbruken blant LAR- pasientene for å få konkrete tall og statistikk, noe som også er interessant for min arbeidsplass og kollegaer. Når jeg prater med andre kollegaer om studie som skal gjennomføres, får jeg samme reaksjon fra de fleste: «Endelig, dette trenger vi å vite mer om!».

1.2 Studiens hensikt og formål

Hensikten til studiet er å øke kunnskapen om LAR- pasienter sin alkoholbruk, med et langsiktig mål om å bidra til en mer tilpasset og forsvarlig LAR- behandling. Studien kan bidra til å forstå mønstre av alkoholforbruk blant pasienter som er i LAR- behandling, og se på hvordan forbruket varierer etter variabler som alder og kjønn, samt type substitusjonsmedikament som brukes. Ved hjelp av et spørreskjema rapporterer pasient selv sitt alkoholbruk. Studiet vil kunne bidra til å besvare problemstillingen:

«Hvordan er selvrapportert alkoholforbruk i ulike aldersgrupper, kjønn og for ulike substitusjonsmedikamenter, blant pasienter i LAR?»

Studien kan også være relevant for videre forskning på området og bidra til en utvikling av LAR- behandlingen.

1.3 Legemiddelassistert rehabilitering

Men hva er egentlig LAR, og hvem er behandlingen rettet mot? LAR er en tverrfaglig behandling for mennesker med opioidavhengighet, og er en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022a). Gjennom LAR foreskrives det vanedannende legemidler (substitusjonsbehandling) og er et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp (LAR- forskriften, 2009, §3). Det blir i hovedsak brukt to forskjellige morfinlignende legemiddel i LAR: metadon og buprenorfin. I noen tilfeller hvor metadon eller buprenorfin ikke har tilstrekkelig effekt, pasienten opplever bivirkninger eller at pasienten har sammensatte behov utover opioidavhengigheten, kan det forekomme foreskriving av langtidsvirkende morfin (Helsedirektoratet, 2022a).

Behandling i LAR er regulert av Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR- forskriften) og definerer formålet med LAR slik:

«Formålet med legemiddelassistert rehabilitering er at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommendes optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall» (LAR-forskriften, 2009, §2).

For å sikre at pasientene får nødvendig helsehjelp etter forskriften vil man få tilbud om en helhetlig rehabilitering. Selv om LAR er under spesialisthelsetjenesten jobbes det tett med primærhelsetjenesten, og det blir opprettet en ansvarsgruppe rundt pasient. Her vil fastlege, ruskonsulent fra kommunen, LAR behandler og evt andre representanter delta for å sikre best mulig

sammensatt behandling for pasient. Behandlingen skal være tilpasset pasientens ønsker og behov, og vil derfor variere ut fra hva pasienten selv ønsker (Helsedirektoratet, 2022a).

LAR regnes i utgangspunktet som en livslang behandling, men tilrettelegger for de pasientene som ønsker å trappe seg ned og ut av LAR (Fekjær, 2016, ss. 298-299; Universitetssykehuset i Nord-Norge, 2024). En studie fra 2012 brukte data fra 25 545 pasienter i Canada, i en tidsperiode fra 1996 til 2006, som mottok metadon som substitusjonsmedisin og som ønsket å trappe seg av medikamentet. Av de 25 545 pasientene var det 14 602 pasienter som startet nedtrapping på metadon i løpet av denne 11- års perioden. Av de som startet en nedtrapping var det kun 4,4% som fullførte og klarte nedtrappingen uten å returnere til opioidbruk, hadde en opioidrelatert sykehusinnleggelse eller som døde innen 18 måneder etter nedtrapping av metadon var påbegynt (Nosyk, et al., 2012).

Blant LAR- pasienter i Norge er det kun 20% av pasientene som er i arbeid, og blant pasienter som ikke er i arbeid er hele 81% uføre- alderstrygdet eller mottaker av arbeidsavklaringspenger (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2023, s. 12).

1.4 Oppgavens rammeverk, avgrensinger og struktur

For å gi leseren et innblikk i bakgrunnen for oppgavens problemstilling vil jeg i kapittel 2, om tidligere forskning på området, legge frem forskning som er gjort på lignende område og i kapittel 3 vil jeg legge frem teoretiske perspektiv og teori som bygger opp rundt problemstillingen.

I kapittel 4, Metode, legger jeg frem grunn for valg av metode for oppgaven og en forklaring på valg jeg har tatt før, under og etter datainnsamlingen. Under dette kapittelet viser jeg til etiske refleksjoner og kvaliteten i studiet i form av validitet og reliabilitet.

I Kapittel 5, «analyse av data og resultater», vil jeg gi en kort innføring i analyseprosessen før jeg viser oppnådde resultater i tabeller og relevante grafer. Resultatene av studien tar jeg med meg videre inn i kapittel 6, «Diskusjon», hvor jeg reflekterer over resultatene jeg har oppnådd og drøfter dem i lys av eksisterende forskning og teori på feltet. Oppgaven avsluttes med en oppsummering og konklusjon, hvor jeg oppsummerer de viktigste funnene og presenterer mine tanker og konklusjoner basert på min studie.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET

I 2009 ble det gjennomført en studie for å kartlegge alkoholbruk blant dem som mottok substitusjonsmedikament i form av metadon. Studien, som var gjennomført i Irland, viste at 35% av deltagerne fikk en score i AUDIT som indikerer risikofylt bruk av alkohol, hvor 14% hadde en score som indikerer svært høy risiko og som viste mulig alkoholavhengighet (Ryder, et al., 2009). Et annet studie viste at pasienter som mottok metadon daglig som substitusjonsmedisin hadde betydelig oftere daglig inntak av alkohol sammenlignet med pasienter som ikke mottok metadon, men som var aktive heroin- brukere. Hele 36% av deltagere som mottok metadon hadde et daglig inntak av alkohol på 40g (èn halvliter øl tilsvarer 20g) eller mer (Backmund, et al., 2003).

Hunt et al. (1986) gjennomførte en studie hvor han sammenlignet alkoholinntaket til den generelle befolkningen med innbyggere som var opioidavhengige og samtidig mottok metadon, og opioidavhengige som ikke var i behandling. Resultatet viste at opioidavhengige som mottok metadon hadde et høyere alkoholinntak enn den generelle befolkningen (Hunt, et al., 1986). Dette stemmer overens med funnene til Ottomanelli (1999) som også fant at opioidavhengige som mottok metadon hadde et høyere alkoholinntak enn den generelle befolkningen.

I forskning er det et gjentakende funn at menn har et høyere- og et hyppigere alkoholinntak enn kvinner, både blant pasienter i opioidbehandling og i den generelle befolkningen (Ryder, et al., 2009; Statistisk sentralbyrå, 2024; Backmund, et al., 2003).

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) leverer på bestilling av Helsedirektoratet en årlig nasjonal statusrapport, som omhandler en kartlegging av LAR- pasienter. Rapporten viser at pasienter i LAR blir eldre med en andel på 42,1% pasienter over 50 år i 2022, sammenlignet med 23,7% i 2015. Fordelingen mellom kvinner og menn viser at det i 2022 var 29,7% kvinner (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2023).

Kartlegging av alkoholbruk i SERAF sine statusrapporter er tilstede, men lite omfattende. Bruk av alkohol siste 4 uker før statusundersøkelsen, med spørsmål formulert som «alkohol til beruselse» er rapportert til 9,1%. Dette viser at alkoholbruk blant LAR- pasienter er tilstedeværende, men gir oss ingen indikasjon på mengde og lite om hyppighet av alkoholinntak (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2023). Et spørsmål som omhandler hyppighet av alkohol er formulert på en slik måte at det inkluderer all rusbruk, noe som gjør data lite aktuelt i min oppgave.

3.0 TEORETISKE PERSPEKTIV

3.1 Risiko og risikopersepsjoner

Individuell oppfatning av risiko og definisjonen av hva som anses som trygt eller farlig, varierer fra person til person. De som lider av rusmiddelavhengighet, er mer eksponert for en rekke risikofaktorer på grunn av sin rusmiddelbruk og den uforutsigbare livsstilen som følger med det (Richert, 2015, s. 97). Hvordan den enkelte vurderer risikoen og tar beslutninger, kan påvirkes av flere faktorer. For å forstå hvorfor noen utsetter seg for risikoen ved å innta alkohol eller andre rusmidler sammen med LAR- medikament, kan teorier om risikopersepsjoner hjelpe med å belyse problemstillingen. Persepsjon handler om prosessen der vi tolker og bearbeider informasjon mottatt gjennom våre fem sanser: syn, lukt, hørsel, smak og berøring (Nasjonal digital læringsarena).

Teorien om risikopersepsjoner handler om samspillet mellom individet og dets sosiale omgivelser. Både individuelle og sosiale faktorer kan påvirke hvordan risiko og risikofylt atferd vurderes (Renn, 2008, s. 154). For personer med rusmiddelavhengighet, kan opplevelsen av risiko være fornuftig, men atferden kan også påvirkes av sosiale forhold og relasjoner. I tillegg kan individuelle egenskaper og måten å bruke rusmidler på være sentrale for å forstå og vurdere risikoen (Richert, 2015, s. 97).

3.2 Virkning og skadevirkning av forskjellige rusmidler

Skadevirkningene av rusmiddelbruk er av ulike typer, hvor man kan skille mellom både somatiske og psykiske skadevirkninger. Det er sammenheng mellom endringer i hjernen og psykiske skadevirkninger, uten at man nødvendigvis vet hva de nøyaktige virkningene består i. Vi vet at inntak av rusmiddel påvirker motivasjonsbanene i hjernen, hovedsakelig gjennom dopamin, og som regnes som en av de sentrale påvirkningene. Amfetamin og kokain er eksempler på to typer rusmiddel som frigjør dopamin i hjernen raskt etter inntak, mens andre rusmidler virker saktere og mer indirekte via andre reseptorer (Evjen, et al., s. 67).

3.2.1 Alkohol:

Alkohol blir regnet som det «folkelige» rusmiddelet da alle i Norge over 18 år vil ha lovlig tilgang til å få kjøpt alkohol i norske butikker, og tall viser at 8 av 10 i den norske befolkningen har inntatt alkohol siste året (Lunde, 2020; Folkehelseinstituttet, 2018). Alkohol virker først og fremst dempende, men virkningen kan variere for alle, avhengig av personlighet og genetikk, drikkesituasjon og toleranse. For noen vil alkohol virke avslappende, hvor man opplever å bli mer sosial og selvtilliten øker. Andre vil oppleve økt irritasjon og enkelte vil og bli aggressive (Evjen, et al., s. 67). For å ta et eksempel var tre fjerdedeler av domfelte for drap eller drapsforsøk i Norge alkoholpåvirket under hendelsen (Bødal & Fridhov, 1995).

Alkoholinntak fører til at opplevelsen av tid og avstand svekkes, opplevelsen av smerte reduseres og reaksjonstiden øker. Ved et høyere inntak vil man merke at balansen blir dårligere, man får uklart tale, hukommelsestap (helt, eller delvis) og økt tretthetsfølelse. Et høyt inntak av alkohol, eventuelt inntak samtidig med inntak av andre rusmidler, kan gi fare for respirasjonsdemping (Evjen, et al., 2018, s. 68). Ved ofte alkoholinntak vil man måtte øke mengden alkohol for å få samme rusvirkning som tidligere, man får en økt toleranse. Hvis man etter langvarig bruk av store mengder alkohol velger å avslutte inntak, vil man kunne oppleve abstinenssymptomer som økt angstfølelse, skjelving, svette kvalme, depresjon, irritasjon og en generell følelse av ubehag. Av alle rusmidler samlet, er det alkohol som gir størst samfunnsmessig skadevirkning. Da både akutt rus i form av ulykker, konflikter, selvmord, overdosedødsfall, men også mer langtidsvirkninger i form av somatiske og psykiske konsekvenser (Evjen, et al., 2018, ss. 69-70). I en rapport utarbeidet av Oslo Economics anslås det at alkoholbruk i Norge koster samfunnet opp mot 100 milliarder kroner i året (Oslo Economics, 2022, s. 5).

Det er hevdet at rusmiddelbruk er et slags universelt og naturlig behov vi mennesker har. Bruken av alkohol går flere tusen år tilbake i tid, og er blitt brukt som både medisin og som rusmiddel (Fekjær, 2016, s. 27). Alkoholbruk blant nordmenn har variert i skala, men har gradvis gått oppover siden 1950-tallet. I dag er det normalt å dele en flaske vin foran peisen en kald høstkveld med sin bedre halvdel. Også i sosiale sammenhenger, som avkobling, feiring av en hendelse og som en markering av ferie (Fekjær, 2016, ss. 77-78). Selv om de fleste nordmenn drikker alkohol i en eller annen anledning, gjør flertallet det på en måte som ikke er problematisk. Til tross for dette viser undersøkelser at hele 10 prosent av voksne i Norge har et alkoholinntak som medfører stor risiko for skade og som kommer under kategorien alkoholavhengighet (Norsk Helseinformatikk, 2020).

3.2.2 Opioider

Opioider er stoffer som kan spores tilbake til opiumsvalmuen, inkludert opiatene som er laget direkte fra opium. Blant de mest kjente opioidene er kodein, heroin og morfin, mens syntetiske opioider inkluderer buprenorfin (Subutex, Temgesic og Suboxone), metadon og oksykodon som de mest kjente. Buprenorfin og metadon er også de to mest brukte opioidene i LAR-behandling. Opioider kan brukes som medisiner eller rusmidler, og virkningen avhenger av dose, bruksmåte og individuelle faktorer. Mange kan oppleve rusvirkning selv ved medisinsk bruk, som smertelindring (Evjen, et al., 2018, s. 73). Gjennom oppgaven vil betegnelsen «opioid» bli brukt, da det inkluderer både naturlige og syntetiske opioider.

For å kunne forstå hvordan opioider kan fungere må vi forklare rusvirkningen av opioider.

Rusopplysningen (2024b) forklarer hvordan selve opioidrusen vanligvis manifesterer seg som en

behagelig og varm følelse som sprer seg gjennom kroppen, lindrer ubehag og spenninger. Bivirkninger som svimmelhet og kvalme er vanlige. Noen opioider kan også forårsake milde hallusinasjoner ved høye doser, vanligvis i form av drømmeaktige visjoner når øynene er lukket. For personer som er avhengige av opioider, oppleves rusen ofte mer som en midlertidig lettelse fra abstinenssymptomer og generelt ubehag enn en intens følelse av lykke, med mindre doseringen er ekstremt høy (Rusopplysningen, 2024b). Alle LAR- pasienter har, i forskjellig grad, en opioidavhengighet.

3.2.3 Kombinasjonen alkohol og opioid

Folkehelseinstituttet (2018) gir oss informasjon om at 80 prosent av den norske befolkningen inntar alkohol minst årlig, og vi vet at i 2019 fikk rundt 10 prosent (ikke inkludert LAR- pasienter) av den norske befolkningen opioider på resept i Norge (Folkehelseinstituttet, 2022). Så hva skjer når vi kombinerer et opioid med alkohol? Samtidig bruk av opioid og alkohol kan føre til forskjellige uønskede effekter i kroppen, kjent som interaksjoner. Disse kan inkludere bivirkninger som økt påvirkning av rus eller redusert effekt av medisinen. Slike situasjoner kan i noen tilfeller føre til svært alvorlige konsekvenser, i verste fall død (Norsk Helseinformatikk, 2021c). Både alkohol og opioider er kjent for å være såkalte «downers», som betyr at det virker sterkt beroligende og kan forårsake respirasjonsdepresjon (Soyka, 2015).

Helsedirektoratet oppgir at blandingen av rusmidler og medikamenter, særlig opioider sammen med alkohol og benzodiazepiner, er en av de viktigste risikofaktorer til overdosedødsfall (Helsedirektoratet, 2019). En interaksjonsanalyse i felleskatalogen mellom LAR- medikamentet buprenorfin og alkohol gir følgende beskrivelse:

«Økt sedasjon CNS- depresjon, økt toleranse for opiater i etanolfrie perioder, evt. misbruksproblematikk. Hos pasienter som har brukt opioid over tid og kjenner sin egen reaksjon på bruken, finnes det ikke holdepunkter for at inntak av små mengder alkohol gir noen negative effekter» (Felleskatalogen.no, 2024).

Under denne beskrivelsen står det et nytt punkt som har tittelen «monitorering»:

«Informere pasienten om risikoen for forsterkede effekter av etanol. Vær spesielt forsiktig med foreskriving av opioider til individer som kan tenkes å misbruke alkohol» (Felleskatalogen.no, 2024).

En interaksjonsanalyse mellom alkohol og metadon ga nøyaktig samme beskrivelse som interaksjonen mellom buprenorfin og alkohol (Felleskatalogen.no, 2024). Fra den årlige statusrapporten SERAF fra 2022 viser det at 9.1 % av LAR- pasientene i Norge har inntatt alkohol til

beruselse siste måned. Det spesifiseres ikke mengde eller hyppighet (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2023).

3.3 Avhengighet og bruk

Bruk er et nøytralt ord, også i form av rusmidler, så lenge den ikke plager andre eller er til skade for helse eller sosial funksjon. Bruken ses i tillegg ofte i sammenheng med tid, sted og situasjon for å skille mellom bruk og overforbruk. Et glass vin i festlig lag vil de færreste si er et overforbruk av alkohol. Hvis man derimot åpner en flaske vin på morgenen som det første man gjør, begynner vi å nærme oss i hva som menes med et overforbruk eller overdreven bruk av alkohol (Mørland & Waal, 2017, s. 19).

For å kunne definere overdreven bruk, må det finnes en bruk som er akseptert. Grensen for overforbruk vil kunne variere ut fra miljøet man befinner seg i. Terskelen for overforbruk blant studenter er høyere enn hos en trebarnsfar i full jobb, rett og slett fordi det er forventet et høyere alkoholinntak blant studenter. Her har man satt en standard for hva som er greit og som «folk flest» mener er vanlig bruk. Går man over denne grensen vil mange betegne bruken av alkohol som overdrevet (Mørland & Waal, 2017, ss. 19-20). Et spesifikt antall alkoholenheter for overdreven bruk som er felles for alle er derfor vanskelig å definere, da den kan variere ut fra ulike miljø.

Hvis man har et overforbruk over tid, kan man bevege seg inn i kategorien for risikofylt- eller skadelig bruk. Risikofylt bruk defineres av verdens helseorganisasjon som alkoholinntak i et omfang som øker risikoen for skadelige konsekvenser for brukeren selv eller andre (World Health Organization). Skadelig bruk betyr at rusmidler brukes på en slik måte at det gir helseskade. Skadelig- og risikofylt bruk kan være tilstedeværende uten at det foreligger en avhengighet (Norsk Helseinformatikk, 2022).

For å kunne skape en forståelse for hva avhengighet innebærer må vi se på hva som ligger i ordet avhengighet. Ordet avhengighet kan tolkes på mange forskjellige måter, og har forskjellige alvorlighetsgrader (Psykiater.no). Vi er alle mennesker avhengig av næring og væske for å kunne holde oss levende, og ikke minst ha energi for å komme oss gjennom hverdagen. De fleste føler seg også avhengig av nære relasjoner, som familie, kollegaer, venner, i det minste avhengig av menneskelig kontakt. Trening og fysiske aktiviteter er det også mange som er avhengig av for å holde seg frisk både mentalt og fysisk. Alle overnevnte former for avhengighet er ikke å ansees som et problem, mer en livsbetingelse for mange. Begrepet avhengighet i forbindelse med bruk av rusmidler, og andre lignende atferdsformer for eksempel pengespill, blir noe annet. (Mørland & Waal, 2017, s. 20).

Ifølge den Internasjonale sykdomsklassifikasjonen, ICD-10, blir avhengighetssyndrom beskrevet som følgende:

«En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har bruker et sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken av den, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand. Avhengighetssyndromet kan dreie seg om et spesifikt psykoaktivt stoff (f.eks tobakk, alkohol eller diazepam), om en gruppe stoffer (f. eks opiater) eller et bredere spekter av farmakologisk forskjellige psykoaktive stoffer» (Direktoratet for e-helse, 2023).

Kjernen i begrepet er at en handling som er til skade for oss selv eller andre blir gjentatt, selv om man ønsker å la være (Mørland & Waal, 2017, s. 20).

3.4 Kartlegging av alkoholbruk med AUDIT og AUDIT- C

Både AUDIT og AUDIT- C er screeningverktøy som kan fylles ut av personen selv eller sammen med en fagperson, med et mål om å identifisere risikofyllt eller skadelig bruk av alkohol (Nasjonal kompetansjetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2024). Ved hjelp av AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) kartlegges det mengde, hyppighet og konsekvenser av alkoholbruk. Hvert svar gir en skår som summeres etter alle spørsmål er besvart. Totalskåren til slutt vil gi en vurdering om alkoholbruket, f. eks en skår på 15 eller mer antyder alkoholavhengighet. Maksskår i AUDIT er 40. Målgruppen for bruk av AUDIT er personer over 18 år, og er et anbefalt verktøy av Nasjonal kompetansjetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) for å kartlegge problemfylt bruk av alkohol hos personer med kjent psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012, s. 98; Nasjonal kompetansjetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2024).

AUDIT- C er en forkortet versjon av AUDIT og består av tre spørsmål som omhandler forbruk. Verken AUDIT eller AUDIT- C alene kan brukes til å stille en diagnose, men det gir viktig informasjon som kan brukes til å vurdere både alkoholforbruk og potensielle helsekonsekvenser, Maksskår AUDIT-C er 12 hvor en skår på 3 eller høyere hos kvinner og 4 eller høyere hos menn indikerer skadelig bruk eller avhengighet (Nasjonal kompetansjetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2024).

3.5 Hva er skadelig bruk av alkohol?

Så hva definerer vi som skadelig bruk når det kommer til alkoholinntak? Helsedirektoratet (2023) mener at det ikke er mulig å fastsette en helsemessig trygg nedre grense når det kommer til inntak av alkohol, og mener at et daglig inntak av alkohol, også små mengder, øker risikoen for flere sykdommer og helseskader. I tillegg mener de at risikoen for å skade seg selv eller andre etter inntak

av alkohol øker (Helsedirektoratet, 2023). I 2010 gjennomførte Taylor et al. et studie hvor resultatet viste at seks alkoholenheter eller mer per gang gir en klart forhøyet risiko for skade, da i form av ulykker (Taylor, et al., 2010).

For å definere antall alkoholenheter per gang som regnes som risikofylt bruk kan vi bruke definisjonen for «binge drinking» satt av «Centers for Disease Control and Prevention» (CDC). «Binge drinking», eller «overstadig drikking» direkte oversatt, defineres for kvinner som fire enheter eller mer per gang og for menn fem enheter eller mer (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Spørsmålet «Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis?» i AUDIT- C har en inndeling av alkoholenheter som gjør det vanskelig å bruke denne definisjonen av «binge drinking». Vi har derfor valgt å definere risikofylt bruk av alkohol med utgangspunkt i 6 enheter eller mer for begge kjønn, og ved bruk av AUDIT- C skår 3 eller høyere for kvinner og 4 eller høyere for menn (Nasjonal kompetansjetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2024).

3.6 Hepatitt- C

Hepatitt C er en virussykdom, forårsaket av hepatitt- C viruset (HCV), som kan forårsake betennelse i leveren, som kan lede til leverskade. Smitte overføres hovedsakelig gjennom eksponering for infisert blod, ofte via kontaminerte sprøytespisser brukt i sprøytedeling blant rusbrukere. Risikoen for smitte er også til stede ved deling av utstyr som kokekar og filter ved rusmiddelbruk. Smitte kan også forekomme gjennom seksuell kontakt, blodkontakt, fra smittebærende mor til barn under svangerskap og fødsel, men sjansen for å bli smittet på en slik måte er liten (Folkehelseinstituttet, 2023a).

Det kan være utfordrende å identifisere en infeksjon med hepatitt C, da mange smittede kan bære viruset i kroppen i mange år uten å oppleve noen symptomer. Over tid kan imidlertid hepatitt C forårsake betydelig leverskade, selv om personen ikke merker umiddelbare helseproblemer (Oslo Universitetssykehus). I 15-45 prosent av tilfellene sørger immunforsvaret selv for at kroppen kvitter seg med viruset, som regel i løpet av de første 6 månedene etter smitte. Blant dem som blir smittet vil 55-85 prosent utvikle kronisk hepatitt C (Helsenorge, 2023). Har man fått påvist Hepatitt C bør man ikke innta alkohol, selv i små mengder, da det kan bidra til mer skade på leveren (Helsebiblioteket, 2022).

På grunn av utfordringer med lav testaktivitet i landet og lite symptomer fra hepatitt C, antas det at en andel pasienter er smittet uten å vite det. For å oppdage smitte og hindre videre smitteoverføring har regjeringen satt i gang flere tiltak for dette: Utdeling av rent brukerutstyr, informasjonsarbeid rettet mot rusavhengige og økt testaktivitet for å avdekke infeksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 5). I dag finnes det flere effektive behandlinger for hepatitt C-

infeksjon. Vanligvis varer behandlinger i 12 uker og fører til at omtrent 95% av de smittede blir varig fri for viruset uten å oppleve alvorlige bivirkninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 6).

3.7 Psykisk helse blant pasienter i LAR

Når en pasient har en psykisk lidelse i tillegg til ruslidelse, sier man at en pasient har ROP-lidelse. Begrepet kommer fra «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» som er en nasjonal retningslinje for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012). ROP- lidelser fører for mange til betydelig funksjonsnedsettelse som kan gi betydelige konsekvenser for pasienten, men også for mennesker rundt pasienten. Hos pasienter med ROP- lidelser kan man ofte se at livssituasjonen preges av blandingsbruk av ulike rusmidler og hyppige akuttinnleggelser og avgiftninger (Evjen, et al., s. 67).

Forskning viser at jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere risiko for en psykisk lidelse, og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er jo større sjanse er det for å få en ruslidelse. Disse to typene lidelser forverrer altså hverandre, og har en pasient en av lidelsene vil sjansen være betraktelig høyere for at det forekommer ROP- lidelser (Helsedirektoratet, 2012, s. 13). Brooner et al. (1997) beskriver hvordan personer som har en skadelig bruk av opioider har en større sannsynlighet for å få en depresjon og angstlidelse. Omfattende alkoholbruk og depresjon kan man også se har en sammenheng, hvor de har en gjensidig forsterkende effekt. Omfattende alkoholbruk kan føre til depresjon, og depresjon kan føre til økt alkoholbruk (Vaillant & Hiller-Sturmhöfel, 1996).

En teori om ROP- lidelse, spesielt ved en psykisk lidelse som utgangspunkt, er at rusmiddel blir brukt som selvmedisinering for å dempe symptomer. Driker en person fordi han er redd og engstelig, og tar han stimulerende midler for å dempe symptomer på depresjon eller tristhet (Evjen, et al., s. 67)? Noe man ser går igjen hos pasienter med en rusavhengighet er at de har blitt utsatt for traumatiske opplevelser, som f.eks. overgrep, eller andre traumer i løpet av barndommen (Mills, et al., 2006). Teorien om selvmedisinering stammer fra ROP- pasienter selv som sier at ulike substanser som de inntar hjelper mot visse psykiske plager, f.eks. alkohol som demper uro og beroligende medikamenter som demper angst (Evjen, et al., s. 67).

I et norsk studie som foregikk i 1997 og 1998 ble ruspasienter under poliklinisk oppfølging eller døgnbehandling kartlagt for psykiatrisk lidelse og ruslidelse. Her kom det frem at det var store ulikheter mellom kvinner og menn, dem som hadde alkoholavhengighet og de som var avhengig av illegale stoffer. Kvinner viste en høyere forekomst av depresjon, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og spiseforstyrrelser sammenlignet med menn. Menn som brukte ulovlige rusmidler, hadde en økt forekomst av personlighetsforstyrrelser som antisosial, passiv-aggressiv eller borderline, mens de

som hadde alkoholavhengighet, oftere viste tegn på schizoid personlighetsforstyrrelse. Spesielt blant kvinnelige brukere av rusmidler og kombinasjoner av flere rusmidler, var PTSD vanlig, noe som antyder at denne gruppen har vært gjennom mange traumatiske opplevelser (Landheim, et al., 2002). Dette mønsteret gjentar seg også i flere nylige studier gjennom årene (Evjen, et al., s. 67).

3.8 Behandling av uro og angst i LAR

Benzodiazepiner er kjent for alle pasienter og ansatte i LAR, og fungerer som et angstdempende middel og/eller mot søvnvansker (Norsk Helseinformatikk, 2021b). I Nasjonal faglig retningslinje for LAR er det anbefalt psykososial behandling og nedtrapping i tilfeller hvor pasienter er avhengig av benzodiazepiner. Et unntak for denne regelen er pasienter som har en mangeårig avhengighet (som regel mer enn fem år) til benzodiazepiner til tross for gjentatte forsøk på psykososial behandling og nedtrapping uten å lykkes. Det tas da en vurdering om det er overhengende sannsynlighet at pasient vil klare å avslutte bruk av andre rusmidler og medikamenter med en vedlikeholdsbehandling. Målet er å sikre at vedlikeholdsbehandlingen ikke medfører en økt risiko for overdose og å redusere skade og bedre pasientens funksjonsnivå og livskvalitet. Vurderingen tas av en lege i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) i samråd med pasienten selv og pasientens fastlege, samt andre helsepersonell og sosialfaglige som yter helsehjelp til pasienten (Helsedirektoratet, 2022a). Dette betyr at pasienter i utgangspunktet skal ha prøvd de fleste andre alternativer for å trappe av benzodiazepiner, også over en lengre periode, før de kvalifiserer til vedlikeholdsbehandling. Tall fra 2019 viser at hele 47,6% av LAR-pasienter i Norge fikk foreskrevet benzodiazepiner i løpet av året. Det er 11,4 ganger høyere forekomst av benzodiazepin blant menn og 7,1 ganger høyere forekomst blant kvinner i LAR sammenlignet med den generelle befolkningen i løpet av et år (Eide, et al., 2023). Alkohol og benzodiazepiner fungerer begge beroligende og angstdempende. Selvmedisinering med alkohol øker sjansen for risikofylt alkoholbruk (Crum, et al., 2013).

3.9 Overdose

En overdose skyldes inntak av ett eller flere rusmidler eller medikamenter i en så stor dose at hjernen blir «bedøvet» og personen ikke klarer å holde seg våken selv, og kan i verste fall slutte å puste. Uten hjelp er det stor risiko for at personen dør (Oslo Universitetssykehus, 2024).

I 2022 ble det registrert 321 overdoser i Norge. Dette er 74 flere dødsfall enn året før. Av disse var 58 dødsfall som følge av metadon, det høyeste tallet på 10 år. Selv om det er en stigning fra året før, så ligger overdosedødsfall stabilt om en ser på trenden over tid (Folkehelseinstituttet, 2023b). Sett fra et større perspektiv har Norge hatt et av de høyeste registrerte forekomstene av narkotikautløste dødsfall per innbygger i Europa de siste årene (Helsedirektoratet, 2020). I gjennomsnitt tilsvarer det 6 dødsfall i uka som skyldes overdose i Norge.

Det europeiske narkotikaovervåkningsorganet, EMCDDA, definerer et overdosedødsfall slik:

«Et dødsfall som skjer umiddelbart eller kort tid etter at en person har inntatt ett eller flere rusmidler og/eller medikamenter og når dødsfallet har direkte sammenheng med dette inntaket» (Helsedirektoratet, 2020).

Faren for overdose avhenger av flere faktorer, inkludert administrasjonsmåten for rusmidler. I tillegg kan kombinasjonen av ulike stoffer, som alkohol og beroligende midler som benzodiazepiner, gjensidig forsterke effekten og føre til overdose (Oslo Universitetssykehus, 2024). Foreskrivning av LAR- legemiddel i kontrollerte former anses å redusere dødeligheten hos opioidavhengige (Clausen, et al., 2008).

4.0 METODE

I dette kapittelet skal jeg begrunne og presentere mine metodiske valg og forklare fremgangsmåten i mitt forskningsarbeid for å kunne belyse problemstillingen: «*Hvordan er selvrapportert alkoholforbruk i ulike aldersgrupper, kjønn og for ulike substitusjonsmedikamenter, blant pasienter i LAR?*». Forskningsmetoden som brukes blir kvalitetssikret ved å belyse den i forhold til generaliserbarhet, reliabilitet og validitet. Videre vil etiske perspektiver i forhold til egen forskning trekkes frem.

4.1 Vitenskapsteori

Vitenskapsteori handler om teoretisk og filosofisk refleksjon over vitenskap og kunnskap, hvor man ønsker å forstå de særtrekkene som skiller vitenskapelig tankegang og metode fra andre tilnærminger. Dette inkluderer å klargjøre hvilke kriterier som definerer vitenskap, hva som betraktes som gyldig kunnskap, og hvordan man kan oppnå slik kunnskap (Thornquist, 2018, s. 11). I vitenskapsteori har vi to kjente tilnærminger, hermeneutikk og fenomenologi, som begge fokuserer på tolkning og forståelse av fenomener. De skilles ved at hermeneutikk handler om tolkning av tekster og kulturelle artefakter, mens fenomenologi fokuserer på beskrivelse av subjektive erfaringer og bevissthet. Hermeneutikk vektlegger kontekst og tolkning av mening, mens fenomenologi handler om å observere fenomener slik de fremstår uten forhåndsdomming (Thornquist, 2018, ss. 22-23).

Denne studien er skrevet med en positivistisk tilnærming, hvor jeg setter logiske dataopplysninger i sentrum for å kunne oppnå en best mulig forståelse av fenomenene. På den ene siden kan positivismen gi en klar oversikt over forskningens funn og prosess, mens på den andre siden kan den bli kritisert for å gi en overfladisk behandling av data som kan begrense forståelsen av fenomenene på et dypere nivå (Bryman, 2015).

4.2 Forskningsdesign og valg av metode

I denne studien anvender vi kvantitativ data. I vårt tilfelle skal det kun fokuseres på LAR Øst i Stavanger, og spørreskjemaet vi bruker i studiet har en innramming også på tid. I studiet vil det være fokus på innsamling og analyse av numeriske data for å undersøke sammenhenger mellom alder, kjønn, LAR-medikament og alkoholemengde/ hyppighet. Data ble analysert med statistiske metoder for å kunne trekke konklusjoner opp mot problemstilling.

4.3 Utvalg og rekruttering

I studiet ønsket jeg å inkludere og rekruttere flest mulig LAR pasienter som tilhører LAR- Øst. Jeg valgte å samle inn data fra alle pasienter som får hjemlevert medisiner, og dem som henter medisiner i poliklinikken. Denne gruppen pasienter er den største gruppen, og inkluderer både

pasienter med god rusmestring og pasienter med mindre god rusmestring. Henteordning blant inkluderte pasienter varierte mellom daglig utlevering til utlevering hver 14. dag. Pasienter som skulle ha buvidalinjeksjon i løpet av datainnsamlingen ble også inkludert i studie. Buvidalinjeksjon er depotinjeksjonsvæske som kan gis ukentlige eller månedlig og inneholder virkestoffet buprenorfin (Felleskatalogen, 2023). Pasienter som henter på apotek, legekantor og andre alternative steder ble ekskludert på grunn av logistikk. Dette er også den minste gruppen pasienter, som utgjør under halvparten av alle pasienter på LAR Øst.

Det var ønskelig med en spredning i alder for å få danne et sammenligningsgrunnlag for alkoholinntaket mellom eldre- og yngre i LAR. For å rekruttere flest mulig deltakere under datainnsamlingen, fikk LAR- ansatte en sentral rolle under datainnsamling. LAR- ansatte som hadde kontakt med pasienter, både under ambulant utdeling av medisiner og medisinutdeling i poliklinikken, leverte ut informasjon og spørreskjema til pasienter samt informerte dem muntlig om prosjektet. Pasienter fikk informasjonen etter SIKT sine anbefalinger om hvilken informasjon deltakere skal få (Dalland, 2020, ss. 173-174). Informert, frivillig samtykke følger SIKT sine krav om «Krav til samtykke»:

«For at et samtykke skal være gyldig, må det være frivillig, spesifikt, informert og utvetydig. Dette betyr at de som inviteres til deltagelse må forstå hva samtykket gjelder og hvilke konsekvenser samtykke til deltagelse i forskningen din får. Det må ikke være tvil om at vedkommende har samtykket til å delta i din forskning» (SIKT- Kunnskapssektorens tenesteleverandør, 2023).

Pasienter fikk utlevert informasjonsskriv, spørreskjema (uten nummerering eller datomerking) og konvolutt for forsegling. Pasienter fikk muntlig informasjon om prosjekt og fikk tydelig beskjed om at det var frivillig å være med. Deltagere som ønsket å være med i studiet fylte ut spørreskjema og leverte inn til LAR- personell i forseglet konvolutt. Pasienter som kunne få medisiner utlevert på forsvarlig vis, ble også ansett som samtykkekompetent og kandidat til studiet. Pasienter som var tydelig ruspåvirket eller viste tegn til uro og forvirring ved utdelingstidspunkt ble ikke ansett som kandidat til studiet. Ny vurdering ble tatt påfølgende dag.

Alle deltagere oppfylte inklusjonskriterier. Kravene som ble satt var at deltagere måtte være over 18 år, pasient i LAR- Øst og ha fysisk kontakt med LAR- ansatte løpet av de 14 dagene datainnsamling foregikk. Eksklusjonskriterier var pasienter som ikke var under oppfølging LAR- Øst, overstadig ruset eller forvirret under datainnsamling og dem som ikke var i fysisk kontakt med LAR- ansatte under datainnsamling.

4.3.1 Fordeler og ulemper med å forske i egen organisasjon

Jeg jobber selv som behandler i organisasjonen jeg skal utføre studiet i. Fordelen med dette er at jeg sitter med førstehåndskunnskapen til det jeg skal studere. Dette har flere positive sider som er relevante for mitt studie (Gümüşay & Amis, 2020):

1. Det er ofte enklere å skaffe informasjon når man har personlige kontakter og vet hvor man skal lete. Å være en "innsider" kan også føre til større åpenhet og tillit i sammenligning med å være en utenforstående (Gümüşay & Amis, 2020).
2. Når man er en del av en organisasjon eller har inngående kjennskap til den, er man ofte bedre informert om de uformelle strukturene som eksisterer og hvilket språk som brukes internt. Dette gir en klarere veiledning om hvor man bør henvende seg for å få tak i relevant informasjon (Gümüşay & Amis, 2020).

Samtidig som dette kan være en fordel underveis i studiet, så kan det også være noen ulemper. I min situasjon kan det være en ulempe med tanke på behandler- relasjonen jeg har til noen av deltagerne. De kan føle på en usikkerhet på hva intensjon jeg har med mitt studie, og derfor ikke svare ærlig på spørsmålene som stilles. Det er derfor viktig å gå nøye gjennom informasjonen som tidligere nevnt. Det er også en risiko at man bli møtt med mistanke om å opptre på vegne av noen i organisasjonen, for eksempel ledelsen, lege og andre behandlere (Jacobsen, 2022, s. 60).

4.4 Datainnsamling

Utdelingen og innlevering av spørreskjema hadde en varighet på 14 dager. Tidsintervallet på 14 dager er satt da alle potensielle deltagere skal ha fått muligheten til å delta i studiet innenfor dette intervallet. Fristen på 14 dager var også satt for å holde motivasjon og fokus oppe blant pasienter, kollegaer og prosjektleder, men også på bakgrunn av at datainnsamlingen ikke skulle ta for mye fokus fra andre arbeidsoppgaver og kollegaers tidsbruk.

Under ambulant utdeling er det to biler som drar ut daglig for å levere medisin til pasient. I hver bil er det to personell fra LAR. I bilen var det laget til en pakke hvor det var en konvolutt, spørreskjema og informasjonsskriv som var festet med binders. Det var laget nok pakker til samtlige aktuelle pasienter. Under utlevering av pakke fikk pasientene også muntlig informasjon om studiet samt en penn for utfylling for de som hadde behov for dette. Pasienten fikk velge selv om de ville fylle ut skjema der og da, ta med seg og levere inn senere eller ikke delta i det hele tatt. Innlevering av skjema skjedde ved at pasient la spørreskjema i konvolutt som de selv forsegle og leverte i låst postkasse LAR- personell hadde i bil. Utdeling av pakke i poliklinikk foregikk på samme vis, men her fikk pasientene tilbud om eget rom for utfylling for å isolere seg fra personell og andre pasienter. Det ble ført en oversikt over pasienter som hadde fått utlevert pakke, levert inn og dem som hadde

takket nei til å delta. Oversikten ble sett på som nødvendig for å sikre at pasienter ikke ble spurt gjentatte ganger, eller fylte ut og leverte inn flere skjema. Denne oversikten ble makulert med en gang innsamling av data var over. Behandlere fikk beskjed om å ikke rekruttere egne pasienter.

4.4.1 Begrunnelse for valg av datainnsamling og kategorisering i spørreskjema

AUDIT- C er brukt som et skjema for innhenting av data da det kartlegger alkoholforbruk som er relevant til problemstilling. Fordel med AUDIT-C er at det vil kunne gis en score som kategoriserer pasient i forskjellige «risikonivå». Skår gir en indikasjon på om deltakerne har et risikofyllt alkoholforbruk, og er interessant for studien. Vanlig AUDIT ble vurdert, men flere spørsmål ble ansett som irrelevante for studien, i tillegg til at AUDIT er lengre og krever mer tid. Med tanke på deltagergruppen ble det ansett som hensiktsmessig å ha et kortest mulig spørreskjema, hvor AUDIT ble et dårligere alternativ sammenlignet med AUDIT- C (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2023a). Spørsmål om alder er delt i tre kategorier for å sikre anonymitet. Spørsmål om kjønn ble fordelt i to kategorier, mann og kvinne. Dette begrunnes med at det per 2024 kun er to juridiske kjønn Norge. Et tredje alternativ for eventuelle deltagere som ikke identifiserer seg med en av overnevnte kjønn ble vurdert. Svært få deltagere var forventet å huke av for dette alternativet og det ble konkludert med å ikke ha dette som en valgmulighet på bakgrunn av personvern og ivaretagelsen av anonymitet.

Spørsmål om LAR- medikament er ikke hentet fra andre spørreskjema, og er laget for å kunne kategorisere hvilket medikament de er på. Standard for alkoholenhet er satt fra en norsk kontekst og ikke internasjonal måleenhet (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2023b).

Inndeling av aldersgruppen er på grunnlag av SERAF (2018a) sin aldersinndeling i rapport om kjønn og alder i LAR. Eldre blir derfor definert som 51 år og oppover, 36-50 år er definert som voksne og 18-35 er definert som unge (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2018a).

LAR- medikament ble delt inn i tre ulike grupper. De vanligste og mest brukte medikamentene i LAR er buprenorfin og metadon (Helsedirektoratet, 2022b). Under valget buprenorfin er det lagt til preparatnavn som subutex og suboxone, men også andre buprenorfin- preparat tilhører dette svaret slik som buvidalinjeksjon. Det tredje svaralternativet «andre LAR medikament» skal inkludere alle andre preparat som ikke er i kategorien buprenorfin eller metadon, som for eksempel dolcontin og malfin. I første versjon av spørreskjema var dolcontin eget svaralternativ, men på bakgrunn av REK sin tilbakemelding ble det gjort en beslutning om å samle svaralternativ for å sikre anonymitet og personvern.

For å kunne inkludere flest mulig deltagere valgte jeg å utføre spørreundersøkelsen på papir. Deltagere som ikke eier datamaskin, nettbrett eller mobiltelefon vil da kunne inkluderes. Ved utforming av spørreskjema har det vært fokus på å ha minimalt med skrift, store bokstaver og konkrete spørsmål med konkrete og ekskluderende svar med mål om at utfylling skulle ta kort tid og være oppnåelig for alle. Bakgrunnen for dette er forekomsten av ADHD- symptomer blant LAR-pasienter, med utgangspunkt i et studie hvor 33% av LAR- pasienter viste symptomer på ADHD (Abel, et al., 2018). Symptomer på ADHD kan innebære økt uro og vansker med oppmerksomhet (ADHD Norge, 2021).

4.5 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet i forskningen omhandler hvorvidt det arbeidet du har presentert, er til å stole på (Dalland, 2020, s. 58). Studiet jeg har gjennomført tar utgangspunkt på egen arbeidsplass. Jeg har under delkapittelet «Fordeler og ulemper med å forske i egen organisasjon» tatt for meg noen fordeler og ulemper med å forske i egen organisasjon. Noe som kan bli en utfordring er å få inn data fra deltagerne. Grunnen til at jeg tror dette kan bli et problem er at deltagerne muligens ikke vil se noe fordeler for dem i forskningen. Med det mener jeg at deltagerne ikke kan se verken noe positivt eller negativt med forskningen, og heller ikke da har noen interesse for å svare på spørsmålene. En annen faktor rundt dette er hvis deltagerne tror studien kan ha en negativ effekt på LAR-behandlingen, og da fyller ut data som de mener ikke er skadelig for dem. En ulempe med dette er at det oppstår en bias hvor resultatene ikke samsvarer med virkeligheten (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Informasjon ut til pasientene blir derfor en viktig del av studiet, da dette må gis svært nøye og deres anonymitet må poengteres.

Bias, eller skjevhet, er et begrep som brukes i forskning hvor resultater ikke er i samsvar med virkeligheten. Bias kan resultere i at konklusjonen på en studie ikke er til å stole på og kan påvirke alle aspekter av et forskningsprosjekt gjennom hele prosessen. Dette kan inkludere valg av hypoteser og forskningsdesign, håndtering av finansiering og interessekonflikter, metoder for datainnsamling og analyse, samt tolkning og presentasjon av resultatene. Det er derfor viktig å være oppmerksom på og håndtere disse potensielle kildene til bias korrekt for å sikre at forskningen er mest mulig objektiv og pålitelig (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

Med tanke på at vi i studiet velger å bruke spørreskjema med faste svaralternativer er det noen spørsmål som er viktig å spørre seg før, underveis og etter studiet er gjennomført: Måler de indikatorene vi har valgt ut, egentlig det vi er interesserte i? Ved å stille oss dette spørsmålet utfører vi en konkretisering av spørsmålene og utfordrer begrepsmessig gyldighet (Jacobsen, 2022, ss. 359-360). Spørsmålene jeg har valgt er veletablert i AUDIT, og jeg har valgt å plukke ut kun de som er

relevante til mitt studiet. Dette gjør at alle spørsmålene jeg har med i mitt skjema, er konkretisert rettet mot å svare på problemstillingen «*Hvordan er selvrapportert alkoholforbruk i ulike aldersgrupper, kjønn og for ulike substitusjonsmedikamenter, blant pasienter i LAR?*»

En annen faktor som kan svekke studiet er at utvalget blir skjevfordelt. For eksempel at det er et stort flertall unge som svarer sammenlignet med eldre i LAR, eller betydelig flere menn enn kvinner. Målet er at fordelingen av deltakere er representative for LAR Øst. For å kunne svare på problemstillingen på best mulig vis, er det viktig å få deltakere i alle kategorier. Dette kan være vanskelig å kontrollere eller påvirke (Jacobsen, 2022, s. 372). Ansatte i LAR som bidro med datainnsamling fikk beskjed om å at alle pasienter uansett alder, kjønn og medikament var viktige å rekruttere, men at pasienter med en alder over 50 år var viktigst å bruke tid på å informere og rekruttere. Jeg hadde en hypotese om at denne gruppen var den vanskeligste å få til å delta i studien og var redd denne gruppen skulle bli underrepresentert.

4.6 Forskningsetiske vurderinger

Studie vi har gjennomført kunne innebære at vi brøt med enkeltindividers privatsfære. Dette kan for noen deltagere oppleves som et brudd på sin integritet. På grunn av dette skal alltid alle forskningsprosjekter vurderes ut fra noen grunnleggende etiske kriterier (Jacobsen, 2022, s. 47). De forskningsetiske komiteene definerer forskningsetiske retningslinjer på denne måten:

«Verdier, prinsipper, normer og institusjonelle ordninger, som til sammen bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet» (NESH, 2021).

Denne definisjonen vil være sammenfallende med det formelle lovverket, men har et bredere nedslagsfelt. Dette skal bidra til at forskning gjennomføres på etisk grunnlag, og skal bidra til forsvarlighet og verdighet i forskning. Begrepene sannhet og åpenhet er to viktige begrep i forskning. Det skal være åpenhet om hva, hvordan og hvorfor i hele forskningsprosessen, noe som også skal bidra til at konklusjonen på forskningen ikke er bestemt på forhånd (Jacobsen, 2022, s. 48).

I studien vil alle deltagere forbli anonyme. Dette innebærer at ingen data, verken i registrering, lagring eller presentasjon, inneholder persondata og opplysninger som kan brukes til å identifisere deltagerne. Dette kan man gjøre ved å ha spørsmål som ikke kan spores til hver enkelt deltaker, altså gjøre dem mindre eksakte. (Jacobsen, 2022, ss. 50-51). Det var i utgangspunktet planlagt å aidentifisere istedenfor å anonymisere, slik at deltagere skulle ha en mulighet til å trekke seg innen en gitt tid. Etter innsending for godkjenning SIKT ble vi anbefalt å anonymisere istedenfor å aidentifisere for å sikre at deltageres data var uidentifiserbare. Dette gir også pasient en trygghet på at all informasjon er anonymt (Jacobsen, 2022, s. 51). Det ble valgt å følge denne anbefalingen og

på bakgrunn av dette ville det derfor ikke være mulig for deltagerne å trekke seg fra studiet etter levert spørreskjema.

All data som mottas vil bli behandlet med forsiktighet og respekt. Jeg har selv taushetsplikt gjennom min rolle som behandler i LAR. Ingen data vil bli brukt til noe annet enn det deltagerne har sagt seg villig til. Alle som inngår i forskningsarbeidet vil være under taushetsplikt og følge etiske retningslinjer. All data som behandles vil bli presentert på riktig måte. All data i studien som tilhører andre studier eller forfattere vil bli henvist til på korrekt måte (Jacobsen, 2022, ss. 53-54).

På bakgrunn av deltagerne som er ønsket rekruttert vil det være viktig å avgjøre om pasienten er samtykkekompetent og i stand til å motta informasjon under utlevering av spørreundersøkelsen (Jacobsen, 2022, s. 55). Dette på grunnlag av at rus kan være involvert, en vurdering tatt av at samtlige har diagnosen F11.22 «*opiatavhengighetssyndrom, for tiden på vedlikeholdsbehandling*» (FinnKode, 2024). Pasienter som forsvarlig kan motta LAR- medisinerings dagen data blir innhentet, vil også være en aktuell deltaker.

4.7 Søknadsprosess

4.7.1 REK

Det ble sendt en søknad for gjennomføring av prosjekt 22.08.23 som var fylt ut og sendt av veileder Torgeir Gilje Lid i samarbeid med undertegnede. Den 04.10.23 fikk vi svar tilbake fra REK hvor søknaden ble avvist med beskrivelsen: «*etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 2. Ved rekruttering av forskningsdeltakere må det søkes om dispensasjon for oppslag i journal*» (se vedlegg 2). På bakgrunn av denne søknaden ble det gjort endringer i rekrutteringsmetode hvor vi bestemte at behandlere ikke skulle delta aktivt i rekrutteringen mot sine egne pasienter, ei heller undertegnede. På bakgrunn av svar på søknad ble det konkludert med at pasienter som henter på apotek, legekantor og andre alternative steder ble ekskludert fra studiet da det kreves oppslag i journal for kontaklinformasjon.

REK kommenterte at data ikke ble ansett som anonyme. Inndelingen av kategorier ble derfor endret etter svar fra REK, for å sikre anonymitet. Svaralternativ om medikamentvalg ble samlet i større kategorier for å gjøre data mindre sporbare. Vi valgte også å ta vekk spørsmål om hvor pasient fikk LAR- medikament utdelt.

4.7.2 SIKT

Kort tid etter tilbakemelding fra REK ble det sendt en søknad til SIKT, 28.10.23. Ut fra tilbakemeldingene fra SIKT valgte vi å ta bort signert samtykkeerklæring. Dette ble anbefalt fra SIKT som et tiltak for å sikre anonymitet. Endelig tilbakemelding fra SIKT, datert 25.01.24:

«Det fremgår av meldeskjema med vedlegg og dialog at det ikke skal behandles opplysninger i prosjektet som kan identifisere enkeltpersoner verken direkte eller indirekte. Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra Personverntjenester.»

Svar fra SIKT er vedlagt som vedlegg, se vedlegg 3.

4.7.3 E-protokoll

Det er søkt om godkjenning av e-protokoll som er godkjent av Helse Stavanger ved personvernombudet. Se vedlegg 4 for godkjenning.

5.0 ANALYSE AV DATA OG RESULTATER

Etter datainnsamlingen er gjort må all informasjonen som er samlet inn analyseres. Dette medfører at alle svar på spørsmål må omgjøres til tall som kan forstås av en datamaskin. Denne prosessen kalles koding (Jacobsen, 2022, s. 319).

Jeg har tatt i bruk rangordnede svar (ordinale målenivå) i undersøkelsen, hvor alle svarkategoriene i skjemaet AUDIT-C og spørsmål om alder, kjønn og medikament er av ordinale målenivå. Dette betyr at kategoriene er utfyllende og dekker alle relevante svar, og at alle svar er gjensidig utelukkende. Det vil da si at det kun er ett svaralternativ som er korrekt for hver deltager (Jacobsen, 2022, ss. 320-321).

Første steg i analysen er å sette seg godt inn i selve datamaterialet. Her gikk jeg gjennom hvert utfylte spørreskjema for å se om at alle var korrekt utfylt og for å få en oversikt over data. Her så jeg etter ekstreme verdier, verdier som skilte seg veldig ut, for å forsikre meg for at det ikke forelå en tallverdi som var feil (Jacobsen, 2022, s. 322). Etter all data var gjennomgått ble dataene lagt inn i et dataprogram (SPSS) som analyserte dataene. Dataene ble så fremstilt gjennom egnet grafisk framstilling. (Jacobsen, 2022, s. 325).

For å forenkle informasjonen benyttet vi oss av noen enkle statistiske mål. Sentraltendens og spredning. Ved å bruke disse målene får vi svar på hva mesteparten svarer og hva det gjennomsnittlige svaret er, sammen med et svar om hvor stor variasjon det er i fordelingen (Jacobsen, 2022, s. 328). Dette vil kunne hjelpe oss til å besvare problemstillingen, hvor vi kan måle forskjell på alkoholinntak mellom eldre og yngre i LAR.

5.1 Oppsummering av data

Spørreskjema på papir har blitt brukt for å gjennomføre og innhente relevante data fra spørreundersøkelsen. For å analysere data har jeg brukt dataprogrammet IBM SPSS Statistics versjon 29.0.1.0 (171), og jeg har valgt å bruke deskriptiv statistikk for å beskrive de ulike forholdene. Deskriptiv statistikk dreier seg om å gi en detaljert oversikt og oppsummering av de ulike dataene som er blitt samlet inn. Denne tilnærmingen innebærer å analysere kvantitative data på en grunnleggende måte ved å bruke statistiske metoder. I denne sammenhengen, refererer det spesielt til analysen av data samlet inn gjennom spørreskjemaer eller andre kvantitative undersøkelser (Postholm & Jacobsen, 2020). Resultatene er fremstilt ved å begynne med å organisere alle spørsmålene i tabeller for enklere oversikt. Deretter illustreres de mest relevante svarene ved hjelp av krystabeller. Etter det vil jeg oppsummere resultatene og fremheve eventuelle interessante funn som ble gjort.

Jeg vil nå presentere tabeller som fokuserer på ett spørsmål av gangen. Hver tabell vil gi informasjon om antallet respondenter og prosentandelen som har valgt de ulike svaralternativene i undersøkelsen. Etter hver tabell vil jeg gi en nærmere beskrivelse av svarene på spørsmålene. Etter jeg har presentert hvert spørsmål i tabell vil jeg se på sammenhengen mellom medikament, alder og kjønn opp mot alkoholmengde og –hyppighet. Data fra samtlige deltagere er representert i tabell med unntak av deltakere som har huket av for «andre LAR- medikament». Av hensyn til personvern utelates kategorien da det kun er to deltagere som har svart i denne kategorien, og det sees på som nødvendig å utelate for å sikre anonymitet. All data i krysstabell presenteres i antall, mens beskrivende data av krysstabell vil bli fremstilt i prosent hvor prosentandel er lagt til nærmeste hele tall. Det blir brukt prosent i beskrivende data da annen statistikk og forskning som blir brukt i oppgaven, for eksempel statusrapport, er presentert i prosentandel og det vil være lettere å presentere i diskusjonsdel.

Tabell 1: AUDIT- C skår

Svaralternativer	Risikofylt bruk, antall (%)	Ikke risikofylt bruk, antall (%)
Kvinne	8 (9)	16 (19)
Mann	12 (14)	49 (58)
Buprenorfin	9 (11)	43 (51)
Metadon	10 (12)	20 (23)
Ikke Svart	1 (1)	2 (2)
18-35 år	3 (4)	12 (14)
36-50 år	13 (15)	28 (33)
51 år eller eldre	4 (5)	25 (29)

Tabell 1 viser skår fra AUDIT- C. Skår på 3 eller høyere hos kvinner og 4 eller høyere hos menn indikerer risikofylt alkoholbruk (Nasjonal kompetansjetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2024). Tabellen viser resultater med utgangspunkt i kjønn, medikament og aldersgruppe. Tallene representerer antall deltagere, mens prosentandel av totale 85 deltagere er presentert i parentes.

Tabell 2: Kjønnfordeling, medikament brukt og aldersgruppe for alle pasienter i LAR Øst (N=243)

Svaralternativer	Antall pasienter	Prosent (%)
Kvinne	79	32,5
Mann	164	67,5
Buprenorfin	162	66,7
Metadon	72	29,6
Dolcontin	6	2,5
Uten medikament	3	1,2
18-35 år	39	16,1
36-50 år	96	39,5
51 år eller eldre	108	44,4

På LAR Øst i Stavanger er det i skrivende stund (20.05.24) 243 pasienter som mottar LAR- behandling. Av totale pasienter på LAR Øst er 79 av pasientene kvinner, noe som tilsvarer 33%. Det er 162 pasienter (67%) som mottar et buprenorfin- preparat, 72 pasienter (30%) som mottar metadon og 6 pasienter (3%) som mottar dolcontin. Tre pasienter mottar ikke LAR- medikament på nåværende tidspunkt. Fordelingen av aldersgrupper i LAR Øst er 39 pasienter (16%) mellom 18-35, 96 pasienter (40%) mellom 36-50 år og 108 pasienter (44%) som er 51 år eller eldre.

Tabell 3: LAR- medikament

Svaralternativer	Antall Respondenter	Prosent (%)
Subutex/buprenorphine/suboxone	52	61,2
Metadon	30	35,3
Ikke svart	3	3,5
Total	85	100

Som vi ser av tabell 3 oppgir over halvparten av deltagerne (60%) at de mottar Subutex/buprenorphine/suboxone (refereres som kun buprenorfin videre i tekst) som LAR- medikament. Deltagere som mottar metadon er representert med 35%. Av totale 85 deltagere er det 3 deltagere som har valgt å ikke svare eller markert sitt svar for dårlig i spørreskjema.

Tabell 4: Kjønnfordeling

Svaralternativer	Antall Respondenter	Prosent (%)
Mann	61	71,3
Kvinne	24	28,7
Total	85	100

I tabell 4 ser vi at det er 62 deltagere (71%) som er menn, mens 25 deltagere (29%) er kvinne. Alle deltagere har fylt ut ett av alternativene, og det er ingen som har valgt å ikke svare eller markert sitt svar for dårlig i spørreskjema.

Tabell 5: Aldersfordeling

Svaralternativer	Antall Respondenter	Prosent (%)
18-35	15	17,7
36-50	41	48,2
51+	29	34,1
Total	85	100

Tabell 5 viser alder i tre forskjellige kategorier. Av alle deltagerne er det 18% som er i alderen 18-35 år, nesten halvparten (48%) som er mellom 36-50 år og 34% som er i alderen 51 år og oppover. Alle deltagere har fylt ut ett av svaralternativene.

Tabell 6: Hvor ofte drikker du alkohol?

Svaralternativer	Antall Respondenter	Prosent (%)
Aldri	36	42,4
1 gang i måneden	27	31,7
2 til 4 ganger i måneden	12	14,1
2 til 3 ganger i uken	6	7,1
4 ganger eller mer	4	4,7
Total	85	100

Som vi ser av tabell 6 svarer store deler av deltagerne (42%) å aldri drikke alkohol. Dette er et forholdsvis høyt tall, høyere enn forventet. Det er 32% som oppgir å drikke 1 gang i måneden, og 14% som oppgir å drikker 2 til 4 ganger i måneden. Det er de færreste som oppgir å drikke alkohol flere ganger i uken med 7% som oppgir 2 til 3 ganger i uken og 5% som oppgir 4 ganger eller mer. Alle deltagere har fylt ut et svaralternativ, ingen svart blankt eller markert for dårlig i spørreskjema.

Tabell 7: Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis?

Svaralternativer	Antall Respondenter	Prosent (%)
1-2	22	25,9
3-4	17	20
5-6	5	5,8
7-9	2	2,4
10 eller flere	2	2,4
Aldri	36	42,3
Ikke svart	1	1,2
Total	85	100

Her ser vi at størsteparten av de som oppgir å innta alkohol drikker små mengder. Deltakere som drikker 1-2 enheter har størst andel med 26%, hvor det minker gradvis for hver økte alkoholenhet. En deltaker har svart i spørsmål 4 å innta alkohol, men har ikke fylt ut antall alkoholenheter. Det er totalt 9 personer som har svart å innta 5 enheter eller mer, noe som tilsvarer 11% av totalen.

Tabell 8: Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?

Svaralternativer	Antall Respondenter	Prosent (%)
Aldri	53	62,4
Sjelden	24	28,2
Noen ganger i måneden	7	8,2
Noen ganger i uken	1	1,2
Nesten daglig	0	0
Total	85	100

Av samtlige 85 deltagere som har svart er det hele 62% som har oppgitt å aldri drikke seks alkoholenheter eller mer. Det er 28% som oppgir sjelden, mens 8% svarer at de drikker seks alkoholenheter eller mer noen ganger i måneden. Det er kun 1 deltager (1%) som drikker alkohol noen ganger i uken, og ingen som drikker nesten daglig.

Tabell 9: Sammenligning av LAR- medikament og kjønn

		Kjønn		Total
		Mann	Kvinne	
Medikament	Ikke svart	3	0	3
	Subutex/Buprenorphine/Su boxone	35	17	52
	Metadon	23	7	30
Total		61	24	85

I tabell 9 ser vi at alle kvinner har besvart hvilket medikament de mottar, mens det er 3 menn (4%) som ikke har besvart dette spørsmålet. Blant mennene er det et overtall som mottar buprenorfin, noe som utgjør 42% av alle deltakerne. Metadon blant mennene utgjør 27% av totale deltakere. Hos kvinnene er det også et overtall som mottar buprenorfin med 17 av totale 24 kvinner. Dette er 20% av alle deltakerne. Metadon hos kvinner utgjør 8% av totale 85 deltakere.

Hvis vi sammenligner fordelingen av metadon og buprenorfin i hvert kjønn, ser vi en del likheter. Blant mennene er det 57% som får buprenorfin og 38% som får metadon, mens hos kvinnene er det 71% som får buprenorfin og resterende metadon. Dette viser at buprenorfin er mest brukt blant begge kjønn.

Tabell 10: Sammenligning av LAR- medikament og alder

		Alder			Total
		18-35	36-50	51+	
Medikament	Ikke svart	0	1	2	3
	Subutex/Buprenorphine/Su boxone	11	26	15	52
	Metadon	4	14	12	30
Total		15	41	29	85

Tabell 10 viser fordelingen av LAR- medikamenter og alder. Buprenorfin er mest utbredt blant de yngste deltakerne (18-35 år), hvor 11 deltakere (73%) av 15 mottar dette medikamentet, mens kun 4 (27%) i denne gruppen mottar metadon. I motsetning øker andelen som mottar metadon med

alderen: 14 av 41 deltakere (34%) i aldersgruppen 36-50 og 12 av 29 deltakere (41%) blant de som er 51 år eller eldre. Dette tyder på at buprenorfin foretrekkes av yngre pasienter, mens andelen som bruker metadon øker blant de eldre.

Tabell 11: Sammenligning av LAR- medikament og alkoholhyppighet

Medikament		AlkoholHyppighet				Total	
		Aldri	1 gang i måneden eller mindre	2 til 4 ganger i måneden	2 til 3 ganger i uken		4 ganger i uken eller mer
Ikke svart	Subutex/Buprenorphine/Su boxone	22	17	8	3	2	52
	Metadon	12	10	3	3	2	30
	Total	36	27	12	6	4	85

Tabell 11 avdekker mønstre i alkoholforbruk blant deltakerne basert på hvilket LAR- medikament de mottar, og viser tydelige forskjeller i konsumvaner. Av de 52 buprenorfinbrukerne rapporterer 22 deltakere (42%) at de aldri drikker alkohol. For de som mottar metadon er det 12 av 30 deltakere (40%) som oppgir alkoholavholdenhet. Når det kommer til deltakerne som oppgir å innta alkohol 1 til 4 ganger i måneden eller mindre, representerer buprenorfinbrukerne 25 (64%) av de 39 som rapporterer dette forbruksnivået hvor deltakere som mottar metadon utgjør 13 (33%) av de 39 deltakerne.

For de som drikker oftere, mellom 2 til 3 ganger i uken og 4 ganger i uken eller mer, observerer vi at fordelingen blir 50% fra hver medikamentgruppe med 5 deltakere i hver gruppe av totale 10. Ytterligere data fra tabellen avslører at 5 (17%) av totale 30 metadonbrukerne og 5 (10%) av totale 52 buprenorfinbrukere rapporterer dette høyere nivået av alkoholforbruk. Dette indikerer at metadonbrukerne kan ha en tendens til å drikke oftere sammenlignet med buprenorfinbrukere, noe som viser en interessant forskjell i alkoholkonsum mellom de to medikamentgruppene.

Tabell 12: Sammenligning av LAR- medikament og alkoholmengde per gang

Medikament		AlkoholMengde						Ikke svart	Total
		Aldri	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller flere		
Ikke svart	Subutex/Buprenorphine/Su boxone	22	17	9	1	1	1	1	52
	Metadon	12	5	7	4	1	1	0	30
	Total	36	22	17	5	2	2	1	85

Tabell 12 gir innsikt i alkoholforbruket målt i enheter blant LAR- brukere, og viser tydelige mønstre i forhold til type medikament. De som oppgir å aldri innta alkohol eller kun å drikke 1-2 alkoholenheter

per gang er den største gruppen med 58 (68%) av totale 85 deltakere. I denne gruppen er det 39 (67%) som mottar buprenorfin og 17 (29%) av 58 som mottar metadon.

Når forbruket øker til 3-4 alkoholenheter, øker prosentandelen av metadonbrukere. Av 17 deltakere som oppgir å innta denne alkoholmengden per gang er det 9 (53%) deltakere som mottar buprenorfin og 7 (41%) deltakere som mottar metadon.

Prosentandelen av metadonbrukere øker etterhvert som alkoholinntaket øker. Det er totalt 10 deltakere som oppgir å innta 5 eller flere alkoholenheter per gang hvor brukere av metadon utgjør 6 (60%) av 10 og buprenorfin utgjør resterende del med 4 (40%) av 10. Hvis vi ser på totale metadonbrukere er det da 6 (20%) av 30 som inntar en mengde på 5 alkoholenheter eller mer per gang, sammenlignet med brukere av buprenorfin hvor 4 (8%) av 52 oppgir samme mengde. Dette understreker en tydelig trend hvor en større prosentandel av metadonbrukerne rapporterer et høyere alkoholforbruk sammenlignet med buprenorfinbrukerne.

Tabell 13: Sammenligning av LAR- medikament og inntak av seks alkoholenheter eller mer per gang

Medikament	Ikke svart	SeksEnheterEllerMer			Total	
		Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden		Noen ganger i uken
	Subutex/Buprenorphine/Su boxone	34	16	2	0	52
	Metadon	17	7	5	1	30
Total		53	24	7	1	85

Tabell 13 avdekker hvordan inntak av seks eller flere alkoholenheter per gang har en sammenheng med type LAR- medikament blant deltakerne. Analysen viser at 65% av alle buprenorfinbrukere og 57% av alle metadonbrukere rapporterer at de aldri inntar seks alkoholenheter eller mer per gang. Dette viser at et flertall av både buprenorfin- og metadonbrukerne generelt unngår høyt alkoholinntak.

Blant deltakerne som oppgir å sjelden innta 6 alkoholenheter eller mer per gang er det 16 (67%) av 24 som mottar buprenorfin og 7 (29%) av 24 som mottar metadon. For deltakerne som oppgir å drikke oftere 6 alkoholenheter eller mer med noen ganger i måneden og noen ganger i uken ser vi en markant forskjell. Av totale 8 deltakere som har svart å innta seks eller mer enheter per gang noen ganger i måneden og noen ganger i uken er det 5 (71%) av 7 som mottar metadon hvor resterende 2 (29%) mottar buprenorfin.

Blant totale metadonbrukerne er det 5 (17%) av 30 som oppgir en alkoholmengde på seks alkoholenheter eller mer noen ganger i måneden eller noen ganger i uken, mens det blant mottakere

av buprenorfin kun er 2 (4%) av 52 som oppgir en slik mengde så ofte. Disse funnene antyder en tydeligere tendens til høyere alkoholforbruk blant metadonbrukere sammenlignet med buprenorfinbrukere, spesielt når det gjelder hyppigere og mer omfattende alkoholkonsum.

Tabell 14: Sammenligning av kjønn og alkoholhyppighet

		AlkoholHyppighet					Total
		Aldri	1 gang i måneden eller mindre	2 til 4 ganger i måneden	2 til 3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer	
Kjønn	Mann	25	21	8	4	3	61
	Kvinne	11	6	4	2	1	24
Total		36	27	12	6	4	85

Tabell 14 gir en oversikt over alkoholforbruket blant mannlige og kvinnelige deltakere, og viser interessante forskjeller i forbruk mellom kjønnene.

Blant mennene er det 41% som aldri inntar alkohol. En tredjedel (34%) av mennene drikker alkohol maks én gang i måneden eller mindre, mens 13% drikker 2 til 4 ganger i måneden. En mindre andel, 7%, drikker 2 til 3 ganger i uken, og 5% rapporterer et forbruk på 4 ganger i uken eller mer.

Kvinnenes alkoholforbruk viser en høyere andel som aldri inntar alkohol, med 46% som aldri drikker. Ytterligere 25% av kvinnene drikker maks én gang i måneden. For de som drikker 2 til 4 ganger i måneden, er andelen 17%. Kvinnene som drikker 2 til 3 ganger i uken utgjør 8%, og en mindre andel på 4% drikker 4 ganger i uken eller mer.

Disse funnene viser at en større andel kvinner enn menn aldri drikker alkohol, men at kvinner og menn har en relativt lik hyppighet ved inntak av alkohol.

Tabell 15: Sammenligning av kjønn og alkoholmengde per gang

		AlkoholMengde							Total
		Aldri	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller flere	Ikke svart	
Kjønn	Mann	25	16	12	4	1	2	1	61
	Kvinne	11	6	5	1	1	0	0	24
Total		36	22	17	5	2	2	1	85

I tabell 15 ser vi hvordan kjønn har en sammenheng med oppgitt alkoholmengde. Blant deltakerne som oppgir å aldri innta alkohol eller som oppgir en alkoholmengde på 1-2 per gang er det 41 (71%) av 58 deltakere som er menn og 17 (29%) av 58 er kvinner. Deltakere som oppgir en alkoholmengde på 3-4 alkoholenheter per gang fordeler seg på samme måte med 12 (71%) av 17 som er menn og 5 (29%) av 17 som er kvinner.

Blant deltakere som oppgir en alkoholmengde på 5 enheter eller mer per gang er det flest mannlige deltakere med 7 (78%) av 9 i denne gruppen, hvor resterende 2 (22%) er kvinnelige. Blant totale menn utgjør det 7 (12%) av 61 deltakere som inntar en alkoholmengde på 5 eller flere enheter per gang, og 2 (8%) av 24 kvinner. Selv om forskjellen blant kvinner og menn ikke er stor ved inntak av 5 eller flere alkoholenheter per gang ser vi fremdeles at menn utgjør en større andel enn kvinner.

Tabell 16: Sammenligning av kjønn og inntak av seks alkoholenheter eller mer per gang

		SeksEnheterEllerMer				Total
		Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	
Kjønn	Mann	40	15	5	1	61
	Kvinne	13	9	2	0	24
Total		53	24	7	1	85

Tabell 16 belyser forskjeller i alkoholforbruk mellom kjønnene, spesielt med fokus på forbruket av seks eller flere alkoholenheter. Resultatene viser at en større andel menn, med 40 (66%) av 61, sammenlignet med kvinner, med 13 (54%) av 24, rapporterer at de aldri inntar denne mengden alkohol. Av deltakere som oppgir å sjelden innta 6 alkoholenheter eller mer er det 15 (62%) av 24 deltakere som er menn og 9 (38%) av 24 deltakere som er kvinner.

Blant deltakere som oppgir å innta 6 alkoholenheter eller mer per gang noen ganger i måneden og noen ganger i uken er det 6 (75%) av 8 som er menn og kun 2 (25%) av 8 som er kvinner. Av totale menn utgjør det 6 (10%) av 61 og av totale kvinner utgjør det 2 (8%) av 24 deltakere som oppgir en alkoholmengde på 6 alkoholenheter eller mer per gang noen ganger i måneden eller noen ganger i uken. Dette viser en liten forskjell mellom kjønn når det kommer til inntak av 6 alkoholenheter eller mer per gang noen ganger i måneden eller noen ganger i uken.

Tabell 17: Sammenligning av alder og alkoholhyppighet:

		AlkoholHyppighet				Total	
		Aldri	1 gang i måneden eller mindre	2 til 4 ganger i måneden	2 til 3 ganger i uken		4 ganger i uken eller mer
Alder	18-35	5	8	0	0	2	15
	36-50	18	9	9	3	2	41
	51+	13	10	3	3	0	29
Total		36	27	12	6	4	85

Tabell 17 avslører at avstand til alkohol øker med alderen, hvor 33% av de yngste (18-35 år) aldri drikker, sammenlignet med 44% i aldersgruppen 36-50 år og 45% blant de over 51 år. Blant de som

drikker 1 gang i måneden eller mindre er 8 (30%) av 27 deltakere i aldersgruppen 18-35 år, 9 (33%) av 27 deltakere mellom 36-50 år mens resterende 10 deltakere (37%) er i aldersgruppen 51+ år.

Det er ingen i den yngste gruppen som oppgir å innta alkohol 2 til 4 ganger i måneden, mens det er 9 av 12 (75%) i alderen 36-50 år som oppgir en alkoholhyppighet på 2 til 4 ganger i måneden og 3 (25%) av 12 i alderen 51+ som oppgir samme hyppighet.

Av deltakere som drikker alkohol 2 til 4 ganger i uken eller mer er det deltakerne mellom 36-50 år som har flest i denne gruppen med 5 (50%) av 10, sammenlignet med 3 (30%) av 10 med alderen 51+ år og 2 (20%) av 10 i alderen 18-35 år. Av totale deltakere i aldersgruppen 18-35 år er det 2 (13%) av 15, totale i alderen 36-50 år er det 5 (12%) av 41 deltakere, og til slutt totale deltakere i alderen 51+ som utgjør 3 (10%) av 29 som oppgir en alkoholhyppighet på 2-4 ganger i uken eller mer. Dette viser at hyppigheten av alkoholinntak ikke er så forskjellige i de ulike aldersgruppene.

Tabell 18: Sammenligning av alder og alkoholemengde per gang

		AlkoholMengde							Total
		Aldri	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller flere	Ikke svart	Total
Alder	18-35	5	8	0	2	0	0	0	15
	36-50	18	6	12	1	2	2	0	41
	51+	13	8	5	2	0	0	1	29
Total		36	22	17	5	2	2	1	85

Tabellens data viser interessante forskjeller i alkoholforbruk fordelt på aldersgrupper. I den yngste gruppen (18-35 år) rapporterer 53% av deltakerne at de inntar 1-2 alkoholenheter, noe som er betydelig høyere sammenlignet 15% i aldersgruppen 36-50 år og 28% i gruppen over 51 år. Dette antyder at den yngste gruppen foretrekker et moderat alkoholforbruk.

For alkoholemengder på 3-4 enheter er det ingen i den yngste gruppen som rapporterer dette, mens 29% av deltakerne i aldersgruppen 36-50 år og 17% av de over 51 år oppgir dette alkoholinntaket. Dette indikerer at middelaldrende voksne drikker mer i denne kategorien sammenlignet med andre aldersgrupper.

Når det gjelder alkoholinntak av 5 enheter eller flere, viser dataene at 13% av den yngste gruppen, 12% av de mellom 36-50 år, og 7% av de over 51 år rapporterer dette høye forbruksnivået. Selv om forskjellene her er mindre markante, viser de at yngre voksne har en tendens til noe høyere alkoholinntak sammenlignet med eldre voksne. Aldersgruppen 36-50 år har dog en svarprosent på 10% som drikker 7 eller flere alkoholenheter, noe verken de unge voksne eller de eldre oppgir å innta.

Tabell 19: Sammenligning av alder og inntak av seks alkoholenheter eller mer per gang

		SeksEnheterEllerMer				Total
		Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	
Alder	18-35	8	6	1	0	15
	36-50	24	12	4	1	41
	51+	21	6	2	0	29
Total		53	24	7	1	85

Tabell 19 viser hvordan forbruk av seks eller flere alkoholenheter varierer med alder, og viser et mønster hvor inntak av seks alkoholenheter eller mer per gang synker med alderen. Blant de som aldri eller sjelden drikker 6 alkoholenheter eller mer per gang er det 14 (18%) av 77 som er i aldersgruppen 18-35 år, 36 (47%) av 77 deltakere som er i aldersgruppen 36-50 år og 27 (35%) av 77 deltakere som tilhører aldersgruppen 51+ år.

Blant deltakerne som drikker 6 enheter eller mer per gang noen ganger i måneden og uken er det kun 1 (13%) deltaker av 8 som er i aldersgruppen 18-35 år, 5 (62%) av 8 i alderen 36-50 år og 2 deltakere av 8 (25%) i alderen 51+ år.

Av totale deltakere i alderen 18-35 år er det kun 1 (7%) av 15 som oppgir å innta alkoholmengde på seks enheter eller mer noen ganger i måneden. I aldersgruppen over, 36-50 år, er det 5 (10%) av totale 51 deltakere som oppgir å innta seks alkoholenheter eller mer noen ganger i måneden eller noen ganger i uken, og i den siste og eldste gruppen, 51 år eller eldre, er det 2 (7%) av 29 deltakere som oppgir å drikke en slik alkoholmengde noen ganger i måneden eller uken. Differansen i inntak mellom de ulike aldersgruppene er ikke så stor, men man kan se at den midterste aldersgruppen 36-50 år har noe høyere alkoholinntak sammenlignet med de to andre gruppene.

6.0 DISKUSJON

6.1 Alkoholinntak blant kvinner og menn

Fordelingen av menn og kvinner i LAR på et nasjonalt nivå ligger gjennomsnittlig rundt 30% kvinner, på LAR Øst er det 33% kvinner (SERAF, 2023). Dette tilsvarer svarprosenten av kvinner i studiet som viser at 28,7% av deltagerne er kvinner og 71,3% er menn. Resultatene fra studien indikerer at det er forskjeller i alkoholhyppighet mellom kvinner og menn. Det er for eksempel en betydelig andel av både menn og kvinner som oppgir å aldri innta alkohol, med en noe høyere andel kvinner enn menn som oppgir å aldri innta alkohol. Dette er langt høyere andel av alkoholavholdenhet enn det er i den generelle befolkningen i Norge hvor 8 av 10 oppgav å ha inntatt alkohol siste året (Folkehelseinstituttet, 2018).

Prosentandelen som oppgir å aldri innta alkohol er en overraskende stor andel ut i fra hva jeg selv trodde da jeg startet med studien. Resultatene kan tyde på at deltageres forhold til risiko og risikopersepsjoner var mer tilstedeværende en først antatt, og at risikoen ved å kombinere alkohol og opioid er en risiko mange av deltagerne ikke er villig til å ta. Norsk helseinformatikk (2021c) er klar på at blandingen alkohol og opioid er en potensiell livsfarlig blanding som ikke anbefales, samtidig som interaksjonsanalysen i felleskatalogen (2024) gir oss en indikasjon på at små mengder alkohol med samtidig opioidbruk ikke trenger å gi negative effekter. Vi snakker da om små mengder hvor opioidbrukeren må være kjent med egen reaksjon på bruken. Dette vil ekskludere pasienter i LAR da en vedlikeholdsbehandling med LAR- medikament tilsvarer høye doser opioid. I 2022 var den gjennomsnittlige daglige dosen av metadon 88,5 mg og gjennomsnittlige dosen av buprenorfin monopreparat 14,5 mg (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2023, ss. 16-17). En omregning viser at en dagsdose på 88,5 mg metadon tilsvarer 531 morfinekvivalenter, og at 14,5 mg buprenorfin monopreparat tilsvarer 696 morfinekvivalenter per dag (Helfo).

Alkohol kan ha forskjellig virkning fra person til person, men har mange av de egenskapene også benzodiazepiner har (Evjen, et al., s. 67). Både alkohol og benzodiazepiner har en angstdempende effekt og fungerer avslappende. Det som for mange kan være en minusside ved alkohol er at det må inntas relativt store mengder og tilføres jevnlig for å føle virkning, mens med benzodiazepiner inntar man en tablett som fungerer fra 4-8 timer avhengig av hva du tar og dose (Rusopplysningen, 2024a). Fyllesyke er et kjent begrep for mange. Har man inntatt store mengder alkohol vil man mest sannsynlig oppleve symptomer som hodepine, kvalme, mageforstyrrelser og uro (fylleangst) på et gitt tidspunkt, ofte når man våkner dagen etter inntak (Rusinfo, 2024). Disse symptomene vil ikke forekomme av sporadisk bruk av benzodiazepiner. Ved fast og regelmessig bruk av benzodiazepiner

derimot, vil inntaksstopp føre til kraftige abstinenser som kan være livsfarlig ved brått avbrudd (Rusopplysningen, 2024a).

Hvis vi ser på hyppigheten av alkoholinntak blant deltakerne så ser vi at resultatene fra studien ikke stemmer overens med Statistisk Sentralbyrå (2024) sine data som omhandler alkoholinntak blant kvinner og menn. De oppgir at menn både drikker oftere enn kvinner, men også drikker mer når de først inntar alkohol. Resultatene fra studien vår viser lite forskjeller i oppgitt alkoholmengde mellom kjønnene. Mens en betydelig andel av begge kjønn oppgir lavere mengder alkoholforbruk, ser det ut til at en noe større andel menn enn kvinner oppgir høyere alkoholforbruk når det gjelder å konsumere fem enheter eller mer per gang.

Størsteparten av deltakerne som bruker alkohol inntar en mengde som ikke regnes som risikofyllt. Likevel er det 34% av mennene og 46% av kvinnene som drikker en mengde alkohol som er forenelig med risikofyllt bruk hvor deltakere inntar seks alkoholenheter per gang i ulik hyppighet. Seks prosent av mennene som inntar alkohol i vårt studiet oppgir å innta en mengde på 10 alkoholenheter eller flere når de vanligvis drikker, et antall enheter som er over det man regner som risikofyllt bruk.

Vi vet at menn drikker oftere og mer i den generelle befolkningen. I vår studie er det ikke et like klart skille mellom alkoholbruken mellom kvinner og menn, men mennene viser et høyere inntak av alkoholenheter når det kommer til å drikke 5 alkoholenheter eller mer. Er det slik at menn drikker mer alkohol fordi de liker smaken eller ligger det flere faktorer bak? Ser man på filmer møter man ikke sjelden en hovedrolle som står i en bar og drikker, gjerne en mannlig hovedrolle med en whisky i ene hånden. James Bond, også kjent som 007, er kjent for sin ikoniske bestillingen av vodka martini «shaken, not stirred» (Lindner, 2023). Dette er karakterer vi er oppvokst med og som kan ha vært med å forme hva maskulinitet forbindes med. I Norge er det forbudt å reklamere for alkohol på tv og medier. Alkoholoven (Alkoholoven, 1989, § 9-1) har som hovedformål å hindre påvirkning som fører til økt etterspørsel av alkohol (Helsedirektoratet, 2016). Det at reklame for alkohol er forbudt viser hvordan vi som mennesker lar oss påvirke.

En naturlig del av hvorfor menn har et høyere inntak av alkohol enn kvinner er den biologiske forskjellen mellom kjønnene. Kvinner har lavere nivåer av enzymet som metaboliserer etanol, i tillegg til at de har lavere total kroppsvann sammenlignet med menn. Dette fører til høyere blodalkoholkonsentrasjoner hos kvinner, selv når de inntar tilsvarende mengder alkohol som menn (McHugh, et al., 2018). Dette betyr at kvinner har lavere toleranse for alkohol, og vil med lavere alkoholinntak kunne nå samme konsentrasjon av alkohol i blodet som menn som har inntatt et høyere antall enheter. Dette øker også sjansen for at kvinner opplever mer symptomer som kvalme og hodepine som eksempel etter inntak av alkohol (Vatsalya, et al., 2016). Så selv om det i vår studie

viser at menn drikker noe mer alkohol når de først drikker, så kan det være mer risikofylt for kvinner å innta denne mengden alkohol enn for menn som oppgir en litt høyere alkoholhyppighet på 5 alkoholenheter eller mer. I vår studie drakk kvinner oftere seks alkoholenheter eller mer sammenlignet med menn, noe som var overraskende og noe jeg ikke hadde forutsett før studien.

Gjennom oppveksten blir vi eksponert for samfunnets normer og forventinger. Dette kan være med å bidra til å danne et bilde av hva man forventer av hverandre ut i fra det man er blitt lært. I sosiale sammenhenger kan forventningene og fokuset hos menn være rettet mer mot «fylla» når man først inntar alkohol, mens hos kvinner kan fokuset på alkohol være rettet mer mot «kos og hygge». Da jeg selv var student på videregående skole og på høgskole i forbindelse med min bachelorgrad var det et høyt fokus på alkohol spesielt blant guttene. Drakk man ikke nok alkohol var man ikke interessant i sosiale sammenhenger som ofte innebar alkohol. En rapport fra Ipsos (2023) viser at 1 av 3 unge oppgir å ha drukket alkohol for å slippe unna ubehagelige spørsmål eller kommentarer, og 55% var enige i at de som ikke drikker alkohol oftere utelates fra sosiale sammenhenger. Alkohol blir derfor en inngangsport for mange, inklusive meg selv, for å få venner og treffe nye mennesker. En slik tilnærming er fremdeles tilstedeværende i voksen alder, hvor min erfaring er at man kutter ned på alkoholinntaket, men hvor alkohol fremdeles er brukt i sosiale sammenhenger. Alkohol gir som kjent en økt selvtillit og virker avslappende og blir derfor ansett som et «sosialt glidemiddel» (Evjen, et al., s. 67). Latteren sitter løst, bekymringer forsvinner og samtalen glir lettere.

6.2 Alkoholinntak og LAR- legemiddel

Når vi ser på resultatene fra studiene ser vi en klar sammenheng mellom hvilket LAR- medikament deltakerne mottar og deres alkoholhyppighet. Blant deltakerne som ikke drikker alkohol er det små forskjeller mellom medikamentene, med 40% alkoholavholdenhet blant metadonbrukere og 42% blant buprenorfinbrukere. En kjent bivirkning med buprenorfin er angst, og jeg hadde en hypotese om at økt angst bidro til økt alkoholinntak (Felleskatalogen, 2020). Det er derfor uventet å se at andel som oppgir å aldri innta alkohol er tilnærmende lik på hvert medikament. Dette er overraskende funn og motsatt av hva jeg hadde forventet.

Blant LAR- pasienter i Norge var det i 2022 33,3% som ble behandlet med metadon og 60,2% som ble behandlet med et buprenorfin preparat (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2023). Sammenlignet med tall fra vår studie stemmer det godt overens, med 35,3% på metadon og 61,2% på buprenorfin- preparat. Prosentandelen av hvert medikament i vår studie tilsvarer på denne måten LAR- pasienters valg av medikament på landsbasis. Ser vi på totalen fra LAR Øst mottar 67% av pasientene buprenorfin og 30% metadon som er noenlunde lik fordeling som vårt studiet og LAR- pasienter nasjonalt.

Blant deltagerne som drikker alkohol, ser vi at 67% av dem som mottar metadon oppgir en alkoholemngde mellom 1-4 enheter. Imidlertid oppgir hele 89% blant buprenorfinbrukere som drikker alkohol å innta samme mengde alkoholemngde som metadonbrukere. Dette indikerer at de som mottar buprenorfin vanligvis drikker en mindre mengde alkohol sammenlignet med dem som mottar metadon. Det finnes lite forskning som tar for seg LAR- behandling med medikamentet buprenorfin og samtidig inntak av alkohol, til gjengjeld finnes det en del om dem som mottar metadon og som samtidig oppgir inntak av alkohol (se kapittel 2). Funn fra disse studiene viser at metadonbrukere har et generelt høyt alkoholinntak, noe jeg vil diskutere lenger ned i oppgaven.

Blant dem som drikker alkohol og oppgir å innta 5 eller flere alkoholenheter per gang er det et overtall metadonbrukere som oppgir denne alkoholemngden med hele 33,3% mot 10% buprenorfinbrukere. Totalt er det 11% av deltagerne som oppgir en alkoholemngde per gang som er på grensen eller over for hva vi betegner som risikofylt bruk (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Dette er tall som er forenelig med statistikk for den generelle norske befolkningen hvor det er 13,1% som oppgir alkoholvaner med risikofylt adferd (Folkehelseinstituttet, 2018; Bye & Rossow, 2021).

Noen få av deltakerne oppgir å innta seks enheter eller mer fra tid til annen. 31% av buprenorfinbrukere oppgir en sjelden gang, hvor 23% av metadonbrukere oppgir det samme. Av de få som oppgir noen ganger i måneden eller noen ganger i uken er 7% brukere av metadon hvor kun 2% oppgir buprenorfin. De aller fleste (62%) oppgir å aldri innta slike mengder alkohol. Det er interessant å observere hvordan deltagere som mottar metadon oppgir et generelt høyere alkoholinntak sammenlignet med buprenorfinbrukere.

LAR- pasienter får hovedsakelig enten metadon eller buprenorfin. Forskjell mellom disse to preparatene er at metadon er full agonist ved opioidreseptorer, noe som gjør at den har en mer lik virkning som morfin og heroin. Metadon velges ofte som medikament når en pasient har høy toleranse for opioider eller har hatt langvarig bruk. Det som kan være skummelt med metadon er at det ikke finnes en «takeffekt» slik som med buprenorfin, så jo større dose metadon jo mer effekt av metadon vil pasienten få (Oslo Universitetssykehus, 2023). Vi vet at pasienter som mottar metadon ofte har en større toleranse og hatt en langvarig bruk av opiat, og i tillegg har vi observert at metadonbrukere har et større alkoholinntak enn buprenorfinbrukere. Det kunne vært interessant å undersøkt videre om deltakere som behandles med metadon opplever annerledes virkning av alkohol enn deltakere som behandles med buprenorfin. Jeg har ikke lyktes i å finne studier som tar for seg dette spørsmålet.

6.3 Alkoholinntak og alder

I 2022 hadde gjennomsnittsalderen blant pasientene i LAR økt til 47,8 år, fra 41,7 år i 2011. Dette viser hvordan gruppen LAR- pasienter blir eldre over tid. Videre utgjorde pasienter på 51 år eller eldre 42,1% av alle LAR- pasienter i Norge i 2022 (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2018a). I vår studie var 35,6% av deltakerne 51 år eller eldre, mens de resterende var 50 år eller yngre.

Resultat fra våre funn viser at blant deltagerne som er 51 år eller eldre svarte 45% å aldri innta alkohol. Dette er høye tall og tilsvarer nesten halvparten av deltagerne i denne aldersgruppen. Sammenligner man med de i alderskategorien 18-35 år og 36-50 år er det noe overraskende at flere eldre oppgir å aldri innta alkohol enn yngre. Blant de unge voksne (18-35 år) var det 33% som oppgav å aldri innta alkohol og blant de middelaldrende var det 44%. Differansen mellom de to eldste alderskategoriene var altså liten. Før datainnsamling hadde jeg en hypotese om at eldre i LAR hadde et høyere inntak av alkohol sammenlignet med den yngre pasientgruppen. Utgangspunktet for hypotesen var at de unge inntok andre former for rusmidler som var sentralstimulerende (f. eks kokain eller amfetamin), mens eldre var «ferdig» med slik bruk og heller inntok alkohol som fungerer dempende og gir en roligere effekt.

Våre funn viser at den midterste aldersgruppen på 36-50 år oppgir å drikke hyppigere enn de to andre aldersgruppene. Blant deltakere som oppgir å drikke flere ganger i uken er det veldig likt mellom alle tre aldersgruppene med 13% blant de yngste til 10% blant de eldste, hvor de i alderen 36-50 år legger seg i midten. Antall alkoholenheter per gang varierer mellom aldersgruppene. Blant de som inntar fem alkoholenheter eller mer per gang er det den yngste aldersgruppen som har størst prosentandel med 13%, hvor det er 12% som oppgir samme mengde i aldersgruppen 36- 50 år og kun 7% i den eldste aldersgruppa. Også blant de som drikker seks alkoholenheter eller mer fra tid til annen er det den yngste gruppa som utgjør størst del, med deltakere mellom 36- 50 år som nummer to og den eldste aldersgruppa på 51 år og eldre som utgjør 28%. Sammenligner vi med tall fra 2023 og folkehelseundersøkelsen i Rogaland (2024) ser vi at antall alkoholenheter som inntas per gang synker gradvis jo eldre deltakerne blir (Folkehelseinstituttet, 2024). Dette er forenlig med funn fra vår studie hvor de yngre drikker flere alkoholenheter per gang sammenlignet med de eldre i tillegg til å ha en større andel som drikker seks alkoholenheter eller flere fra tid til annen.

6.4 AUDIT- C skår og risikofylt bruk

Vi har gått gjennom hvert enkelt spørsmål som omhandler alder, medikament og kjønn og sammenlignet med risikofylt alkoholbruk. I dette avsnittet skal vi se nærmere på AUDIT- C skår som

vil gi oss en indikasjon på om hyppigheten av alkohol, mengde alkohol per gang og hyppigheten av 6 alkoholenheter eller mer er forenelig med risikofylt alkoholbruk.

Resultatene fra vår studie viser at det er 24% av deltagerne som får en skår som indikerer risikofylt alkoholbruk. Dette er en høyere prosentandel sammenlignet med den generelle befolkningen med 14,5% (Folkehelseinstituttet, 2018), men lavere andel enn tidligere forskning hvor det i Irland ble funnet indikasjon på risikofylt alkoholbruk blant 34% av 196 deltakere som mottok metadon (Ryder, et al., 2009).

Resultatet viser at 33% av kvinnene har et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med 20% av mennene. Dette er tall som jeg selv trodde skulle være motsatt, at menn skulle ha en høyere andel av risikofylt alkoholbruk enn kvinnene. Som tidligere nevnt viser statistikk at menn drikker mer alkoholenheter når de først drikker og at de drikker oftere sammenlignet med kvinner (Statistisk sentralbyrå, 2024). Til tross for at kvinner har en større prosentandel som indikerer risikofylt bruk av alkohol, er gjennomsnittsskåren av AUDIT- C lik med menn med noe mer variasjon og spredning enn kvinner.

Poengsummen for å havne innenfor risikofylt alkoholbruk ved bruk av skjemaet AUDIT- C er forskjellige mellom kvinner og menn. For å havne innenfor kategorien risikofylt bruk trenger du 4 poeng som mann, sammenlignet med 3 som kvinne (Nasjonal kompetansjetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2024). AUDIT- C er laget for å kunne brukes i den generelle befolkningen, men godkjent for bruk blant ROP pasienter. I LAR har alle pasienter minst en avhengighetsdiagnose til felles, opiatavhengighet. Jeg tenker at likheten mellom kjønn og alkoholbruk er mer lik blant LAR pasienter enn i den generelle befolkningen. Studier viser at kvinner har en betydelig høyere andel med humør- og angstlidelser, både blant rusavhengige og i den generelle befolkningen (Conway, et al., 2006; Goldstein, 2009). Det kan derfor tenkes at kvinner i LAR har en høyere andel med angstlidelser, og har et større behov for et angstdempende middel, som for eksempel alkohol.

Når vi ser på medikament og risikofylt alkoholbruk ser vi at deltakere som mottar metadon har en betydelig større andel med hele 33% som skårer innenfor risikofylt alkoholinntak. Dette er nesten det dobbelte av deltakere som mottar buprenorfin med sine 17% som skårer innenfor risikofylt alkoholbruk. Dette gjør også at gjennomsnittet er betydelig høyere blant metadonpasienter med en gjennomsnittsskår i AUDIT- C på 2,5. Dette stemmer overens med funn gjort ved tidligere studier som viste at 35% av metadonbrukere hadde en score i AUDIT som indikerte risikofylt alkoholbruk (Ryder, et al., 2009). Et annet studie fant også lignende resultatet hvor 36,5% av pasientene som mottok metadon som substitusjonsmedisin hadde et daglig inntak av alkohol som indikerte risikofylt

alkoholbruk. Studien viste i tillegg at det daglig inntaket av alkohol var høyere enn deltagerne som brukte heroin, og det ble anbefalt videre forskning på hvorfor alkoholinntaket økte ved en overgang fra heroin til metadon (Backmund, et al., 2003). I 2007 var det tre forskere, Srivastava et.al (2007) som så nærmere på denne problemstillingen. Srivastava et. al (2007) gjennomførte en systematisk oversikt over studier som beveget seg inn på dette området, og gikk gjennom 15 studier. Konklusjonen på studien var at selv om alkoholbruk blant metadonpasienter var problematisk, så var det liten sjans for at alkoholforbruket økte etter å ha startet opp med vedlikeholdsbehandling på metadon (Srivastava, et al., 2008).

AUDIT- C skår i de forskjellige aldersgruppene varierer. Studien vår viser at de eldste deltakerne har minst andel risikofylt alkoholbruk, mens aldersgruppen 36-50 år har mest med en andel på 32%. Den yngste gruppen, 18-35 år, legger seg midt imellom med en andel på 20% som indikerer risikofylt bruk av alkohol. Når alderen øker viser forskning at alkohol får en forsterket effekt hvor man føler seg mer beruset enn man gjorde tidligere ved samme alkoholinntak (Anderson, et al.,2012). Dette kan bety at deltakere som er 51 år eller eldre ikke trenger å drikke samme alkoholmengde som de yngre deltakerne, men samtidig få samme effekt. Eldre har i tillegg større sannsynlighet for at de mottar et eller flere medikament, utenom LAR- medikament, som ikke bør kombineres med alkohol da det kan gi økt risiko for skade eller ikke ønsket effekt av medikament (Norsk helseinformatikk, 2021c). Også risiko for helseskader hos eldre øker ved alkoholinntak, selv et moderat alkoholinntak, som for eksempel hypertensjon, søvnforstyrrelser og feilernæring (SAMHSA, 1998). Risiko for skade i form av fall øker også ved alderen, spesielt ved inntak av 14 alkoholenheter eller mer i uka hvor risikoen øker med 25% (Mukamal, et al., 2004).

Selv om 20% av deltakerne i alderen 51 år og eldre skåret for risikofylt alkoholbruk på AUDIT- C, kan den faktiske andelen med risikofylt alkoholbruk være betydelig høyere når man tar hensyn til andre faktorer og risikoer som påvirker eldre deltakere.

6.5 Alkohol og LAR, er det egentlig så farlig?

I 2016 hadde 40-50 prosent av personene med injiseringsproblematikk i Norge en kronisk hepatitt C-infeksjon. Etter den nasjonale strategien ble lansert i 2016 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) har prevalensen av hepatitt C gått ned med 80-90 prosent blant personer som har injisert rusmidler (Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, 2023). Med tanke på at 30,5% av LAR pasienter har brukt sprøyte i løpet av 2022 er sjansen stor for at store deler av de med kronisk hepatitt C tilhører pasienter i LAR (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2023, s. 42). Resultater fra vår studie viser at 24% av deltakerne har en AUDIT- C skår som indikerer risikofylt alkoholbruk, hvor

risikoen for at en eller flere av deltakerne har hepatitt C og samtidig risikofylt alkoholbruk er absolutt tilstedeværende.

Ved et høyt alkoholbruk over tid vil det forekomme skader på leveren. Det kan føre til fettlever som senere fører til alkoholisk leverbetennelse, levercirrhose og i noen tilfeller kreft i leveren (Norsk Helseinformatikk, 2021a). Hepatitt C- infeksjon kan føre til mange av de samme skadene på lever som et høyt alkoholbruk over tid vil gi, men hva skjer når vi kombinerer hepatitt C med et overforbruk av alkohol? Resultater fra en studie gjennomført i 2015 (Osna, et al., 2015) viser at alkohol kan forverre sykdomsforløpet hos personer med påvist Hepatitt C. Alkohol kan forsterke effekten av hepatitt C- virus ved å svekke immunforsvaret som gjør det lettere for hepatitt C å spre seg i leveren. Kroppen klarer da ikke å eliminere infeksjonene selv, som resulterer i en vedvarende infeksjon og økt sjanse for leverskade. Dette gjelder hovedsakelig de som har et overforbruk alkohol (Osna, et al., 2015).

Et annet studie fant at risikoen for død blant pasienter innlagt med leversykdom fra både hepatitt C og alkohol var signifikant økt sammenlignet med pasienter med påvist Hepatitt C uten alkoholbruk. De fant også at pasienter som var innlagt med leversykdom på grunn av hepatitt C og alkohol var yngre ved tidspunktet for innleggelse og død sammenlignet med pasienter innlagt for leversykdom fra enten alkohol eller hepatitt C (Kim, et al., 2001).

Funnene viser at alkohol og hepatitt C er en dårlig kombinasjon, og kan øke faren for leverskader betraktelig om det kombineres. Basert på min erfaring med LAR, har jeg lagt merke til at flere pasienter som får diagnosen hepatitt C, ikke hadde noen formening om at de kunne være smittet. Selv om man har sluttet å injisere, kan man fortsatt ha hatt en hepatitt C- infeksjon over lang tid uten å vise symptomer. Dette viser hvor viktig det er med jevnlig kontroll av hepatitt- status, spesielt i grupper med injisering og høyt alkoholinntak.

6.6 Overdose og dødsfall

I 2022 var det 321 dødsfall i Norge som skyldtes overdose. Av disse var hele 80% knyttet til opioider. Man vet ikke om dødsfall var knyttet til opioider som var kjøpt illegalt, i tilknytning til LAR eller som smertestillende foreskrevet av lege (Gjersing, 2023).

En studie som ble gjennomført i 2013 har vist at de som dør av narkotika tilhører en heterogen gruppe, som vil si at det er flere utløsende faktorer til dødsfall av slik karakter (Gjersing, et al., 2013). I London ble alkohol påvist i 56% av overdosedødsfallene og benzodiazepiner påvist i 41%. Alkohol ble vurdert til å være en medvirkende årsak i 24% av dødsfallene, mens benzodiazepiner mest

sannsynligvis ikke har bidratt til dødsfall på grunn av såpass lave nivåer. Dette til tross for at det ble påvist i en betydelig mengde dødsfall (Hickman, et al., 2006).

Dette er et interessant funn da alkoholbruk ofte blir overskygget av bruk av benzodiazepiner i LAR-sammenheng. I teoridelen legger vi frem de forholdsvis strenge kriteriene for å få innvilget vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner i LAR, med et mål om å ikke øke risiko for overdose og redusere skade og bedre pasientens funksjonsnivå og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2022a). Studien fra London av Hickman et. al (2006) viser at alkohol er farligere enn benzodiazepiner med tanke på overdosedødsfall. Det kan derfor diskuteres om de strenge kriteriene for vedlikeholdsbehandling på benzodiazepiner forebygger eller øker risiko for overdose, hvis vi antar at alkohol inntas som medisinerer når benzodiazepiner ikke blir utskrevet. Jeg har ikke lyktes å finne forskning som tar for seg pasienter i LAR som har ytret ønske om vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner uten å få innvilget dette ønske. Med min bakgrunn som LAR- behandler opplever jeg flere som ytrer ønske om dette uten å få innvilget benzodiazepiner, eller som ikke klarer å vedlikeholde kriterier for utskrivelse og dermed ikke får fortsette vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner. Også Folkehelseinstituttet (2021) stilte spørsmålsteget om dødeligheten ved foreskriving av benzodiazepiner til pasienter i LAR, og gjennomførte derfor en systematisk oversikt for å undersøke dette emne. Konklusjonen ble at det er uklart om foreskriving av benzodiazepiner påvirker dødeligheten blant personer i LAR, uavhengig av dødsårsak. Begrunnelsen for konklusjon var at det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget er for utilstrekkelig til å kunne vurdere effekten (Folkehelseinstituttet, 2021).

6.7 Alkoholbruk som folk flest

Hele 42,4% av deltagerne i vår studie oppgir å aldri innta alkohol. Det er ikke definert et tidsperspektiv i spørsmålet så deltageren tar selv et utgangspunkt i hva de definerer som aldri, om det er at de aldri har rørt alkohol eller om de tar utgangspunkt i den siste tiden. Til tross for høye tall av alkoholavholdenhet er det fremdeles over halvparten av deltakerne som oppgir å drikke alkohol fra tid til annen. Tidligere i teksten kom vi frem til at prosentandelen av deltagerne med indikasjon om skadelig bruk av alkohol tilsvarer samme prosentandel som i den generelle befolkningen. Blant nordmenn er det i tillegg 8 av 10 som oppgir å ha drukket alkohol siste året. Dette er et langt høyere tall av alkoholinntak enn hva deltagerne i studien oppgir.

Ved studiestart hadde jeg en hypotese om at pasienter i LAR har et høyere inntak av alkohol sammenlignet med den generelle befolkningen. Grunnlaget for dette utgangspunktet var pasientenes opioidavhengighet, forekomst av ROP- lidelser blant pasientgruppen og strenge krav til vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner (Langås, et al., 2011; Helsedirektoratet, 2022b).

Resultatet av studien viste det motsatte, med høy forekomst av alkoholavholdenhet, noe som var et interessant og overraskende funn. En norsk studie fra 2011 viste hvordan ni av ti med et diagnostisert rusproblem også hadde andre psykiske lidelser i tillegg, da en angstdiagnose inkludert (Langås, et al., 2011). Sjansen for skadelig bruk av alkohol øker i sammenheng med sosial angst ifølge studie fra 2019 (Torvik, et al., 2019). Selv om vår studie ikke inkluderte data på sosial angst blant deltakerne kan man tro at en andel av deltakerne har en form for angstlidelse basert på studien utført av Langås et. al (2011).

Er vi som klinikere med å stigmatisere LAR- pasienter sitt forhold til alle typer rusmiddel, på grunnlag av en avhengighetsdiagnose? Funn i vår studie viser altså lavere alkoholbruk blant LAR- pasienter enn jeg som kliniker hadde trodd i forkant, noe som får meg til å stille spørsmålstegn om egne fordommer mot pasientgruppen. Dette er dessverre også et kjent problem blant rusavhengige hvor de opplever stigmatisering og dårlig behandling som kan føre til mistillit og tilbakeholdenhet av viktig helseinformasjon (Garpenhag & Dahlmann, 2021).

6.8 Ledighet og kjedsomhet kilde til rusbruk?

Som pasient i LAR er du tilknyttet spesialisthelsetjenesten og det jobbes tett med primærhelsetjenesten for å danne en ansvarsgruppe, en tverrfaglig gruppe som har som mål å bistå pasient i rehabiliteringsprosessen (Helsedirektoratet, 2022b). Blant de yngre er det 8 av 10 som har som målsetting om å oppnå en rusfri tilværelse mens blant de eldre i LAR er det en mindre andel som har en målsetting om det samme (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2018a).

Blant alle LAR pasient i Norge var det i 2018 kun 20% som var i noen form for arbeid, det vil si at hele 80% av pasienter i LAR er uten arbeid. De fleste har en uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger noe som gjør at økonomien er stabil (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2018b). Åtti prosent uten arbeid er et høyt tall, og man kan undre seg over hva pasienter bruker dagene på. Jeg vil tro at store deler av dagen går til kjedsomhet og ledighet som må fylles med en eller annen form for aktivitet, klok eller uklok. Forskning viser at mennesker som oppgir å kjede seg har større sjanse for å utvikle en negativ oppførsel som inkluderer rusbruk (Paulson, et al., 1990). Også i et rehabiliteringsforløp vil en pasient ha større sjanse for tilbakefall til rus hvis de opplever mye ledighet og kjedsomhet (Magidson, et al., 2019). Kjedsomhet har også blitt knyttet til redusert skoleprestasjon og økt sannsynlighet for å avbryte skolen (Caldwell & Smith, 2006). Det er mange grunner til at folk velger å ruse seg, og blant LAR- pasienter er rusen og avhengigheten allerede et faktum. Rus kan være en kilde til spenning og noe morsomt (RUSinfo, 2021), og kan være en flukt fra hverdagen som til vanlig er kjedelig og repeterende. Kjedsomhet i form av lite meningsfull aktivitet på dagtid og følelsen av lite mestring kan bidra til å skape en trang for å ruse seg.

Samtidig som uføretrygd kan føre til kjedsomhet, kan det også føre med seg noe positivt, slik som økonomisk sikkerhet. Med en fast inntekt månedlig kan man planlegge og leve etter den faste inntekten og usikkerhet rundt økonomi forsvinner. Økonomisk usikkerhet kan føre til lav selvtillit og er i tillegg forbundet med økt risiko for sykdom slik som psykiatriske lidelser (Mani, et al., 2013; Heine, et al., 2006; Catalano, 1991). Økonomisk sikkerhet er rett og slett en relativt stor faktor for den mentale helse (Maslow, 1943). Ved framlegg av Seraf (2018b) sin statusrapport forklarte professor Helge Waal at resultatet med kun 20% i arbeid ikke var noe de var fornøyd med. Av alle LAR- pasienter i 2022 mottok 70,2% ufør- eller alderspensjon, 10,8% mottok arbeidsavklaringspenger, 9,9% arbeidsinntekt og 4,2% mottok sosialhjelp. Sistnevnte er en midlertidig støtteordning, og det blir ansett som noe positivt at det er lave tall på pasienter som mottar sosialhjelp da andre ordninger gir større forutsigbarhet. En liten andel på 3,3% hadde ukjent inntektskilde (Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF, 2023, s. 12).

Folkehelseundersøkelsen (2024) viser en svak tendens til at jo vanskeligere folk synes det er å få pengene til å strekke til, desto flere alkoholenheter inntar de per gang de drikker (Folkehelseinstituttet, 2024). Dette styrker tanken om at usikkerhet rundt økonomi øker risiko for rusbruk og økt risiko for psykiske lidelser. Folkehelseundersøkelsen er et utgangspunkt fra den generelle befolkningen, men kan tenkes å stemme blant de pasienter som har usikker økonomi.

6.9 Bruk av AUDIT og AUDIT- C hos rusavhengige

AUDIT og AUDIT- C er to screeningverktøy for å identifisere risikofylt eller skadelig alkoholforbruk, i den generelle befolkningen (Nasjonal kompetansjetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2024). Er det slik at personer med en allerede avhengighet, for eksempel opioidavhengighet, har de samme kriteriene for skadelig bruk av alkohol? Kan det være at opioidavhengige har lavere eller høyere terskel for hva som regnes som risikofylt alkoholbruk, og at AUDIT og AUDIT- C ikke er det rette screeningverktøyet for denne gruppen? ROP retningslinjer (2012) anbefaler bruk av AUDIT og AUDIT- C for å kartlegge alkoholbruk, men det finnes lite forskning som støtter opp om at AUDIT og AUDIT- C er et godt nok verktøy blant denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2012).

6.10 Bias- er dataene våre til å stole på?

Ved bruk av AUDIT- C i vår studie fyller deltagerne selv ut data uten direkte påvirkning fra helsepersonell. Fordelen med spørreskjema hvor deltakerne fyller ut egen data er at man kan samle inn deltakernes egne data uten at man trenger å involvere andre i utfyllingen av skjema. En ulempe med dette er graden av pålitelighet, hvor svar som fylles ut ikke blir kontrollert av en andrepert. LAR-ansatte er også i denne sammenheng i nærheten under utfylling av spørreskjema og kan påvirke utfyllingen. Et eksempel kan være en deltaker som ikke våger å oppgi korrekt alkoholmengde på

grunn av manglende tillitt mellom deltaker og ansatt. Dette gjør at sjansen for påvirkning fra ansatte er tilstede til tross for at data er anonyme og ikke kan spores til en bestemt deltaker (Althubaiti, 2016).

Temaet vi undersøker i vårt studie kan betegnes for sensitive for pasient. Deltakere i undersøkelsen svarer ikke alltid ærlig på spørsmål som blir stilt. Frykt for konsekvenser eller vanskelighet for å innse sitt reelle alkoholforbruk kan være faktorer som påvirker. Oddsen for dette øker når anonymitet og konfidensialitet ikke kan garanteres (Althubaiti, 2016). All data i studien er anonymt og dette har vært et stort fokus når informasjon om studien ble gitt til potensielle deltakere, både skriftlig og muntlig. Dette var et stort fokus for å skape tillit og øke sjansen for at deltakerne svarte ærlig på spørreskjemaet. Innsamlet informasjon var sensitiv og deltaker kan ha vært redd for at det skulle påvirke behandlingen på en negativ måte, og derfor ikke svart ærlig. For å sikre at utfylt data var korrekt kunne det blitt utført fysiske tester av hver pasient, slik som blodprøve eller hårprøve (Ledgerwood, et al., 2008; Scütz, et al., 2002). I vår studie var ikke dette aktuelt på grunn av anonymitet blant deltakerne.

En annen faktor som kan være med å skape skjevhet i resultatene fra vårt studie er deltakernes evne til å huske hva de faktisk har inntatt av alkohol (Althubaiti, 2016). Det kan altså bety at en deltaker har fylt ut spørreskjema etter beste evne, men underrapporterer eller overrapporterer alkoholinntak på grunn av vanskeligheter med å huske tilbake i tid eller at deltakere beregner feil ved utfylling av antall enheter. Forskning viser at rusavhengighet påvirker hukommelse og oppmerksomhet noe som kan øke sjansen for rapporteringsfeil (Garavan & Hester, 2007; Gruber, et al., 2007; Bates et al., 2002). I ernæringsepidemiologi er dette en kjent feilkilde, hvor personer av forskjellige grunner ikke fyller ut rett mengde energiinntak, hvor vi trekker en parallell til vårt studie hvor deltakere rapporterer alkoholemengde (Prentice, 1996; Lysne & Olsen, 2018).

I vår studie er det prøvd å sikre minst mulig bias, ved å sørge for anonymitet og presisering av dette, definisjon av begrepet alkoholenhet med relevante eksempler, og konkrete spørsmål som med svaralternativer. Datainnsamling over kun 14 dager, bidrar også til at deltakere tar utgangspunkt i samme måletidspunkt.

6.11 Begrensninger og videre forskning

Min studie har fokus på kvantitative data. Det hadde vært interessant å hatt kvalitative data om grunner for å drikke, om det er aktiv selvmedisinering eller om det er «normal» kosedrikking, eventuelt sosiale lag. Det hadde vært interessant å høre med deltagerne om hvilke erfaringer de har med alkoholbruk og samtidig substitusjonsmedisinering, og om noe av deltagerne har erfaringer fra

flere medikament. Spørreskjema som vi brukte i studien gjør at jeg ikke kan spør videre om interessante funn som jeg kunne gjort i en kvalitativ studie.

Ved formulering av spørsmål i spørreskjemaet ville jeg hatt et alternativ under spørsmål 5, «Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis?», som tok for seg deltagere som ikke inntar alkohol slik som i spørsmål 4.

I spørreskjema blir det definert hva en enhet er med å vise eksempler i form av et glass vin, en øl og et lite glass sprit. I etterkant har jeg tenkt at en formulering som viser hvor mange enheter en hel flaske vin inneholder, en hel flaske sprit og en halvliter øl kunne vært lettere for å definere for deltagerne som inntar store mengder alkohol.

Videre forskning på om AUDIT og AUDIT- C er et godt nok screeningverktøy for å identifisere risikofyllt eller skadelig bruk av alkohol kunne vært interessant å se nærmere på.

Med tanke på informasjon kunne jeg valgt å levere infoskriv dagen i forkant av utfylling av spørreskjemaet, slik at deltager fikk sett nærmere på hva studien gjaldt. Pasientene fikk mulighet til dette, men de aller fleste valgte å fylle ut spørreskjema samtidig som de fikk utdelt informasjonsskriv og muntlig informasjon. Ved å levere informasjonsskriv en dag i forkant kunne deltagere lest og forstått hvor viktig anonymitet var for alle involverte i studien, for å minimere all tvil knyttet til personvern. Dette kunne ha bidratt til å minimere bias i studien.

Deltagernes dose på sitt medikament kunne vært interessant å kartlegge. Er det slik at deltagere som mottar høy dose substitusjonslegemiddel drikker mindre alkohol eller motsatt?

7. KONKLUSJON

Denne studien har undersøkt alkoholinntak blant deltakere som er pasienter på LAR Øst med fokus på forskjeller mellom kjønn, alder og type LAR medikament. Resultatene viser at det er betydelige forskjeller i alkoholbruk mellom gruppene, og at det er flere faktorer som påvirker alkoholvanene blant LAR- pasienter.

Til tross for forventningene om høyere alkoholinntak blant menn, viser studien at forskjellene mellom kjønn ikke er like markante som i den generelle befolkningen. Det er likevel menn som drikker større mengder alkohol per gang, da spesielt når det gjelder et alkoholinntak på 5 alkoholenheter eller mer. Til tross for dette er det kvinner som har høyest andel med risikofyllt alkoholbruk etter skår fra AUDIT- C, noe som var et overraskende og interessant funn.

Studien avdekker også høy forekomst av alkoholavholdenhet blant deltakerne, noe som er uventet høyt sammenlignet med den generelle befolkningen og egen hypotese i forkant av studiet. Dette kan indikere at LAR- pasienter har en mer bevisst holdning til risikoene ved alkoholbruk i kombinasjon med opioider.

Resultatene fra studien indikerer at det er klare forskjeller på alkoholinntak mellom LAR- medikamentene. Deltakere som mottar metadon, har generelt høyere alkoholinntak sammenlignet med buprenorfinbrukere og har en høyere andel som indikerer risikofyllt alkoholbruk. Dette er i tråd med tidligere forskning som viser at metadonbrukere ofte har et høyere alkoholinntak. Det hadde vært spennende å forske videre på hvorfor det er slike markante forskjeller og hvilke faktorer som påvirker alkoholinntaket.

Aldersmessig viser studien at eldre deltakere, 51 år eller eldre, har høyere andel alkoholavholdenhet sammenlignet med yngre aldersgrupper. Dette kan skyldes økte bevissthet om helserisikoene ved alkoholbruk i kombinasjon med opioider og eventuelle andre medikament, samt biologiske forskjeller som gjør at eldre tåler alkohol dårligere. Eldre skårer også lavere på AUDIT- C sammenlignet med de to andre gruppene, hvor deltakere i alderen 36-50 år har desidert størst andel med en AUDIT- C skår som indikerer risikofyllt alkoholbruk.

Til slutt viser studien at det er viktig å forstå de komplekse faktorene som påvirker bruk alkoholbruk blant LAR- pasienter. Økonomisk usikkerhet, sosialt press og psykologiske faktorer spiller alle en rolle. Videre forskning bør fokusere på disse aspektene for å utvikle bedre støtte- og behandlingsstrategier for LAR- pasienter. Det er også nødvendig å vurdere om AUDIT og AUDIT- C er passende verktøy for å måle alkoholbruk i denne spesifikke gruppen.

Samlet sett bidrar denne studien til en dypere forståelse av alkoholbruk blant LAR- pasienter og fremhever behovet for tilpassede tiltak for å redusere risikoen for helseskader i denne sårbare gruppen.

REFERANSER

- Abel, K. F., Ravndal, E., Clausen, T., & Bramness, J. G. (2018, Januar). Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms are Common in Patients in Opioid Maintenance Treatment. *European Addiction Research*, ss. 298-305. doi:<https://doi.org/10.1159/000484240>
- ADHD Norge. (2021, Mars 15). *adhdnorge.no*. Hentet April 04, 2024 fra <https://www.adhdnorge.no/artikkel/hva-er-adhd>
- Alkoholloven. (1986). Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v (LOV-1989-06-02-27). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1989-06-02-27>
- Althubaiti, A. (2016, Mai 4). Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, ss. 211-217. doi:<https://doi.org/10.2147/JMDH.S104807>
- Anderson, P., Scafato, E., & Galluzzo, L. (2012). Alcohol and older people. *Annali dell' Istituto Superiore di Sanità*, ss. 232-247. doi:10.4415/ANN_12_03_04
- Backmund, M., Schütz, C., Meyer, K., Eichenlaub, D., & Soyka, M. (2003). Alcohol Consumption in Heroin Users, Methadone- substituted and Codeine- SUBstituted Patients- Frequency and Correlates of Use. *European Addiction Research*, ss. 45-50. doi:DOI: 10.1159/000067733
- Bates, M. E., Bowden, S. C., & Barry, D. (2002, August 10). Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: Implications for treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, ss. 193-212. doi:10.1037//1064-1297.10.3.193
- Broner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., & Bigelow, G. E. (1997, Januar). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*, ss. 71-80. doi:doi:10.1001/archpsyc.1997.01830130077015
- Bryman, A. (2015). *Social Research Methods* (5.. utg.). United Kingdom: Oxford University Press.
- Bye, E. K., & Rossow, I. (2021, Desember 1). Heavy drinkers and the contexts of drinking among adults in Norway. *Drug and Alcohol Dependence*. doi:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871621006220?via%3Dihub>
- Bødal, K., & Fridhov, I. (1995). *Det gjelder drap: en rapport om 250 personer dømt for drap eller drapsforsøk i perioden 1980-1989*. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningscenter.

- Caldwell, L. L., & Smith, E. A. (2006, Desember). Leisure as a Context for youth Development and Delinquency Prevention. *Journal of Criminology*, ss. 398-418.
doi:<https://doi.org/10.1375/acri.39.3.398>
- Catalano, R. (1991, September). The health effects of economic insecurity. *American Journal of Public Health*. doi:[10.2105/ajph.81.9.1148](https://doi.org/10.2105/ajph.81.9.1148)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024, Februar 29). Alcohol Use and Your Health. USA. Hentet fra https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm?fbclid=IwAR3s7yWRhTzol19IRaxzPMDL2esbpb34CrQFu9T6D3IbIDNyMHLHDpBceck_aem_AbGdIdRW6hpisJxduFX_gi3NkVyyoCaL_1KH4TnvzpBK6tSyuYcC9rUHHFO7x60A0xXHCUKfO7vTRSZust9puNV8
- Clausen, T., Anchersen, K., & Waal, H. (2008, April 1). Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study. *Drug and Alcohol Dependence*, ss. 151-157. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.11.003>
- Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006, Februar 15). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, ss. 247-57. doi:[10.4088/jcp.v67n0211](https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0211)
- Crum, R. M., Mojtabai, R., & Lazareck, S. (2013, Juli). A Prospective Assessment of Reports of Drinking to Self-medicate Mood Symptoms With the Incidence and Persistence of Alcohol Dependence. *JAMA Psychiatry*, ss. 718-726. doi:[10.1001/jamapsychiatry.2013.1098](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1098)
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015, Juni 23). Bias. Oslo, Norge. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
- Direktoratet for e-helse. (2023, Mai 31). Hentet fra Finnkode.ehelse.no: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596289>
- Eide, D., McDonald, R., Hamina, A., Clausen, T., Odsbu, I., & Skurtveit, S. (2023, September 21). Prescription high-risk polysubstance use among opioid maintenance treatment patients. *International Journal of Drug Policy*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104196>
- Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2018). *Dobbelt opp: om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Fekjær, H. O. (2016). *Rus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Felleskatalogen. (2020, August 18). Metadon. Hentet fra Felleskatalogen.no:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-metadon-nordic-drugs-591013#pil-forsiktighet>

Felleskatalogen. (2021, Mai 31). Subutex. Hentet fra Felleskatalogen.no:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pas-subutex-indivior-564208#pil-forsiktighet>

Felleskatalogen. (2023, Juli 26). Buvidal- Camurus. Norge. Hentet fra

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/buvidal-camurus-657698>

Felleskatalogen.no. (2024, Februar 15). Interaksjonsanalyse. Oslo, Norge. Hentet fra

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/interaksjon>

FinnKode. (2024, April 16). *FinnKode Beta*. Hentet fra

<https://beta.finnkode.ehelse.no/icd10/chapter/F11.22/?q=f1122>

Folkehelseinstituttet. (2018). *Alkohol i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra

https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2579169/Kvaavik_2018_Alk.pdf?sequence=1

Folkehelseinstituttet. (2021). *Dødelighet ved forskrivning av benzodiazepiner til personer i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*. Oslo. Hentet fra

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/dodelighet-ved-forskrivning-av-benzodiazepiner-til-personer-i-legemiddelassistert-rehabilitering-lar-rapport-2021.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2022, Februar 17). Flere bruker sterke smertestillende medisiner med opioider over lang tid. Oslo, Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2022/flere-bruker-sterke-smertestillende-medisiner-med-opioider-over-lang-tid/>

Folkehelseinstituttet. (2023a, Juni 9). Hepatitt C - veileder for helsepersonell. Oslo, Norge. Hentet fra

<https://www.fhi.no/sm/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-c---veileder-for-helsepers/?term=#smittemte-og-smittefrende-periode>

Folkehelseinstituttet. (2023b, Juni 8). Overdosedødsfall i 2022. Norge. Hentet Mars 6, 2024 fra

<https://www.fhi.no/nyheter/2023/stabil-trend-flere-overdosedodsfall-enn-i-2021-men-farre-enn-i-2020/>

- Folkehelseinstituttet. (2024). *Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/contentassets/90f6cfa49b434a97bf9fb2f01764b32d/folkehelseundersokelsen-i-rogaland-2023.pdf>
- Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. (2023, Mai 2). Statusrapport om eliminasjon av hepatitt B og C som folkehelseproblem i Norge: Oppfølging av den nasjonale strategien mot virale hepatitter. Oslo, Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2023/statusrapport-om-eliminasjon-av--hepatitt-b-og-c-som--folkehelseproblem-i-n/>
- Fürst medisinsk laboratorium. (2024, April 22). *www.furst.no*. Hentet fra <https://www.furst.no/analyse-og-klinikk/alfabetisk-analyseliste/etanol-i-urin>
- Garavan, H., & Hester, R. (2007, August 7). The role of cognitive control in cocaine dependence. *Neuropsychology Review*, ss. 337-345. doi:10.1007/s11065-007-9034-x
- Garpenhag, L., & Dahlmann, D. (2021, Oktober 26). Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. doi:<https://doi.org/10.1186/s13011-021-00417-3>
- Gjersing, L. (2023, Juni 8). Narkotikautløste dødsfall 2022. Oslo, Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/?term=>
- Gjersing, L., Jonassen, K. V., Clausen, T., Bramness, J. G., Waal, H., Ravndal, E., & Biong, S. (2013, Januar 9). Diversity in causes and characteristics of drug-induced deaths in an urban setting. *Scandinavian Journal of Public Health*, ss. 119-125. doi:10.1177/1403494812472007
- Goldstein, R. (2009). Comorbidity of substance use with independent mood and anxiety disorders in women: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. I K. Brady, S. Back, & S. Greenfield, *Women and addiction: a comprehensive handbook* (ss. 173-92). New York: Guildford Press.
- Gruber, S., Silveri, M., & Yurgelun-Todd, D. (2007, August 10). Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychology Review*, ss. 299-315. doi:<https://link.springer.com/article/10.1007/s11065-007-9041-y>
- Gümüşay, A., & Amis, J. (2020, November 25). Contextual Expertise and the Development of Organization and Management Theory. *European Management Review*, ss. 9-24. doi:<https://doi.org/10.1111/emre.12434>

- Helsedirektoratet. (2022b, Juni 13). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Oslo, Norge. Hentet Mars 24, 2024 fra Helsenorge.no: <https://www.helsenorge.no/nn/rus-og-avhengighet/legemiddelassistert-behandling-lar/>
- Helsedirektoratet. (2023, November 22). Alkohol og helse. Oslo, Norge. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/alkohol/alkohol-og-helse/>
- Helsenorge. (2023, Juni 9). Hepatitt C. Oslo, Norge. Hentet fra https://www.helsenorge.no/sykdom/infeksjon-og-betennelse/hepatitt-c?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw6auyBhDzARIsALlo6v-__v6AkHGqBkk4kQL49QyaNr1IJe5PHiu_tMOM7rAfpv0Rc6IIX6caAjPkEALw_wcB
- Hickman, M., Carrivick, S., Paterson, S., Hunt, N., Zador, D., Cusick, L., & Henry, J. (2006, Desember 18). London audit of drug-related overdose deaths: characteristics and typology, and implications for prevention and monitoring. *Addiction*, ss. 317-323. doi:<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1360-0443.2006.01688.x>
- Hunt, D. E., Strug, L. D., Goldsmith, D. S., Lipton, D. S., Robertson, K., & Truitt, L. (1986). Alcohol Use and Abuse: Heavy Drinking among Methadone Clients. ss. 147-164. doi:<https://doi.org/10.3109/00952998609083749>
- Ipsos. (2023). *Den norske befolknings drikkevaner*. Juni. Hentet fra <file:///C:/Users/Martin/Downloads/Rapport-om-norske-drikkevaner-2023.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i Samfunnsvitenskapelig Metode* (4. utg.). Oslo, Norge: CAPPELEN DAMM AS.
- Kim, W. R., Gross, J. B., Poterucha, J. J., Locke III, G. R., & Dickson, E. R. (2001, Januar). Outcome of hospital care of liver disease associated with hepatitis C in the United States. *Hepatology*, ss. 201-206. doi:<https://doi.org/10.1053/jhep.2001.20798>
- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer, Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, ss. 309-318. doi:<https://doi.org/10.5324/nje.v12i3.383>
- Langås, A.-M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2011, Februar 12). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area - a clinical study. *BMC Psychiatry*. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-25>
- LAR- forskriften. (2009). Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (FOR-2009-12-18-1641).

- Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>
- Ledgerwood, D., Goldberger, B., Risk, N., Lewis, C. E., & Price, R. K. (2008, September). Comparison between self-report and hair analysis of illicit drug use in a community sample of middle-aged men. *Addictive Behaviors*, ss. 1131-1139. doi:10.1016/j.addbeh.2008.04.009
- Lindner, J. (2023, Desember 16). Must-Know James Bond Statistics. Hentet fra <https://gitnux.org/james-bond-statistics/>
- Lunde, E. S. (2020, Oktober 1). *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra 1 av 3 drikker alkohol hver uke: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-drikker-alkohol-hver-uke>
- Lysne, V., & Olsen, T. (2018, Juni 1). Feilkilder i ernæringsepidemiologi. *Norsk tidsskrift for ernæring*, ss. 28-33. doi:<https://doi.org/10.18261/ntfe.16.2>.
- Magidson, J., Andersen, L., Satinsky, E., Myers, B., Kagee, A., Anvari, M., & Joska, J. (2019, Oktober 31). "Too much boredom isn't a good thing": Adapting behavioral activation for substance use in a resource-limited South African HIV care setting. *Psychotherapy*, ss. 107-118. doi:10.1037/pst0000257
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013, August 30). Poverty impedes cognitive function. *Science*, ss. 976-980. doi:DOI: 10.1126/science.1238041
- Mashlow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, ss. 370-396. doi:<https://doi.org/10.1037/h0054346>
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018, Desember). Sex and Gender Differences in Substance Use Disorders. *Clinical Psychology Review*, ss. 12-23. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.012
- Mills, K., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006, April 1). Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *American Journal of Psychiatry*, ss. 652-658. doi:10.1176/ajp.2006.163.4.652
- Mukamal, K. J., Mittleman, M. A., Longstreth, W. T., Newman, A. B., Fried, L. P., & Siscovick, D. (2004, Juli 15). Self-reported alcohol consumption and falls in older adults: cross-sectional and longitudinal analyses of the cardiovascular health study. *Journal of the American Geriatrics Society*, ss. 1174-1179. doi:<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1532-5415.2004.52318.x>Citations: 87
- Mørland, J., & Waal, H. (2017). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Nasjonal digital læringsarena. (u.d.). Persepsjon. Norge. Hentet Mars 6, 2024 fra
<https://ndla.no/nb/subject:2fc808ef-7cd4-4982-a429-fa0939e784aa/topic:820f8eab-b49d-4c9b-90f7-a68bbdd1312e/topic:732f5893-c046-4484-9f0d-fd1ead9a9bf7/resource:6cb4a0eb-f364-4129-ae1c-c6fa0f7fec33>
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2023a). *Rop.no*. Hentet fra
<https://rop.no/globalassets/snakkomrus/utskrifter/audit/audit-blank.pdf>
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2023b). *ROP.no*. Hentet fra
<https://rop.no/kartleggingsverktøey/audit/>
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2024, April 24). *AUDIT*.
Norge. Hentet fra <https://rop.no/kartleggingsverktøey/audit/>
- NESH. (2021, Desember 16). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*.
Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Norsk Helseinformatikk. (2020, September 18). *NHI.no*. Hentet fra
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/alkoholisme-problemet>
- Norsk Helseinformatikk. (2021a, August 25). Alkoholisk leverskade. Oslo, Norge. Hentet fra
<https://nhi.no/sykdommer/magetarm/lever/alkoholisk-leverskade?page=all>
- Norsk Helseinformatikk. (2021b, Oktober 20). Benzodiazepiner. Oslo, Norge. Hentet fra
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/legemidler/benzodiazepiner>
- Norsk helseinformatikk. (2021c, Oktober 20). Legemidler og alkohol. Oslo, Norge. Hentet fra
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/legemidler-og-alkohol?page=all>
- Norsk Helseinformatikk. (2022, Juli 29). Skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet. Oslo,
Norge. Hentet fra <https://nhi.no/psykisk-helse/rus-og-avhengighet/stoffmisbruk-og-stoffavhengighet?page=all>
- Nosyk, B., Sun, H., Evans, E., Marsh, D. C., Anglin, M., Hser, Y.-I., & Anis, A. H. (2012, Mars 2). Defining
dosing pattern characteristics of successful tapers following methadone maintenance
treatment: results from a population-based retrospective cohort study. *Addiction*, ss. 1621-
1629. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03870.x

- Oslo Universitetssykehus. (2023, Februar 16). Metadon og buprenorfin. Oslo, Norge. Hentet fra <https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/metadon-og-buprenorfin#medisinsk-bruk>
- Oslo Economics. (2022). *Samfunnskostnader ved alkoholbruk*. Oslo. Hentet fra <https://www.blakors.no/content/uploads/2022/02/Samfunnskostnader-ved-alkoholbruk.pdf>
- Oslo Universitetssykehus. (2024, Februar 19). Hva er en overdose? Norge. Hentet Mars 6, 2024 fra <https://www-oslo-universitetssykehus-no.ezproxy.uis.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/hva-er-en-overdose/>
- Oslo Universitetssykehus. (u.d.). Hepatitt C: om sykdommen. Pasientinformasjon. Oslo, Norge. Hentet Mai 20, 2024 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/44324>
- Osna, N. A., Ganesan, M., & Kharbanda, K. K. (2015, Februar 5). Hepatitis C, Innate Immunity and Alcohol: Friends or Foes? *Biomolecules*, ss. 76-94. doi:<https://doi.org/10.3390/biom5010076>
- Ottomanelli, G. (1999, Januar 22). Methadone Patients and Alcohol Abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, ss. 113-121. doi:[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(98\)00030-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00030-0)
- Paulson, M. J., Coombs, R. H., & Richardson, M. A. (1990, Desember). School performance, academic aspirations, and drug use among children and adolescents. *Journal of Drug Education: Substance Use Research and Prevention*, ss. 289-303. doi:doi: 10.2190/8J0X-LY6D-PL7W-42FA. PMID: 2286876.
- Postholm, M., & Jacobsen, D. (2020). *Forskningsmetode for masterstudenter i lærerutdanningen*. Oslo, Norge: Cappelen Damm akademisk.
- Prentice, R. (1996, Desember 4). Measurement error and results from analytic epidemiology: dietary fat and breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, ss. 1738-1747. doi:<https://doi.org/10.1093/jnci/88.23.1738>
- Psykiater.no. (u.d.). Avhengighet. Ski, Norge. Hentet fra <https://psykiater.no/generelt-om-avhengighet/>
- Renn, O. (2008). *Risk Governance. Coping with the Uncertainty in a Complex World*. London: Earthscan. doi:<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.4324/9781849772440>
- Richert, T. (2015, Januar). Wasted, overdosed, or beyond saving – To act or not to act? Heroin users' views, assessments, and responses to witnessed overdoses in Malmö, Sweden. *International Journal of Drug Policy*, ss. 92-99. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.07.006>

- RUSinfo. (2021, Mai 11). Hvorfor ruser folk seg? Oslo, Norge. Hentet fra <https://rusinfo.no/2021/05/hvorfor-ruser-folk-seg/>
- Rusinfo. (2024, April 23). Dagen derpå. Oslo, Norge. Hentet fra <https://rusinfo.no/fakta-om-rusmidler/fakta-om-alkohol/dagen-derpa/>
- Rusopplysningen. (2024a, April 23). Benzodiazepiner. Oslo, Norge. Hentet fra Benzodiazepiner: <https://rusopplysningen.no/benzodiazepiner>
- Rusopplysningen. (2024b). Opioider. Oslo, Norge. Hentet fra <https://rusopplysningen.no/opioider>
- Ryder, N., Cullen, W., Barry, J., Bury, G., Keenan, E., & Smyth, B. P. (2009, Juni 11). Prevalence of problem alcohol use among patients attending primary care for methadone treatment. *BMC FAM practice*. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-42>
- SAMHSA. (1998). *Substance Abuse Among Older Adults*. Rockville: Center for Substance Abuse Treatment. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.uis.no/books/NBK64419/>
- Scütz, H., Gotta, J. C., Erdmann, F., Riße, M., & Weiler, G. (2002, Mai 23). Simultaneous screening and detection of drugs in small blood samples and bloodstains. *Forensic Science International*, ss. 191-196. doi:[https://doi.org/10.1016/S0379-0738\(02\)00053-1](https://doi.org/10.1016/S0379-0738(02)00053-1)
- Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF. (2018a). *SERAF rapport 1/2018, Kjønn og alder i LAR*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF. Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-1-2018-alder-og-kjonn-i-lar.pdf>
- Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF. (2018b). *SERAF RAPPORT 3/2018, statusrapport 2017, LAR 20 år*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF. Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-3-2018-statusrapport-2017.pdf>
- Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF. (2023). *SERAF Rapport 1/2023, Statusrapport 2022*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF. Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2023/seraf-rapport-nr-1-2023-statusrapport-2022.pdf>
- SIKT- Kunnskapssektorens tenesteleverandør. (2023). *Sikt.no*. Hentet Juni 1, 2023 fra <https://sikt.no/personvernhandbok-forskning/helseforskning-og-personvern>

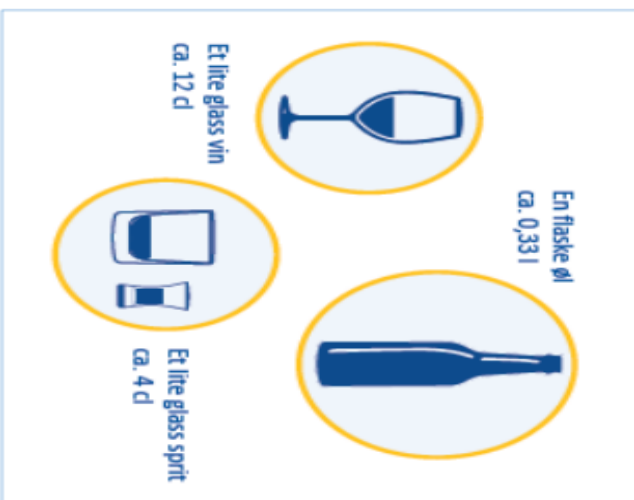
- Soyka, M. (2015, Januar). Alcohol Use Disorders in Opioid Maintenance Therapy: Prevalence, Clinical Correlates and Treatment. *European Addiction Research*, ss. 78-87.
doi:<https://doi.org/10.1159/000363232>
- Srivastava, A., Kahan, M., & Ross, S. (2008, Mars). The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, ss. 215-223. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.001>
- Statistisk sentralbyrå. (2024, Januar 18). Røyk, alkohol og andre rusmidler. Norge. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/royk-alkohol-og-andre-rusmidler>
- Taylor, B., Irving, H., Kanteres, F., Room, R., Borges, G., Cherpitel, C., . . . Rehm, J. (2010, July 1). The more you drink, the harder you fall: A systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug and Alcohol Dependence*, ss. 108-116. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.011>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torvik, F. A., Rosenström, T., Gustavson, K., Ystrom, E., Kendler, K., Bramness, J. G., . . . Reichborn-Kjennerud, T. (2019, Juni). Explaining the association between anxiety disorders and alcohol use disorder: A twin study. *Depress Anxiety*, ss. 522-532. doi:10.1002/da.22886
- Universitetssykehuset i Nord- Norge. (2024, Mai 10). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Tromsø, Norge. Hentet fra <https://www.unn.no/behandlinger/legemiddelassistert-rehabilitering-lar/>
- Vaillant, G. E., & Hiller-Sturmhöfel, S. (1996). The Natural History of Alcoholism. *Alcohol Health Res World*, ss. 152-161. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.uis.no/pmc/articles/PMC6876506/pdf/arhw-20-3-152.pdf>
- Vatsalya, V., Stangl, B., Schmidt, V., & Ramchandani, V. (2016, November 11). Characterization of hangover following intravenous alcohol exposure in social drinkers: methodological and clinical implications. *Addiction Biology*, ss. 493-502.
doi:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adb.12469>
- World Health Organization. (u.d.). Harmful use of alcohol. Hentet Mai 7, 2024 fra <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3415>

← SETT ET KRYSS FOR DITT SVAR →

SPØRRESKJEMA OM ALKOHOL

SPØRSMÅL:					
Hvilket LAR- medikament mottar du?	Subutex/ Buprenorphine/ Suboxone	Metadon	Andre LAR- medikament		
Kjønn	Mann	Kvinne			
Alder	18-35	36-50	51+		
Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldri	1 gang i måneden eller mindre	2 til 4 ganger i måneden	2 til 3 ganger i uken	4 ganger i uken eller mer
Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller flere
Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?	Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Nesten daglig

Eksempler på en alkoholenhet:



VEDLEGG

Vedlegg 1: Spørreskjema

ALKOHOLBRUK BLANT LAR-PASIENTER

Dette er et spørsmål om å delta i et forskningsprosjekt som handler om alkoholbruk blant pasienter under LAR-behandling.

Ved å besvare spørreskjemaet bidrar du til å skape kunnskap om bruk av alkohol hos pasienter i LAR. Alkohol er et lovlig rusmiddel, men kan føre til mange helseproblemer. Det er lite kunnskap om alkoholbruk hos pasienter i langvarig behandling og oppfølging, som LAR-pasienter. Bredere kunnskap om alkoholbruk blant LAR-pasienter kan bidra til en mer forsvarlig LAR-behandling for pasientene. Universitetet i Stavanger, i samarbeid med Stavanger Universitetssykehus, er ansvarlig for forskningsprosjektet.

Hva Innebærer prosjektet?

I dette prosjektet vil vi bruke et anonymt spørreskjema for å få mer kunnskap om bruk av alkohol blant pasienter i LAR. Prosjektet vil kunne gi oss bedre forståelse av alkoholbruk hos LAR-pasienter i Stavanger.

Pasienter over 18 år i LAR Øst blir invitert til å delta i forskningsprosjektet. Spørreskjemaet tar under 5 minutter å fylle ut. Vi skal ikke innhente noen opplysninger om deg fra din sykehusjournal, alle svarene dine registreres anonymt. Etter at du har fylt ut spørreskjemaet legger du det i den vedlagte konvolutten som forsegles. Konvolutten med utfylt spørreskjema kan du levere direkte i poliklinikken eller til LAR-personell under ambulant utdeling av medisiner.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studiet. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre gjenkjennerende opplysninger. Informasjon vil bli behandlet anonymt og kan ikke spores tilbake til deg. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

Det er søkt om tillatelse på forhånd for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern underveis i studiet. Prosjektet har fått nødvendige godkjenninger og er et samarbeid mellom Universitetet i Stavanger og Stavanger Universitetssykehus.

Frivillig deltagelse for å bli med i prosjektet

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta fyller du ut spørreskjema som er vedlagt.

På bakgrunn av at all informasjon er anonym vil det ikke kunne være mulig å trekke seg fra prosjektet etter utfylt og innlevert spørreskjema.

Informasjonen vil ikke kunne spores tilbake til deg verken av din behandler, lege eller andre. Skjemaene vil bli oppbevart i et låsbart skap i et låsbart rom. Når prosjektet er ferdig, vil all informasjon bli slettet.

Dersom du har spørsmål om prosjektet kan du ta kontakt med prosjektleder Martin Slette, eller LAR-behandler Hilde Netland.

Martin Slette

- Slemar@sus.no
- +47 481 00 763

Hilde Netland

- Hilde.netland@sus.no
- +47 907 97 325

Mulige fordeler og ulemper

LAR Øst er med i dette prosjektet for å bidra til bedre kunnskap om alkoholbruk i LAR. Du som er med i prosjektet kan bidra til mer kunnskap og dermed bedre LAR-behandlere. Denne kunnskapen kan bli viktig for å bedre LAR-pasienters behandling, og til å bidra til økt livskvalitet.



Region:	Saksbehandler:	E-post:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Susanne Rønstad	rek-nord@asp.uit.no	77660388	04.10.2023	658068

Torgeir Gilje Lid

Prosjektsøknad: Alkoholbruk blant LAR-pasienter

Søknadsnummer: 658068

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Stavanger

REK avviser søknaden

Søkers beskrivelse

Formålet med prosjektet er å kartlegge LAR- pasienters alkoholbruk, på bakgrunn av alder, kjønn og LAR- medikament. Det er kun pasient under LAR- behandling LAR Øst som engasjeres i prosjekt. Dette betyr kun pasienter som har bostedsadresse i Stavanger, evt i en flyttefase til /fra Stavanger.

Informasjon fra pasienter vil bli hentet inn gjennom spørreskjema som de selv fyller ut. Samtykkeskjema, informasjonsskriv og spørreskjema leveres til pasienten enten ved hjelp av ambulant utdeling (LAR personell kommer hjem til pasient), utlevering LAR Øst poliklinikk, apotek, legekantor eller per post. Deltakerne blir ikke invitert av personal som har direkte behandleransvar for vedkommende. Pasienten leverer spørreskjema og signert samtykke i hver sin forseglede konvolutt til utleveringssted eller poliklinikken.

Vi viser til søknad for ovennevnte forskningsprosjekt mottatt 22.08.23. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i møtet 21.09.23. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger», jf. helseforskningsloven § 2. «Medisinsk og helsefaglig forskning» er i § 4 a), definert som «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

I dette prosjektet er formålet å kartlegge alkoholbruken hos pasienter med diagnosen opiatavhengighet, som mottar legemiddellassistert rehabilitering (LAR); medisiner som kan erstatte heroin/morfin.

Komiteens vurdering er at prosjektet fortrinnsvis gjelder en kartlegging av alkoholbruk for å tilby bedre helsetjenester, ikke medisinsk eller helsefaglig forskning som kan gi ny kunnskap om helse og sykdom. Ut fra beskrivelsen vurderes prosjektet dermed som

utenfor helseforskningslovens saklige virkeområde.

REK gjør oppmerksom på at data ikke anses som anonyme. Det er få potensielle deltakere, og forskeren har forklart at han er i direkte kontakt med deltakere gjennom sitt arbeid i prosjektet. Spørsmålene i spørreskjemaet er i tillegg slik at man ved enkelte kombinasjoner av svaralternativ, ikke kan utelukke mulighet for identifisering.

Vi gjør videre oppmerksom på at Helsedirektoratet (Hdir) i brev av 30.09.2022 har presisert at det må søkes dispensasjon for at virksomheter skal kunne gjøre oppslag i pasientjournaler, og at det eventuelt må søkes til REK om slik dispensasjon hvis man ser det nødvendig å gjøre oppslag i pasientjournaler for å kontakte pasienter via helsesekretær jf. opplysningene i punkt 4.4 i søknaden. Det må søkes dispensasjon selv om prosjektet faller utenfor helseforskningsloven.

I forhold til det som står oppgitt om at pasienter skal kontaktes pr. telefon under samme punkt, gjør vi også oppmerksom på at REK vanligvis ikke aksepterer å kontakte pasienter pr. telefon i forkant av en undersøkelse, selv om dispensasjon eventuelt innvilges.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 2. Ved rekruttering av forskningsdeltakere må det søkes om dispensasjon for oppslag i journal.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Henriette Birkelund
sekretariatsleder

Susanne Ramstad
seniorrådgiver

Kopi til:

Universitetet i Stavanger
Martin Andreas Økland Slette

Vedlegg 4: Svar fra SIKT

ANONYM BEHANDLING

Det fremgår av meldeskjema med vedlegg og dialog at det ikke skal behandles opplysninger i prosjektet som kan identifisere enkeltpersoner verken direkte eller indirekte.

Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra Personverntjenester.

HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER?

Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger.

VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging.

Lykke til med prosjektet!

Helse Stavanger HF - Behandlet

Det vises til prosjekt masterinnsendt i eProtokoll.

Prosjektdokumentene har vært gjennomgått. En oppfatter at prosjektet utelukkende skal samle inn anonyme data. Det vil si ingen innsamlede data vil kunne tilbake identifiseres til noen enkeltperson. Videre er det frivillig å delta i prosjektet.

Forutsatt at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til innsendte prosjektdokumenter / protokoll, er det ingen innvendinger til gjennomføringen av prosjektet.

Vi ønsker lykke til med prosjektet.